

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С КАТАМЕНИАЛЬНЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Стяжкина С.Н.<sup>1</sup>, Байрамкулов М.Д.<sup>2</sup>, Паранина Ю.И.<sup>3</sup>, Шакирова К.И.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Стяжкина Светлана Николаевна - Д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии, Ижевская государственная медицинская академия

<sup>2</sup>Байрамкулов Мурат Далхатович - врач-хирург

<sup>3</sup>Паранина Юлия Ивановна - студентка 4 курса, Ижевская государственная медицинская академия

<sup>4</sup>Шакирова Клара Ильдусовна - студентка 4 курса, Ижевская государственная медицинская академия

Ижевск, Российская Федерация

**Аннотация:** Катамениальный пневмоторакс является довольно редким заболеванием, развивающимся у женщин детородного возраста. Некоторые специалисты мало осведомлены о данной патологии, в результате этого возможно развитие осложнений, угрожающих жизни пациентов. Важно вовремя поставить диагноз и начать лечение.

**Ключевые слова:** катамениальный пневмоторакс, эндометриоз.

## CLINICAL CASE OF MANAGEMENT AND SURGICAL TREATMENT OF A PATIENT WITH CATAMENIAL PNEUMOTHORAX

Styazhkina S.N.<sup>1</sup>, Bairamkulov M.D.<sup>2</sup>, Paranina Y.I.<sup>3</sup>, Shakirova K.I.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Styazhkina Svetlana Nikolaevna - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Faculty Surgery, Izhevsk State Medical Academy

<sup>2</sup>Bayramkulov Murat Dalhatovich - surgeon

<sup>3</sup>Paranina Yulia Ivanovna - 4th year student, Izhevsk State Medical Academy

<sup>4</sup>Shakirova Klara Ildusovna - 4th year student, Izhevsk State Medical Academy

Izhevsk, Russian Federation

**Abstract:** Catamenial pneumothorax is a fairly rare disease that develops in women of childbearing age. Some experts are little aware of this pathology, as a result of this, complications that threaten the lives of patients may develop. It is important to diagnose and start treatment on time.



**Keywords:** *catamenial pneumothorax, endometriosis.*

УДК 617-089

Катамениальный пневмоторакс - спонтанный рецидивирующий правосторонний пневмоторакс, в основе которого лежит экстрагенитальный эндометриоз с поражением диафрагмы. Возникает за 24 ч до начала менструации и течение 72 ч после ее начала. Страдают женщины возраста 30-40 лет.

Эндометриоз (эндометриозидная болезнь) — заболевание, характеризующееся разрастанием ткани, аналогичной эндометрию, за пределами нормально расположенной слизистой оболочки тела матки [1]. Эндометриоз органов дыхания (ЭОД) наиболее частая локализация экстрагенитальных очагов поражения, основными осложнениями которого являются катамениальный пневмоторакс (КП) и легочные кровотечения [2].

Патогенез до конца не изучен, но выдвигаются предположения, что катамениальный пневмоторакс обусловлен внутригрудным эндометриозом или наличием фенестраций в куполе диафрагмы. Миграция газа через половые пути происходит за счет наличия патологического сообщения между плевральной полостью и полостью брюшины.

**Материалы и методы.** Нами изучен клинический случай из практики по данной патологии на базе отделения торакальной хирургии БУЗ УР «Городская клиническая больница №9 МЗ УР».

#### **Результаты и их обсуждение.**

Пациентка 36 лет поступила экстренно в приемное отделение торакальной хирургии 12 января 2018 года с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки.

*Развитие и течение болезни:* 6 января с утра (2й день цикла) появились боли в правой половине грудной клетки, на следующий день появилась одышка. Данные симптомы усилились к 12 января. Обратилась к участковому терапевту. После обследования была направлена в приёмное отделение торакальной хирургии 9 городской клинической больницы.



*Общий анамнез:* Перенесенные заболевания: внематочная беременность 2 года назад, эндометриоз.

*Общий осмотр при поступлении:* общее состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, адекватна. Фотореакция зрачков живая, симметричная. Тремора пальцев рук, век нет. В позе Ромберга устойчива. Выражение лица обычное, одутловатое. Нормостеник, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна. Суставы не изменены, при пальпации безболезненные, движение свободное. Грудная клетка нормостеническая. ЧДД-26 движений в минуту. Перкуторно звук легочной. Аускультативно: дыхание справа выражено ослаблено. Слева проводится по всем полям. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС-80 в мин. АД 120/80 мм рт ст. верхушечный толчок в пятом межреберье по левой срединно-ключичной линии. Пульсации крупных сосудов на шее и других участках нет. Язык и зев чистые. Миндалины без патологических образований. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Шумы перистальтики выслушиваются. Печень не выступает из-под реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется, безболезненный. Селезёнка не пальпируется, безболезненна, не увеличена. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Молочные железы без особенностей. Ректально-ампула свободная, патологических образований нет.

*Прицельная рентгенограмма правой половины грудной клетки в прямой проекции от 12.01.2018:* мягкие ткани не изменены. Рентгенологических признаков переломов нет. Пневмоторакс определяется апикально до 30 мм. Легочное поле прозрачное. Легочной рисунок сгущен. Средостение в поперечнике не расширено. Купол диафрагмы чёткий, ровный. Боковой синус свободен. Диагноз: Спонтанный пневмоторакс. Дыхательная недостаточность 2 степени.



План обследования: после компенсации ургентного состояния компьютерная томография грудной клетки.

План лечения:

- Торакоцентез, дренирование по Бюлау;
- Консервативная терапия (кеторол, амброксол, ингаляции с беродуалом)
- Оперативное лечение по показаниям.

*Консультация гинеколога:* рекомендовано продолжать пить препарат жанин по схеме.

Операция №1: торакоцентез справа с дренированием плевральной полости. Протокол операции: справа, по средней подмышечной линии, в 6-м межреберье выполнен торакоцентез, установлен дренаж по Бюлау. По дренажу-воздух. Асептическая повязка.

*Прицельная рентгенограмма правой половины грудной клетки в прямой проекции от 13.01.2018:* мягкие ткани не изменены. Плевральная полость дренирована. Рентгенологических признаков переломов нет. Пневмоторакс определяется апикально до 27 мм. Легочное поле прозрачное. Легочной рисунок сгущен. Средостение в поперечнике не расширено. Купол диафрагмы чёткий, ровный. Боковой синус свободен.

Операция №2: торакоскопия, миниторакотомия справа, резекция диафрагмы с пластикой, плеврэктомия.

Показания: рецидив пневмоторакса после удаления дренажа

Протокол операции: торакоскопия справа - в плевральной полости серозный выпот в небольшом количестве. Плевральных сращений нет. Патологических образований на легком не выявлено. Имеются прозрачные фенестры на сухожильном центре диафрагмы до 3-4 мм. Выполнена миниторакотомия. Резекция измененного участка диафрагмы с пластикой местными тканями. После гидропрепаровки выполнена костальная плеврэктомия. Введены трубчатые дренажи в плевральную полость. Лёгкое расправлено.



*Протокол прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного материала:*

1. Фрагмент плевры, гладкая, серая: фрагменты фибринозной ткани и тонкие отслоенные фрагменты мезотелия с полинуклеарной воспалительной инфильтрацией;

2. Фрагмент плевры, жировой ткани: тяжи атипичного, с повышенной пролиферацией мезотелия, представленного крупными полиморфными клетками. Фрагменты фиброзной ткани с очаговыми кровоизлияниями, с картиной умеренно выраженного хронического продуктивного воспаления;

3. Фрагмент жёлто-белая, плотная ткань: в полнокровной фиброно-жировой ткани, фокус схожий с эндометриоидной гетеротопией, включающий железисто-стромальный компонент, очаговый компонент, очаговые кровоизлияния, гемосидероз.

*Иммуногистохимическое исследование:* В исследованных образцах гистокартина неспецифического фибринозно-лейкоцитарного плеврита с реактивной пролиферацией мезотелия. Морфологического субстрата опухоли эндометриоза не выявлено.

Выписана 25.01.18 Клинические и рентгенологические признаки выздоровления. Легочно-плевральных осложнений нет. Дыхательной недостаточности нет. Болевой синдром не купирован. Раны без признаков воспаления. Зажили, швы состоятельны. Функции органов ЖКТ не нарушены.

Рекомендации:

- Амбулаторное лечение у гинеколога по м/о;
- Амброксол 30мг 3р 14 дней;
- При болях ибупрофен 400 мг 3 раза в день не более 5 дней;
- КТ грудной клетки через 6 мес., повторный осмотр торакального хирурга с данными КТ.

*СКТ органов грудной клетки от 7.05.18* Заключение: Инфильтративных, очаговых, кистозных, буллезных поражений лёгких не выявлено. Хронический



бронхит вне обострений. Плевропульмональные тяжи в правом легочном поле в средней доле. Липоматоз нижнего этажа средостения, включая перикард.

**Повторное поступление в торакальное отделение 18.01.2019 года.**

Предъявляет жалобы на боли в грудной клетке справа при перемене положения тела (при наклонах, в положении лёжа).

*Развитие и течение заболевания:* 18.01.19 около 6.30 появились боли в грудной клетке. Травму отрицает. 2й день менструального цикла.

*Локальный статус:* На грудной клетке справа имеются послеоперационные рубцы (в проекции 6 межреберья - длиной до 12 см, в проекции 7 межреберья - до 1 см, в проекции 4 и 8 межреберий до 1 см) длиной, зажившие первичным натяжением. Подкожной эмфиземы нет.

*Диагноз клинический:* Рецидивный пневмоторакс (катамениальный) справа.

*Обзорная рентгенография грудной клетки в прямой проекции.* Мягкие ткани не изменены. Рентгенологических признаков переломов нет. Пневмоторакс определяется апикально справа до 16 мм. Легочное поле прозрачное. Легочной рисунок не изменен. Средостение в поперечнике не расширено. Купол диафрагмы чёткий, неровный справа. Боковой синус справа завуалирован, с горизонтальным уровнем жидкости.

План лечения: 1. Госпитализация 2. Консервативная терапия (кеторол, амброксол, ингаляции с беродуалом) 3. Хирургическое лечение по показаниям (нарастание пневмоторакса - торакоцентез справа, дренирование по Бюлау, торакотомия) 4. Инструментальный, лабораторный контроль.

*Обзорная рентгенография грудной клетки в прямой проекции.* Мягкие ткани не изменены. Рентгенологических признаков переломов нет. Пневмоторакс определяется апикально справа до 12 мм. Легочное поле прозрачное. Легочной рисунок не изменен. Средостение в поперечнике не расширено. Купол диафрагмы чёткий, неровный справа. Боковой синус справа завуалирован, с горизонтальным уровнем жидкости. Заключение: Пневмогидроторакс справа. Базальный плеврофиброз справа.



Было выполнено оперативное вмешательство: плевральная пункция справа.

Выписана 24.01.2019 Клинические и рентгенологические признаки выздоровления. Легочно-плевральных осложнений нет. Дыхательной недостаточности нет. Болевой синдром не купирован. Раны без признаков воспаления. Зажили, швы состоятельны. Функции органов ЖКТ не нарушены.

Рекомендации:

- Амброксол 30мг 3р 14 дней;
- При болях ибупрофен 400 мг 3 раза в день не более 5 дней;
- КТ грудной клетки через 12 мес., повторный осмотр торакального хирурга с данными КТ.

### **Выводы**

В данном клиническом случае, по результатам СКТ можно предположить, что миграция эндометрия произошла трансгенитальным-трансабдоминальным-трансдиафрагмальным путем через отверстия в сухожильном центре диафрагмы. Несмотря на проведенное лечение в 2018 году, у пациентки был рецидив, который осложнился скоплением не только воздуха, но и жидкости в плевральной полости. Поэтому, в последние годы рекомендуют проводить комплексное лечение, включающее хирургическое вмешательство и гормональную терапию длительностью не менее 6 месяцев после операции. Хирурги обычно стараются придерживаться малоинвазивных методик устранения развившегося КП; для женщин, которые уже не планируют рожать, есть вариант перевязки маточных труб, но только при подтверждении перфораций диафрагма лапароскопическим путем. В качестве гормональных препаратов используют подавляющие выработку ФЛГ и ЛГ.

### ***Список литературы***

1. Гинекология: учебник / Б. И. Баисова и др.; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. — 4-е изд., перераб. и доп. — М. ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 432 с.: ил. ISBN 978-5-9704-2254-0
2. Крылова Н.Ю., Иванова Е.А., Пичуров А.А., Линде В.А. Эндометриоз органов дыхания: факты и гипотезы // Здоровье и образование в XXI веке. 2019. №6. [Электронный ресурс]



- URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/endometrioz-organov-dyhaniya-fakty-i-gipotezy> (Дата обращения: 07.01.2021).

