
УДК 618 (082)
ББК 57.1я43
З-41

Редакційна колегія:

Головний редактор – академік НАМН України В.М. Запорожан
Відповідальний науковий редактор – член-кор. НАМН України В.В. Камінський
Виконавчий редактор – доц. О.М. Борис
Відповідальний секретар – І.В. Малишева

Редакційна колегія:

Проф. С.Р. Галіч
Проф. В.Г. Дубініна
Проф. З.М. Дубосарська
Проф. І.А. Жабченко
член-кор. НАМН України В.І. Медвідь
Проф. Т.Г. Романенко
Проф. О.В. Ромащенко

Статті, опубліковані у Збірнику наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України, вважати фаховими в галузі медичних наук у кожному випадку окремо – за поданням спеціалізованої вченої ради.

Постанова Президії ВАК України від 12.06.02 №2-05/6

Свідоцтво про державну реєстрацію
Серія КВ № 3140 від 25.03.1998

Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Поліграф плюс», 2012. – 464 с.

ISBN 978-966-8977-32-9.

Для сприяння науковому і практичному розв'язанню сучасних проблем охорони здоров'я жінки-матері й дитини, підвищення рівня кваліфікації акушерів-гінекологів.

УДК 618 (082)
ББК 57.1я43

2. Применение озонотерапии является патогенетически обоснованным эффективным методом профилактики перенашивания.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническое акушерство.- Мн.: Выш. Шк., 1997.- 604с.
2. Козлов Д. В. Дозозависимый эффект озона на структурно-функциональные свойства мембран эритроцитов / Д. В. Козлов, К. Н. Конторщикова // Материалы III Всероссийской научно-практической конференции, «Озон и методы эфферентной терапии в медицине». – Н. Новгород, 1998. – С. 14–15.
3. Сидорова И.С., Макаров И.О. Фетоплацентарная недостаточность. Клинико-диагностические аспекты -М. : Знание-М, 2000, - 127с.
4. Doany W., McCarty J. Outpatient management of the uncomplicated postdate pregnancy with intravaginal prostaglandin E2 gel and membrane stripping // J. Matern. Fetal. Med. -1997.- Vol.6.-№> 2.- P.71-78.
5. Alexander J., McIntire D., Leveno K. Prolonged pregnancy: induction of labor.

РІДКА ФОРМА ЗОВНІШНЬОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ – ЕНДОМЕТРІОЗ ЛЕГЕНЬ

ЛІХАЧОВ В.К., ДОБРОВОЛЬСЬКА Л.М., ЛЯХОВСЬКА Т.Ю.,
ВОРОДЮХІНА А.К., ПАНАСЕНКО Т.О.

м.Полтава

Ендометріозу, як доброякісному гормонозалежному захворюванню, властива інвазивність в підлеглі тканини, можливість ендометріюїдних гетеротопій переноситися з током крові, мати проліферативну активність і властивість до ангиогенезу [3, 4].

У жінок репродуктивного віку частота ендометріозу коливається в межах від 7 до 59% [3].

Найрозповсюднішою є генітальна форма ендометріозу (92-94%), екстрагенітальна локалізація діагностується значно рідше (6-8%) [3, 4].

Сьогодні ендометріоз є патологією, що потребує безперервного лікування, яке складається з призначення медикаментозних препаратів та проведення оперативного втручання [3, 4, 5].

Враховуючи естрогенозалежність патології, в лікуванні ендометріозу пріоритетним є консервативна терапія з використанням препаратів, що пригнічують секрецію естрогенів: агоністів гонадотропін-релізінг-гормонів (*диферелін, золадекс, люкрин-депо*), похідних тестостерону (*даназол*), комбінованих оральних контрацептивів, що вміщують прогестагени з максимальною антипроліферативною дією – дезогестрел (*новінет, мерсілон*), гестоден (*ліндінет – 20, логест*), дієногест (*жанін*) [3,4]. Серед прогестагенів, рекомендованих до застосування при ендометріозі, препаратом вибору є візан (діюча речовина – *дієногест*), який має виразну антипроліферативну, протизапальну та протиангіогенну дію, зменшує, але не пригнічує зовсім секрецію ендogenous естрадіолу [5].

Вперше ендометріоз легень виявив С. Hart ще в 1912 р. під час аутопсії 72-річної жінки. На секції в легенях було виявлено безліч вузлів, що розташовувалися переважно під плеврою і при гістологічному дослідженні мали картину аденоміоза маткового походження [8]. В 1940 г. J. Hobbs, A. Vortnick експериментально показали можливість гематогенного генезу ендометріозу легень [7].

Серед найбільш частих клінічних проявів ендометріозу легень виділяють: пневмоторакс – в 72%, кровохаркання – в 14%, гемоторакс – в 12% випадків. Правостороннє ураження грудної клітки виявляється частіше (85%), ніж із лівого боку [6].

Найважливішими в діагностиці ендометріозу легень є багатопозиційна рентгенографія, томографія, комп'ютерна томографія і ядерно-магнітний резонанс органів грудної клітки, при проведенні яких виявляються затемнення, інфільтрація легеневої тканини, кісти, округлі тіні. Таке обстеження більш інформативне під час менструації [1, 6]. Дослідження харкотиння в цей період може вказувати на наявність елементів ендометріозу [1]. Остаточний діагноз ендометріозу легень встановлюється лише після проведення гістологічного дослідження видалених тканин, а саме виявлення елементів ендометріального епітелія, ендометріальних залоз, ендометріальної строми, гемосидеринвмісних макрофагів [1, 7].

Окрім класичних темно-синюшних дрібних розсіяних вогнищ можуть бути виявлені білі, червоні або пухирчасті прозорі осередки, білі або жовтуваті папули, геморагічні вогнища, а також фіброзні ділянки [7].

Метою роботи було представлення клінічного випадку діагностики ендометріозу легень.

Результати дослідження та їх обговорення

Хвора Ж., 38 років, історія хвороби №468, госпіталізована до фтизіохірургічного відділення Полтавського обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру 31.08.09 р. із скаргами на періодичний 3-4 денний кашель із прожилками крові в мокроті один раз на місяць (під час менструацій), задишку при фізичному навантаженні. Хворіє з 2000 р., коли перенесла правобічний пневмоторакс, після чого періодично стало з'являтися циклічне кровохаркання, яке виникало без причини та зникало без лікування.

В травні 2009 р. жінка звернулася до дільничного лікаря з приводу кровохаркання. Була обстежена рентгенологічно (оглядова рентгенограма органів грудної клітки від 21.05.09 р.): округла тінь 3,5 x 2,5 см з просвітленням в середній долі правої легені (вказує на наявність деструкції). З підозрою на туберкульоз правої легені хвора була госпіталізована до фтизіохірургічного відділення Полтавського клінічного протитуберкульозного диспансеру. З анамнезу життя відомо, що пацієнтка працює майстром на Полтавському заводі газорозрядних ламп (виробництво пов'язане з дією шкідливих факторів – пари ртуті). Була 1 вагітність, що закінчилася нормальними пологома. Остання менструація 2 тижня тому, в цей період відмічала кровохаркання. Дитячих хвороб не пам'ятає, дорослою хворіла на грип та ГРВІ. При об'єктивному огляді суттєвих патологічних змін не виявлено: перкуторно над легеньми ясний легеневий звук, аускультативно над правою легенею жорстке дихання, поодинокі сухі хрипи.

25.08.09 р. при проведенні комп'ютерної томографії була виявлена негативна, в порівнянні з рентгенологічним обстеженням 21.05.09 р., динаміка – в правій легені діагностовано збільшення розмірів новоутворення до 4,5 x 3,0 см із одночасним збільшення розмірів деструкції.

При лабораторному обстеженні мазка мокроти від 1.09.09 р. мікобактерії туберкульозу не знайдені; загальний аналіз крові: гемоглобін – 136 г/л, еритроцитів – $4,3 \times 10^{12}$ /л, кольоровий показник – 0,94, лейкоцитів – $4,8 \times 10^9$ /л, швидкість осідання еритроцитів – 5 мм/год, лейкоцитарна формула: паличкоядерних лейкоцитів – 4%, сегментоядерних – 63%, еозинофілів – 2%, лімфоцитів – 25%, моноцитів – 6%.

Враховуючи негативну рентгенологічну динаміку, збільшення об'єму порожнини в правій легені, рецидивуюче кровохаркання, 8.09.2009 р. консилиумом було прийнято рішення про хірургічне лікування пацієнтки.

Операція виконана під інтубаційним наркозом, в асептичних умовах. Зроблена бокова торакотомія справа по 5 міжребер'ю, тотальна облітерація плевральної порожнини, інтрплевральний пневмоліз, розшаровані міждольові бороздки.

У ході операції в паренхімі середньої долі правої легені було виявлено безкапсульну, шоколадного кольору, овальну, м'якоеластичну пухлину розміром 4,5x3,0 см із ділянками некрозу. Пухлина поширювалася на S6 та нижній полюс, була пов'язана з судинним пуч-

ком (низхідна гілка легеневої артерії). Після ретельної ревізії з'ясовано, що радикальне видалення пухлини можливо лише шляхом виконання нижньої правобічної білобектомії. Легеневу тканину нижньої і середньої долей із пухлиною було відправлено на патологічне дослідження.

При лабораторному обстеженні мазків, взятих із видаленої частини легені, мікобактерій туберкульозу не виявлено, наявні пласти проліферуючого залозистого епітелію. Патологістологічний висновок від 21.09.09 р.: ендометріоз легені з проростанням в найближчий лімфатичний вузол. В оточуючих тканинах виявлено скопичення сидерофагів у великій кількості.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Через місяць після оперативного втручання пацієнтка в задовільному стані була виписана зі стаціонару. На перший післяопераційний рік з метою контрацепції та профілактики маніфестації патології жінці був призначений *жанін* в пролонгованому (безперервному) режимі, а, починаючи з другого післяопераційного року, рекомендовано приймати препарат за звичайною контрацептивною схемою (21+7). Диспансерне спостереження за пацієнткою проводиться понад 2 роки. Протягом цього часу жінка почуває себе добре, кровохаркання не спостерігається, ознаки ендометріозу не проявляються.

Висновок

Представлений клінічний випадок свідчить, що на підставі скарг, даних анамнезу, об'єктивного, інструментального та лабораторного обстеження у хворій на ендометріоз легень може бути хибно констатований туберкульоз. Враховуючи розповсюдженість ендометріозу (в тому числі - екстрагенітального), схожість клінічної та рентгенологічної картини ендометріозу легень із туберкульозом легень, у жінок репродуктивного віку показана диференціальна діагностика між цими патологічними станами із співставленням лабораторних досліджень мокроти та результатів інструментального дослідження під час менструації.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Дужий І.Д., Мадяр В.В, Бойко В.І., Дужа О.І.* Місце торакоскопії при верифікації торакального ендометріозу // Лікарська справа . – 2002. – №7 – С.83-85.
2. *Клименко В.И., Апостолов В.И., Волошин Я.М.* // Тез.докл. 1 съезда фтизиатров и пульмонологов Украины (Винница, 14-16 сент. 1993 г.). – Винница, 1993. – С.128.
3. *Лихачов В.К.* Практическая гинекология: Руководство для врачей/ В.К.Лихачов. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007. – 664 с.
4. Наказ МОЗ України № 582 від 15.12.03 «Клінічні протоколи з акушерської та гінекологічної допомоги».
5. *Alfred O. Mueck* Почему диеногест является уникальным прогестагеном для лечения эндометриоза? // Здоровье женщины. – 2011. – №4 (60) .– С.3 – 7.
6. *Channabasavaiah A., Joseph J.* // Thoracic endometriosis: revisiting the association between clinical presentation and thoracic pathology based on thoracoscopic findings in 110 patients. / /UCSF Fresno, Division of Pulmonary & Critical Care Medicine – 2010. – P.183 – 188.
7. *Peter Y. Lu, Steven J. Ory.* // Endometriosis: Current Management. Mayo Clinic. Proc. – 1995. – P.453 – 463.
8. *Ranney B.* // Obstet. And Gynec. – 1971. – Vol. 37, N5. – P.734-737.