

Шлык Д.Д., Киценко Ю.Е., Маркарян Д.Р., Ланчинский В.И., Тулина И.А., Царьков П.В. СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ ОЧАГОВ АТИПИЧНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ (Сеченовский университет), 119991, г. Москва

Для корреспонденции: Киценко Юрий Евгеньевич, ассистент каф. хирургии медико-профилактического факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ (Сеченовский университет), 119991, г. Москва, e-mail: yury@kitsenko.ru

Хирургическое лечение и последующее ведение женщин репродуктивного возраста с эндометриозом экстрагенитальной локализации с вовлечением кишки, частота которого составляет до 37%, в настоящее время не имеют детального и четко описанного протокола, что может быть вызвано сложностью диагностики на дооперационном этапе. В большинстве случаев экстрагенитальная локализация оказывается интраоперационной находкой. Цель статьи – оценить сложность диагностики атипичного расположения экстрагенитального эндометриоза, систематизировать диагностический протокол и представить выбранную тактику лечения.

Материал и методы. В клинике колопроктологии и малоинвазивной хирургии отмечено 4 наблюдения экстрагенитального эндометриоза с поражением кишечника. По данным проведенных диагностических исследований (мультиспиральная компьютерная томография – МСКТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, ирригоскопия с двойным контрастированием, колоноскопия с биопсией), эндометриоз был подтвержден у 2 пациентов на дооперационном этапе. Всем пациенткам выполнены хирургические вмешательства в объеме резекции пораженного сегмента кишки в пределах неизмененных тканей.

Результаты. По данным интраоперационной ревизии, у всех пациенток отмечено наличие дополнительных экстрагенитальных очагов различной локализации, которые были разрушены с помощью диатермокоагуляции. Пациенткам с неverified эндометриозом также выполнили лимфодиссекцию в объеме D2 в связи с невозможностью исключить злокачественное новообразование. В раннем послеоперационном периоде осложнений не отмечено. Только 1 пациентка приняла решение о приеме гормональной терапии в течение 6 мес после операции. В настоящее время ни в 1 наблюдении рецидивов не отмечено, среднее время наблюдения составляет $17,3 \pm 13,6$ мес (4–33 мес). У всех пациенток восстановлен менструальный цикл, менструации умеренно болезненные, имевшиеся ранее боли в животе перед менструацией и мажущие выделения из прямой кишки прекратились.

Заключение. Хирургическое лечение экстрагенитального эндометриоза кишечной локализации в объеме резекции участка пораженной кишки в пределах неизмененных тканей является оптимальной методикой лечения и не сопровождается значимыми осложнениями. Однако при неverified гистологически эндометриозе следует соблюдать принципы онкологического радикализма. Для выбора оптимального объема хирургического вмешательства и доступа требуется проведение мультидисциплинарного консилиума с участием колопроктолога, гинеколога и с обязательным учетом мнения пациентки.

Ключевые слова: эндометриоз; лапароскопия; толстая кишка; колоректальная хирургия; гинекология.

Для цитирования: Шлык Д.Д., Киценко Ю.Е., Маркарян Д.Р., Ланчинский В.И., Тулина И.А., Царьков П.В. Сравнение методов диагностики и лечения эндометриозных очагов атипичного расположения. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева*. 2018; 5(3): 157-163. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-3-157-163>

Shlyk D.D., Kitsenko Yu.E., Markaryan D.R., Lanchinskiy V.I., Tulina I.A., Tsarkov P.V.

COMPARISON OF DIAGNOSTIC METHODS AND TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS OF ATYPICAL LOCATION

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119991, Russian Federation

Surgical treatment and subsequent management of women of reproductive age with endometriosis of extragenital localization involving intestine, whose frequency is up to 37%, currently do not have a detailed and clearly described protocol, which may be caused by the complexity of diagnosis at the preoperative stage. In most cases, extragenital localization is an intraoperative finding.

The purpose of the article is to evaluate the complexity of diagnosing the atypical location of extragenital endometriosis, systematize the diagnostic protocol and present the chosen treatment tactics.

Material and methods. In the clinic of coloproctology and minimally invasive surgery, 4 observations of extragenital endometriosis with intestinal lesions were noted. According to the results of diagnostic studies (multispiral computed tomography – MSCT of the abdominal cavity with intravenous contrast, irrigoscopy with double contrasting, colonoscopy with biopsy), endometriosis was confirmed in 2 patients at the preoperative stage. All patients underwent surgical interventions in the volume of resection of the affected segment of the intestine within the unchanged tissues.

Results. According to the intraoperative revision, in all patients there was noted the presence of additional extragenital foci of different localization, which were destroyed by diathermocoagulation. Patients with unverified endometriosis also underwent lymphadenectomy in D2 volume due to the inability to exclude malignant neoplasm. In the early postoperative period, no complications were noted. Only 1 patient decided to take hormonal therapy for 6 months after the operation. At present, none of the relapses have been observed, the mean follow-up time is 17.3 ± 13.6 months (4–33 months). In all patients there was recovered the menstrual cycle, menstruation moderately painful, previous abdominal pains before menstruation and spotting discharges from the rectum stopped.

Conclusion. Surgical treatment of extragenital endometriosis of intestinal localization in the volume of resection of the affected intestine within the unchanged tissues is the optimal treatment technique and is not accompanied by significant complications.

However, in cases of unverified histologically endometriosis, principles of oncological radicalism should be kept. To select the optimal volume of surgical intervention and access, a multidisciplinary consultation with the coloproctologist, gynecologist and with the obligatory consideration of the patient's opinion is required.

Keywords: endometriosis; laparoscopy; colon; colorectal surgery; gynecology.

For citation: Shlyk D.D., Kitsenko Yu.E., Markaryan D.R., Lanchinskiy V.I., Tulina I.A., Tsarkov P.V. Comparison of diagnostic methods and treatment of atypical location of endometriosis. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, Russian journal*. 2018; 5(3): 157-163. (in Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-3-157-163>

For correspondence: Yury E. Kitsenko, M.D., assistant of Department of Surgery, Faculty of Preventive Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119991, Russian Federation; e-mail: yury@kitsenko.ru

Information about authors:

Kitsenko Yu.E., <https://orcid.org/0000-0002-4415-6141>

Tulina I.A., <https://orcid.org/0000-0002-6404-389X>

Tsarkov P.V., <https://orcid.org/0000-0002-7134-6821>

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 31.07.2018

Accepted 01.10.2018

Эндометриоз – это процесс, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию.

Частота встречаемости эндометриоза у женщин репродуктивного возраста составляет 10–15% [1], при этом экстрагенитальный эндометриоз, наиболее часто вовлекающий кишечник и мочевой тракт, встречается в 3–37% от общего числа наблюдений [2].

В структуре экстрагенитального эндометриоза кишечник поражается в 12–15% наблюдений, преимущественно ректосигмоидное соединение (50–90%), остальные отделы вовлекаются намного реже: аппендикс – 3–18%, тонкая кишка – 2–16%, слепая кишка – 2–5% [3], илеоцекальный угол – 4,1% наблюдений [4].

Цель статьи – оценить сложность диагностики атипичного расположения экстрагенитального эндометриоза и систематизировать диагностический протокол.

Материал и методы

Пациентка А., 38 лет, в августе 2017 г. отметила появление тянущих и схваткообразных болей в правой подвздошной области, усиливающихся за 7–8 дней до менструации. Менструации с 11 лет, необильные, продолжительностью 3–5 дней, цикл 28 дней. Начало половой жизни в 18 лет. Родов, беременностей не было.

В связи с постепенным усилением интенсивности болей 18 августа 2017 г. самостоятельно обратилась в лечебное учреждение г. Москвы. По данным обзорной рентгенографии брюшной полости отмечено наличие нескольких тонкокишечных уровней жидкости размерами до 27 мм, однако данных о наличии кишечной непроходимости по данным рентгенографии получено не было. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости в правой подвздошной области визуализирован межпетельный выпот объемом до 50 см³. Предварительный диагноз: острая кишечная непроходимость. С целью дифференциальной диагностики выполнена компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости, по данным которой выявлено

утолщение стенки купола слепой кишки и терминального отдела подвздошной кишки, аппендикс не дифференцируется, отмечена регионарная лимфаденопатия. Данные изменения были расценены как хроническое воспаление со спаечным процессом, менее вероятно новообразование. Проведена антибактериальная (цефтриаксон, метронидазол), инфузионная и спазмолитическая (платифиллин, папаверин) терапия, направленная на разрешение аппендикулярного инфильтрата. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось. При последующем обследовании по данным колоноскопии через 5 дней выявлена деформация купола слепой кишки за счёт воспалительной инфильтрации половины окружности кишки, включая илеоцекальный клапан, размером около 5,0 × 2,5 см. Слизистая оболочка отёчная, багрового цвета, с пузырьковыми включениями с тёмным «глазком» в центре. Пузырьковые включения с тёмным «глазком» в центре наблюдаются также проксимальнее инфильтрата в слепой и дистальной части восходящего отдела ободочной кишки. Данные эндоскопического исследования расценены как возможное эндометриоидное поражение слепой кишки, однако при гистологическом исследовании биоптата подтверждения не получено, выявлена очаговая лимфоидная инфильтрация в виде фолликулов.

В связи с подозрением на эндометриоз гинекологом назначена консервативная терапия: диногест 2 мг 1 раз в сутки. На фоне проводимого лечения значимого положительного эффекта не отмечено, при этом боли незначительно уменьшились.

Пациентка обратилась в Клинику колопроктологии и малоинвазивной хирургии УКБ № 2 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» для дополнительного обследования и решения вопроса о дальнейшей тактике лечения.

Семейный анамнез пациентки не отягощён. Курение, употребление алкоголя, наркотических веществ, лекарственных препаратов, биологических добавок пациентка отрицает. Аллергологический анамнез не

отягощён. В анамнезе следующие хирургические вмешательства: лапаротомия по поводу апоплексии левого яичника от 2003 г., лапароскопия по поводу апоплексии правого яичника от 2014 г. Из сопутствующих заболеваний следует отметить хронический вирусный гепатит С, состояние после медикаментозного лечения, ремиссия в настоящее время.

При обследовании в амбулаторных условиях через 2 мес по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов брюшной полости и малого таза в куполе слепой кишки и в терминальном отделе подвздошной кишки сохранялось образование общими размерами $48 \times 40 \times 21$ мм, с неоднородной структурой, расположенное по медиакаудальной полуокружности стенки купола, с неоднородной складчатостью, конвергенцией по направлению к области илеоцекального угла. В структуре определялись линейные участки, гиперинтенсивные в режиме T_1 и округлые, гиперинтенсивные в режиме T_2 . Окружающая клетчатка тяжистая, определяются единичные лимфатические узлы размерами до 4 мм. Из особенностей следует отметить наличие в матке неоднородной структуры миометрия. Правый яичник размером $30 \times 25 \times 20$ мм без структурных изменений, левый размером $39 \times 25 \times 25$ мм с кистой размером $22 \times 25 \times 28$ мм.

При КТ органов грудной клетки и брюшной полости подтверждено наличие образования в куполе слепой кишки и в терминальном отделе подвздошной кишки общими размерами $50 \times 45 \times 60$ мм, накапливающее контрастный препарат в отсроченную фазу. Окружающая клетчатка тяжистая, в ней определяются единичные лимфатические узлы размерами до 4 мм. В печени и лёгких очаговых изменений не выявлено.

На основании данных обследований сформулирован предварительный перечень нозологий дифференциального диагноза: аппендикулярный инфильтрат, болезнь Крона с поражением илеоцекального угла, осложнённый дивертикулит, новообразование слепой кишки и эндометриоз. На возможный аппендикулярный инфильтрат указывали воспалительные изменения, выявленные по данным КТ и МРТ в виде утолщения стенок илеоцекального угла, отсутствие дифференциации аппендикса, регионарная лимфаденопатия, а также положительный эффект в виде купирования болевого синдрома в ответ на антибактериальную терапию. С учётом молодого возраста пациентки нельзя исключить дебют болезни Крона, о чём косвенно свидетельствуют изменения по данным КТ и МРТ, а также клиническая картина заболевания. Колоноскопия с биопсией не подтвердили наличие аденогенной опухоли слепой кишки, однако нельзя не учитывать возможные дефекты при выполнении биопсии. Изменения по данным КТ и МРТ, положительный эффект антибактериальной терапии также могут свидетельствовать о первой атаке дивертикулита (классификация Hinchey Ia). Однако, как правило, дивертикулы располагаются в левых отделах, а правосторонняя форма с преимущественным пораже-

нием слепой и восходящей ободочной кишки у европеоидов встречается в 1–2% случаев, а у азиатов до 43–50% [5]. Изменения по типу «эндометриоидных глазков» на конгломерате, состоящем из слепой и подвздошной кишки, обнаруженные по данным интраоперационной ревизии, а также усиление клинических симптомов за 7–8 дней до менструации позволили предположить эндометриоидное поражение толстой кишки.

Хирургическое лечение

В связи с исчерпанием современных диагностических возможностей, кроме диагностической лапароскопии, было принято решение о её проведении с возможным расширением до оперативного вмешательства.

На 10-й день менструального цикла в ноябре 2017 г. выполнена лапароскопически-ассистированная резекция илеоцекального угла с формированием илеоасцендоанастомоза. При ревизии в области илеоцекального угла определялся инфильтрат, распространяющийся на слепую кишку и терминальный отдел подвздошной кишки. Также на тазовой брюшине и матке определялись множественные характерные «эндометриоидные глазки», которые были разрушены с помощью электрокоагуляции. Мобилизация илеоцекального угла выполнена с сохранением мезоколической фасции и с перевязкой ствола а. ileocolica в 5 см от конгломерата. Дистальная и проксимальная границы резекции выбраны с учётом принципов онкологического радикализма на 10 см проксимальнее и дистальнее соответственно. Сформирован аппаратный илеоасцендоанастомоз бок в бок. По тем же принципам выполнена лимфодиссекция в объёме D2, учитывая отсутствие точной верификации опухолевого образования, в том числе и эндометриоидной аденокарциномы.

Послеоперационный период

Послеоперационный период протекал на фоне умеренно выраженного болевого синдрома и субфебрильной лихорадки. Пациентке проводилась антибактериальная, инфузионная, симптоматическая терапия. На фоне проводимой консервативной терапии достигнут положительный эффект. Первый стул на 3-и сутки после операции, оформленный, без патологических примесей.

Сравнение методов диагностики и лечения экстрагенитального эндометриоза с поражением толстой кишки

В Клинике колопроктологии и малоинвазивной хирургии отмечено 4 наблюдения пациенток с экстрагенитальным эндометриозом с поражением кишечника (см. табл.).

Для всех случаев проявления экстрагенитального эндометриоза общим признаком была локализация в ободочной или прямой кишке. Все пациентки отмечали наличие жалоб на боли в животе, усиливающиеся за 5–10 дней до начала менструации и в течение 3-х су-

Таблица 1

Сравнительная характеристика наблюдений экстрагенитального эндометриоза с поражением кишечника

Параметр	Пациентки			
	П., 2015 г.	Б., 2017 г.	Д., 2017 г.	А., 2017 г.
Возраст, годы	38	29	41	38
Диагноз до операции	Экстрагенитальный эндометриоз с поражением ободочной/прямой кишки			
Расположение очага	Сигмовидная кишка	Ректосигмоидное соединение, верхнеампулярный отдел прямой кишки	Среднеампулярный отдел прямой кишки	Илеоцекальный угол
Наличие эндометриоза другой локализации на дооперационном этапе	Наружный генитальный эндометриоз, эндометриоидные кисты	Наружный генитальный эндометриоз, эндометриоидная киста правого яичника	Наружный генитальный ретроцервикальный инфильтрат, IV стадия	Нет
Хирургическое лечение по поводу эндометриоза до настоящего момента	За 2 года до настоящей операции резекция яичников	Нет	Нет	Нет
Клиническая картина	Запоры, боли в животе	Боли в животе, геморрагические выделения из прямой кишки, появляющиеся перед менструацией	Боли в области прямой кишки, крестца, геморрагические выделения мажущего характера из прямой кишки, появляющиеся до менструации	Боли в правой подвздошной области, усиливающиеся перед менструацией
Связь болевого синдрома с менструациями	Да	Да	Да	Да
Консервативное лечение	Нет	Нет	Нет	Диеноргест 2 мг
МРТ	Утолщение стенки	Утолщение стенки	Утолщение стенки, возможный эндометриоз	Утолщение стенки
Колоноскопия с биопсией	+	+	+	+
Гистологическое исследование до операции	Не подтверждено	Не подтверждено	Подтверждено	Не подтверждено
КТ	–	+	–	+
Ирригоскопия	+	+	–	–
Оперативное вмешательство	Лапароскопическая резекция сигмовидной кишки	Лапароскопическая резекция прямой кишки	Низкая резекция прямой кишки, экстирпация матки, аднексэктомия слева, резекция правого яичника и верхней трети влагалища	Лапароскопическая резекция илеоцекального угла
Другие очаги, выявленные интраоперационно	Экстракишечный узел, фиксированный к левому яичнику	Очаги на яичниках, матке	Правый яичник – субсерозный узел, левый яичник – полностью замещён эндометриоидной тканью. Инфильтрат прорастает влагалище и стенку таза	Киста левого яичника, очаги на брюшине, матке
Отступ от поражённого участка	5 см проксимально и дистально	10 см проксимально и дистально	2 см дистально, 10 см проксимально	10 см проксимально и дистально
Гормональная терапия в послеоперационном периоде	Нет	Нет	Нет	Диеноргест 2 мг
Рецидив	Нет	Нет	Нет	Нет

ток после менструации, которые затем регрессировали, при этом в случае локализации в прямой кишке, ректосигмоидном переходе к вышеперечисленным жалобам добавлялась примесь крови к калу. Консервативная

терапия на дооперационном этапе у пациенток с локализацией поражения в прямой и сигмовидной кишке не проводилась. Всем пациенткам для проведения дифференциальной диагностики выполнены следующие

исследования: МРТ органов малого таза с динамическим контрастным усилением с помощью 20 мл препарата гадолиамид 0,5 ммоль/мл в режиме T₁-ВИ и T₂-ВИ (взвешенные изображения), колоноскопия с биопсией. КТ выполнено пациенткам, у которых очаг поражения локализовался в ободочной кишке. Следует отметить, что только у одной пациентки эндометриоз был подтвержден до операции по результатам эндоскопического исследования эндобиоптатов. В связи с этим список диагностических процедур составляли с охватом всех возможных нозологий, требующих дифференциальной диагностики.

Всем пациенткам выполнили хирургические вмешательства в объеме резекции поражённого сегмента кишки в пределах неизменённых тканей. По данным интраоперационной ревизии у всех пациенток отмечено наличие дополнительных экстрагенитальных очагов по типу «эндометриоидных глазков» различной локализации (матка, яичники, тазовая брюшина), которые были разрушены при помощи монополярной диатермии. В послеоперационном периоде всем пациенткам проводилась профилактическая антибактериальная терапия препаратами широкого спектра, инфузионная и симптоматическая терапия. Гормональную терапию в раннем послеоперационном периоде пациенткам не проводили ни в одном наблюдении.

Отдалённые результаты

В настоящее время ни в одном наблюдении рецидивов не отмечено. Среднее время наблюдения составляет $17,3 \pm 13,6$ мес (4–33 мес).

У всех пациенток менструальный цикл регулярный, менструации умеренно болезненные, имевшиеся ранее боли в животе перед менструацией и мажущие выделения из прямой кишки прекратились. У пациентки, перенёвшей экстирпацию матки, аднексэктомии слева и резекцию правого яичника, также не отмечено рецидива заболевания.

У пациентки, которой выполнили низкую резекцию прямой кишки, сформирована превентивная трансверзостомы. Через 1 мес после контрольной проктографии в плановом порядке выполнена реконструктивно-восстановительная операция с ликвидацией двустольной трансверзостомы. Стул отмечен на 5-е сутки после операции. В настоящее время функциональных расстройств не отмечает.

План дальнейшего лечения

В соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по лечению и диагностике эндометриоза Российского общества акушеров-гинекологов 2013 г., при возможности полного удаления гистологически верифицированных очагов эндометриоза можно ограничиться хирургическим лечением, однако следует помнить о высокой частоте рецидива после выполненного хирургического вмешательства: 15–21% в течение 1–2 лет, 36–47% спустя 5 лет, 50–55% через 5–7 лет [6]. По

данным других авторов, частота рецидива колеблется в пределах 4,7–25% через 2 года после операции [7] и 20–40% в течение 5 лет [8]. В связи с этим хирургическое лечение эндометриоза должно сочетаться с дополнительным медикаментозным лечением (гормональная терапия), которая может применяться в качестве адъювантной терапии для профилактики рецидивов после удаления инфильтративных форм заболевания с вовлечением кишечника. Препаратами первой линии можно считать прогестагены и комбинированные оральные контрацептивы. Перед назначением гормональных препаратов необходимо провести общепринятое обследование, включающее сбор семейного и личного анамнеза с акцентом на выявление наследственных форм тромбофилии, гинекологический осмотр, лабораторные исследования для оценки состояния сердечно-сосудистой системы, биохимических параметров печени и почек для исключения противопоказаний, трансвагинальное УЗИ, УЗИ молочных желёз или маммографию в зависимости от возраста и семейного риска, мазок на онкоцитологию по Папаниколау. Данные обследования необходимо повторять каждые 12 мес в течение курса гормональной терапии. Выбор препарата определяется индивидуально для каждой пациентки врачом-специалистом (гинекологом, гинекологом-эндокринологом), учитывая экономическую рентабельность лечения и репродуктивные планы пациентки [6].

Лишь 1 пациентка из 4 приняла решение о приёме гормональной терапии (диеногест) в течение 6 мес после операции.

Обсуждение

Частота поражения кишечника при экстрагенитальном эндометриозе составляет 3–37%. Различная частота встречаемости эндометриоза кишечника при различной локализации эндометриоидных очагов может быть обусловлена тем, что эндометриоз данной локализации зачастую оказывается «интраоперационной находкой» [9]. Частота резекции толстой кишки среди пациенток, перенёвших хирургическое лечение по поводу экстрагенитального эндометриоза, составляет только 0,7% [10].

В диагностике эндометриоза любой локализации диагностическая лапароскопия с визуальным осмотром малого таза и брюшной полости и биопсией является «золотым стандартом» [11, 12]. Для предоперационной диагностики при локализации эндометриоидных очагов в ободочной и прямой кишке необходимо выполнить колоноскопию с биопсией очагов, а также КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием в случае локализации очагов в ободочной кишке. В случае вовлечения прямой кишки необходимо выполнить МРТ органов малого таза. Чувствительность МРТ-исследования в случае диагностики эндометриоза кишечника составляет 77–93% [13–15].

Следует отметить, что дифференциальная диагностика экстрагенитального эндометриоза при вовлече-

нии в процесс толстой и прямой кишки с их злокачественным поражением даже при выполнении эндоскопического исследования с биопсией подозрительных очагов весьма затруднительна, так как эндометриоз может индуцировать изменения слизистой оболочки, которые имитируют результаты таких заболеваний, как воспалительные заболевания кишечника, новообразования и ишемический колит [16]. Обычно при эндометриозе поражаются серозная и мышечная оболочки кишечной стенки, в то время как слизистая оболочка остается интактна, что может обуславливать дефекты при выполнении биопсии и, следовательно, неверную гистологическую верификацию на дооперационном этапе [17].

Проведение предоперационной медикаментозной терапии, которая может включать использование анальгетиков и гормональных препаратов, показано при наличии болевого синдрома и инфильтративных форм экстрагенитального эндометриоза с вовлечением кишечника, при этом проводимая консервативная терапия не влияет на исход оперативного вмешательства [18].

Показаниями к выполнению хирургического вмешательства при эндометриозе экстрагенитальной локализации с вовлечением кишечника являются кишечное кровотечение, развитие кишечной непроходимости и выраженный болевой синдром. С целью снижения частоты рецидива выполнять оперативное вмешательство рекомендуется на 5–12-е сутки после начала менструации [6, 19, 20].

Для сохранения репродуктивной функции оптимальным является лапароскопический доступ [6], однако при инфильтративных поражениях с резекцией смежных органов более безопасным следует признать открытый доступ. Критериями для принятия решения о резекции кишки являются размер очага поражения более 2–3 см, степень вовлечения окружности кишки (более 1/3 окружности), глубина инвазии в мышечный слой 5 мм и более. При отсутствии показаний к резекции кишки возможно иссечение только эндометриоидного инфильтрата с использованием органосберегающей методики «shaving» или передней дискоидной (сегментарной) резекции [6, 21, 22]. Выполнение дискоидной резекции сопровождается меньшей кровопотерей, сокращением длительности операции, меньшим временем нахождения пациентки в стационаре после операции и более низкой частотой стриктур анастомоза, однако в случае рецидива заболевания, мультифокального вовлечения кишечной стенки либо при наличии массивных фиброзных изменений необходимо выполнение полностенной резекции кишки с формированием анастомоза конец в конец [23, 24]. При этом объем хирургического вмешательства и доступ в случае эндометриоза экстрагенитальной локализации с вовлечением кишечника должны определяться индивидуально для каждой пациентки и обсуждаться на мультидисциплинарном консилиуме при участии врача-колопроктолога и гинеколога с обязательным учётом мнения пациентки.

Заключение

Хирургическое лечение экстрагенитального эндометриоза кишечной локализации в объёме резекции участка поражённой кишки в пределах неизменённых тканей является оптимальной методикой лечения и не сопровождается значимыми осложнениями. Однако при неверифицированном диагнозе (отсутствии точной уверенности в диагнозе, несмотря на все диагностические возможности) необходимо соблюдать принципы онкологического радикализма. Для выбора оптимального объёма оперативного вмешательства и доступа требуется проведение мультидисциплинарного консилиума с участием колопроктолога, гинеколога и с обязательным учётом мнения пациентки.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- Podgaec S., Abrao M.S., Dias J.A. Jr., Rizzo L.V., de Oliveira R.M., Baracat E.C. Endometriosis: an inflammatory disease with a Th2 immune response component. *Hum. Reprod.* 2007; 22(5): 1373-9.
- Nezhat C. *Endometriosis: advanced management and surgical techniques*. N. Y.: Springer-Verlag; 1995.
- Teke Z., Aytakin F.O., Atalay A.O., Demirkan N.C. Crohn's disease complicated by multiple stenoses and internal fistulas clinically mimicking small bowel endometriosis. *World J. Gastroenterol.* 2008; 14(1):146-51.
- Tong Y.L., Chen Y., Zhu S.Y. Ileocecal endometriosis and a diagnosis dilemma: a case report and literature review. *World J. Gastroenterol.* 2013; 19(23): 3707-10.
- Radhi J.M., Ramsay J.A., Boutross-Tadross O. Diverticular disease of the right colon. *BMC Research Notes*. 2011; 4: 383.
- Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Аполихина И.А., Беженарь В.Ф., Геворкян М.А., Гус А.И. и др. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных. М.; 2013.
- Meuleman C., Tomassetti C., D'Hoore A., Van Cleynenbreugel B., Penninckx F., Vergote I., et al. Surgical treatment of deeply infiltrating endometriosis with colorectal involvement. *Hum. Reprod. Update*. 2011; 17(3): 311-26.
- Jacobson T.Z., Duffy J.M., Barlow D., Koninckx P.R., Garry R. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009(4): CD001300.
- Lin Y.H., Kuo L.J., Chuang A.Y., Cheng T.I., Hung C.F. Extrapelvic endometriosis complicated with colonic obstruction. *J. Chin. Med. Assoc.* 2006; 69(1): 47-50.
- De Bree E., Schoretsanitis G., Melissas J., Christodoulakis M., Tsiatsis D. Acute intestinal obstruction caused by endometriosis mimicking sigmoid carcinoma. *Acta Gastro-enterologica Belgica*. 1998; 61(3): 376-8.
- Dunselman G.A., Vermeulen N., Becker C., Calhaz-Jorge C., D'Hooghe T., De Bie B., et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum. Reprod.* 2014; 29(3): 400-12.
- Wykes C.B., Clark T.J., Khan K.S. Accuracy of laparoscopy in the diagnosis of endometriosis: a systematic quantitative review. *BJOG: Intern. J. Obstetr. Gynaecol.* 2004; 111(11): 1204-12.
- Bazot M., Darai E., Hourani R., Thomassin I., Cortez A., Uzan S., et al. Deep pelvic endometriosis: MR imaging for diagnosis and prediction of extension of disease. *Radiology*. 2004; 232(2): 379-89.
- Takeuchi H., Kuwatsuru R., Kitade M., Sakurai A., Kikuchi I., Shimanuki H., et al. A novel technique using magnetic resonance imaging jelly for evaluation of rectovaginal endometriosis. *Fertil. Steril.* 2005; 83(2): 442-7.
- Brosens J., Timmerman D., Starzinski-Powitz A., Brosens I. Noninvasive diagnosis of endometriosis: the role of imaging and markers. *Obstetr. Gynecol. Clin. North Am.* 2003; 30(1): 95-114, viii-ix.
- Bozdech J.M. Endoscopic diagnosis of colonic endometriosis. *Gastrointest. Endoscopy*. 1992; 38(5): 568-70.

17. Levitt M.D., Hodby K.J., van Merwyk A.J., Glancy R.J. Cyclical rectal bleeding in colorectal endometriosis. *Austral. N. Z. J. Surg.* 1989; 59(12): 941-3.
18. Yap C., Furness S., Farquhar C. Pre- and post-operative medical therapy for endometriosis surgery. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2004(3): CD003678.
19. Nisolle M., Pasleau F., Foidart J.M. Extragenital endometriosis. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. 2007; 36(2): 173-8.
20. Varras M., Kostopanagiotou E., Katis K., Farantos C., Angelidou-Manika Z., Antoniou S. Endometriosis causing extensive intestinal obstruction simulating carcinoma of the sigmoid colon: a case report and review of the literature. *Eur. J. Gynaecol. Oncol.* 2002; 23(4): 353-7.
21. Liang C.C., Tsai C.C., Chen T.C., Soong Y.K. Management of perineal endometriosis. *Intern. J. Gynaecol. Obstet.: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 1996; 53(3): 261-5.
22. Marinis A., Vassiliou J., Kannas D., Theodosopoulos T.K., Kondi-Pafiti A., Kairi E., et al. Endometriosis mimicking soft tissue tumors: diagnosis and treatment. *Eur. J. Gynaecol. Oncology*. 2006;27(2):168-70.
23. Moawad N.S., Guido R., Ramanathan R., Mansuria S., Lee T. Comparison of laparoscopic anterior discoid resection and laparoscopic low anterior resection of deep infiltrating rectosigmoid endometriosis. *JSLs: J. of the Society of Laparoendoscop. Surg.* 2011; 15(3): 331-8.
24. Kondo W., Bourdel N., Tamburro S., Cavoli D., Jardon K., Rabischong B., et al. Complications after surgery for deeply infiltrating pelvic endometriosis. *BJOG: Intern. J. Obstet. Gynaecol.* 2011; 118(3): 292-8.
8. Jacobson T.Z., Duffy J.M., Barlow D., Koninckx P.R., Garry R. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009(4): CD001300.
9. Lin Y.H., Kuo L.J., Chuang A.Y., Cheng T.I., Hung C.F. Extrapelvic endometriosis complicated with colonic obstruction. *J. Chin. Med. Assoc.* 2006; 69(1): 47-50.
10. De Bree E., Schoretsanitis G., Melissas J., Christodoulakis M., Tsiftsis D. Acute intestinal obstruction caused by endometriosis mimicking sigmoid carcinoma. *Acta Gastro-enterologica Belgica*. 1998; 61(3): 376-8.
11. Dunselman G.A., Vermeulen N., Becker C., Calhaz-Jorge C., D'Hooghe T., De Bie B., et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum. Reprod.* 2014; 29(3): 400-12.
12. Wykes C.B., Clark T.J., Khan K.S. Accuracy of laparoscopy in the diagnosis of endometriosis: a systematic quantitative review. *BJOG: Intern. J. Obstet. Gynaecol.* 2004; 111(11): 1204-12.
13. Bazot M., Darai E., Hourani R., Thomassin I., Cortez A., Uzan S., et al. Deep pelvic endometriosis: MR imaging for diagnosis and prediction of extension of disease. *Radiology*. 2004; 232(2): 379-89.
14. Takeuchi H., Kuwatsuru R., Kitade M., Sakurai A., Kikuchi I., Shimanuki H., et al. A novel technique using magnetic resonance imaging jelly for evaluation of rectovaginal endometriosis. *Fertil. Steril.* 2005; 83(2): 442-7.
15. Brosens J., Timmerman D., Starzinski-Powitz A., Brosens I. Noninvasive diagnosis of endometriosis: the role of imaging and markers. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* 2003; 30(1): 95-114, viii-ix.
16. Bozdech J.M. Endoscopic diagnosis of colonic endometriosis. *Gastrointest. Endoscopy*. 1992; 38(5): 568-70.
17. Levitt M.D., Hodby K.J., van Merwyk A.J., Glancy R.J. Cyclical rectal bleeding in colorectal endometriosis. *Austral. N. Z. J. Surg.* 1989; 59(12): 941-3.
18. Yap C., Furness S., Farquhar C. Pre- and post-operative medical therapy for endometriosis surgery. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2004(3): CD003678.
19. Nisolle M., Pasleau F., Foidart J.M. Extragenital endometriosis. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. 2007; 36(2): 173-8.
20. Varras M., Kostopanagiotou E., Katis K., Farantos C., Angelidou-Manika Z., Antoniou S. Endometriosis causing extensive intestinal obstruction simulating carcinoma of the sigmoid colon: a case report and review of the literature. *Eur. J. Gynaecol. Oncol.* 2002; 23(4): 353-7.
21. Liang C.C., Tsai C.C., Chen T.C., Soong Y.K. Management of perineal endometriosis. *Intern. J. Gynaecol. Obstet.: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 1996; 53(3): 261-5.
22. Marinis A., Vassiliou J., Kannas D., Theodosopoulos T.K., Kondi-Pafiti A., Kairi E., et al. Endometriosis mimicking soft tissue tumors: diagnosis and treatment. *Eur. J. Gynaecol. Oncology*. 2006;27(2):168-70.
23. Moawad N.S., Guido R., Ramanathan R., Mansuria S., Lee T. Comparison of laparoscopic anterior discoid resection and laparoscopic low anterior resection of deep infiltrating rectosigmoid endometriosis. *JSLs: J. of the Society of Laparoendoscop. Surg.* 2011; 15(3): 331-8.
24. Kondo W., Bourdel N., Tamburro S., Cavoli D., Jardon K., Rabischong B., et al. Complications after surgery for deeply infiltrating pelvic endometriosis. *BJOG: Intern. J. Obstet. Gynaecol.* 2011; 118(3): 292-8.

REFERENCES