

© Коллектив авторов, 2014
УДК 618.145-033.2:616.24-07-08

А. А. Пичуров^{1, 3}, О. В. Оржешковский^{1, 2}, И. В. Двораковская³, Л. А. Романова¹,
Б. Е. Иванищак¹, Е. А. Карельская¹, А. М. Петрунькин^{1, 2}, А. С. Петров^{1, 2},
М. А. Атюков¹, П. К. Яблонский^{2, 3}

ВНУТРИЛЁГОЧНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ — РЕДКАЯ ПАТОЛОГИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

¹ ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2» (главврач — И. С. Фигурин), Санкт-Петербург;

² кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. П. К. Яблонский) медицинского факультета, Санкт-Петербургский государственный университет; ³ ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» (дир. — проф. П. К. Яблонский)

Ключевые слова: экстрагенитальный, гематогенный эндометриоз, бесплодие, спонтанный пневмоторакс, атипичная резекция лёгкого

Эндометриоз — доброкачественный, хронический, опухолеподобный процесс, при котором функционирующая ткань, близкая по гистологическим и цитологическим характеристикам к эндометрию, присутствует вне полости матки [1, 2]. Его распространённость у женщин репродуктивного возраста составляет от 5 до 15% [2, 10]. Редкими формами эндометриоза, нуждающимися в особом подходе, являются экстрагенитальные очаги, которые могут существовать как самостоятельное заболевание или быть компонентами сочетанного поражения [1]. К таким формам эндометриоза относится и торакальный эндометриоз («торакальный эндометриозидный синдром»), который проявляется не только циклическими пневмотораксами, но и в редких случаях образованием узлов в лёгочной паренхиме [3–5, 8–10]. Независимо от локализации эндометриоз может проявляться диффузной, узловой или кистозной формами. При гистологическом исследовании его структурными элементами являются эндометриозидные железы и цитогенная строма [1].

Впервые эндометриоз лёгких посмертно диагностировал С.Нарт в 1912 г. На секции у женщины 72 лет он обнаружил множество узлов величиной от горошины до грецкого ореха. Узлы располагались преимущественно под плеврой и при гистологическом исследовании имели картину аденомиоза маточного происхождения [11].

В 1940 г. J.Hobbs, A.Bortnick [7] экспериментально показали возможность гематогенного происхождения эндометриоза лёгких. Путём введения в вену крольчих взвеси из эндометрия в изотоническом растворе натрия хлорида у 8 из 12 животных они получили типичный эндометриоз лёгких.

К настоящему моменту опыт лечения гематогенного паренхиматозного эндометриоза лёгких невелик [3,]. В литературе сообщается об единичных наблюдениях в большинстве клиник по всему миру. К примеру, в 1977 г. сообщалось только о 10 описанных случаях поражения паренхимы лёгких [6].

До сегодняшнего дня ни один из центров не обладает достаточным опытом в лечении данной категории больных. Большинство исследований, посвящённых эпидемиологии, особенностям клинической картины, диагностике, оценке макро- и

Сведения об авторах:

Пичуров Алексей Александрович (e-mail: pichurov@mail.ru), Оржешковский Олег Витальевич (e-mail: chest1950@bk.ru), Романова Лариса Андреевна (e-mail: pichurov@mail.ru), Иванищак Богдан Естафьевич (e-mail: bogdan.iv@rambler.ru), Карельская Екатерина Алексеевна (e-mail: pichurov@mail.ru), Петрунькин Алексей Михайлович (e-mail: apetrunkin@yandex.ru), Петров Андрей Сергеевич (e-mail: petrovan@mail.ru), Атюков Михаил Александрович (e-mail: miffodiy77@mail.ru), Городская многопрофильная больница № 2, 194354, Санкт-Петербург, Учебный пер., 5;

Яблонский Петр Казимирович (e-mail: piotr_yablonskii@mail.ru), кафедра госпитальной хирургии медицинского факультета, Санкт-Петербургский государственный университет, 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 2–4;

Двораковская Иветта Владиславовна (e-mail: i_dvorakovskaya@mail.ru), Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии, 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 2–4

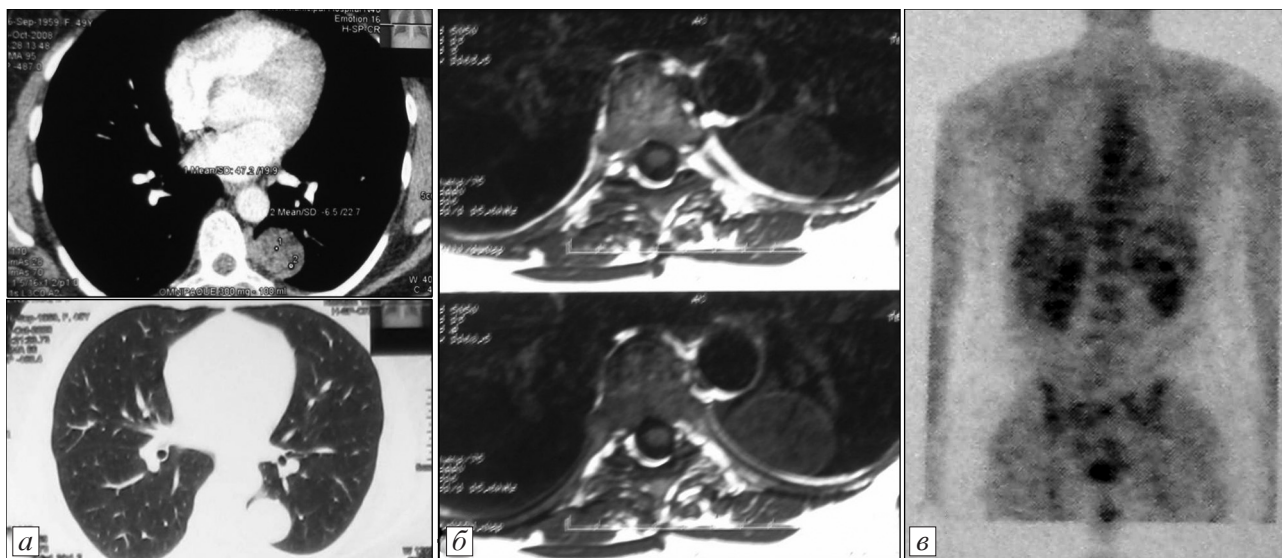


Рис. 1. Обследования пациентки Т., 49 лет.

а — компьютерная томограмма грудной клетки; б — магнитно-резонансная томография грудной клетки, в — позитронно-эмиссионная томография грудной клетки

микроскопических изменений в лёгочной ткани, складываются из анализа и систематизации описанных в литературе единичных наблюдений из практики [4, 5, 8, 10]. Например, работа A.D.Channabasavaiah и J.V.Joseph состоит из анализа опубликованных в литературе на английском языке клинических наблюдений с 2001 по 2007 г. В данном исследовании были проанализированы истории болезни 110 пациенток с доказанным внутригрудным эндометриозом. При этом, у подавляющего большинства из них — 79 (72%) больных — заболевание проявлялось пневмотораксом в период месячных, у 16 (14%) — кровохарканьем, у 13 (12%) — гемотораксом и лишь у 2 (2%) — эндометриоидными узлами в лёгочной ткани [5]. В аналогичной работе J.V.Joseph и S.A.Sahn сообщают о 7 (6%) пациентках с эндометриозом в лёгочной ткани [8].

Малое число описанных наблюдений в мировой литературе, отсутствие патогномичной клинической картины и течения заболевания побудило нас представить собственный опыт лечения пациенток с эндометриозом паренхимы лёгких.

В центре интенсивной пульмонологии и торакальной хирургии Городской многопрофильной больницы № 2 в период с января 2008 г. по май 2013 г. находились на лечении 2 пациентки с эндометриозом паренхимы лёгкого.

1. Пациентка Т., 49 лет. При обследовании по поводу болей в спине было выявлено новообразование в паравerteбральной области слева, расценённое как невринома.

При спиральной компьютерной томографии (СКТ) грудной клетки с внутривенным контрастированием было выявлено образование слева в рёберно-позвоночном углу на

уровне тела Th_{VIII}-позвонка размером 2,9×3,6×3,7 см с чёткими контурами, неоднородной структуры (наличием участков мягкой плотности и кальцинатов), плотностью от –4 до +47HU. При внутривенном контрастировании плотность мягкотканых участков повышалась до 55–61HU (рис. 1, а).

При магнитно-резонансной томографии (МРТ) грудной клетки в левом лёгком, субплеврально, в рёберно-позвоночном углу на уровне Th_{VII}–Th_{VIII}-позвонков выявляется образование округлой формы с чёткими контурами, размером 3,6×2,8×4,0 см. Структура образования неомогенная (рис. 1, б).

При позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) всего тела в проекции объёмного образования средостения, печени при исследовании метаболизма фтордезоксиглюкозы очагов патологической гиперфиксации радиофармпрепарата не выявлено (рис 1, в).

Из сопутствующей патологии обращало на себя внимание хроническое бесплодие. Нарушение менструального цикла в перименопаузе. Гиперплазия эндометрия. Миома матки 12–13 нед. Киста правого яичника.

По предоперационной оценке складывалось впечатление о наличии образования рёберно-позвоночной борозды — невриноме. 16.12.2008 г. выполнена видеоторакоскопия слева. При ревизии в 6-м сегменте левого лёгкого выявлено расположенное субплеврально образование 3×3×2 см мягко-эластической консистенции, висцеральная плевра над ним синюшного цвета (рис. 2). Других изменений в лёгочной ткани, средостении и диафрагме не выявлено.

Выполнена атипичная резекция VI сегмента левого лёгкого эндоскопическим сшивающим аппаратом. Течение послеоперационного периода неосложнённое. При гистологическом исследовании операционного материала — интрапульмональный эндометриоз: очаг эндометриальной ткани без капсулы с железисто-кистозной гиперплазией (рис. 3).

Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии на 8-е сутки послеоперационного периода.

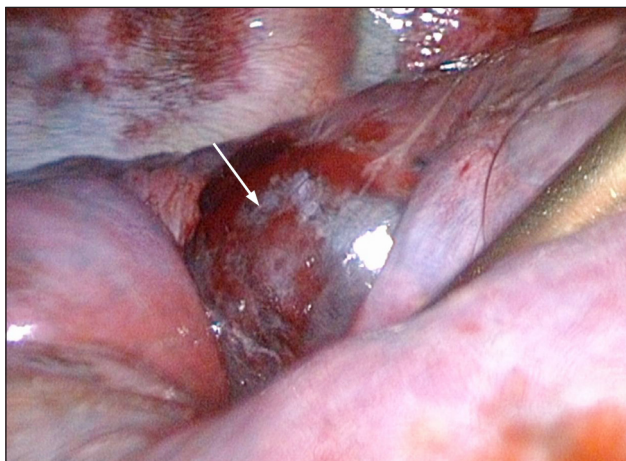


Рис. 2. Субплевральное образование нижней доли левого лёгкого (стрелка), выявленное при видеоторакокопии у пациентки Т., 49 лет

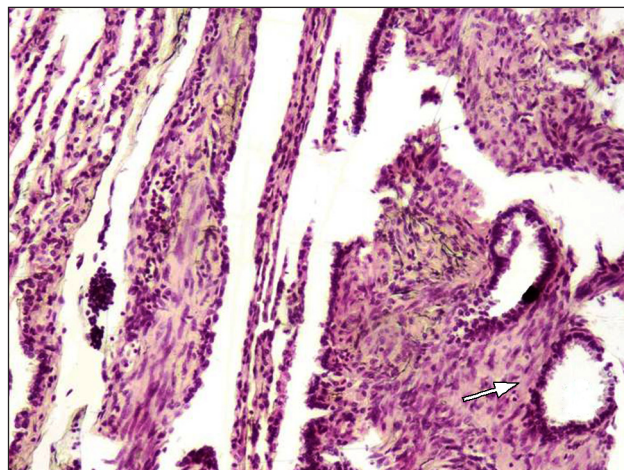


Рис. 3. Микропрепараты лёгочной ткани пациентки Т., 49 лет. Эндометрий с железами (стрелка). Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 10

2. Больная У., 25 лет, поступила в стационар в мае 2013 г. с клинко-рентгенологической картиной первого эпизода правостороннего спонтанного пневмоторакса, который произошёл на фоне начала менструации. Из сопутствующей патологии у пациентки имела место болезнь Шерешевского — Тернера, которая проявлялась бесплодием. При спиральной компьютерной томографии 03.05.2013 г. в I сегменте верхней доли правого лёгкого выявлен участок инфильтрации лёгочной ткани неправильной формы с наличием полостей распада (рис. 4, а). Заподозрен туберкулёз лёгких. На фоне дренирования правое лёгкое расправилось. 13.05.2013 г. развился рецидив правостороннего спонтанного пневмоторакса. При контрольной СКТ грудной клетки от 18.05.2013 г. отмечены уменьшение протяжённости инфильтрации и частичное закрытие полостей распада в I сегменте верхней доли правого лёгкого (рис. 4, б). При комплексном обследовании данных за туберкулёз лёгких получено не было.

Учитывая рецидивирующий характер пневмоторакса, продлённый сброс воздуха по плевральному дренажу (более 7 сут), пациентке 04.06.2013 г. выполнена видеоторакокопия справа. При ревизии был выявлен выраженный спаечный процесс в куполе правой плевральной полости, в IV сегменте

средней доли правого лёгкого было обнаружено субплевральное образование около 2,5 см в диаметре чёрно-коричневого цвета (рис. 5). Выполнены атипичная резекция средней доли правого лёгкого и субтотальная костальная плеврэктомия. Течение послеоперационного периода было гладкое.

При гистологическом исследовании операционного материала — эндометриоидная киста с фиброзом и гемосидерозом стенок (рис. 6).

В обоих рассмотренных нами случаях пациентки страдали бесплодием и не имели признаков генитального эндометриоза по данным МРТ малого таза.

Выводы. 1. Гематогенный внутрилёгочный эндометриоз является редкой патологией органов грудной клетки и не имеет типичной клинической и рентгенологической картины.

2. Отсутствие патогномоничных симптомов обуславливает невозможность установки диагноза без морфологической верификации.

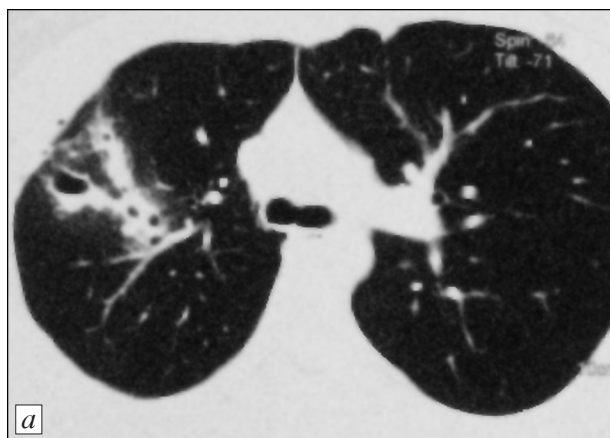


Рис. 4. Компьютерная томограмма грудной клетки пациентки У., 25 лет.
а — от 03.05.2013 г.; б — от 18.05.2013 г.

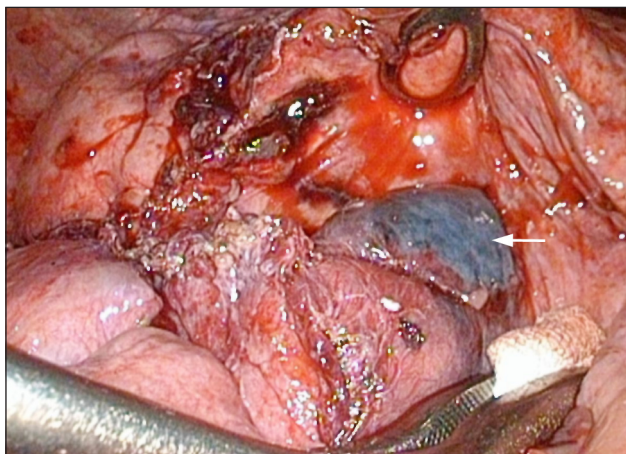


Рис. 5. Субплевральное образование средней доли правого лёгкого (стрелка), выявленное при видеоторако-скопии у пациентки У., 25 лет

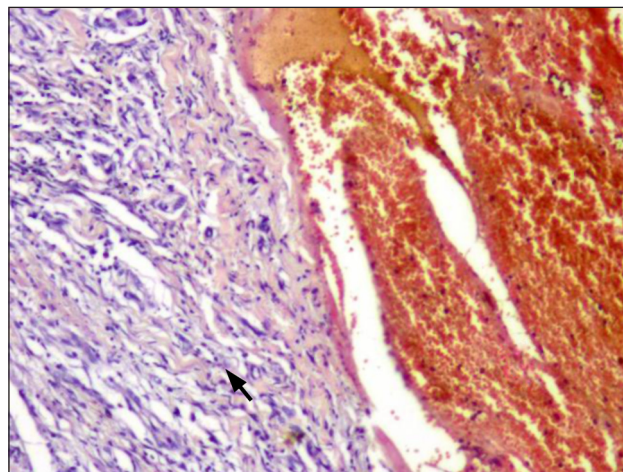


Рис. 6. Микропрепараты лёгочной ткани пациентки У., 25 лет: стенка эндометриоидной кисты с фиброзом (стрелка). Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 10

3. Лечение пациентов с гематогенным внутрилёгочным эндометриозом требует кооперации врачей различных специальностей — гинекологов, пульмонологов, торакальных хирургов и патоморфологов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы. М.: Медицина, 2006. 416 с.
- Линде В.А., Рымашевский А.Н., Коган М.И. Хронические тазовые боли у женщин. СПб.: Гиппократ, 2012. 232 с.
- Alifano M., Trisolini R., Cancellieri A., Regnard J.F. Thoracic endometriosis: current knowledge // Ann. Thorac. Surg. 2006. Vol. 81. P. 761–769.
- Bergqvist A. Different types of extragenital endometriosis: a review // Gynecol. Endocrinol. 1993. Vol. 7. P. 207–221.
- Channabasavaiah A.D., Joseph J.V. Thoracic endometriosis: revisiting the association between clinical presentation and thoracic pathology based on thoracoscopic findings in 110 patients // Medicine (Baltimore). 2010. Vol. 89. P. 183–188.
- Granberg I., Willems J.S. Endometriosis of lung and pleura diagnosed by aspiration biopsy // Acta Cytol. 1997. Vol. 21, № 2. P. 295–297.
- Hobbs J.E., Bortnick A.R. Endometriosis of the lung; an experimental and clinical study // Am. J. Obstet. Gynecol. 1940. Vol. 40. P. 832–843.
- Jelihovsky T., Grant A.F. Endometriosis of the lung: a case report and brief review of the literature // Thorax. 1968. Vol. 23. P. 434–437.
- Joseph J., Sahn S.A. Thoracic endometriosis syndrome: new observations from an analysis of 110 cases // Am. J. Med. 1996. Vol. 100. P. 164–170.
- Olive D.L., Schwartz L.B. Endometriosis // N. Engl. J. Med. 1993. Vol. 328, № 24. P. 1759–1769.
- Park W.W. The occurrence of decidual tissue within the lung; report of a case // J. Pathol. Bacteriol. 1954. Vol. 67. P. 563–570.

Поступила в редакцию 25.09.2013 г.

A.A.Pichurov^{1,3}, O.V.Orzheshkovskiy^{1,2},
I.V.Dvorakovskaya³, L.A.Romanova¹, B.E.Ivanishchak¹,
E.A.Karelskaya¹, A.M.Petrunkin^{1,2}, A.S.Petrov^{1,2},
M.A.Atyukov¹, P.K.Yablonskiy^{2,3}

THORACIC ENDOMETRIOSIS — THE RARE PATHOLOGY IN THORACIC SURGERY

¹ Municipal multifield hospital № 2, Saint-Petersburg; ² Medical faculty, department of hospital surgery of Saint-Petersburg State University; ³ Research Institute of Phtisiopulmonology, Saint-Petersburg

Thoracic hematogenic endometriosis is a rare pathology. A clinical course hasn't pathognomic symptoms, because of it, the diagnosis is established due to histological study. The article presented two cases of female patients, who were suffering from thoracic endometriosis. They were hospitalized to the department of thoracic surgery of Municipal multifield hospital № 2 in Saint-Petersburg. The first patient had a posterior mediastinum tumor with asymptomatic disease course. The second patient was with recurrent catamenial pneumothorax.

Key words: extragenital, hematogenic endometriosis, infertility, spontaneous pneumothorax, atypical lung resection