

# Паразитарные образования брюшной полости. Клинический случай имплантации ткани селезенки в малом тазе

А.В.Харди́ков<sup>1</sup>, И.С.Лу́нева<sup>1</sup>, О.Ю.Ива́нова<sup>1</sup>,  
С.В.Петро́в<sup>2</sup>, А.И.Охо́тников<sup>2</sup>, В.А.Щеки́н<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Курский государственный медицинский университет, Курск

<sup>2</sup>Курская городская клиническая больница №6, Курск

**Актуальность.** В литературе описано более 200 случаев возникновения паразитарных образований брюшной полости (морцеллом) после эндоскопических операций по поводу миомы матки. **Материалы и методы.** Приведены данные литературы о паразитарных образованиях брюшной полости и собственный клинический случай. **Результаты.** Представлен клинический случай имплантации в малом тазе ткани селезенки после травматического разрыва и спленэктомии в возрасте 10 лет с инициацией роста имплантата в перименопаузе. **Заключение.** Данное наблюдение является единственным в литературе случаем с подтверждением паразитарной имплантации ткани селезенки. Условия и механизмы для имплантации и пролиферации паразитарных тканей в брюшной полости могут быть обусловлены особенностями иммунной системы, рецепторного аппарата, метаболизма и концентрации эстрогенов, ростовых факторов и требуют дальнейшего исследования.

**Ключевые слова:** морцеллома, паразитарные образования брюшной полости, фрагменты ткани после морцелляции, селезенка.

## Parasitic Masses in Abdominal Cavity. A Clinical Case of Posttraumatic Implantation of Spleen Tissue in Small Pelvis

A.V.Khardikov<sup>1</sup>, I.S.Luneva<sup>1</sup>, O.Yu.Ivanova<sup>1</sup>,  
S.V.Petrov<sup>2</sup>, A.I.Okhotnikov<sup>2</sup>, V.A.Schekin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kursk State Medical University, Kursk

<sup>2</sup>Kursk City Clinical Hospital No.6, Kursk

**Background.** The literature describes more than 200 cases of parasitic formations of the abdominal cavity (morcellomas) after endoscopic treatment of uterine fibroids. **Materials and methods.** The literature data on parasitic formations in the abdominal cavity and authors' own case are presented. **Results.** A clinical case of a parasitic implantation of spleen tissue in the small pelvis after traumatic spleen rupture and splenectomy at the age of 10 with the

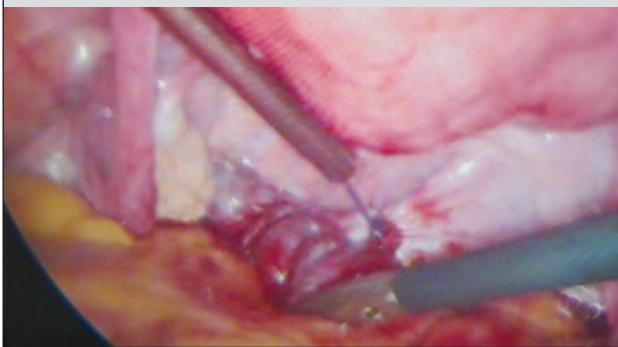
initiation of implant growth in the perimenopausal period is described. **Conclusion.** This observation is the only case described in the literature confirming the parasitic implantation of spleen tissue. The conditions and mechanisms for the implantation and proliferation of parasitic tissues in the abdominal cavity may be caused by dysfunction of the immune system, receptor apparatus, metabolism and estrogen concentrations, as well as growth factors; these issues require further research.

**Keywords:** morcelloma; parasitic tissue in abdominal cavity, retained fragments after morcellation; spleen.

В настоящее время в литературе описано более 200 случаев возникновения паразитарных образований брюшной полости после эндоскопических операций по поводу миомы матки [1–21]. Описание других паразитарных образований в доступной литературе нам обнаружить не удалось. Паразитарные миомы впервые были описаны Kelly и Cullen в 1909 г. и расценивались как субсерозные миомы, получающие питание от соседних органов, с которыми они имеют интимное сращение. Для данных морфологических структур в мировой литературе используется несколько терминов: «морцеллома», «паразитарная миома», «лейомиоматоз», «ятрогенные миомы». Субстратом развития такого образования является небольшое количество ткани миоматозного узла, оставшееся в брюшной полости после удаления опухоли. Чаще всего это происходит при эндоскопических операциях с применением морцелляции узла или матки [1–21]. В течение последних 10 лет количество публикаций, посвященных данной проблеме, возрастает, что можно объяснить с одной стороны увеличением количества эндоскопических операций по поводу миомы, а с другой стороны – улучшением диагностики данной патологии. У 25% пациенток паразитарные миомы протекают бессимптомно и обнаруживаются либо при повторных операциях на органах брюшной полости, как интраоперационная находка, либо при рутинном ультразвуковом исследовании [7]. В остальных случаях данные образования, достигая значительных размеров, сопровождаются различной симптоматикой, которая зависит от локализации, иногда происходит перекрут ножки паразитарной опухоли и могут возникать симптомы острого живота [2, 3, 12, 16]. Локализация морцеллом может быть различной. Описаны паразитарные миомы после лапароскопической миомэктомии на брюшине, стенке мочевого пузыря, сигмовидной кишке и ее брыжейке, в дугласовом пространстве и на прямой кишке, в большом сальнике в косых мышцах передней брюшной стенки [1–21]. Морцелломы могут быть клинически диагностированы как через несколько месяцев после операции, так и через 5–10 и более лет после операции, что свидетельствует о способности клеток имплантата в течение длительного времени находиться в «спящем» состоянии и только при наличии определенных условий начать активно пролиферировать. В практической хирургии очень высока вероятность того, что мельчайшие фрагменты морцеллированной ткани могут оставаться в брюшной полости, однако частота паразитарных миом, по мнению ряда авторов, может наблюдаться в 0,2–1,2% случаев при морцелляции миомы [3, 4, 20].

Нам не удалось обнаружить публикаций, описывающих паразитарную имплантацию другой ткани в брюшной полости. Поэтому считаем целесообразным описать собственный клинический случай паразитарной имплантации ткани селезенки в малом тазе после травматического разрыва селезенки и спленэктомии.

Имплант ткани селезенки в малом тазе



**Приводим клинический случай.** Пациентка А., 50 лет, была госпитализирована в гинекологическое отделение для планового оперативного лечения с диагнозом новообразование в области малого таза: опухоль маточной трубы? При поступлении жалоб не предъявляет. Из анамнеза. В возрасте 10 лет через 3 сут после падения с высоты была произведена типичная спленэктомия по поводу разрыва селезенки. Операция и послеоперационный период протекали без осложнений.

**Акушерско-гинекологический анамнез.** Менархе в 13 лет, менструальный цикл регулярный, менструации через 28–30 дней умеренные, малоблезненные по 4–5 дней. В анамнезе 2 нормальных вагинальных родов с массой плодов 3300 и 4300 г с незначительными разрывами слизистой влагалища и шейки матки.Abortов и выкидышей не было. В течение 8 лет пациентка использовала внутриматочную контрацепцию без побочных эффектов. Наблюдение в женской консультации регулярное с обследованием в соответствии со стандартом. Со слов женщины гинекологических заболеваний до 2015 г. не было. В октябре 2015 г. при УЗИ выявлен полип эндометрия. Произведены гистероскопия, удаление полипа, фракционное выскабливание матки. Результат гистологического исследования: фиброзный полип эндометрия. Контрольное УЗИ через месяц после удаления полипа патологии не выявило. С января 2016 г. менструации у пациентки прекратились. В марте 2016 г. при плановом УЗИ обнаружено опухолевидное образование в области придатков матки неправильной формы 4×5×4 см, подвижное, на ножке, железистой структуры. При бимануальном вагинальном исследовании безболезненное образование с теми же характеристиками пальпировалось в позадиматочном пространстве. Четко определить источник патологического процесса оказалось невозможным. Результаты лабораторного обследования на онкомаркеры (СА-125, РЭА) были в пределах референтных значений. Пациентка консультирована хирургом и гинекологом в онкологическом диспансере: рекомендовано радикальное оперативное лечение. В последующие месяцы женщина, не решаясь на операцию, обращалась для консультации, уточнения диагноза и возможного лечения в различные клиники, однако более точного диагноза и других методов лечения ей не было предложено.

27 ноября 2016 г. пациентка была госпитализирована для оперативного лечения, результаты стандартного лабораторного обследования были в пределах нормы, отсутствовали значимые изменения в концентрации онкомаркеров. Увеличения размеров опухоли при УЗИ по сравнению с данными от марта 2016 г. не было. Обращала на себя внимание хорошая подвижность образования и отсутствие интимной связи с маткой и прямой кишкой. Решением консилиума было выполнить диагностическую лапароскопию, в процессе которой предполагалось уточнить

диагноз и объём оперативного лечения. После стандартной предоперационной подготовки под эндотрахеальным наркозом 28 ноября 2016 г. была произведена лапароскопия по стандартной методике. При ревизии органов малого таза обнаружено: тело матки обычных размеров и формы, подвижное, трубы и яичники с обеих сторон без визуальных патологических изменений. В позадиматочном пространстве обнаружено образование неправильной формы, синюшно-багрового цвета, размером 6×3×5 см, железистого вида, на тонком основании, не спаянное с окружающими тканями, легко кровоточащее при фиксации инструментом (см. рисунок) Проведен интраоперационный консилиум. Интраоперационный диагноз: Новообразование ректовагинальной области. Принято решение о его удалении (с экспресс исследованием), двусторонней аднексэктомии, фракционным выскабливанием матки. Образование фиксировано, поднято на зажиме, ножка лигирована, опухоль отсечена и удалена в пластиковом мешке. Произведены типичная аднексэктомия, ревизия и санация малого таза физиологическим раствором, фракционное выскабливание матки. Операция завершена типично. Кровопотеря – 20 мл. Продолжительность операции (с учетом консилиума и выскабливания) – 25 мин. Послеоперационный диагноз: новообразование ректовагинальной области. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписка на 4-е сутки.

Описание макропрепарата патоморфологом:

1. Маточные трубы длиной 4 см, диаметром 5 мм, серозный покров серо-коричневый гладкий. Яичники размером 1,5×1,0×0,9 см с бугристой поверхностью. На разрезе ткань серая, плотноватая, однородная. В толще одного из яичников определяется полость диаметром 0,5 см с серой гладкой внутренней поверхностью, остатками водянистого содержимого.
2. Соскоб из полости матки и цервикального канала – скудный, представлен слизью, кровью.
3. Участок серо-коричневой ткани упруго-эластической консистенции, размером 3,5×2,5×1,5 см с бледно-серой гладкой поверхностью.

Результат гистологического исследования (№48818):

1. Фолликулярная киста яичника. Второй яичник, маточные трубы – обычной структуры.
2. Участок слизистой цервикального канала с картиной хронического воспаления. Соскоб из полости матки – кровь, слизь.
3. Описанный участок имеет строение селезенки с гиперплазией фолликулярного аппарата, малокровием красной пульпы.

При осмотре через месяц после операции: жалоб не предъявляет, состояние удовлетворительное. При бимануальном вагинальном и ультразвуковом исследованиях патологических изменений в малом тазе не выявлено. Контрольный осмотр через 10 мес не выявил патологических образований в брюшной полости.

Большая часть публикаций, посвященных паразитарным миомам, являются описанием клинических случаев. Патогенетические механизмы возникновения морцеллом остаются недостаточно изученными. На основании проведенных экспериментальных исследований получены данные, что важную роль в развитии паразитарных миом могут играть эстрогены и сосудисто-эндотелиальный фактор роста, особенности рецепторного аппарата [22]. Частота морцеллом в эксперименте снижается при использовании агонистов гонадотропин рилизинг гормонов, ингибиторов ароматаз, а также после овариоэктомии [22].

При анализе описываемого клинического случая можно предположить, что возникновению данной па-



тологии могли способствовать несколько факторов: за трое суток после травмы, полученной в 10-летнем возрасте, некоторое количество крови и клеток (или ткани) селезенки в силу чисто механических факторов оказались в позадиматочном пространстве. При спленэктомии через типичный для данной операции разрез провести качественную ревизию и санацию малого таза невозможно. Длительный период до операции (3 сут) и сама операция оказали активирующее влияние на процессы локального воспаления, а пубертатный период, когда увеличивается концентрация различных ростовых факторов (сосудисто-эндотелиального, инсулиноподобного и т.д.), эстрогенов и других гормонов, могли явиться благоприятными условиями для имплантации ткани селезенки в ретроцервикальном пространстве. В репродуктивном возрасте пациентке многократно производилось ультразвуковое исследование (получена информация об 11) и ни разу не было выявлено патологических образований в малом тазу, что свидетельствует об отсутствии макроскопического роста до наступления менопаузы. Рост его в перименопаузе мог быть инициирован сочетанием относительной гиперэстрогении в данном периоде, изменением соотношения метаболитов эстрогенов и других факторов. В частности, имеются научные данные о снижении выработки индукторов апоптоза при изменении соотношения между метаболитами эстрогенов: 2-гидроксиэстроном и 16 $\alpha$ -гидроксиэстроном в постменопаузальном периоде, и доказана роль их дисбаланса в активации клеточной пролиферации [22, 23].

Количественный рост паразитарных образований брюшной полости свидетельствует о наличии определенных особенностей гомеостаза у данных пациенток, создающих благоприятные условия для адгезии, имплантации и пролиферации ткани, не имеющей собственных сосудов и не связанной с другими тканями организма, что диктует во первых-необходимость исследования патогенетических механизмов возникновения морцеллом и на этой основе разработке мероприятий по их профилактике, а во вторых необходимость информирования пациентки о возможности данного осложнения.

## Литература

1. Беженарь В.Ф., Цыпурдеева А.А., Молотков А.С., Вартанова И.В., Комличенко Э.В., Данилин В.Н., Побединцева Ю.А. Нетипические клинические случаи синдрома хронических тазовых болей в гинекологической практике. Журнал акушерства и женских болезней. – 2014. – Т. XLIII. – № 2. – С. 59–66. / Bezgenar V.F., Tsipurdeeva A.A., Molotkov A.S., Vartanova I.V., Komlichenko E.V., Danilin V.N., Pobedintseva Y.A. Netipicheskie klinicheskie sluchai sindroma tazovih bolej v ginekologicheskoj praktike. Jurnal akusherstva i ginskih boleznj. 2014; T. XLIII (2): 59–66. [in Russian]
2. Тугушев М.Т., Климанов А.Ю., Игнатъев А.В. Морцелломы брюшной полости: клинический случай. Российский вестник акушера-гинеколога. – 2017. № 2. С. 55–8. / Tugushev M.T., Klimanov A. U., Ignatiev A.V. Morcellomi brushnoj polosti: klinicheskij sluchaj. Rossijskij vestnik-akushera-ginekologa. 2017; 2: 5–8. [in Russian]
3. Cho I., Baek J., Park J., Song D. Torsion of a parasitic myoma, that developed after abdominal myomectomy. Obstet Gynecol Sci. 2016; 59 (1): 75–8.
4. Cucinella G., Granese R., Calagna G., Somigliana E., Perino A. Parasitic myomas after laparoscopic surgery: an emerging complication in the use of morcellator? Description of four cases. FertilSteril. 2011; 96: e90–6.
5. Donnez O., Jadoul P., Squifflet J., Donnez J. Iatrogenic peritoneal adenomyoma after laparoscopic subtotal hysterectomy and uterine morcellation. FertilSteril. 2006; 86: 1511–2.
6. Epstein J.H., Nejat E.J., Tsai T. Parasitic myomas after laparoscopic myomectomy: case report. Fertil Steril. 2009; 91: 932e13–4.
7. Hakan Erenel, Osman Temizkan, Begyam Aydoğan Mathyk, Suat Karataş Parasitic myoma after laparoscopic surgery: a mini-review. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2015; 16: 181–6.
8. Hilger W.S., Magrina J.F. Removal of pelvic leiomyomata and endometriosis five years after supracervical hysterectomy. Obstet Gynecol. 2006; 108: 772–4.
9. Kho K., Nezhat C. Parasitic myomas. Obstet Gynecol. 2009; 114: 611–5.
10. Kumar S., Sharma J.B., Verma D., Gupta P., Roy K.K., Malhotra N. Disseminated peritoneal leiomyomatosis: an unusual complication of laparoscopic myomectomy. Arch Gynecol Obstet. 2008; 278: 93–5.
11. La Coursiere D.Y., Kennedy J., Hoffman C.P. Retained fragments after total laparoscopic hysterectomy. J Minim Invasive Gynecol. 2005; 12: 67–9.
12. Lieng M., Istre O., Busund B., Qvigstad E. Severe complications caused by retained tissue in laparoscopic supracervical hysterectomy. J Minim Invasive Gynecol. 2006; 13: 231–3.
13. Moon H.S., Koo J.S., Park S.H., Park G.S., Choi J.G., Kim S.G. Parasitic leiomyoma in the abdominal wall after laparoscopic myomectomy. Fertil Steril. 2008; 90: e1–e2.
14. Nezhat C, Kho K. Iatrogenic myomas: a new class of myomas? J Minim Invasive Gynecol. 2010; 17 (5): 544–50.
15. Paul P.G., Koshy A. K. Multiple peritoneal parasitic myomas after laparoscopic myomectomy and morcellation. Fertil Steril. 2006; 85: 492–3.
16. Ramesh B., Sharma P., Gunge D. Abdominal wall parasitic myoma following electromechanical morcellation. J Obstet Gynaecol India. 2014; 64: 73–5.
17. Sinha R., Sundaram M., Mahajan C., Sambhus A. Multiple leiomyomas after laparoscopic hysterectomy: report of two cases. J Minim Invasive Gynecol. 2007; 14: 123–7.
18. Sinha R., Sundaram M., Lakhota S., Kadam P., Rao G., Mahajan C. Parasitic myoma after morcellation. J Gynecol Endosc Surg. 2009; 1: 113–5.
19. Takeda A., Mori M., Sakai K., Mitsui T., Nakamura H. Parasitic peritoneal leiomyomatosis diagnosed 6 years after laparoscopic myomectomy with electrical tissue morcellation: report of a case and review of the literature. J Minim Invasive Gynecol. 2007; 14: 770–5.
20. Temizkan O., Erenel H., Arici B., Ascioglu O. A case of parasitic myoma 4 years after laparoscopic myomectomy. J Minim Access Surg. 2014; 10: 202–3.
21. Yang R., Xu T., Fu Y., Cui S., Yang S., Cui M. Leiomyomatosis peritonealis disseminata associated with endometriosis: A case report and review of the literature. Oncol Lett. 2015; 9: 717–20.
22. Huang B., Yang M., Wang P., Li H. Oestrogen-induced angiogenesis and implantation contribute to the development of parasitic myomas after laparoscopic morcellation. Reprod Biol and Endocrin. 2016; 14: 64.
23. Бабаева Н.А., Ашрафян Л.А., Антонова И. Б., Алешикова О.И. Ивашина С.В.. Роль гормональных нарушений в канцерогенезе опухолей женской репродуктивной системы. Акушерство и гинекология: новости, мнение, обучение. – 2017. – Т. – 1. – № 15. – С. 76–82. / Babaeva N.A., Ashrafyan L.A., Antonova I.B., Aleshikova O.I., Ivashina S.V. Rol gormnalnih narushenij v kantserogeneze opuholej genskoj reproduktivnoj sistemj. Akusherstvo i ginekologija: novosti, mnienie, obuchenie. 2017; 1 (15): 76–82. [in Russian]

## Сведения об авторах:

**Хардинов Александр Владимирович** – д.м.н., доцент, ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии., Курск

**Лунёва Ирина Семеновна** – к.м.н., доцент, ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии, Курск

**Иванова Оксана Юрьевна** – д.м.н., доцент, зав. кафедрой акушерства и гинекологии, ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России, Курск. <http://orcid.org/0000-0003-2350-1740>

**Петров Сергей Вячеславович** – к.м.н., врач гинекологического отделения, Областное бюджетное учреждение здравоохранения Курская городская больница №6, Курск

**Охотников Андрей Иванович** – к.м.н., зам главного врача по акушерству и гинекологии, Областное бюджетное учреждение здравоохранения Курская городская больница №6, Курск

**Щекин Владимир Алексеевич** – зав. отделением гинекологии, Областное бюджетное учреждение здравоохранения Курская городская больница №6, Курск