

На правах рукописи

ТРОШИНА Влада Владимировна

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА**

3.1.4. Акушерство и гинекология

3.1.9. Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Москва - 2026

Работа выполнена в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» Министерства здравоохранения Московской области.

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор **Попов Александр Анатольевич**

доктор медицинских наук, профессор **Пучков Константин Викторович**

Официальные оппоненты:

Галлямов Эдуард Абдулхаевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ФГАОУ ВО Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Козаченко Андрей Владимирович - доктор медицинских наук, профессор РАН, ведущий научный сотрудник отделения оперативной гинекологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика И.В. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ведущее учреждение:

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «___» _____ 2026 года в 14:00 часов на заседании диссертационного совета 72.1.010.01 при Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Московской области «Московском областном научно-исследовательском институте акушерства и гинекологии» Министерства здравоохранения Московской области (101000, г. Москва, ул. Покровка, д. 22а).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте (<http://moniiag.ru>) Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московском областном научно-исследовательском институте акушерства и гинекологии» Министерства здравоохранения Московской области (101000, г. Москва, ул. Покровка, д. 22а).

Автореферат разослан «___» _____ 2026 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук

Фёдоров Антон Андреевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), заболеваемость эндометриозом составляет около 10% (190 миллионов) женщин после менархе. Данное заболевание имеет широкое клиническое и социально-экономическое значение. Кроме того, эндометриоз отрицательно сказывается на качестве жизни пациенток (Адамян Л.В. и соавт., 2022).

Несмотря на большой интерес исследователей и клиницистов, эндометриоз всё ещё остаётся загадочным и не до конца изученным заболеванием. Его патогенез объясняется различными теориями (эмбрионального происхождения, наследственная, нейроэндокринная, имплантационная) (Kyama SM. et al., 2008; Sampson, J.A. et al., 1927). Выделяют четыре основных фенотипа данного заболевания: поверхностный эндометриоз, глубокий инфильтративный эндометриоз, эндометриоидные кисты яичников и аденомиоз.

Глубокий инфильтративный эндометриоз (ГИЭ) определяется инвазией очагов в строму органов на 5 мм и более. Наиболее часто эндометриоидные гетеротопии локализуются в области крестцово-маточных связок, могут располагаться на ректовагинальной перегородке, пузырно-маточной складке (Галлямов Э.А. и соавт., 2017). Кроме того, эндометриоидные импланты способны поражать влагалище, стенку толстой кишки, мочевыводящие пути (мочеточники, мочевой пузырь). Распространённость ГИЭ среди пациенток с генитальным эндометриозом составляет 20-50%. Поражение ректосигмоидного перехода толстой кишки, наряду с куполом слепой кишки и аппендиксом, среди экстрагенитального эндометриоза является наиболее распространенной локализацией гетеротопий и инфильтратов (Charpon C. et al., 2006).

Бессимптомное течение кишечного эндометриоза встречается часто в клинической практике. Однако, эндометриоз может вызывать ряд

симптомов: тошнота, рвота, рецидивирующая абдоминальная боль, боль в прямой кишке. Для глубокого инфильтративного эндометриоза прямая кишка и сигмовидный отдел толстой кишки являются наиболее частой локализацией, составляя 50-90% случаев, за которым следуют тонкая кишка, аппендикс и слепая кишка, составляющие 2-16%, 3-18% и 2-5% наблюдений соответственно (Charpon C. et al., 2006).

Несмотря на многочисленные исследования в области глубокого инфильтративного экстрагенитального эндометриоза, илеоцекальному эндометриозу на сегодняшний день не уделяется достаточное внимание, фокус внимания, как правило, смещен на изучение колоректального эндометриоза в виду его большей распространенности.

Учитывая бессимптомность течения глубокого инфильтративного эндометриоза илеоцекальной области, актуальным является вопрос о своевременной диагностике и оперативном лечении, так как эндометриоидные инфильтраты «правых» отделов толстой кишки и тонкой кишки манифестируют при поздней стадии и способны вызывать кишечную непроходимость, являясь потенциально опасными.

Степень разработанности темы исследования

В мире значительно повысился интерес к глубокому инфильтративному эндометриозу, особенно к колоректальному. Появляются специализированные центры по лечению данного заболевания. Аккумулируя на себя пациенток с тяжелыми формами экстрагенитального ГИЭ, всё больше клиницистов начали сталкиваться не только с колоректальным эндометриозом, но и с эндометриозом тонкой кишки и «правых» отделов толстой кишки.

В большинстве клинических наблюдений, опубликованных в русскоязычной и международной литературе, пациентки с илеоцекальным эндометриозом подвергались оперативному лечению в экстренном порядке в стационарах общехирургического профиля. Как правило, объём

оперативного лечения носил радикальный характер в виду низкой осведомлённости среди абдоминальных хирургов о проблеме эндометриоза. Интраоперационно предполагалось наличие неопластического процесса, чем обуславливался выбор более масштабного объёма операции.

В данный момент нет крупных исследований об эндометриоидных поражениях илеоцекальной области. Это требует проведения дополнительных исследований для определения частоты встречаемости эндометриоза данной локализации, специфических жалоб и клинических проявлений, корреляции с другими фенотипами эндометриоза и вероятности малигнизации процесса. Приоритетным является вопрос о тактике при выявлении илеоцекального эндометриоза, возможно ли консервативное ведение пациенток с поверхностными эндометриоидными поражениями этой локализации.

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения илеоцекального эндометриоза за счёт усовершенствования методов диагностики и техники операции.

Задачи исследования

1. Выявить частоту встречаемости глубокого инфильтративного эндометриоза с поражением тонкой кишки и правых отделов толстой кишки.
2. Изучить особенности клинической картины, течения эндометриоза с поражением тонкой кишки и правых отделов толстой кишки, его влияние на качество жизни и фертильность. Оценить частоту возникновения осложнений, связанных с глубоким инфильтративным эндометриозом тонкой кишки и «правых» отделов толстой кишки (перфорация, непроходимость, кровотечение).
3. Выявить частоту сочетаемости глубокого инфильтративного эндометриоза тонкой кишки и «правых» отделов толстой кишки с другими фенотипами эндометриоза и степенью их тяжести: эндометриоидные кисты яичников, аденомиоз, колоректальный эндометриоз.

4. Разработать технику хирургических вмешательств при изолированных формах илеоцекального эндометриоза и при его сочетании с другими формами (колоректальный эндометриоз, аденомиоз, эндометриоидные кисты яичников).

5. Разработать алгоритм диагностики инфильтративных изменений илеоцекальной области с использованием инструментальных методов обследования (УЗИ и МРТ), с оценкой их чувствительности и специфичности.

Научная новизна исследования

Впервые в России изучена частота встречаемости ГИЭ илеоцекальной области. Впервые изучена частота встречаемости эндометриоза тонкой кишки, слепой кишки и аппендикулярного отростка в сочетании с другими фенотипами эндометриоза.

Впервые проанализированы симптомы, клиническая картина и особенности течения илеоцекального эндометриоза. Изучена частота и характер осложнений глубокого инфильтративного эндометриоза данной локализации.

Впервые представлен опыт консервативного ведения пациенток с подтвержденным диагнозом илеоцекального эндометриоза.

Впервые описаны ультразвуковые маркеры диагностики эндометриоза тонкой кишки, купола слепой кишки и аппендикулярного отростка.

Теоретическая и практическая значимость работы

Практическая значимость работы заключается в информировании врачей акушеров-гинекологов и врачей смежных специальностей о существовании проблемы илеоцекального эндометриоза и необходимости междисциплинарного подхода к ведению и лечению пациенток.

Внедрен в практику метод консервативного ведения пациенток с илеоцекальным эндометриозом при отсутствии клинических проявлений и стеноза кишки.

Описаны технические особенности резекции кишки при различных вариантах илеоцекального эндометриоза, применение техники NOSE при мультифокальном поражении.

Предложена оригинальная методика проведения ультразвукового сканирования для дооперационного выявления «правостороннего» эндометриоза.

Методология и методы исследования

Методология диссертационного исследования построена на изучении и обобщении литературных данных о хирургическом лечении илеоцекального эндометриоза. Предметом ретро- и проспективного анализа стали пациентки, обратившиеся в ГБУЗ МО МОНИИАГ им. академика В.И. Краснопольского, в ООО «Новые технологии Плюс» и в ЗАО «Клиника» по поводу ранее выявленного симптомного ГИЭ илеоцекальной области, а также пациентки - у которых на этапе обследования или интраоперационно был подтвержден диагноз илеоцекального эндометриоза. При выполнении работы использованы как общие, так и специальные методы обследования.

Исследование проведено в соответствии с декларацией Хельсинки (с изменениями и дополнениями от октября 2013 года) и одобрено локальным этическим комитетом ГБУЗ МО МОНИИАГ. Всеми участниками было подписано добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Положения, выносимые на защиту

1. Наиболее частая локализация илеоцекального эндометриоза - аппендикулярный отросток - 63,4%, тонкая кишка - 59,3%, купол слепой кишки – 27,6%, восходящий отдел ободочной кишки 0,8%. Илеоцекальный эндометриоз встречается в 73,2% наблюдений в сочетании с ретроцервикальным эндометриозом, в 62,6% с эндометриоидными кистами, в 50,4% с колоректальным эндометриозом.

2. Возможно консервативное ведение илеоцекального эндометриоза при отсутствии клинически значимых симптомов (боли в правой подвздошной

области, тошнота и рвота, связанные с менструацией) и признаков стеноза просвета кишки. Пациентки должны быть информированы о наличии у них диагноза, о симптомах-предвестниках и возможности развития осложнений.

3. У пациенток с диагностированной тонкокишечной непроходимостью в связи с илеоцекальным эндометриозом достоверно выше частота жалоб на рвоту (61,5%) и тошноту (69,2%) циклического характера, боль в правой подвздошной области (61,5%).

4. Рутинное ультразвуковое сканирование илеоцекальной области увеличивает частоту дооперационной диагностики до 62,8%.

Степень достоверности и апробация результатов

Степень достоверности полученных результатов достигнута за счет объема исследования, использования современных методов диагностики, а также многочисленных статистических методов. Использованы классические методы описательной статистики, качественные данные отображены в виде абсолютных значений (n) и частот (%). Распределение параметрических параметров оценивали при помощи критерия Колмогорова-Смирнова.

Закон распределения большинства количественных показателей соответствовал нормальному, количество исследуемых групп равнялось двум, в связи с чем статистическая значимость различий между группами оценивалась путем t-критерия Стьюдента для независимых и зависимых выборок. Также для анализа непараметрических данных в независимых выборках использовали точный критерий Фишера. Различия качественных признаков анализировали путем построения четырехпольных таблиц. Статистически значимыми различия считались при значениях уровня ошибки первого рода $p < 0,05$. Вычисления проводили с использованием пакета стандартных статистических программ.

Апробация диссертационной работы состоялась в ходе заседания Ученого совета ГБУЗ МО МОНИИАГ (в рамках Государственной итоговой аттестации) 27.05.2024 г.

Личный вклад автора в проведённое исследование

Автор осуществляла отбор пациенток в ретроспективную группу, участвовала в сборе анамнестических данных, интерпретации клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования. Автор принимала активное участие в оперативном лечении пациенток проспективной группы, занималась послеоперационным их ведением. В последующем автором осуществлялось наблюдение за пациентами обеих групп, что включало в себя организацию контрольных осмотров и лабораторно-инструментальных исследований. Автор резюмировала полученные данные в единую информационную базу, на основании которой произведен анализ и получены выводы.

Внедрение в практику результатов исследования

Результаты настоящего исследования внедрены в практику работы отделения оперативной гинекологии с онкогинекологией и дневным стационаром ГБУЗ МО МОНИИАГ имени академика В.И. Краснопольского, в работу ООО «Новые технологии Плюс» (Швейцарская университетская клиника) и ЗАО «Клиника» (клиника «Москворечье»).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 5 научных работ, все работы в рецензируемых научных журналах, определенных перечнем ВАК РФ.

Структура и объем диссертации

Материалы диссертации изложены на 119 страницах печатного текста. Диссертация состоит из 5 глав и включает обзор литературы, методологию и методы исследования, результаты проведенного исследования и их обсуждение, выводы и практические рекомендации. Список использованной литературы включает 125 источников, из которых 16 отечественных и 109 зарубежный. Диссертация проиллюстрирована 18 рисунками и 20 таблицами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Исследование проводилось в ГБУЗ МО МОНИИАГ имени академика В.И. Краснопольского, в ООО «Новые технологии Плюс» (Швейцарская университетская клиника) и в ЗАО «Клиника» (Клиника «Москворечье») в период с 2021 по 2024 годы. Настоящее исследование является многоцентровым сравнительным проспективно-ретроспективным. В исследование включены 123 пациентки с илеоцекальным эндометриозом.

Критерии включения:

1. Пациентки, ранее оперированные в плановом и экстренном порядке, по данным гистологического заключения верифицирован эндометриоидный инфильтрат илеоцекальной области или тонкой кишки (ретроспективная группа).
2. Пациентки, у которых интраоперационно визуально было выявлено эндометриоидное поражение илеоцекальной области или тонкой кишки (проспективная группа).
3. Согласие пациентки на участие в научном исследовании.

Критерии исключения:

1. Тяжелые экстрагенитальные заболевания, являющиеся противопоказанием к лапароскопии.
2. Злокачественные новообразования любой локализации.
3. Воспалительные заболевания органов малого таза в стадии обострения.

Испытуемые были разделены на две группы (Рисунок 1):

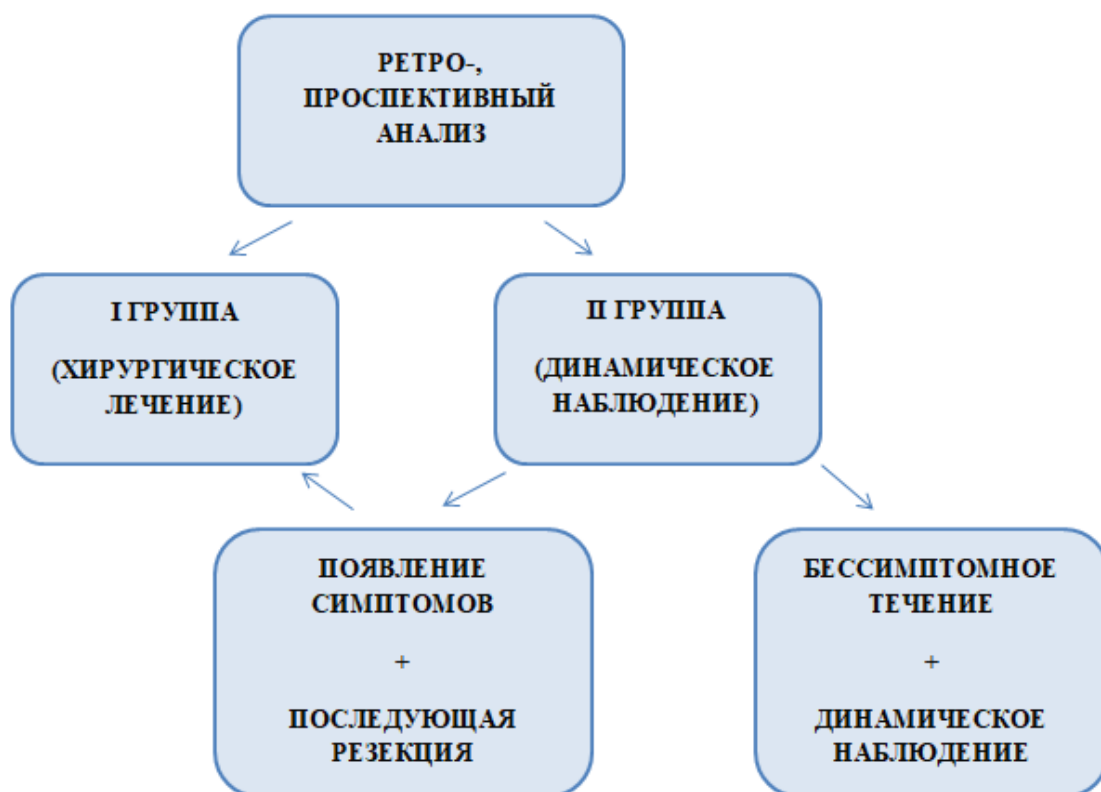


Рисунок 1 — Дизайн исследования

I группа – 85 пациенток, которым произведено удаление инфильтрата илеоцекальной области, гистологически верифицирован эндометриоз.

II группа – 38 пациенток с наружным генитальным эндометриозом с поражением илеоцекальной области, которым не было произведено удаление поражённых эндометриозом участков кишки, проводится динамическое наблюдение.

Согласно критериям включения и исключения, сформировано две группы пациенток. Разделение на группы происходило в зависимости от тактики ведения пациенток. Данные анамнеза, объём оперативного вмешательства, размеры выявленных очагов и/или инфильтратов илеоцекальной области, тактика лечения внесены в индивидуальные регистрационные карты и систематизированы в электронной форме в таблице Microsoft Excel.

Пациентки, находящиеся в обсервационной группе, приглашались на контрольные визиты (через 6, 12, 18 месяцев после оперативного лечения), в

ходе которых проводились повторный сбор жалоб, бимануальный осмотр, контрольное УЗИ с прицельной оценкой илеоцекальной области.

Хирургические техники лечения илеоцекального эндометриоза

В ходе исследования было выполнено 7 вариантов оперативных вмешательств в зависимости от объёма поражения илеоцекальной области: аппендэктомия, резекция купола слепой кишки, резекция подвздошной кишки с наложением анастомоза конец-в-конец или бок-в-бок, резекция илеоцекального угла с наложением илеоасцендоанастомоза бок-в-бок или конец-в-бок, краевая резекция подвздошной кишки, иссечение эндометриоидных очагов тонкой кишки с использованием техники «shaving», правосторонняя гемиколэктомия. Самым частым видом оперативного вмешательства стала аппендэктомия, эту операцию выполнили 46 (54,1%) пациенткам.

Оперативные вмешательства выполнялись лапароскопическим 72 (84,7%) или робот-ассистированный лапароскопическим 12 (14,1%) доступами. В 62,4% наблюдений оперативное вмешательство дополнялось мини-лапаротомным доступом: по Пфанненштилю в 25 (29,4%) наблюдениях или по Волковичу-Дьяконову в 19 (22,4%) наблюдениях. В 9 (10,6%) наблюдениях лапароскопия дополнялась мини-лапаротомным разрезом по нижнесрединной линии при наличии послеоперационного рубца после перенесённой ранее нижнесрединной лапаротомии.

Результаты исследования и их обсуждение

В работе проведен сравнительный анализ пациенток с установленным диагнозом илеоцекального эндометриоза (эндометриоз аппендикулярного отростка, слепой кишки, тонкой кишки, восходящего отдела ободочной кишки). Пациентки разделены на 2 группы. Первая группа — 85 пациенток, которым было произведено радикальное оперативное лечение с удалением пораженных эндометриозом участков кишки илеоцекальной области. Вторая группа — 38 пациенток, которым установлен диагноз илеоцекальный эндометриоз, не было выполнено удаление пораженных эндометриозом

участком кишки илеоцекальной области, проводилось динамическое наблюдение.

Распределение по возрасту не имело статистически значимых различий между группами. Средний возраст пациенток, включенных в исследование, составил $35,9 \pm 6,0$ лет в группе хирургического лечения и $35,5 \pm 7,2$ лет в обсервационной группе.

Первой задачей являлось определение частоты встречаемости глубокого инфильтративного эндометриоза с поражением тонкой кишки и правых отделов толстой кишки.

Среди пациенток, включенных в наше исследование, отмечалось следующее статистическое распределение локализации поражений илеоцекальной области: наиболее часто выявлялся эндометриоз аппендикулярного отростка — 78 (63,4%), тонкой кишки - 73 (59,3%), купола слепой кишки – 34 (27,6%), восходящего отдела ободочной кишки - 1 (0,8%). Такое статистическое распределение возможно объяснить направлением перитонеального тока жидкости. Теория ретроградного заброса менструальной крови в брюшную полость в сочетании с током перитонеальной жидкости по часовой стрелке объясняет имплантацию эндометриоидной ткани в области правых отделов кишки. Наши данные сопоставимы с данными, представленными в публикации 2006 года С. Charpon и соавторов. Авторами среди 426 обследованных пациенток выявлено 11 (6,4%) наблюдений с эндометриоидным поражением аппендикса, 8 (4,7%) наблюдений с вовлечением в патологический процесс тонкой кишки и 7 (4,1%) наблюдений эндометриоза слепой кишки и илеоцекального угла.

Второй задачей исследования было изучение особенностей клинической картины, течения эндометриоза с поражением тонкой кишки и правых отделов толстой кишки, его влияния на фертильность, а также оценка частоты возникновения осложнений, связанных с глубоким инфильтративным эндометриозом тонкой кишки и правых отделов толстой кишки (перфорация, непроходимость, кровотечение).

Основные клинические симптомы пациенток (дисменорея, диспареуния, боль в правой подвздошной области, хроническая тазовая боль, дисхезия) оценивались с использованием Визуальной Аналоговой Шкалы (ВАШ) и опросника тазовой боли Британской Ассоциации Гинекологов-Эндоскопистов (BSGE Pelvic Pain Questionnaire).

Анализируя и структурируя симптомы среди пациенток обеих групп, стало понятно, что основные клинические проявления были связаны с наличием следующих фенотипов эндометриоза: перитонеального эндометриоза, ретроцервикального эндометриоидного инфильтрата, колоректального эндометриоза, аденомиоза и эндометриоидных кист яичников. С илеоцекальным эндометриозом, согласно анализу данных, можно было ассоциировать следующие симптомы: тошнота (17,1%) и рвота (14,6%) циклического характера, боль в правой подвздошной области (22,0%). Исследование иных типичных для ГИЭ жалоб: дисменорея, диспареуния, дисхезия, хроническая тазовая боль не показали статистически значимой разницы среди исследованных групп.

Одним из наиболее опасных и частых осложнений у пациенток с илеоцекальной локализацией эндометриоидных инфильтратов является тонкокишечная непроходимость. Среди пациенток исследования 13 наблюдений с развитием данного осложнения. При анализе их анамнестических данных выявлена статистически значимая взаимосвязь между рядом симптомов и последующим развитием тонкокишечной непроходимости. У 9 (69,2%) пациенток выявлена тошнота циклического характера. Боль в правой подвздошной области и рвота циклического характера - у 8 (61,5 %) пациенток, у 5 (38,5 %) отмечен метеоризм постоянного характера. В данном контексте целесообразно рассматривать эти симптомы как предикторы развития осложнений илеоцекального эндометриоза.

В одном наблюдении диагностировано тяжелое осложнение эндометриоза тонкотолстокишечного перехода – перфорация инфильтрата

илеоцекального угла, что составило 0,8% в структуре всех обследованных пациенток.

Также в одном (0,8%) наблюдении отмечено длительно текущее явление ректоррагии с выраженной анемизацией у пациентки с мультифокальным эндометриозом во время беременности. После родоразрешения пациентке двумя этапами выполнено радикальное хирургическое лечение по поводу колоректального и илеоцекального эндометриоза - произведена правосторонняя гемиколэктомия и резекция ректосигмоидного отдела толстой кишки с наложением аппаратного анастомоза конец-в-конец по классической методике.

Таким образом, среди пациенток I группы отмечены следующие осложнения: тонкокишечная непроходимость, перфорация эндометриоидного инфильтрата илеоцекального угла, кишечное кровотечение. Среди пациенток II группы осложнений не выявлено.

Глубокий инфильтративный эндометриоз являлся причиной нарушения фертильности у 50% пациенток. В ходе нашего исследования проводился анализ частоты бесплодия и паритета. Около половины исследуемых пациенток обращались за медицинской помощью в связи с жалобами на отсутствие наступления беременности – 43,9% (n=54). В I группе таких пациенток было 37 (43,5%), во второй - 17 (44,7%). Меньшая часть пациенток имела в анамнезе как минимум одни роды. В I группе роды были у 18 (21,2%) пациенток, во второй группе - у 11 (28,9%).

Третьей задачей было выявление частоты сочетаемости глубокого инфильтративного эндометриоза тонкой кишки и правых отделов толстой кишки с другими фенотипами эндометриоза: эндометриодными кистами яичников, аденомиозом, колоректальным и диафрагмальным эндометриозом.

Наиболее частое сочетание с илеоцекальным эндометриозом выявлено среди пациенток, которые также имели ретроцервикальный эндометриоз - 90 (73,2%) среди всех обследованных пациенток. В I группе этот фенотип выявлен у 68 (80,0%) пациенток, во II группе - 22 (57,9%). Также частыми

комбинациями явилось сочетание с эндометриозом крестцово-маточных связок - 77 (62,6%) и колоректальным эндометриозом с поражением стенки прямой кишки - 74 (60,2%). Реже встречалось вовлечение в патологический процесс сигмовидной кишки - 57 (46,3%).

Больше половины пациенток имели эндометриодные кисты яичников – 76 (61,8%). У 33 (26,8%) пациенток выявлены двухсторонние эндометриодные кисты. Правосторонне поражение отмечалось в 58 (47,2%) наблюдениях, левосторонне - в 51 (41,5%). Статистически значимой разницы в средних размерах кист в зависимости от стороны поражения не выявлено, она составила $38,3 \pm 26,9$ мм слева и $40,2 \pm 27,7$ мм справа.

Аденомиоз среди всех пациенток был выявлен у 75 (61,0%).

Урогенитальный эндометриоз с поражением мочевого пузыря и мочеточников среди пациенток обеих групп выявлен в 12 наблюдениях (9,8%), 2 (1,6%) наблюдения с поражением мочеточников. В 5 раз чаще установлено вовлечение мочевого пузыря в патологический субстрат.

Диафрагмальный эндометриоз установлен в 15 (12,2%) наблюдениях среди всех пациенток, включенных в исследование.

Четвертой задачей являлось разработать технику хирургических вмешательств при изолированных формах илеоцекального эндометриоза и его сочетании с другими формами эндометриоза (колоректальный эндометриоз, аденомиоз, эндометриодные кисты яичников).

Мы считаем, что оптимальным доступом для хирургического лечения глубокого инфильтративного эндометриоза является лапароскопия или робот-ассистированная лапароскопия. Операции у подобных пациентов требуют от врача владения широким спектром навыков для прецизионной и деликатной работы с яичниками, маточными трубами, маткой, мочеточниками, мочевым пузырем, толстой и тонкой кишкой. В лечении эндометриоза необходим комплексный подход, в связи с чем необходимо формирование мультидисциплинарной команды или дополнительная подготовка специалистов гинекологов навыкам выполнения большого

спектра операций, которые возможны у пациенток с эндометриозом. Целесообразно применение сшивающих аппаратов для наложения анастомозов интракорпорально без применения мини-лапаротомного доступа, что сокращает время для наложения кишечных анастомозов и улучшает косметический эффект после оперативного лечения, а также благоприятно сказывается на психоэмоциональном состоянии пациенток. Применение техники NOSE при симультанном вмешательстве на правых и левых отделах кишки является безопасным, однако требует тщательной предоперационной подготовки, подготовки кишечника и проведения соответствующей антибактериальной терапии.

При анализе интраоперационных показателей в группе хирургического лечения отмечалась большая продолжительность операции (средняя продолжительность составила $184,0 \pm 75,5$ минут), тогда как в наблюдательной группе она была меньше и составила $105,0 \pm 44,9$ минут. Такая разница в средней продолжительности оперативного лечения говорит о том, что хирургическое лечение илеоцекального эндометриоза является непростой задачей для хирургической бригады, требует соответствующего опыта и навыков.

В ходе исследования проведено 7 вариантов хирургического лечения. Тип операции выбирался исходя из локализации поражения, глубины инфильтрации подлежащих тканей и протяженности эндометриоидных очагов или инфильтратов. Эти данные сопоставлялись с клинической картиной.

Пятая задача - разработка алгоритма диагностики инфильтративных изменений илеоцекальной области с использованием инструментальных методов обследования (УЗИ и МРТ).

Ультразвуковое исследование является наиболее доступным методом диагностики эндометриоза. Благодаря консенсусу IDEA УЗ-исследование стало стандартизированным и помогает специалистам выявлять эндометриоз экстрагенитальных локализаций. По нашему мнению, необходимо проводить

рутинное ультразвуковое сканирование правой подвздошной области у пациенток с ретроцервикальным и колоректальным эндометриозом, а также с эндометриоидными кистами. Без прицельного поиска илеоцекального эндометриоза в структуре всех обследованных пациенток частота дооперационного выявления эндометриоза тонкотолстокишечного перехода была невысока и составила 21,2% среди пациенток I группы и 10,5% - во II группе. Таким образом, диагностический поиск преобразуется в пятиступенчатый алгоритм. В ходе трансабдоминального сканирования следует применять конвексный датчик. Как правило, инфильтративное поражение илеоцекальной области определяется как объемное новообразование, имеющее гипоэхогенную структуру, неровный, но четкий контур и аваскулярную структуру в режиме цветового доплеровского картирования. Среди пациенток МОНИИАГ проводилось экспертное УЗИ с рутинным сканированием илеоцекальной области, что помогло повысить частоту дооперационной диагностики до 62,8%.

Магнитно-резонансная и компьютерная томография, согласно данным зарубежной литературы являются высокочувствительными и специфичными методами диагностики. Однако по результатам нашего исследования, МРТ и КТ не продемонстрировали заявленную высокую частоту предоперационной диагностики. В структуре всех исследуемых пациенток при помощи МРТ диагноз установлен в 4 (3,3%) наблюдениях, КТ помогла установить диагноз илеоцекального эндометриоза лишь в 2 (1,6%) наблюдениях. Таким образом, данные методы исследования не могут быть рекомендованы для рутинной диагностики илеоцекального эндометриоза.

Колоноскопия также не продемонстрировала высокую частоту диагностики по результатам нашего исследования, что говорит о редком вовлечении слизистой оболочки кишки при эндометриозе. Лишь у 3 пациенток было вовлечение слизистой в эндометриоидный инфильтрат, что составило 2,4% среди всех исследуемых пациенток. Им проведено радикальное оперативное лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования позволяют отметить, что главная проблема в диагностике данной патологии — бессимптомность эндометриoidных очагов и инфильтратов тонкой кишки и «правых» отделов толстой кишки в течение длительного периода прогрессирования заболевания. В настоящее время пациентки с эндометриозом часто находятся на многолетней консервативной гормональной терапии, что приводит к фиброзу имеющихся эндометриoidных гетеротопий и инфильтратов. При применении терапии, снижающей болевой синдром, улучшающей качество жизни пациенток, необходим контроль за состоянием органов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства во избежание стенозирования просвета тонкой, толстой кишки и мочеточников. По результатам исследования, наиболее частыми симптомами эндометриоза правых отделов кишки являются боль в правой подвздошной области, тошнота и рвота во время менструации, метеоризм, ассоциированный с менструацией.

Илеоцекальный эндометриоз не всегда доступен для визуализации при проведении УЗИ и МРТ. С учетом данных исследования необходимо включить исследование правой подвздошной области в стандартный протокол обследования у пациенток с подозрением на наличие экстрагенитального ГИЭ. Важно проводить тщательную ревизию органов брюшной полости, в том числе илеоцекальной области, при проведении оперативного лечения у пациенток с различными фенотипами эндометриоза для своевременного выявления патологии и грамотного последующего лечения. Важными являются тщательная подготовка пациентки перед оперативным лечением, опыт оперирующей бригады, наличие у хирурга или у мультидисциплинарной команды навыков для выполнения сложных симультанных оперативных вмешательств.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее частая локализация илеоцекального эндометриоза - аппендикулярный отросток — 78 (63,4%) наблюдений, тонкая кишка — 73 (59,3%), купол слепой кишки – 34 (27,6%), восходящий отдел ободочной кишки 1 (0,8%).

2. Клинически значимые симптомы илеоцекального эндометриоза: боль в правой подвздошной области - 22,0%, тошнота — 17,1% и рвота - 14,6% циклического характера.

3. У пациенток с диагностированной тонкокишечной непроходимостью в связи с илеоцекальным эндометриозом достоверно выше частота жалоб на рвоту (61,5%) и тошноту (69,2%) циклического характера, боль в правой подвздошной области (61,5%).

4. В ходе исследования не выявлено изолированных наблюдений илеоцекального эндометриоза. Эндометриоз тонкотолстокишечного перехода всегда сочетается с другими фенотипами эндометриоза (в 73,2% наблюдений выявлено сочетание с ретроцервикальным эндометриозом, в 62,6% - с эндометриоидными кистами, в 50,4% - с колоректальным эндометриозом).

5. Хирургическое лечение эндометриоза должно начинаться с ревизии поддиафрагмального пространства, илеоцекального угла, подвздошной кишки и толстой кишки. При проведении оперативных вмешательств по поводу различных фенотипов эндометриоза своевременное выявление инфильтративных поражений данных локализаций помогает оказать своевременную помощь и снизить частоту осложнений.

6. Возможно консервативное ведение илеоцекального эндометриоза при отсутствии клинически значимых симптомов и признаков стеноза просвета кишки. Пациентки должны быть информированы о наличии у них диагноза, симптомах-предвестниках и возможности развития осложнений. При выявлении бессимптомных инфильтративных поражений илеоцекального угла необходимо направлять пациенток в центры по лечению эндометриоза и стационары третьего уровня.

7. Рутинное ультразвуковое сканирование илеоцекальной области увеличивает частоту дооперационной диагностики до 62,8%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. С целью предоперационной диагностики в ходе сбора жалоб и анамнестических данных рекомендуем задавать прицельные вопросы, определять связь симптомов с менструальным циклом, использовать шкалу ВАШ для структурирования симптомов.

2. При выявлении у пациентки тошноты и рвоты во время менструации необходимо рекомендовать пациентке дообследование в объёме: экспертное УЗИ органов малого таза, брюшной полости и почек, МРТ с внутривенным контрастированием, колоноскопия, ирригоскопия, диагностическая лапароскопия, с целью исключения стеноза просвета кишки.

3. Следует проводить рутинное ультразвуковое сканирование правой подвздошной области с применением конвексного датчика, которое позволит повысить процент дооперационной диагностики до 62,8%.

4. Пациентов с диагностированными патологическими изменениями илеоцекального угла следует направлять в специализированные центры по лечению эндометриоза или в многопрофильные стационары третьего уровня. Формирование мультидисциплинарной бригады специалистов (гинеколог, колопроктолог, уролог) обеспечивает возможность комплексного хирургического лечения при интраоперационном выявлении илеоцекального эндометриоза.

5. Выполнение оперативных вмешательств при любых фенотипах эндометриоза требует от специалистов комплексного подхода. После инициации лапароскопии необходимо приступить к тщательной ревизии органов брюшной полости и малого таза, чтобы исключить или подтвердить другие экстрагенитальные локализации эндометриоза (брюшина поддиафрагмального пространства, передняя поверхность печени, желудок,

большой сальник, тонкая кишка, илеоцекальный угол, толстая кишка, пузырно-маточная складка и Дугласово пространство).

6. Раннее выявление очаговых и инфильтративных изменений в области тонкотолстокишечного перехода помогает снизить частоту осложнений, своевременно провести оперативное лечение малоинвазивным доступом.

7. При интраоперационном выявлении инфильтративных изменений аппендикса, слепой кишки, подвздошной кишки и отсутствии технических возможностей для выполнения радикального оперативного лечения или специалистов, которые владеют соответствующими хирургическими навыками, пациент должен быть информирован о наличии у него илеоцекального эндометриоза.

8. Возможно проводить динамическое наблюдение при наличии очаговых поверхностных поражений аппендикса, слепой и подвздошной кишки, если их суммарная средняя протяженность не превышает $15,1 \pm 15,1$ мм.

9. Наличие инфильтратов илеоцекальной области с выраженной деформацией просвета кишки является абсолютным показанием для радикального объёма хирургического лечения. Эндометриоидные инфильтраты илеоцекального перехода протяженностью $32,0 \pm 31,4$ мм и более подлежат удалению, так как ассоциированы с большой вероятностью развития осложнений.

10. Хирургическое лечение илеоцекального эндометриоза с применением малоинвазивных доступов (лапароскопия, робот-ассистированная лапароскопия) является безопасным и эффективным.

11. Главным принципом хирургического лечения кишечного эндометриоза является «экономная» резекция - резекция с отступом по 5 мм от дистального и проксимального краев инфильтрата. Такое тип резекции кишки позволяет избежать большого количества функциональных расстройств в послеоперационном периоде и положительно сказывается на качестве жизни пациенток.

12. Применение техники NOSE для извлечения макропрепаратов в ходе оперативного лечения илеоцекального и колоректального эндометриоза является безопасным, не увеличивает продолжительность госпитализации, при условиях планового оперативного лечения, с применением адекватной периоперационной антибактериальной терапии.

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации

1. Попов А.А. Илеоцекальный эндометриоз: диагностика и лечение/ Попов А.А., Пучков К.В., Трошина В.В., Сопова Ю.И., Федоров А.А., Тюрина С.С., Овсянникова М.Р., Ершова И.Ю., Глебов Т.А., Мамедова С.Г.// Российский вестник акушера-гинеколога. – 2024. – Т. 24. – №4. – С. 77–82 **(перечень ВАК РФ)**.

2. Попов А.А. Сравнение основных способов хирургического лечения больных с колоректальным эндометриозом/ Попов А.А., Федоров А.А., Сопова Ю.И., Глебов Т.А., Трошина В.В., Головин А.А., Белоусов М.Д., Мамедова С.Г.// Российский вестник акушера-гинеколога. – 2024. – Т. 24. – №6. – С. 118–123 **(перечень ВАК РФ)**.

3. Попов А.А. Осложнения глубокого инфильтративного эндометриоза с поражением различных отделов гастроинтестинального тракта/ Попов А.А., Пучков К.В., Трошина В.В., Сопова Ю.И., Фёдоров А.А., Тюрина С.С., Овсянникова М.Р., Ершова И.Ю., Мамедова С.Г.// Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. – 2024. – Т. 11. – №3. – С. 293–300 **(перечень ВАК РФ)**.

4. Попов А.А. Опыт применения трансвагинальной аспирационно-пункционной склеротерапии в лечении эндометриом яичников/ Попов А.А., Овсянникова М.Р., Сопова Ю.И., Фёдоров А.А., Трошина В.В., Пельше Э.В., Ершова И.Ю.// Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. – 2024. – Т. 11. – №3. – С. 322–331 **(перечень ВАК РФ)**.

5. Краснопольская К.В. Репродуктологические аспекты при лечении колоректального эндометриоза / Краснопольская К.В., Ершова И.Ю., Исакова К.М., Трошина В.В.// Российский вестник акушера-гинеколога. – 2024. – Т. 30. – №6. – С. 140–148 (**перечень ВАК РФ**).