

<https://doi.org/10.17816/mechnikov17922>

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ВЫЗВАННОЙ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ЭНДОМЕТРИОЗА

В.П. Земляной, Б.В. Сигуа, Д.С. Сёмин, Д.В. Гуржий, Д.Х. Каландарова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

Для цитирования: Земляной В.П., Сигуа Б.В., Сёмин Д.С., и др. Диагностика и хирургическое лечение острой кишечной непроходимости, вызванной экстрагенитальной формой эндометриоза // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2020. – Т. 12. – № 1. – С. 97–101. <https://doi.org/10.17816/mechnikov17922>

Поступила: 30.11.2019

Одобрена: 16.01.2020

Принята: 16.03.2020

♦ Поражение желудочно-кишечного тракта при экстрагенитальном эндометриозе весьма редко встречающаяся патология. По данным литературы, частота поражения желудочно-кишечного тракта при эндометриозе после ранее перенесенных гинекологических операций составляет менее 1 %. При этом вовлечение в патологический процесс кишечника отмечается у 3–37 % женщин детородного возраста с диагностированным генитальным эндометриозом. В большинстве клинических наблюдений экстрагенитальный эндометриоз является интраоперационной находкой, что обусловлено сложностью ранней диагностики.

В данной работе приведен клинический случай успешного хирургического лечения пациентки 43 лет, поступившей в хирургический стационар с признаками кишечной непроходимости. Из анамнеза известно, что в течение длительного времени пациентку беспокоили периодические боли внизу живота, в правом мезогастрii, запоры. Накануне госпитализации отмечала прогрессирование вышеуказанных симптомов с присоединением тошноты, рвоты, отсутствие стула и газов. На основании клинических, лабораторных и инструментальных данных сформулирован диагноз: «Острая кишечная непроходимость» и осуществлено оперативное лечение в экстренном порядке. Интраоперационно выявлено два образования (в терминальном отделе подвздошной кишки и в удлиненной петле сигмовидной кишки), которые оба циркулярно суживали просвет кишечника, при этом причина непроходимости заключалась в образовании подвздошной кишки. В связи с отсутствием патогистологической верификации и невозможности исключить злокачественный характер образования оперативное лечение проведено с учетом онкологического радикализма в объеме резекции подвздошной кишки и обструктивной резекции сигмовидной кишки с лимфодиссекцией в объеме D2, назоинтестинальной интубацией тонкой кишки. По патогистологическому заключению верифицирован эндометриоз кишечника. Течение послеоперационного периода гладкое. Пациентка выписана на 12-е сутки на амбулаторное лечение под наблюдение хирурга и гинеколога по месту жительства с рекомендациями и последующей плановой госпитализацией с целью проведения реконструктивной операции по восстановлению проходимости кишечника.

♦ **Ключевые слова:** острая кишечная непроходимость; экстрагенитальный эндометриоз; эндометриоз подвздошной кишки.

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY EXTRAGENITAL FORM OF ENDOMETRIOSIS

V.P. Zemlyanoy, B.V. Sigua, D.S. Syomin, D.V. Gurzhiy, D.H. Qalandarova

North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

For citation: Zemlyanoy VP, Sigua BV, Syomin DS, et al. Diagnosis and surgical treatment of acute intestinal obstruction caused by extragenital form of endometriosis. *Herald of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov*. 2020;12(1):97-101. <https://doi.org/10.17816/mechnikov17922>

Received: November 30, 2019

Revised: January 16, 2020

Accepted: March 16, 2020

♦ Damage to the gastrointestinal tract with extragenital endometriosis is a very rare pathology. According to the literature, the frequency of damage to the gastrointestinal tract in endometriosis, after previously performed gynecological operations, is less than 1%. At the same time, involvement in the pathological process of the intestine is noted in 3–37%

of women of childbearing age with diagnosed genital endometriosis. In most clinical cases extragenital endometriosis occurs intraoperatively due to the complexity of early diagnosis.

This article presents a clinical case of successful surgical treatment of a 43-year-old patient admitted to a surgical department with signs of intestinal obstruction. According to the anamnesis the patient had been suffering from recurrent pains in the lower abdomen in the right mesogastrium and constipation. The day before hospitalization, the above mentioned symptoms become worse with additional nausea, vomiting, lack of gases and feces. Based on the clinical laboratory and instrumental data the diagnosis of acute intestinal obstruction was established; and the urgent surgical treatment was carried out. Two formations were revealed intraoperatively (in the terminal ileum and in the elongated loop of the sigmoid colon). Both formations circularly narrowed the intestinal lumen, however the ileum was the cause of obstruction. Due to the lack of histological verification and the inability to exclude the malignant nature of the formation, the surgical treatment was carried out taking into account oncological standard in the amount of ileum resection and obstructive resection of the sigmoid colon with lymphadenectomy and small intestine intubation. Pathohistological examination confirmed intestinal endometriosis. The course of the postoperative period revealed no complications. The patient was discharged on the 12th day for outpatient treatment under the supervision of a surgeon and a gynecologist at the place of residence with recommendations and subsequent planned hospitalization in order to conduct reconstructive surgery to restore intestinal patency.

♦ **Keywords:** acute intestinal obstruction; extragenital endometriosis; ileum endometriosis.

Введение

Эндометриоз — процесс доброкачественного разрастания ткани, схожей по своим морфологическим и функциональным свойствам с эндометрием, за пределами полости матки. Вариабельность клинической картины, сложность диагностики, тяжесть течения заболевания приводят к трудностям диагностики и ведения данной категории пациентов. Ряд авторов данную патологию трактуют как хроническое рецидивирующее заболевание, за которым необходимо постоянно наблюдать [1–3]. В зависимости от локализации поражения разделяют тазовый и внетазовый эндометриоз. При этом к тазовой форме относится поражение органов малого таза, преимущественно матки с придатками. При внетазовой локализации эндометриозные очаги возникают в других органах с разной частотой. Так, по данным литературы, частота встречаемости эндометриоза желудочно-кишечного тракта после ранее перенесенных гинекологических операций составляет менее 1 % [4–6]. Кишечник в патологический процесс вовлекается у 3–37 % женщин детородного возраста с верифицированным генитальным эндометриозом [7, 8]. Из них частота поражения ректосигмоидного отдела ободочной кишки, тонкой кишки (преимущественно дистальный отдел подвздошной кишки) и слепой кишки составляет 70, 1 и 7 % соответственно [7, 9, 10]. При этом бессимптомное течение эндометриоза у пациенток с первичной формой бесплодия отмечено в 1–20 % случаев, при вторичной форме — в 10–25 %, а при хронической тазовой боли — в 60–70 % [1, 4, 7].

Вопросы этиологии и патогенеза эндометриоза до сих пор изучены мало. Существуют различные теории развития эндометриоза. Так, на египетских папирусах, датированных примерно 1600-ми годами до н. э., были обнаружены первые описания патологических изменений, именуемых в настоящее время термином «эндометриоз». Однако первые научные исследования эндометриоза принадлежат Карлу фон Рокитанскому (1860), который подробно описал эндометриоз в виде «шоколадных кист», определив их как эндометриальные железы, обнаруживаемые вне матки. Термин «эндометриоз» ввел Blair Bell в 1892 г., а спустя чуть более чем 100 лет Ph. Koninckx (1994) предложил называть термином «эндометриоз» только анатомический субстрат, а заболевание, связанное с данным субстратом и проявляющееся определенными симптомами, — «эндометриозной болезнью» [1].

В патогенезе развития эндометриоза прослеживается ряд взаимосвязанных между собой звеньев. Самой распространенной теорией, объясняющей возникновение эндометриоза, по мнению многих авторов, является имплантационная теория J.A. Sampson. Согласно данной теории имплантация жизнеспособных клеток эндометрия в брюшную полость происходит при ретроградной менструации, но этот процесс физиологический и диагностируется у 70–90 % женщин [1], в то время как развитие эндометриоза отмечается только у 10 % женщин. Таким образом, основную роль в успешной имплантации, выживаемости и развитии эндометриозных клеток играют иммунные

нарушения на различных уровнях иммунного ответа, процессы апоптоза, механизм неоангиогенеза, препятствующие физиологической элиминации эндометриоидных клеток.

Помимо ретроградной менструации определенное значение в развитии эндометриоза имеют чрезмерный локальный синтез эстрогенов, резистентность к прогестерону, воспалению, что не позволяет ингибировать инфильтративный рост и разрастание эндометриоидных клеток на начальном этапе.

Развитие кишечной обструкции на фоне эндометриоза обусловлено имплантацией, эндометриоидной инфильтрацией с последующим прорастанием мышечной оболочки кишечника и развитием фиброза. При этом полная обструкция кишечника на фоне эндометриоза с развитием кишечной непроходимости отмечается только в 1 % случаев [7, 10, 12, 13]. Эндометриоз кишечника принято разделять на несколько клинических форм.

1. Агрессивная форма встречается преимущественно у женщин в возрасте 18–25 лет, ранее не получавших лечения по поводу эндометриоза. У данной категории пациентов преобладают так называемые кишечные симптомы (кровянистые выделения, нарушение стула).
2. Стертая форма наблюдается у женщин в возрасте 25–34 лет и характеризуется отсутствием явных клинических симптомов, в основном преобладают жалобы на бесплодие, кишечные расстройства, которые выявляют при детальном опросе и тщательном сборе анамнеза.
3. Стенозирующая форма отмечается у женщин в возрасте 35–45 лет. У данной категории пациенток в большинстве случаев существует длительный анамнез заболевания, как правило, ранее им проводили комбинированное (хирургическое и консервативное) лечение эндометриоза [7].

Представляем собственное клиническое наблюдение острой кишечной непроходимости, вызванной экстрагенитальной формой эндометриоза.

Клиническое наблюдение

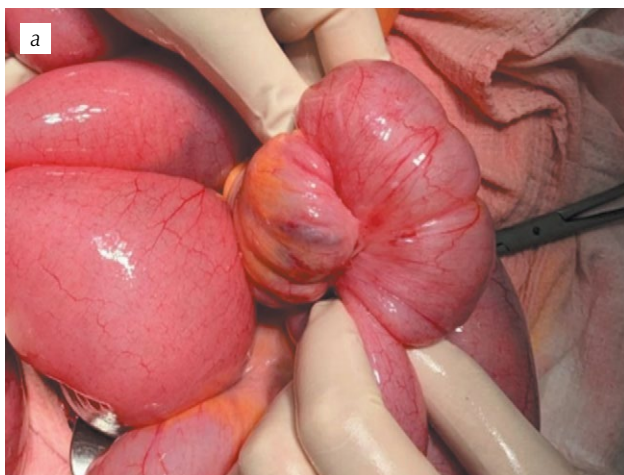
Пациентка М., 43 года, 29.08.2019 была доставлена в экстренном порядке в хирургическое отделение № 2 ФГБОУ ВО «СЗГМУ имени И.И. Мечникова» с признаками кишечной непроходимости. При поступлении пациентка жаловалась на боли внизу живота и в правом

мезогастррии, тошноту, рвоту, отсутствие стула и газов. Из анамнеза стало известно, что в течение длительного времени пациентку беспокоили циклические боли внизу живота, в правом мезогастррии, нарушение отхождение стула (периодические запоры). Боли ни с чем не связывала, купировала спазмолитиками без желаемого эффекта, а отхождение стула регулировала приемом слабительных средств. Накануне данной госпитализации отметила прогрессирование вышеуказанных симптомов с присоединением тошноты, рвоты, отсутствие стула и при этом периодическое отхождение газов.

При поступлении пациентка обследована. По результатам гастроскопии отмечались признаки нарушения эвакуации содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки. При проведении ректороманоскопии ампула прямой кишки пустая, наблюдались признаки проктосигмоидита, хронического комбинированного геморроя вне обострения. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости определялись перераздутые петли тонкой кишки с горизонтальными уровнями жидкости, в меньшей степени были перераздуты петли левой половины толстой кишки. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости во всех отделах визуализировались расширенные до 40 мм петли тонкой кишки, заполненные жидким содержимым, с маятникообразными движениями жидкости, стенка кишки утолщена до 4,8 мм, поперечные складки гипертрофированы, присутствовали признаки выраженного нарушения кишечной проходимости. При этом лабораторные показатели крови были без значимых изменений. На основании данных клинической картины, инструментальных методов исследования сформулирован диагноз острой кишечной непроходимости и определены показания для экстренной операции.

Выполнена срединная лапаротомия — в брюшной полости выпота нет. Петли тонкой кишки дилатированы до 5 см в диаметре до терминальной части подвздошной кишки, где определялось циркулярно суживающее бугристое образование, находящееся на расстоянии 25 см от илеоцекального угла. Дистальнее образования кишка спавшаяся, проксимально заполнена жидким содержимым (см. рисунок).

Стенка тонкой кишки отечна, без необратимых ишемических изменений. При дальнейшей ревизии в сигмовидной кишке выявлено плотное бугристое образование, частично суживающее просвет кишки, но данных за полное нарушение проходимости толстой кишки и ее



Циркулярно суживающее образование подвздошной кишки (a), дилатированные петли тонкого кишечника проксимальнее образования (b)

Circularly narrowing formation of the ileum (a), dilated loops of the small intestine proximal to the formation (b)

дилатации не получено. В связи с отсутствием патогистологической верификации новообразований, а также невозможностью исключить злокачественный характер описанных изменений интраоперационно проведен консилиум и принято решение о выполнении оперативного лечения с учетом онкологического радикализма в объеме резекции подвздошной кишки, обструктивной резекции сигмовидной кишки с D2-лимфодиссекцией, назоинтестинальной интубации тонкой кишки. При осмотре удаленных препаратов — образования на разрезе плотные, с изъязвлением по типу “блюдца” на слизистой тонкой кишки и без изъязвлений в сигмовидной кишке.

Патогистологическое заключение. 1. В мышечной оболочке тонкой кишки с захватом слизистой — эндометриоз (один крупный очаг

и множество мелких) с очагом острого воспаления. В краях резекции тонкой кишки и латеральном крае резекции опухолевого роста нет, стенка кишки обычного строения. Одиннадцать лимфоузлов брыжейки обычного строения, без метастазов. 2. В мышечной оболочке сигмовидной кишки множество очагов эндометриоза. Дивертикул образован слоями стенки толстой кишки без признаков воспаления. В краях резекции сигмовидной кишки и латеральном крае резекции опухолевого роста нет, стенка кишки обычного строения. Четыре лимфоузла брыжейки обычного строения, без метастазов. Эндометриоз тонкой кишки и сигмовидной кишки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 12-е сутки на амбулаторное лечение под наблюдение хирурга и гинеколога по месту жительства. Рекомендована последующая плановая госпитализация с целью проведения реконструктивной операции по восстановлению проходимости толстой кишки.

Заключение

Клинические проявления экстрагенитальной формы эндометриоза разнообразны и зависят от локализации и течения заболевания. В большинстве случаев циклические боли в животе связаны с менструальным циклом, а диспептические расстройства проявляются расстройством стула. При локализации эктопических очагов в прямой кишке нередко заболевание сопровождается ректальными кровотечениями. В данном клиническом случае превалировали запоры и отсутствовала взаимосвязь болевого синдрома с менструальным циклом. Поздняя диагностика данного заболевания зачастую обусловлена редкостью эндометриоидного поражения желудочно-кишечного тракта и в большинстве случаев является интраоперационной находкой на фоне развившихся осложнений. Улучшить результаты лечения данной категории пациенток можно путем организации скрининга женщин в предменопаузе с циклическими болями в животе, совпадающими с менструальным циклом. Кроме того, необходимо оптимизировать диагностические протоколы, направленные на выявление эктопического эндометриоза на ранних стадиях заболевания.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Аполихина И.А., и др. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных. – М., 2013. [Adamyant LV, Andreeva EN, Apolikhina IA, et al. Endometrioz: diagnostika, lechenie i reabilitatsiya. Federal'nye klinicheskie rekomendatsii po vedeniyu bol'nykh. Moscow; 2013. (In Russ.)]
2. Шлык Д.Д., Киценко Ю.Е., Маркарьян Д.Р., и др. Сравнение методов диагностики и лечения эндометриозных очагов атипичного расположения // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. – 2018. – Т. 5. – № 3. – С. 157–163. [Shlyk DD, Kitsenko YE, Markar'yan DR, et al. Comparison of diagnostic methods and treatment of endometriosis of atypical location. *Arkhiv akusherstva i ginekologii im. V.F. Snegireva*. 2018;5(3):157-163. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-3-157-163>.
3. Падруль М.М., Олина А.А., Садыкова Г.К. Клиническое наблюдение больной с эндометриозом кишечника // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 2. – С. 125–129. [Padrul' MM, Olina AA, Sadykova GK. Clinical observation of a patient with bowel endometriosis. *Akush Ginekol (Mosk)*. 2017;(2):125-129. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.18565/aig.2017.2.125-9>.
4. Галлямов Э.А., Аминова Л.Н., Насырова Н.И., и др. Глубокий инфильтративный эндометриоз с поражением толстого кишечника. Выбор оптимальной хирургической тактики // Таврический медико-биологический вестник. – 2017. – Т. 20. – № 2-2. – С. 17–23. [Gallyamov EA, Aminova LN, Nasyrova NI, et al. Glubokiy infil'trativnyy endometrioz s porazheniem tolstogo kishechnika. Vybor optimal'noy khirurgicheskoy taktiki. *Tavricheskiy mediko-biologicheskii vestnik*. 2017;20(2-2):17-23. (In Russ.)]
5. Imasogie DE, Agbonrofo PI, Momoh MI, et al. Intestinal obstruction secondary to cecal endometriosis. *Niger J Clin Pract*. 2018;21(8):1081-1085. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_29_18.
6. Blau JN, Gaugas JM. Parathyroid lymph nodes in rats and mice. *Immunology*. 1968;14(5):763-765. 1409411.
7. Мельников М.В., Чупрынин В.Д., Аскольская С.В. Вопросы клинической диагностики эндометриоза кишечника // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 5. – С. 48–53. [Mel'nikov MV, Chuprynin VD, Askol'skaya SV. Issues in the clinical diagnosis of bowel endometriosis. *Akush Ginekol (Mosk)*. 2013;(5):48-53. (In Russ.)]
8. Arafat S, Alsabek MB, Almousa F, Kubtan MA. Rare manifestation of endometriosis causing complete recto-sigmoid obstruction: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2016;26:30-33. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.07.004>.
9. Jayant M, Kaushik R, Punia RS. Endometriotic stricture of the sigmoid colon presenting with intestinal obstruction. *S Afr J Surg*. 2014;52(1):26-28.
10. Alatisse OI, Sabageh D, Ogunniyi SO, Olaofe OO. Ileal endometriosis presenting as acute small intestinal obstruction: a case report. *West Afr J Med*. 2010;29(5):352-355.
11. Schnieber D, Wagner-Kolb D. [Malignant transformation of extragenital endometriosis]. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 1986;46(9):658-659. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1036277>.
12. Machairiotis N, Stylianaki A, Dryllis G, et al. Extrapelvic endometriosis: a rare entity or an under diagnosed condition? *Diagn Pathol*. 2013;8:194. <https://doi.org/10.1186/1746-1596-8-194>.
13. Глушков Н.И., Пахмутова Ю.А., Бельский И.И., и др. Диагностическое значение абдоминальной гипертензии при лечении больных с острой кишечной непроходимостью // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2018. – Т. 10. – № 1. – С. 33–36. [Glushkov NI, Pakhmutova YA, Bel'skiy II, et al. The role of abdominal hypertension in optimizing the treatment of patients with acute intestinal obstruction. *Vestnik Severo-Zapadnogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta im. I.I. Mechnikova*. 2018;10(1):33-36. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17816/mechnikov201810133-36>.

♦ Адрес автора для переписки (Information about the author)

Бадри Валериевич Сигуа / Vadri V. Sigua
 Тел. / Tel: +79111979343
<https://orcid.org/0000-0002-4556-4913>
 E-mail: dr.sigua@gmail.com