



Дифференциальная диагностика заболеваний кишечника: в фокусе синдром раздраженного кишечника и эндометриоз кишечника

Д.И. Трухан✉, П.В. Шуганова, И.А. Викторова

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия

✉dmitry_trukhan@mail.ru

Аннотация

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – хроническое функциональное заболевание кишечника, при котором боль в животе связана с дефекацией, изменением частоты и характера стула. Диагноз СРК является одним из наиболее сложных и затратных в гастроэнтерологии. Дифференциальную диагностику следует проводить с широким кругом заболеваний – не только с органической патологией желудочно-кишечного тракта, но и с патологией других органов и систем, в том числе с гинекологическими заболеваниями.

Эндометриоз – патологический процесс, при котором вне полости матки определяется наличие ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Эндометриозом страдают 10% (190 млн) женщин репродуктивного возраста во всем мире. Эндометриоз кишечника – патологическое состояние, при котором происходит инфильтрация кишечника эктопической эндометриальной тканью. При рассмотрении взаимосвязей между СРК и эндометриозом, в том числе эндометриозом кишечника, мы использовали источники из баз PubMed и eLibrary, опубликованные до 25.02.2026.

Представленный обзор демонстрирует, что патогенез СРК и эндометриоза имеет ряд точек соприкосновения: генетический фактор, дисбиоз кишечной микробиоты, иммунные нарушения, вялотекущее хроническое воспаление. При СРК кишечные симптомы могут сочетаться в клинической картине с гинекологическими симптомами, а гинекологические симптомы при эндометриозе кишечника и генитальном эндометриозе могут сочетаться с гастроинтестинальными симптомами, что и может создавать определенные диагностические проблемы. При проведении дифференциальной диагностики СРК с заболеваниями кишечника необходимо учитывать возможное наличие генитального эндометриоза и эндометриоза кишечника. Наличие гинекологических симптомов у пациенток с кишечными симптомами подразумевает междисциплинарный подход к дифференциальной диагностике и тесное взаимодействие интернистов и гинекологов.

Ключевые слова: болезни кишечника, синдром раздраженного кишечника, генитальный эндометриоз, эндометриоз кишечника, клиническая картина, патогенез, дифференциальная диагностика.

Для цитирования: Трухан Д.И., Шуганова П.В., Викторова И.А. Дифференциальная диагностика заболеваний кишечника: в фокусе синдром раздраженного кишечника и эндометриоз кишечника. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (4): 12–16.

DOI: 10.47407/kr2026.7.4.00811

Differential diagnosis of bowel diseases: focus on irritable bowel syndrome and intestinal endometriosis

Dmitry I. Trukhan✉, Polina V. Shuganova, Inna A. Viktorova

Omsk State Medical University, Omsk, Russia

✉dmitry_trukhan@mail.ru

Abstract

Irritable bowel syndrome (IBS) is a chronic functional bowel disorder characterized by abdominal pain associated with defecation and changes in stool frequency and pattern. Diagnosing IBS is one of the most complex and challenging in gastroenterology. Differential diagnosis should include a wide range of conditions, not only organic pathologies of the gastrointestinal tract but also pathologies of other organs and systems, including gynecological diseases.

Endometriosis is a pathological process that involves the presence of tissue similar to the endometrium outside the uterine cavity, based on its morphological and functional properties. Endometriosis affects 10% (190 million) of women of reproductive age worldwide. Intestinal endometriosis is a pathological condition characterized by infiltration of the intestine with ectopic endometrial tissue. When examining the relationship between IBS and endometriosis/intestinal endometriosis, we used sources from PubMed and eLibrary published before February 25, 2026.

This review demonstrates that the pathogenesis of IBS and endometriosis share several common factors, including genetic factors, intestinal microbiota dysbiosis, immune disorders, and low-grade chronic inflammation. In IBS, intestinal symptoms may coexist with gynecological symptoms, while gynecological symptoms in intestinal endometriosis and genital endometriosis may coexist with gastrointestinal symptoms, which can create certain diagnostic challenges. When differentially diagnosing IBS and intestinal diseases, the possible presence of genital endometriosis and intestinal endometriosis must also be considered. The presence of gynecological symptoms in patients with intestinal symptoms requires an interdisciplinary approach to differential diagnosis and close interaction between internists and gynecologists.

Keywords: intestinal diseases, irritable bowel syndrome, genital endometriosis, intestinal endometriosis, clinical presentation, pathogenesis, differential diagnosis.

For citation: Trukhan D.I., Shuganova P.V., Viktorova I.A. Differential diagnosis of bowel diseases: focus on irritable bowel syndrome and intestinal endometriosis. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (2): 12–16 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.4.00811

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – хроническое функциональное заболевание кишечника, при котором боль в животе связана с дефекацией, изменением частоты и характера стула [1]. Распространенность СРК в большинстве стран мира велика и может достигать 15–20%, однако лишь 25–30% лиц, испыты-

вающих симптомы СРК, обращаются за медицинской помощью, а более 2/3 больных к врачам не обращаются («феномен айсберга») [2].

Диагноз СРК является одним из наиболее сложных и затратных в гастроэнтерологии [2]. Дифференциальную диагностику следует проводить с широким кругом заболеваний – не только с органической патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), но и с патологией других органов и систем, в том числе с гинекологическими заболеваниями (эндометриоз, воспалительные заболевания, опухоли яичника) [1]. Однако клинические рекомендации ограничиваются лишь перечислением возможных заболеваний/состояний, входящих в дифференциально-диагностический круг, не останавливаясь на дифференциально-диагностических критериях [3]. Вместе с тем эндометриоз, в частности эндометриоз кишечника, представляет собой диагностический вызов для врачей терапевтического профиля: гастроэнтерологов, врачей общей практики и терапевтов [4].

Эндометриоз – патологический процесс, при котором вне полости матки определяется наличие ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию [5]. Эндометриозом страдают 10% (190 млн) женщин репродуктивного возраста во всем мире¹. В 2021 г. глобальное бремя эндометриоза [6] составило в общей сложности 22,28 млн случаев [95% доверительный интервал (ДИ) 13,67–33,69], что соответствует возраст-стандартизованному показателю распространенности (ASPR) 1023,8 на 100 тыс. человек (95% ДИ 627,36–1549,77).

В России эндометриозом страдает примерно 2 млн женщин [7]. Эндометриоз традиционно подразделяют на генитальный и экстрагенитальный [5]. Одной из форм экстрагенитального эндометриоза является эндометриоз кишечника, который чаще всего возникает на фоне генитального эндометриоза и представляет собой патологическое состояние, при котором происходит инфильтрация кишечника эктопической эндометриальной тканью [6]. Распространенность эндометриоза кишечника в широком диапазоне составляет 3–37% среди всех женщин, страдающих эндометриозом [8–11]. В ряде публикаций этот диапазон сужается и составляет 18–25% женщин с эндометриозом органов малого таза [12, 13]. По данным китайских исследователей [6], вероятный ASPR эндометриоза кишечника может находиться в пределах 184,3–255,9 на 100 тыс. человек.

При рассмотрении взаимосвязей между СРК и эндометриозом, в том числе эндометриозом кишечника, мы использовали источники из баз PubMed и eLibrary, опубликованные до 25.02.2026.

Патогенетические и клинические пересечения СРК и эндометриоза

СРК и эндометриоз относятся к многофакторным заболеваниям. В основе развития СРК лежит нарушение взаимодействия в системе «кишечник – мозг», приводящее к нарушению нервной и гуморальной регуляции двигательной функции кишечника и развитию висцеральной гиперчувствительности рецепторов кишечника к растяжению. Среди факторов, способствующих развитию СРК, обсуждается роль психоэмоциональных расстройств, наследственности / генетической предрас-

положенности, алиментарного фактора, нарушений моторно-эвакуаторной функции ЖКТ, висцеральной гиперчувствительности, предшествующей кишечной инфекции, изменений микробиоценоза кишечника, изменений на уровне кишечной стенки и повышенной кишечной проницаемости [3, 14]. В последнее десятилетие активно обсуждается роль в развитии СРК низкоуровневого вялотекущего хронического воспаления [15]. Патогенез эндометриоза, в частности эндометриоза кишечника, является многофакторным, с гормональными, иммунными и микробиомными аспектами. Наряду с типично гинекологической теорией ретроградной менструации (или имплантационной теорией) патогенеза эндометриоза определенный вклад вносят другие теории – генетико-эпигенетическая, целомоческой метаплазии, гормональная. В настоящее время широко обсуждается участие кишечной микробиоты в развитии эндометриоза. Дисбиоз кишечной микробиоты может вызывать дисрегуляцию иммунных реакций (повышение уровня провоспалительных цитокинов, ослабление иммунного надзора и изменение профиля иммунных клеток), которая может способствовать развитию вялотекущего хронического воспаления [16].

Таким образом, патогенез СРК и эндометриоза имеет ряд точек соприкосновения: генетический фактор, дисбиоз кишечной микробиоты, иммунные нарушения, вялотекущее хроническое воспаление. Причинно-следственная связь между генетической предрасположенностью к СРК и эндометриозу показана в анализе менделевской рандомизации. Австралийские ученые [17] выявили общие локусы риска, что указывает на биологические пути, которые могут способствовать патогенезу обоих заболеваний, включая регуляцию эстрогенов и воспаление. Итальянские ученые [18] выделяют объединяющую роль хронического вялотекущего воспалительного процесса, а к другим общим патофизиологическим механизмам относят активацию тучных клеток, нейрональное воспаление, дисбиоз кишечной микробиоты и нарушение кишечной проницаемости. Итальянские гастроэнтерологи и гинекологи [19] отмечают ключевую роль в развитии СРК и эндометриоза кишечного дисбиоза, который влияет на кишечную проницаемость, запускает воспалительные реакции, инициирует иммунные реакции, находится в тесной связи с головным мозгом, являясь частью оси «кишечник – мозг», влияет на психическое здоровье и восприятие боли и сам подвергается их влиянию.

Ведущее клиническое проявление СРК – кишечные симптомы: абдоминальная боль, связанная с дефекацией; изменение частоты и характера стула; метеоризм [1]. Внекишечные проявления СРК включают: 1) симптомы сочетанной патологии ЖКТ – чувство тяжести в эпигастрии, тошноту, рвоту, отрыжку, изжогу, тяжесть и боли в правом подреберье, горечь во рту и др., которые бывают обусловлены сочетанной функциональной патологией пищеварительного тракта (с частотой до 87%); 2) негастроэнтерологические симптомы (частота 50%) – чаще неврологические и вегетативные нарушения (головная боль, боли в поясничной области, мигрень и др.), гинекологические (дисменорея, диспареуния), урологические (частое мочеиспускание, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, никтурия) и другие виды

¹ Эндометриоз. Данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). 25.02.2026.

URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis> (дата обращения: 15.02.2026).

дизурии) и др.; 3) психоневрологические расстройства (у 15–30% пациентов), к которым относятся депрессия, тревожный синдром, фобии, истерия, панические атаки, ипохондрия, синдром соматизации и т.д.

Наиболее значимыми клиническими проявлениями эндометриоза служат тазовая боль (дисменорея, диспареуния, дисхезия и хроническая тазовая боль), бесплодие, нарушения менструального цикла, аномальные маточные кровотечения [5]. В клинической картине генитального эндометриоза (а не только эндометриоза кишечника) могут присутствовать гастроинтестинальные симптомы, часто связанные с менструацией. К ним относятся абдоминальная боль (боль в кишечнике, боль при дефекации), тенезмы, расстройства стула (диарея, запор), вздутие живота, тошнота, раннее насыщение, повышенная чувствительность к пищевым продуктам [5]. К другим возможным проявлениям эндометриоза относятся психоневрологические расстройства (депрессия, тревожный синдром, синдром хронической усталости), мигрень, урологические симптомы (частые императивные мочеиспускания с болью или без нее) [5].

Таким образом, при СРК кишечные симптомы могут сочетаться в клинической картине с гинекологическими симптомами, а гинекологические симптомы при эндометриозе кишечника и генитальном эндометриозе могут сочетаться с гастроинтестинальными симптомами, что и может создавать определенные диагностические проблемы. В этом аспекте показательны результаты исследования австралийских гинекологов [20], изучавших частоту гастроинтестинальных симптомов у женщин с эндометриозом. Из 355 женщин, перенесших лапароскопическое оперативное вмешательство по поводу предполагаемого эндометриоза, гистологическое исследование подтвердило наличие эндометриоза у 290 (84,5%). Гастроинтестинальные симптомы отмечались у 90% женщин. Самым распространенным симптомом было вздутие живота (82,8%), у 71,3% наблюдались другие кишечные симптомы. У 76 (21,4%) женщин ранее был диагностирован СРК, в дальнейшем у 79% из них был подтвержден эндометриоз. Вместе с тем эндометриоз кишечника был выявлен только у 22 (7,6%) женщин.

Проблемы в диагностике СРК и эндометриоза

Около 90% случаев эндометриоза кишечника связаны с локализацией патологических очагов в ректосигмоидной области [8, 10, 21], за ней следует илеоцекальная область [11, 22]. Клиническая диагностика эндометриоза, включая эндометриоз кишечника, может растянуться на 6–12 лет [4]. Симптомы СРК и эндометриоза кишечника часто совпадают, что может привести к установлению ошибочного диагноза, поэтому диагностика требует комплексного подхода [23]. Американские гастроэнтерологи [24] отмечают, что у многих пациенток с эндометриозом, обратившихся первично к интернистам, увеличивается временной промежуток до постановки диагноза и получения соответствующего лечения. В связи с этим целесообразно предполагать возможное наличие эндометриоза у женщин детородного возраста, предъявляющих жалобы на боль, вздутие живота, изменение частоты и характера стула в сочетании с гинекологическими и другими негастроэнтерологическими симптомами, и направлять пациенток на дальнейшее обследование. Пациентки с СРК, как

было отмечено в исследовании британских гастроэнтерологов [25], значительно чаще испытывали боли схваткообразного характера в верхней части живота и усиление боли при приеме пищи или стрессе. При СРК у женщин чаще наблюдались изменение частоты и характера стула, вздутие живота и тошнота. У пациенток с кишечным эндометриозом чаще отмечались межменструальные кровотечения, предменструальное усиление боли и болезненность свода влагалища [25].

Исследование интернистов и гинекологов из Саудовской Аравии [26] показало, что у 47,8% пациенток с эндометриозом ранее был диагностирован СРК. В ретроспективном анализе, проведенном междисциплинарной группой ученых, были проанализированы данные 65 421 женщины [27]. У 13,6% женщин с эндометриозом был диагностирован СРК, а у 9% женщин с СРК был диагностирован эндометриоз. В реальной клинической практике при наличии гастроинтестинальных и гинекологических симптомов диагностический поиск часто ограничивается рамками предменструального синдрома и его коморбидности с функциональными гастроинтестинальными заболеваниями, прежде всего СРК [28, 29].

Коморбидность СРК и эндометриоза

В диагностике не следует ставить целью выбор между СРК или эндометриозом, в том числе эндометриозом кишечника, необходимо иметь в виду их возможную коморбидность. Так, в метаанализе итальянских гинекологов и интернистов [30] отмечается, что вследствие возможного сходства клинической симптоматики и наличия хронического вялотекущего воспаления СРК и эндометриоз могут не только ошибочно диагностироваться, но и сосуществовать. Авторы в рамках систематического обзора и метаанализа (11 исследований) отметили повышение распространенности СРК у пациенток с эндометриозом по сравнению с женщинами без эндометриоза [отношение шансов (OR) 3,26; 95% ДИ 1,97–5,39]. У женщин с эндометриозом чаще в анамнезе были указания на наличие СРК (OR 3,10; 95% ДИ 2,06–4,67).

В исследовании датских гинекологов (254 пациентки с эндометриозом и 102 женщины без эндометриоза) распространенность СРК была выше у пациенток с эндометриозом по сравнению с женщинами без эндометриоза (OR 5,32; 95% ДИ 2,88–9,81). У женщин без поражения кишечника при эндометриозе распространенность СРК также была выше по сравнению с женщинами без эндометриоза [31]. В исследовании новозеландских и австралийских гастроэнтерологов [32] из 160 женщин с СРК у 58 (36,3%) был сопутствующий эндометриоз. Наличие диспареунии ($p > 0,0001$), иррадиационной боли ($p = 0,005$), кишечных симптомов, усиливающихся во время менструации ($p = 0,0004$), и семейного анамнеза эндометриоза ($p = 0,0003$) было связано с сопутствующим эндометриозом. В исследовании американских гастроэнтерологов и гинекологов [33] среди подростков с эндометриозом чаще встречался сопутствующий СРК (24%) по сравнению с подростками без эндометриоза (7,1%). Вероятность развития СРК была выше (OR 5,26; 95% ДИ 2,13–13,0) среди подростков с эндометриозом, чем без него. В шведском популяционном когортном исследовании [34] была отмечена двуплоскостная связь между СРК и эндометриозом. Наличие эндометриоза было связано с повышенным риском

ком СРК (OR 1,86; 95% ДИ 1,06–3,26; $p=0,029$), а наличие СРК было связано с повышенным риском эндометриоза (OR 1,77; 95% ДИ 1,02–3,07; $p=0,041$). В проспективном когортном исследовании канадских гинекологов [35] у 52% женщин с подтвержденным эндометриозом был диагностирован СРК. Факторами, связанными с тяжестью симптомов СРК, у пациенток с эндометриозом были: эндометриоз на ранней стадии ($p=0,004$), наличие расстройств настроения ($p<0,001$), болезненность при физикальном обследовании ($p\leq 0,001$), анамнез сексуального насилия ($p\leq 0,02$) и наличие нарушений сна ($p\leq 0,01$). В популяционном когортном исследовании (6076 женщин с эндометриозом и контрольная группа – 30 380 женщин без эндометриоза) тайваньские ученые [36] наблюдали за участницами в течение 5 лет, чтобы определить риск развития СРК после постановки диагноза эндометриоза. У 926 пациенток был диагностирован СРК, в том числе у 256 (4,2%) женщин с эндометриозом и у 670 (2,2%) в контрольной группе. Авторами продемонстрировано увеличение риска развития СРК [отношение рисков (HR) 1,79; 95% ДИ 1,55–2,07] у женщин с эндометриозом. Наиболее высокий риск отмечен в течение первого года наблюдения (HR 1,90; 95% ДИ 1,42–2,55) и у женщин в возрасте 25–34 лет (HR 2,17; 95% ДИ 1,61–2,92).

В систематическом обзоре и метаанализе шведских интернистов [37] отмечено, что у женщин с диагнозом «эндометриоз» риск развития СРК в 2–3 раза выше, а у женщин с первоначальным диагнозом СРК отмечается 3-кратный риск развития эндометриоза. В систематическом обзоре и метаанализе испанских ученых [38] (11 исследований, 18 887 пациенток с эндометриозом и контрольная группа – 77 171 женщина без эндометриоза) вероятность развития СРК была примерно в 3 раза выше среди пациенток с эндометриозом по сравнению со здоровыми женщинами в контрольной группе (OR 2,97; 95% ДИ 2,17–4,06).

Актуальные аспекты дифференциальной диагностики СРК и эндометриоза кишечника

На первый план в клинической картине генитального эндометриоза выходят гинекологические симптомы. В многоцентровом исследовании (1378 пациенток из 23 стран Латинской Америки) [39] большинство женщин (97,0%) испытывали боли в области таза во время менструации; у 78,7% боль была сильной; 86,4% пациенток сообщили о диспареунии. В исследовании индонезийских гинекологов [40] вероятность связи наличия дисменореи с эндометриозом была почти в 17,5 раза выше (OR 17,5; 95% ДИ 4,75–64,4; $p=0,001$). Эти клинические симптомы относятся прежде всего к генитальному эндометриозу, но могут присутствовать и в клинической картине экстрагенитальных форм, в том числе и кишечного эндометриоза.

Под синдромом тазовой боли понимается персистирующая или рецидивирующая тазовая боль, ассоциированная с симптомами дисфункции нижних мочевых путей, а также с кишечными, сексуальными и гинекологическими дисфункциями [41]. В настоящее время описаны многочисленные болевые синдромы, в которые топически вовлечены разные области малого таза. Синдром тазовой боли при эндометриозе характеризуется персистирующей или рецидивирующей болью в области таза [42]. Сложность диагностики и дифферен-

циальной диагностики при синдроме тазовой боли заключается в возможном наличии симптомов, не относящихся к эндометриозу.

При сигмовидной локализации эндометриоза наиболее частыми симптомами были хроническая тазовая и абдоминальная боль, изменение характера стула (диарея или запор), дисменорея, бесплодие и меноррагия [9]. Британские хирурги [22] отметили, что основным клиническим проявлением эндометриоза кишечника была абдоминальная боль (76,9%), сопровождавшаяся тошнотой и рвотой (46,2%), а также изменением характера стула (38,5%); другие клинические проявления (ректальное кровотечение, вздутие живота, тенезмы) встречались реже. В исследовании шведских интернистов и гинекологов [43] (109 пациенток с эндометриозом и контрольная группа – 65 женщин без эндометриоза) у пациенток с эндометриозом наблюдалось значительное усиление болей в животе ($p=0,001$), запоров ($p=0,009$), вздутия живота и метеоризма ($p=0,0001$), императивных позывов к дефекации ($p=0,010$) и ощущения неполного опорожнения кишечника ($p=0,050$), а также ухудшение психологического состояния ($p=0,005$) и более выраженное влияние кишечных симптомов на повседневную жизнь ($p=0,001$) по сравнению с контрольной группой. Кишечные симптомы не были связаны с менструацией или локализацией очагов эндометриоза, за исключением усиления тошноты и рвоты ($p=0,010$) у пациенток с поражениями кишечника.

В российском исследовании были проанализированы жалобы, анамнез, особенности клинического течения у 93 пациенток с подтвержденным диагнозом «эндометриоз кишечника» и выделены три клинические формы заболевания [44]. Для молодых женщин в возрасте от 18 до 25 лет, ранее не получавших лечения по поводу эндометриоза, характерна агрессивная форма, которая манифестировала с наличием явных «кишечных» симптомов (циклические кровянистые выделения из прямой кишки, нарушение пассажа содержимого). Для пациенток в возрасте от 25 до 34 лет характерна стертая форма со скудными клиническими проявлениями, клинические симптомы эндометриоза кишечника были выявлены у них только при акцентированном сборе анамнеза. В этой группе пациенток преобладали жалобы, связанные с бесплодием, а жалобы, связанные с нарушением функции кишечника, не вызывали у обследованных особенного беспокойства в связи с их малым влиянием на качество жизни. Стенозирующая форма была характерна для пациенток возрастного диапазона от 35 до 45 лет с длительным анамнезом заболевания, которым ранее проводилось комбинированное (консервативное и хирургическое) лечение эндометриоза. Типичными жалобами при стенозирующей форме были хронические запоры, необходимость соблюдения строгой диеты и постоянного приема слабительных средств, полное отсутствие отхождения стула и газов в период менструации.

Таким образом, при эндометриозе кишечника отмечается сочетание гинекологических симптомов с кишечными симптомами разной степени выраженности. Напротив, при СРК кишечные симптомы выражены и на их хорошо известных характеристиках и строится диагноз [1–3]. В исследовании шведских интернистов [45] продемонстрировано, что у пациенток с СРК отмечаются более выраженные гастроинтестинальные симптомы и ухуд-

шение психологического состояния по сравнению с женщинами, страдающими эндометриозом и микроскопическим колитом. Анемия, снижение уровня гемоглобина и наличие скрытой крови в кале относятся к «симптомам тревоги» при СРК [1], в то же время анемия и наличие крови в кале достаточно часто отмечаются при эндометриозе кишечника [46]. При эндометриозе кишечника абдоминальная и тазовая боль может быть циклической, усиливаться во время менструации, что не характерно для СРК. Наличие диспареунии, дизурии или гинекологического анамнеза (бесплодие, дисменорея) может служить указанием на эндометриоз [4].

Диагноз эндометриоза устанавливается на основании жалоб и данных анамнеза пациенток, физикального обследования, а также результатов инструментальных методов обследования: ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза, магнитно-резонансной томографии малого таза, диагностической лапароскопии [5]. Рекомендовано назначение УЗИ органов малого таза ультразвуковым трансвагинальным датчиком пациенткам с подозрением на эндометриоз в качестве первичной инструментальной диагностики заболевания. УЗИ необходимо провести при подозрении на эндометриоз, даже если гинекологический осмотр не выявил патологии, для диагностики эндометриомы и глубокого инфильтративного эндометриоза с вовлечением кишечника, мочевого пузыря и/или мочеочника [5].

Специфическая лабораторная диагностика эндометриоза не разработана. В отечественных клинических рекомендациях отмечено, что не рекомендуется исследование уровня онкомаркера СА-125 в крови для диагностики эндометриоза [5]. Анализ на кальпротектин помогает в дифференциальной диагностике СРК и воспалительных заболеваний кишечника. Однако в плане дифференциальной диагностики СРК и эндометриоза кишечника уровень кальпротектина (фекального, сывороточного) не является дифференциально-диагностическим критерием. Так, в исследовании шведских интернистов [47] повышенный уровень фекального кальпротектина был выявлен только у 5 (7,8%) женщин из 172 пациенток с лапароскопически подтвержденным эндометриозом. В исследовании индонезийских гинекологов [48] не отмечено повышения уровня сывороточного кальпротектина при эндометриозе. Медианный уровень сывороточного кальпротектина (при референсном значении 0–2,9 мкг/мл) для минимальной степени эндометриоза составил 0,13898 мкг/мл, или 138,98 нг/мл (95% ДИ 74,84–434,64), для легкой степени – 121,49 нг/мл (95% ДИ 11,46–305,16), для средней степени – 124,16 нг/мл (95% ДИ 11,6–368,9), а для тяжелой степени – 122,82 нг/мл (95% ДИ 43,92–268,78).

Группу риска развития эндометриоза кишечника составляют пациентки молодого возраста с характерными клиническими симптомами (кишечными и гинекологическими), а также женщины с длительным анамнезом заболевания, ранее повторно оперированные по поводу эндометриоза и получившие неэффективное консервативное лечение [44]. У этих пациенток должен быть проведен направленный поиск эндометриоза кишечника с использованием комплекса современных методов обследования и диагностики [5].

Заключение

Представленный обзор актуализирует проблему генитального эндометриоза и эндометриоза кишечника для врачей терапевтического профиля: терапевтов, врачей общей практики и гастроэнтерологов. При проведении дифференциальной диагностики СРК с заболеваниями кишечника необходимо учитывать и возможное наличие генитального эндометриоза и эндометриоза кишечника. Наличие гинекологических симптомов у пациенток с кишечными симптомами подразумевает междисциплинарный подход к дифференциальной диагностике и тесное взаимодействие интернистов и гинекологов.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Conflict of Interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Funding. The study received no sponsorship.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Вклад авторов:

Д.И. Трухан – концепция статьи, написание текста, обзор литературы, анализ материала, редактирование, утверждение окончательного варианта статьи

П.В. Шуганова – концепция статьи, обзор литературы, анализ материала, редактирование, утверждение окончательного варианта статьи

И.А. Викторова – концепция статьи, обзор литературы, анализ материала, редактирование, утверждение окончательного варианта статьи

Authors' contribution:

Dmitry I. Trukhan – concept of the article, text development, literature review, material analysis, editing, approval of the final version of the article

Polina V. Shuganova – concept of the article, literature review, material analysis, editing, approval of the final version of the article

Inna A. Viktorova – concept of the article, literature review, material analysis, editing, approval of the final version of the article

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Трухан Дмитрий Иванович – д-р мед. наук, доц., проф. каф. поликлинической терапии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет». E-mail: dmitry_trukhan@mail.ru; ORCID: 0000-0002-1597-1876

Шуганова Полина Витальевна – ассистент каф. поликлинической терапии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет». E-mail: docanilop@mail.ru; ORCID 0009-0009-9935-2164

Викторова Инна Анатольевна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. поликлинической терапии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет». E-mail: vic-inna@mail.ru; ORCID 0000-0001-8728-2722

Поступила в редакцию: 02.03.2026

Поступила после рецензирования: 04.03.2026

Принята к публикации: 05.03.2026

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Dmitry I. Trukhan – Dr. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Prof., Omsk State Medical University. E-mail: dmitry_trukhan@mail.ru; ORCID: 0000-0002-1597-1876

Polina V. Shuganova – Assistant, Omsk State Medical University. E-mail: docanilop@mail.ru; ORCID 0009-0009-9935-2164

Inna A. Viktorova – Dr. Sci. (Med.), Full Prof., Omsk State Medical University. E-mail: vic-inna@mail.ru; ORCID 0000-0001-8728-2722

Received: 02.03.2026

Revised: 04.03.2026

Accepted: 05.03.2026