

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОГО  
ЭНДОМЕТРИОЗА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО  
РУБЦА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ**

**CLINICAL CASE OF COMBINED EXTRAGENITAL ENDOMETRIOSIS OF THE  
ANTERIOR ABDOMINAL WALL, POSTOPERATIVE SCAR AND POSTOPERATIVE  
VENTRAL HERNIA**

**Ботиралиев А.Ш. – к.м.н.**

<https://orcid.org/0000-0003-3839-0879>

**Мадгазиев О.Р. – ассистент**

<https://orcid.org/0009-0009-6859-4152>

**Турсунов Ф.С. - ассистент**

**Central Asian Medical University**

**Умаров К.А. - врач-хирург**

<https://orcid.org/0009-0005-0260-4734>

**Ферганский областной многопрофильный медицинский центр**

Ботиралиев А.Ш., Мадгазиев О.Р., Турсунов Ф.С., Умаров К.А. (2025). КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ. Actacam, 10(2), 128–134. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15645186>

**Аннотация.** В статье представлен клинический случай сочетанного экстрагенитального эндометриоза передней брюшной стенки в области послеоперационного рубца и вентральной послеоперационной грыжи. Описан случай пациентки, которая обратилась с жалобами на болевой синдром в области передней брюшной стенки, ухудшение качества жизни и появление визуальных дефектов в области операционного рубца. История заболевания включала хирургическое вмешательство в прошлом, что могло способствовать развитию этих патологий. Диагностика, сочетанного эндометриоза и вентральной грыжи, была проведена с использованием современных методов визуализации, включая ультразвуковое исследование и компьютерную томографию. Подтверждение диагноза и дальнейшее планирование лечения основывалось на результатах этих обследований. Пациентке была выполнена комплексная хирургическая операция, включающая удаление очага эндометриоза и коррекцию вентральной грыжи с использованием современных хирургических методик. В послеоперационный период пациентка отмечала значительное улучшение состояния, исчезновение болевого синдрома и улучшение внешнего вида брюшной стенки. Важность комплексного подхода в диагностике и лечении сочетанных экстрагенитальных заболеваний и необходимость внимательного отношения к пациенткам с послеоперационными рубцами, которые могут служить потенциальной локализацией эндометриозных очагов.

**Ключевые слова:** Экстрагенитальный эндометриоз, послеоперационная вентральная грыжа, хирургическое лечение, эндометриоз.

**Abstract.** The article presents a clinical case of combined extragenital endometriosis of the anterior abdominal wall in the area of the postoperative scar and ventral postoperative hernia. The case of a patient who came with complaints of pain in the anterior abdominal wall, deterioration in the quality of life and the appearance of visual defects in the area of the surgical scar is described. The history of the disease included surgical intervention in the past, which could contribute to the development of these pathologies. Diagnosis of combined endometriosis and ventral hernia was carried out using modern imaging techniques, including ultrasound and computed tomography. Confirmation of the diagnosis and further treatment planning were based on the results of these

examinations. The patient underwent a complex surgical operation, including removal of the endometriosis focus and correction of the ventral hernia using modern surgical techniques. In the postoperative period, the patient noted a significant improvement in her condition, disappearance of pain and improvement in the appearance of the abdominal wall. The importance of a comprehensive approach to the diagnosis and treatment of combined extragenital diseases and the need for careful attention to patients with postoperative scars, which may serve as a potential localization of endometriosis foci.

**Key words:** *Extragenital endometriosis, postoperative ventral hernia, surgical treatment, endoprosthesis.*

**Актуальность.** Эндометриоз – патологический процесс, при котором определяется наличие ткани по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию вне полости матки [10].

Эндометриоз является многофакторным заболеванием, и, несмотря на длительное его изучение, этиология данного патологического процесса до сих пор не ясна. Предложено множество теорий патогенеза эндометриоза: имплантационная (теория ретроградной менструации J. A. Sampson, 1921), метапластическая, эмбриональная, дисгормональная и теория нарушения иммунного баланса и др. Наряду с гиперэстрогенией, резистентностью к прогестерону, воспалительными изменениями, индукцией неоангиогенеза, лежащих в основе инфильтративного роста, инвазии в окружающие ткани с последующей их деструкцией, распространения заболевания [13, 14], в последнее десятилетие обсуждается роль в развитии эндометриоза стволовых клеток [11], генетических мутаций и эпигенетических факторов, к которым можно отнести факторы внешней среды.

Несмотря на способность к инфильтративному росту, склонность к рецидивированию, тенденцию к инвазии, эндометриоз относится к доброкачественным пролиферативным заболеваниям.

Экстрагенитальный эндометриоз – наиболее редкий вариант эндометриозной болезни. Это процесс, при котором происходит доброкачественное разрастание ткани за пределами полости матки, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Проявление болезни чаще носит стертое течение, характерное для других заболеваний, и пациентки попадают в непрофильные отделения, что сопровождается ошибками в тактике лечения. Согласно данным, частота экстрагенитального эндометриоза составляет 6–8% от числа всех случаев выявления эндометриозной болезни [16]. В статье представлен случай успешного хирургического лечения экстрагенитального эндометриоза редкой локализации [9, 10].

Послеоперационная вентральная грыжа — это любой дефект брюшной стенки, без или с грыжевым выпячиванием, возникший на месте послеоперационного рубца после оперативного вмешательства на органах брюшной полости, определяющийся при клиническом исследовании или визуализации [3, 5].

Совмещение хирургического лечения **экстрагенитального эндометриоза передней брюшной стенки послеоперационного рубца и послеоперационной вентральной грыжи** требует особого подхода, поскольку оперативное вмешательство сопряжено с риском к инфильтративному росту, склонность к рецидивированию, тенденцию к инвазии [1, 2, 4]. В данной статье представлен клинический случай, иллюстрирующий трудности диагностики и лечения при сочетанном течении этих заболеваний. Представляем клинический случай сочетанного течения **экстрагенитального эндометриоза передней брюшной стенки послеоперационного рубца и послеоперационной вентральной грыжи** [12, 17].

**Экстрагенитальный эндометриоз** с нестандартным течением болезни или клиникой проявления других заболеваний, что сопровождается ошибками в тактике лечения. Диагноз Экстрагенитального эндометриоза нередко устанавливается во время операции, подтверждается результатами гистологического исследования, и в лечении возникает необходимость участия других специалистов [6, 7, 8].

**Материалы и методы:** для диагностики и лечения сочетанного экстрагенитального эндометриоза передней брюшной стенки послеоперационного рубца и вентральной послеоперационной грыжи был использован комплексный подход, включающий клиническое обследование, инструментальные методы диагностики и хирургическое вмешательство. **Клиническое обследование:** Пациентка обратилась с жалобами на болевой синдром в области передней брюшной стенки, особенно усиливающийся при физической нагрузке. Также она сообщала о появлении видимого дефекта в области операционного рубца и неприятных ощущениях в области живота. В анамнезе — ранее проведенная операция на брюшной полости, что стало предпосылкой для развития вентральной грыжи. **Инструментальные методы диагностики: Ультразвуковое исследование (УЗИ):** использовалось для выявления локализации грыжевого выпячивания, а также для оценки состояния рубца после предыдущего оперативного вмешательства. УЗИ позволило выявить наличие грыжи и очагов эндометриоза в области передней брюшной стенки. **Компьютерная томография (КТ):** для более детальной оценки анатомических особенностей области операционного рубца и наличия эндометриозных очагов. КТ помогло исключить другие возможные патологические изменения и подтвердить диагноз экстрагенитального эндометриоза. **Хирургическое вмешательство:** Пациентке была проведена комбинированная операция, включающая удаление эндометриозных очагов, расположенных в области послеоперационного рубца, а также пластическую операцию на передней брюшной стенке с коррекцией вентральной грыжи. Операция была выполнена с использованием высокотехнологических методов, таких как миниинвазивная удаления эндометриозных очагов и герниопластика с применением синтетического сетчатого имплантата для устранения дефекта передней брюшной стенки. **Послеоперационное наблюдение:** Пациентка находилась под наблюдением в послеоперационном периоде, в том числе проводилось наблюдение за состоянием швов, за восстановлением функции органов брюшной полости и за возможными рецидивами эндометриоза. Для оценки эффективности лечения и мониторинга восстановления использовались регулярные ультразвуковые исследования и клинические осмотры.

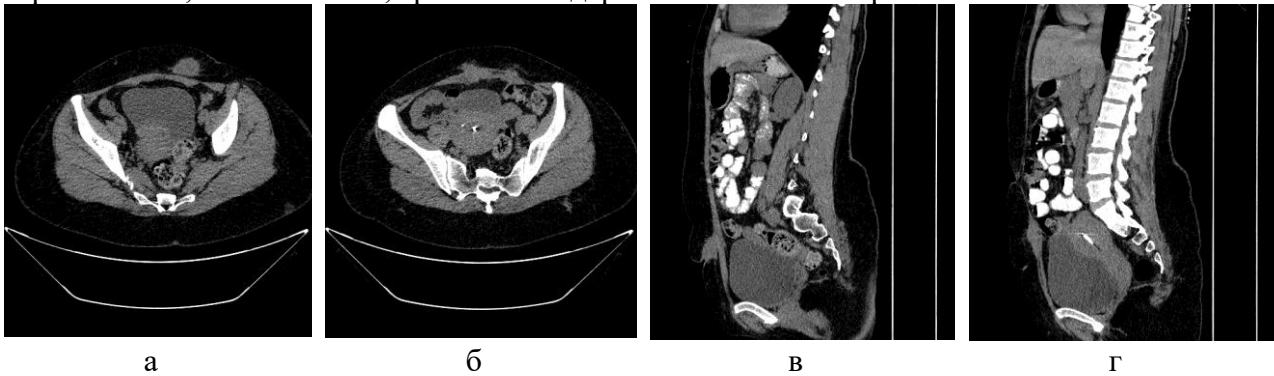
Представляем клиническое наблюдение Пациентка X, 37 лет, поступившей в ФОММЦ Минздрава Республики Узбекистана (отделение торакоабдоминальной хирургии) 29.01.2025 с диагнозом: **Экстрагенитальный эндометриоз передней брюшной стенки послеоперационного рубца и послеоперационная вентральная грыжа по EHS M4W1R0.** Состояние после кесарева сечения в 2013-2021 гг.

При поступлении больной предъявлял *жалобы* на наличие опухолевидного образования в области послеоперационного рубца, постоянные и умеренные боли в области рубца, усиливающиеся при касании.

При осмотре. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот не вздут, правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный в области послеоперационного рубца. Перитонеальных симптомов нет. В области послеоперационного рубца отмечается грыжевое выпячивание размерами 2x2x3 см, мягкое, умеренно болезненное, вправимое в брюшную полость. Кожные покровы над ним не изменены. Симптом "кашлевого толчка" положительный. Печень пальпаторно не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, обычной окраски. Область почек визуально не изменена, мочеиспускание не нарушено, дизурии нет.

**Результаты обследования.** *МСКТ брюшной полости с пероральным контрастированием (per os). до операции (27.01.2025). Заключение.* По передней брюшной стенки под операционного рубца нижнего этаже брюшной полости слева определяется инфильтративный участок размерами: 30x25x35мм, справа 23x19x21мм. Плотность +23 +30ед.Н. (рис. 1). Желудок- контраст свободно проходим, признаков дефект наполнения, сужений и расширений не выявлено. Тонкий кишечник – контрастировано свободно

проходим, признаков дефект наполнения, сужений и расширений не выявлено. По передней брюшной стенке на уровне нижнего этажа брюшной полости определяется дефект мышцы ширина 20 мм, высота 10 мм, грыжевое содержимое имеется жировая клетчатка



*Рис. 1. МСКТ- брюшной полости с пероральным контрастированием (per os). до операции  
а, б – коронарная проекция; в, г – аксиальная проекция*

**УЗИ мягких тканей** (03.01.2025) В гипогастрии передней брюшной стенки мягких тканей по ходу послеоперационного рубца справа в структуре мышц отмечается неоднородное образование размерами 26.0x19.0 мм, 18.0x11.0 мм в структуре подкожной клетчатки лоцируется образование размерами 28.0x19.0 мм. Очаги эндометриоза брюшной стенки по ходу послеоперационного рубца.

Общий анализ крови (28.01.2025): гемоглобин - 87 г/л; эритроциты -  $3,2 \cdot 10^{12}$ ; лейкоциты -  $6,2 \cdot 10^9$ ; тромбоциты -  $190 \cdot 10^9$ ; СОЭ - 23.

Показатели биохимического анализа крови и коагулограммы в норме.

Выполнено оперативное вмешательство (30.01.2025): Пациентке выполнена традиционная операция – герниолапаротомия, грыжесечение с пластикой грыжевых ворот с полипропиленовой сеткой “Sub lay” (ретромускулярная пластика), удаление новообразования передней брюшной стенки, рассечение спаек. При мобилизации грыжевых ворот в подкожно жировой клетчатке выявлено образование плотной консистенции размерами 5x5x6 см. Образование сильно припаяно к апоневрозу. Образование удалено вместе с жировой клетчаткой и апоневрозом передней брюшной стенки без вскрытия, отправлено на гистологическое исследование. Учитывая размер дефекта апоневроза принято решено выполнить пластику с эндопротезом. Совмещение хирургического лечения обоих заболеваний представляет собой сложную задачу из-за риска интраоперационных осложнений, возможного повреждения окружающих тканей и необходимости тщательного послеоперационного наблюдения (рис. 2).



*Рис. 2. Интраоперационные фото: а – послеоперационный рубец; б – рассечение спаек*

*Гистологическое исследование макропрепарата: Экстрагенитальный эндометриоз передней брюшной стенки. (рис. 3).*



*Рис. 3. Макропрепарат, удаленный вместе с апоневрозом передней брюшной стенки и подкожно-жировой клетчаткой*

Течение послеоперационного периода гладкое. Показатели общего анализа крови нормализовались.

Дренажи были удалены на 8 сутки после операции, швы сняты.

Послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

Пациент получал инфузионную терапию, антибиотики, антиагреганты, послеоперационный режим и диета. В послеоперационном периоде пациентке назначена противорецидивная терапия диеногестом по 2 мг.

Пациентка выписана с рекомендацией дальнейшей профилактики рецидива. Общий койко-день составил 13 дней.

Данный случай подчёркивает важность комплексного подхода к диагностике и лечению **экстрагенитального эндометриоза передней брюшной стенки послеоперационного рубца и послеоперационной вентральной грыжи**, а также сложность выбора тактики лечения, учитывая необходимость минимизации риска осложнений и рецидивов. Совмещение двух хирургических вмешательств требует тщательной предоперационной подготовки, мультидисциплинарного подхода и детального планирования послеоперационного ведения пациента.

Основные моменты:

**1. Экстрагенитальный эндометриоз передней брюшной стенки послеоперационного рубца и послеоперационная вентральная грыжа** – сложное сочетание патологий

- Эндометриоз – патологический процесс, при котором определяется наличие ткани по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию вне полости матки. Эндометриоз является многофакторным заболеванием, и, несмотря на длительное его изучение, этиология данного патологического процесса до сих пор не ясна.
- Послеоперационная вентральная грыжа — это любой дефект брюшной стенки, без или с грыжевым выпячиванием, возникший на месте послеоперационного рубца после оперативного вмешательства на органах брюшной полости, определяющийся при клиническом исследовании или визуализации.
- Сочетание этих заболеваний требует особого диагностического и лечебного ухода.

**2. Диагностика сочетанного экстрагенитального эндометриоза передней брюшной стенки послеоперационного рубца и послеоперационной вентральной грыжи**

- УЗИ и МСКТ – основные методы определения кист и размер дефектов передней брюшной стенки
- Биопсия позволяет выявить патологический процесс, диагностику природы поражений.

**3. Хирургическое вмешательство** – основной метод лечения

- Выполнена традиционная операция – герниолапаротомия, грыжесечение с пластикой грыжевых ворот с полипропиленовой сеткой “Sub lay” (ретромускулярная пластика), удаление новообразования передней брюшной стенки, рассечение спаек.
  - Эндометриоз удален вместе с жировой клетчаткой и апаневрозом передней брюшной стенки без вскрытия для уменьшения риска рецидива.
4. Послеоперационное ведение и долгосрочные результаты
- Консультирована гинекологом
  - Контрольное исследование через 6 месяцев для выявления отсутствия признаков рецидива.
  - Важность длительного наблюдения за пациентами для предотвращения возможных процедур и рецидивов.
5. Перспективы
- **Сочетанный экстрагенитальный эндометриоз передней брюшной стенки послеоперационного рубца и послеоперационной вентральной грыжи индивидуального подхода к каждому человеку.**
  - Совмещение хирургического метода с адекватной послеоперационной терапией повысит эффективность лечения и снизит риск рецидива.
  - Дальнейшие исследования необходимы для оптимизации хирургических методов и разработки более эффективной комплексной терапии.

**Заключение:** Приведенный клинический случай сочетанного экстрагенитального эндометриоза передней брюшной стенки послеоперационного рубца и вентральной послеоперационной грыжи подчеркивает важность комплексного подхода в диагностике и лечении таких редких и сложных патологий. Правильная и своевременная диагностика, основанная на сочетании клинического обследования и современных инструментальных методов (УЗИ, КТ, лапароскопия), позволяет точно выявить причины заболевания и подобрать оптимальную тактику лечения. В нашем случае успешное проведение комбинированной хирургической операции, включающей удаление очагов эндометриоза и коррекцию вентральной грыжи, обеспечило значительное улучшение состояния пациентки. Постоперационный период прошел без осложнений, болевой синдром исчез, а косметический эффект после вмешательства был удовлетворительным. Это подтверждает высокую эффективность комплексного подхода, а также важность внимательного отношения к пациенткам с послеоперационными рубцами, которые могут быть местом локализации эндометриозных очагов.

### Список литературы

1. Devlin H.V. Management of abdominal hernias. – London: Butterworths, 2000. – 430 p.
2. Жебровский В.В., Тоскин К.Д., Ильченко Ф.Н. Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж // Вестник хирургии. – 1996. – № 2. – С. 105-108.
3. Власов В.В. Новые взгляды на хирургическое лечение послеоперационных срединных вентральных грыж // Хирургия. – 1997. – № 1. – С. 5-13.
4. Eriksson A., Rosenberg J., Bisgaard T. Surgical treatment for giant incisional hernia: a qualitative systematic review // Hernia. – 2014. – № 1. – P. 31–38.
5. Егиев В.Н., Лядов К.Н., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж. – М. : Медпрактика-М, 2003. – 228 с.
6. Дресвянская Т.В., Прусов И.А., Фокина А.П., и др. Случай успешного хирургического лечения экстрагенитального эндометриоза РМЖ. *Мать и дитя*. 2018;2(1):70-2
7. Чечулина О.В., Данилова О.В. Экстрагенитальный эндометриоз. *Клинический случай*. *Гинекология*. 2021; 23 (5): 445–447
8. Сибирская Е.В., Караченцова И.В., Одинокова В.О. и др. Экстрагенитальный эндометриоз – междисциплинарный подход к ведению пациенток. *Эффективная фармакотерапия*. 2024; 20 (6): 24–32.

9. Andres M.P., Arcoverde F.V.L., Souza C.C.C., et al. Extrapelvic endometriosis: a systematic review. *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2020; 27 (2): 373–389.
10. <https://www.puchkovk.ru/ginekologiya/endometrioz/ekstragenitalnyy-endometrioz/>
11. ACOG. Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. 2018.
12. <https://www.puchkovk.ru/ginekologiya/endometrioz/endometrioz-posleoperatsionnogo-rubtsa/>
13. Endometriosis: Diagnosis and Management. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. No. 244, July 2010
14. Leyland N., Casper R., Laberge Ph. et al. Endometriosis: Diagnosis and Management // Clinical Practice Guideline // JOGC. – 2010. – Vol. 32. – № 7. – P. 1–27.
15. NICE Guideline “Endometriosis: diagnosis and management”. September 2017.
16. E Dunselman G. A. J. et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis // Human reproduction. – 2014. – Т. 29. – №. 3. – С. 400-412.
17. Печеникова В.А., Акопян Р.А., Данилова А.С., Петровская Н.Н. Эндометриоз послеоперационного рубца: особенности клинического течения, диагностики, лечения и результатов морфологического исследования операционного материала // Журнал акушерства и женских болезней. 2022. Т. 71. № 3.