

Катамениальный пневмоторакс: диагностика и лечение

Гусак И.С., Янцевич А.Г., Голайдо М.М, Горенок Д.И.,
Дюсьмикеева М.И.

ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии»

Катамениальный (менструальный) пневмоторакс (КП) - это рецидивирующий спонтанный пневмоторакс (СП) у женщин преимущественно 30-40 лет, возникающий в период за 72 ч до начала или через 72 ч после начала менструации, без сопутствующей пульмонологической патологии.

Катамениальный пневмоторакс является наиболее частым проявлением торакального эндометриоза.

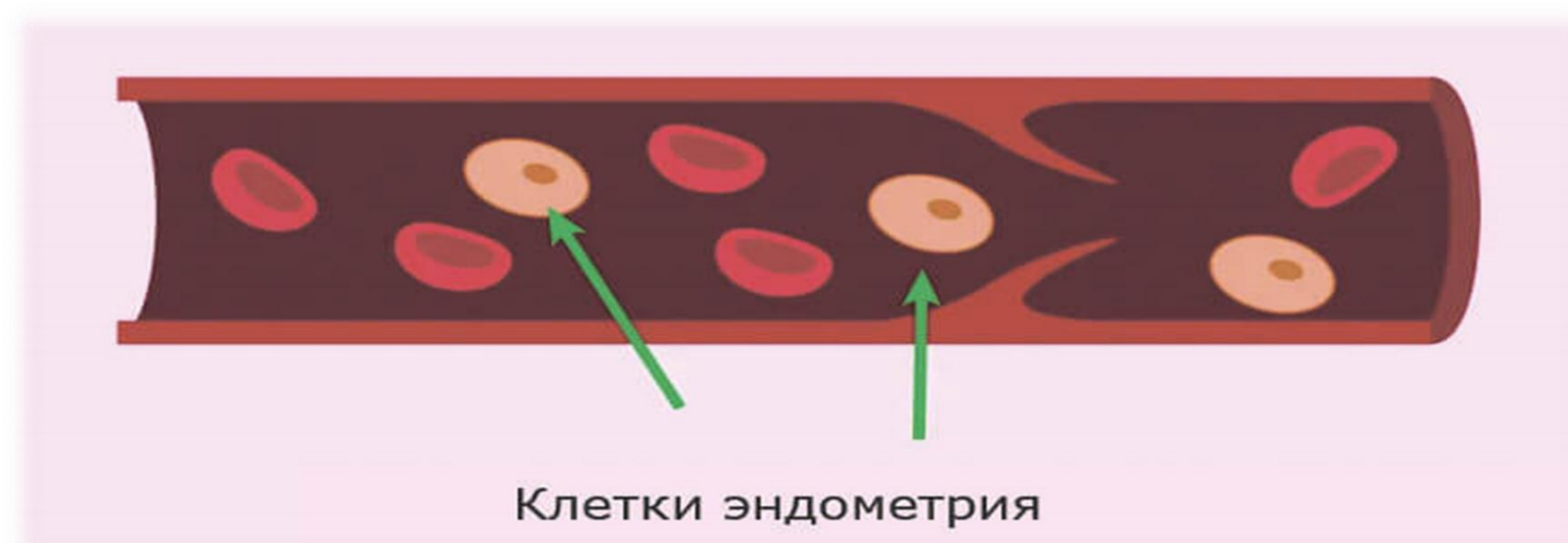


Рис.1 Теория сосудистого и лимфогенного распространения эндометриоза

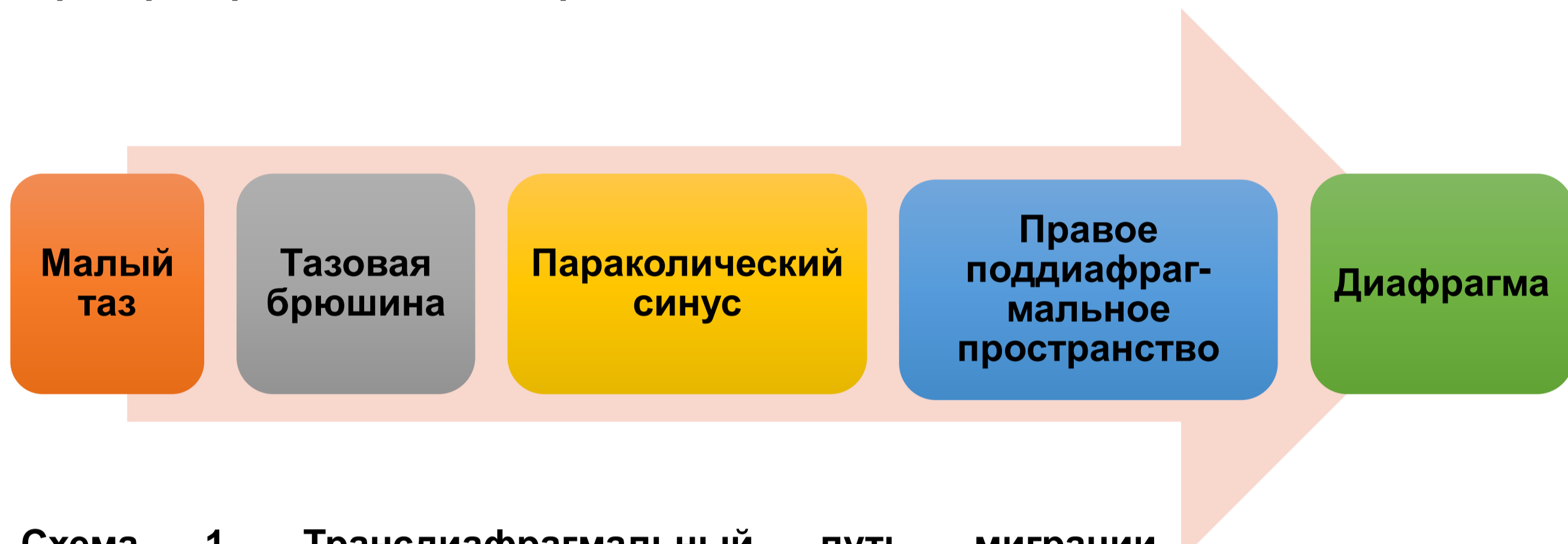


Схема 1. Трансдиафрагмальный путь миграции эндометриоидных клеток

Клиника катамениального пневмоторакса

- Клинические проявления возникают за 72 ч до начала или через 72 ч после начала менструации.
- КП характеризуется рецидивирующим течением (от 2 до 10 эпизодов).
- Развивается КП только при сохраненном менструальном цикле, однако, были описаны случаи пневмоторакса после гистерофорэктомии при проведении ЗГТ

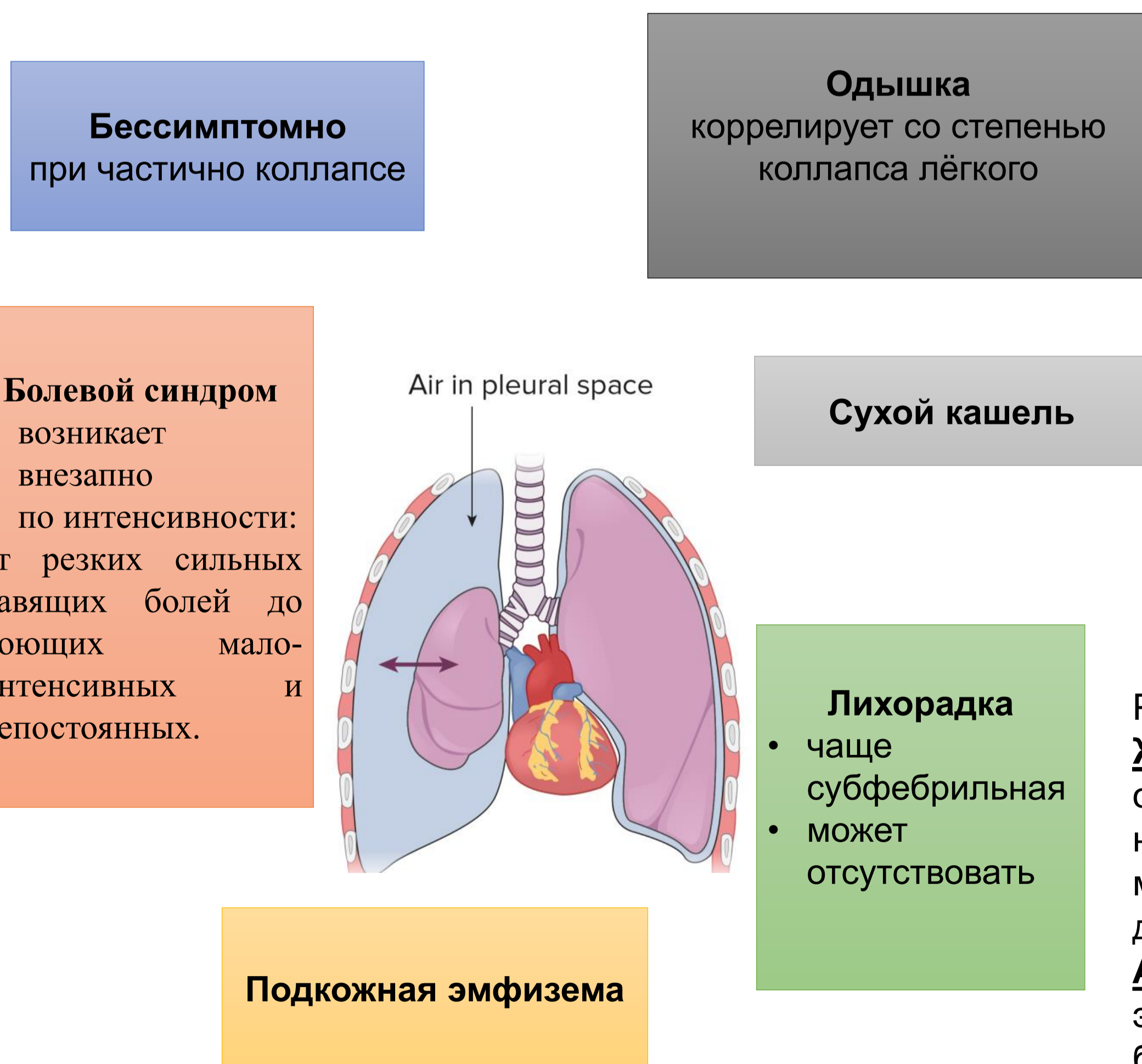


Схема 2. Клинические проявления КП

- Встречается в 3-6% случаев спонтанного пневмоторакса у менструирующих женщин.
- Чаще возникает правосторонний пневмоторакс (85–90%).
- Сочетание с эндометриозом органов малого таза в 30–51% случаев.

Механизм развития торакального эндометриоза

- Теория целомической метаплазии:** эндометрий и мезотелий плевры являются производными одного зародышевого листка, при определенных гормональных изменениях возможно перерождение ткани с формированием эндометриоидных эктопий в плевральной полости
- Теория гематогенной и лимфогенной миграции,** что может объяснить образование интрапаренхиматозных и плевральных эндометриоидных эктопий
- Теория трансдиафрагмального пути** попадания эндометрия в плевральную полость с формированием сквозных перфораций или через врожденные отверстия



Рисунок 2



Рисунок 3. Эндометриоз диафрагмы

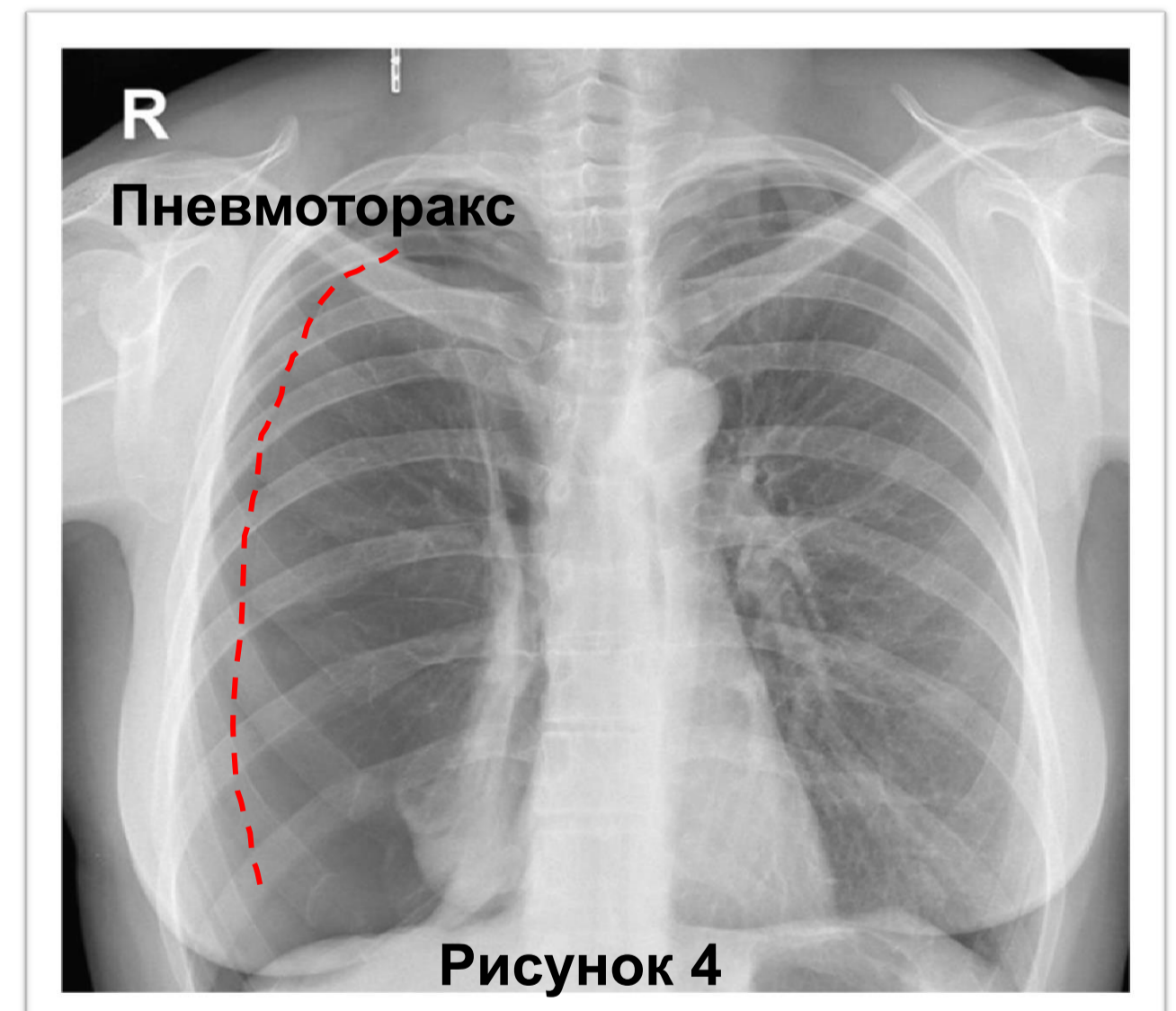


Рисунок 4



Рисунок 5. Очаг эндометриоза на плевре

Рисунок 2-3.

Жалобы на боли в правой половине грудной клетки, одышка смешанного характера при физической нагрузке. Симптомы возникли за 2-3 дня до начала менструации. В момент госпитализации у пациентки 3 день МЦ.

Анамнез жизни: двусторонняя тубэктомия по поводу эндометриоза маточных труб (2016). Лечение бесплодия (2 попытки ЭКО: 2 стимуляции по короткому протоколу, 2 стимуляции по длинному протоколу – неэффективно).

На 23 день МЦ выполнена ВТС справа, ревизия плевральной полости: булл и других патологических образований не выявлено, в области диафрагмы определяется группа пятен синюшно-багрового цвета, с участками микроперфорации диафрагмы. Биопсия участка с изменениями. Электрокоагуляция оставшихся очагов, ушивание дефектов диафрагмы. Плевродез тальком. (химический).

Гистологически: фиброзно-жировая ткань с участками эндометриоза. ИГХИ CK+ PAX8- Carlet+; Er+; CD10+

Рисунок 4-5.

Жалобы: одышка при минимальных физических нагрузках, сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки, спине. Симптомы беспокоят в течение 7 дней. На момент поступления у пациентки 8 день МЦ

Анамнез жизни: эндометриоз шейки матки с 2003 года, диагностическая ЛС в 2003 году (признаков эндометриоза брюшной полости не выявлено).

Оперативное лечение:

На 26 день МЦ выполнена VATS справа, ревизия плевральной полости: на диафрагме на границе сухожильного центра и мышечной части диафрагмы определяется участок изменений 4*1,5см с несквозным углублением до 0,6см в диаметре с синеватыми краями – биопсия. На костальной плевре отмечается иссенья-чёрный узелок до 6 мм, биопсия. Электрокоагуляция очагов. Субтотальная плеврэктомия (механический плевродез) + плевродез повидон-йодом 5% (химический плевродез).

Гистологически:

В ткани плевры, диафрагмы участки разрастания железистой ткани матки.