

5. Сумарокова А.В., Бебякова Н.А. Оценка метаболизма по уровню низко – и среднемолекулярных веществ у женщин Архангельской области // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия «Медико-биологические науки», 2013. № 2.

6. Хаснулин В.И. Введение в полярную медицину. Новосибирск: СО РАМН, 1998. 337 с.

7. Bligh J., Chauca D. Effects of hypoxia, cold exposure and fever on pulmonary artery pressure, and 117 their significance for Arctic residents / Circumpolar health: Proc. 5th Intern. Symp. Copenhagen, 1981.

ЭНДОМЕТРИОЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА

Захария С.Л.

врач-хирург, аспирант,

Институт ургентной медицины, Республика Молдова, г. Кишинев

В статье описан клинический случай эндометриоза послеоперационного рубца после кесарева сечения с локализацией в правой подвздошной области. Автором представлен краткий обзор литературы по частоте, клинической манифестации, диагностике и лечению эндометриоза послеоперационного рубца.

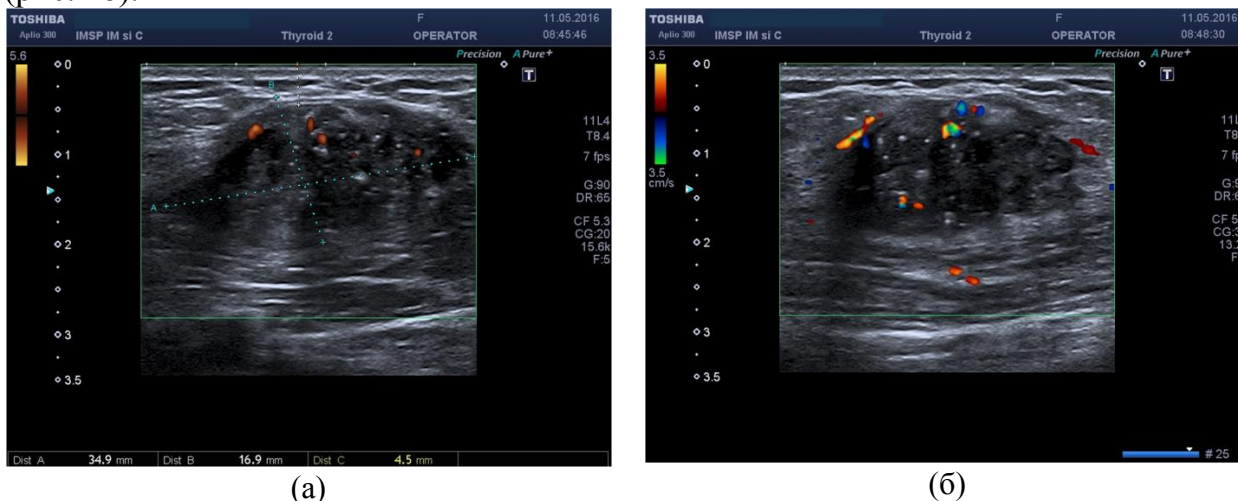
Ключевые слова: эндометриоз послеоперационного рубца, кесарево сечение, эндометриома.

Эндометриоз послеоперационного рубца (ЭПР) достаточно редкое заболевание, характеризующееся эктопией эндометрия с признаками клеточной активности за пределами границ нормальной локализации в области послеоперационного рубца [1]. Чаще всего ЭПР встречается после акушерских и гинекологических операций [1, 2]. По данным различных авторов, его частота варьирует от 0,03% до 1,08% [2]. Согласно одной из теорий развития эндометриоза послеоперационного рубца, подобное явление возможно в результате имплантации кусочков эндометрия в края операционной раны во время акушерских и гинекологических операций при вскрытии полости матки [3].

Учитывая редкость данной патологии, приводим клиническое наблюдение пациентки с ЭПР, расположенным в правом углу послеоперационного рубца по Пфанненштилю.

Клинический случай. Пациентка 27 лет обратилась 10.05.2016 в НИИ Охраны Здоровья Матери и Ребенка с жалобами на: ноющие боли, усиливающиеся во время менструации, наличие опухолевидного образования в подкожной жировой клетчатке в зоне послеоперационного рубца в правой подвздошной области. Из анамнеза: в 2010 перенесла операцию кесарева сечения, через год больная впервые отметила появление опухолевидного образования в правой области послеоперационного рубца. Спустя 4 года, после перенесенного оперативного вмешательства появились боли, усиливающиеся накануне и во время менструации, с увеличением опухоли в размерах. При осмотре зоны послеоперационного рубца (разрез по Пфанненштилю) в правой подвздошной области определяется плотное, несколько болезненное при пальпации, слабо подвижное образование 3.0 x 1.5 см, расположенное в подкожной клетчатке передней брюшной стенки, кожа над ним не изменена. При ультрасонографическом исследовании послеоперационного рубца на

глубине от 1,0 до 3,0 см выявлено единичное образование неоднородной структуры с наличием гипер- и гипозоногенных включений, с неровными, волнистыми краями, размерами 35 x 17 мм (рис. 1а). Допплерографическое исследование определяет незначительную артериальную васкуляризацию по периферии в диаметре 2 мм (рис. 1б).



(а)

(б)

Рис. 1 (а, б). Ультрасонография с доплерографией: гипозоногенное образование передней брюшной стенки; слабая васкуляризация по периферии образования

С диагнозом ЭПР больная была прооперирована в плановом порядке под эпидуральной анестезией с радикальным иссечением (R0) эндометриоидного узла (5-10 мм в пределах здоровых тканей) правой подвздошной области. При разрезе удаленного макропрепарата отмечается опухолевидное мягкотканое образование плотно-эластичной консистенции, серо-желтого цвета, размером 3,5×2,0×1,7 см, с очаговыми кровоизлияниями под капсулой (рис. 2). Микроскопическое исследование характеризуется наличием железистого однослойного цилиндрического эндометриоидноподобного эпителия и цитогенной стромы в различных пропорциях с рубцово-лимфоплазмозитарной реакцией (рис. 3) с заключением: эндометриоз передней брюшной стенки. Послеоперационный период протекал гладко, на пятые сутки в удовлетворительном состоянии пациентка выписана. При контрольном осмотре через 10 месяцев данных за рецидив заболевания нет.



Рис. 2. Макропрепарат удаленного эндометриоза послеоперационного рубца на разрезе

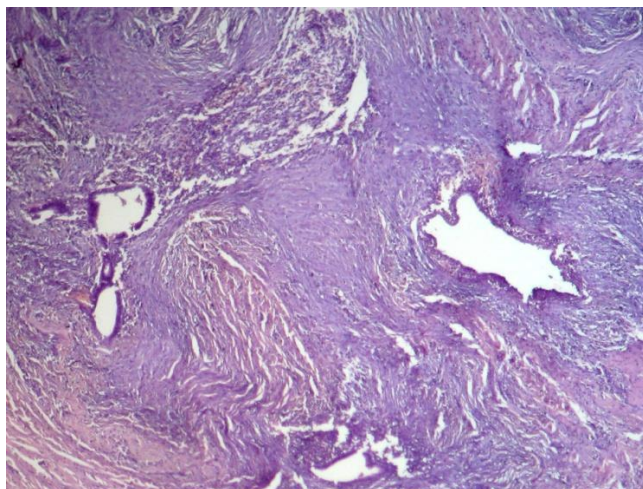


Рис. 3. Гистологическая картина эндометриоза послеоперационного рубца (окраска гематоксилин-эозин)

Обсуждение

Согласно современным литературным данным в последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты эндометриоза послеоперационного рубца [3]. В настоящее время специалистами рассматривается несколько теорий патогенеза ЭПР: трансплантационная, метапластическая, ретроградный заброс менструальной крови, метастазирование по венозной или лимфатической системе [4]. Непосредственная механическая имплантация во время первичной операции представляется наиболее обоснованной для развития ЭПР и пролиферации эндометриальных клеток [5]. Однако теория имплантации ткани эндометрия не может объяснить все описанные случаи, например при первичном кожном эндометриозе без предшествующей операции на брюшной полости [6]. Наличие объемного образования в подкожной жировой клетчатке в области послеоперационного рубца, циклическая боль, связанная с менструальным циклом, увеличение в размерах образования в области послеоперационного рубца, появляющиеся в период перед менструациями – является классической симптоматикой ЭПР, однако данная закономерность наблюдается не всегда [7]. Диагностика ЭПР на дооперационном этапе представляет собой очень трудную задачу, необходимо проводить дифференциальную диагностику между злокачественными или доброкачественными опухолями, лигатурными свищами, послеоперационными грыжами [8]. Существенный вклад в предоперационную диагностику ЭПР несут ультрасонография с доплерографией, компьютерная томография (КТ) и ядерно-магнитный резонанс (ЯМР) [9]. Ультразвуковое исследование (УЗИ) подтверждает наличие образования в области передней брюшной стенки, а также предоставляет информацию о размере, местоположении, краях и внутренней структуре узла [9, 10]. При ультразвуковом исследовании ЭПР характеризуется как гипоэхогенное образование с нечетким контуром и неоднородной эхогенной структурой, с наличием гиперэхогенной капсулы различной толщины, кистозным и солидным компонентом дольчатого строения [10]. Данные КТ и ЯМР при эндометриозе послеоперационного рубца позволяют уточнить распространенность процесса в окружающие ткани и определить объем оперативного вмешательства.

Наиболее эффективным методом лечения эндометриоза послеоперационного рубца является оперативное удаление пораженных тканей передней брюшной стенки с последующей пластикой дефектов [5, 8, 11]. Основным принципом хирургического вмешательства является сохранение целостности образования R0 резекция, что обеспечивает профилактику рецидива заболевания [12].

Выводы

Учитывая редкую частоту заболевания и отсутствие специфических симптомов, предоперационная диагностика ЭПР вызывает затруднения. Большую роль для дифференциальной диагностики имеет УЗИ передней брюшной стенки, а также тщательное исследование анамнеза больной и выявление взаимосвязи между наличием клинических симптомов и менструальным циклом. Таким образом, в своей ежедневной практике врачам хирургам и гинекологам необходимо принимать во внимание редкость данной патологии для своевременной диагностики и хирургического лечения.

Список литературы

1. Khan Z, Zanfagnin V, El-Nashar SA, Famuyide AO, Daftary GS, Hopkins MR. Risk factors, clinical presentation, and outcomes for abdominal wall endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2017; 24(3):478-484.

2. Mistrangelo M, Gilbo N, Cassoni P, Micalef S, Faletti R, Miglietta C, Brustia R, Bonnet G, Gregori G, Morino M. Surgical scar endometriosis. *Surg Today*. 2014;44(4):767-72.
3. Zhang J, Liu X. Clinicopathological features of endometriosis in abdominal wall--clinical analysis of 151 cases. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2016;43(3):379-83.
4. Авраменко Н.В. Эндометриоз: патогенез, классификация, диагностика, современные аспекты терапии / Н. В. Авраменко // *Патология*. 2014. №2 (31) С. 4–11.
5. Петухов А.А., Флоренсов В.В., Рудая В.В. Эндометриоз послеоперационного рубца // *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. 2016. №2 (108). С.20-24.
6. Eğin S, Pektaş BA, Hot S, Mihmanlı V. Primary umbilical endometriosis: A painful swelling in the umbilicus concomitantly with menstruation. *Int J Surg Case Rep*. 2016;28:78-80.
7. Ecker AM, Donnellan NM, Shepherd JP, Lee TT. Abdominal wall endometriosis: 12 years of experience at a large academic institution. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;211(4):363.e1-5.
8. Мишина А.Е., Гладун С.Е., Заставницкий Г.М., Мишин И.В. Эндометриоз послеоперационного рубца // *Новости хирургии*. 2013. № 3. Т. 21. С. 116–119.
9. Francica G. Reliable clinical and sonographic findings in the diagnosis of abdominal wall endometriosis near cesarean section scar. *World J Radiol*. 2012;4(4):135-40.
10. Savelli L, Manuzzi L, Di Donato N, Salfi N, Trivella G, Ceccaroni M, Seracchioli R. Endometriosis of the abdominal wall: ultrasonographic and Doppler characteristics. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2012;39(3):336-40.
11. Miccini M, Gregori M, Ferraro D, Ciardi A, Cassibba S, Biacchi D. Abdominal scar endometriosis: case report. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2016;43(3):431-3.
12. Ozturk A, Kaya C, Bozkurtoglu H, Tan N, Yananli ZD, Ucmakli E. Scar endometrioma: an uncommon yet easily treated condition. *J Reprod Med*. 2016;61(5-6):249-53.

РАННЕЕ ПЛАВАНИЕ В КОМПЛЕКСЕ МЕР ПО ПОДДЕРЖАНИЮ НОРМАЛЬНОГО РОСТА И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Исламова Д.А.

студентка 5 курса лечебного факультета группы Л-501А,
Башкирский государственный медицинский университет, Россия, г. Уфа

Платунова Д.Г.

студентка 2 курса магистратуры факультета физической культуры,
Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы,
Россия, г. Уфа

В статье раскрывается польза раннего плавания для новорожденных детей. Описано как влияет плавание на различные органы и системы ребенка, и каким образом повышает защитные силы организма.

Ключевые слова: плавание новорожденных, раннее плавание, физиология новорожденных, закаливание.

Двигательная активность во всех ее разнообразных формах является одной из наиболее мощных и жизненно важных функций в первые годы жизни ребенка. Показано, что двигательные центры мозга функционально тесно связаны со многими другими нервными центрами, регулируемыми различными функциями. В структуре двигательной активности наибольшую значимость имеют организованные движения. В этом плане плавание можно считать наилучшим способом двигательной активности для ребенка раннего возраста. Физически беспомощный и неспо-