

УДК 618.14-002

ЭНДОМЕТРИОЗ ПУПКА: КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

© Н.А. Огнерубов

Ключевые слова: эндометриоз; экстрагенитальный эндометриоз; эндометриоз пупка.

Дан краткий обзор литературы по экстрагенитальному эндометриозу с поражением пупка, включая патогенез, вопросы его диагностики на догоспитальном этапе. Основным методом лечения является хирургический. Автор сообщает об успешном лечении двух пациенток с эндометриозом пупка.

Эндометриоз относится к одним из самых распространенных доброкачественных заболеваний женской репродуктивной системы и занимает 3 место после воспалительных процессов и миомы матки. Максимальная заболеваемость наблюдается у женщин в возрасте 30–40 лет [1–2].

Сущность эндометриоза заключается в функционировании эндометриальной ткани за пределами полости матки. Первое сообщение об эндометриозе было сделано Von Recklinghausen в 1860 г. [3]. Различают генитальный и экстрагенитальный эндометриоз [4]. Генитальный, в свою очередь, делится на внутренний – эндометриоз тела матки (аденомиоз) – и наружный – шейки матки, влагалища, яичников, маточных труб, брюшины, прямокишечно-маточного углубления, промежности, ретроцервикальной области. Экстрагенитальные очаги эндометриоза могут быть как самостоятельным заболеванием, так и компонентом сочетанного поражения. В 1989 г. S.M. Markham et al. предложили классификацию экстрагенитального эндометриоза, согласно которой выделяют 4 класса: класс I – кишечный; класс U – мочевого; класс L – бронхолегочный; класс O – других органов. При этом каждая группа включает вариант заболевания с наличием дефекта пораженного органа или без такового [3]. Это является важным при определении лечебной тактики. Экстрагенитальный эндометриоз встречается реже – до 12 % [5], однако он поражает практически все органы и ткани женского организма: почки, мочеточники, печень, легкие, диафрагму, молочную железу, брюшную стенку, кожу [2, 6–8].

Пупок является одним из необычных мест, где может развиваться эндометриоз. Эндометриоз пупка впервые был описан в 1886 г. Villar [9]. Частота его варьирует от 0,42 до 4 % относительно всех случаев экстрагенитального эндометриоза [4, 10–23]. До 1938 г. R. Boggs (1938) собрал в литературе 97 случаев эндометриоза пупка [24]. H.S. Chapman (1940) добавил к ним еще 4 наблюдения [23]. J.V. Latcher подверг анализу 109 случаев эндометриоза пупка, описанных в европейской и американской литературе [21]. M. Michowitz et al. (1983) описали 6 случаев спонтанного эндометриоза пупка [26]. H.E. Williams et al. (1976) описали случай спонтанного эндометриоза пупка у 24-летней женщины, протекающего без симптоматических про-

явлений, после иссечения диагноз был подтвержден гистологически [27].

В отечественной литературе эту патологию наблюдали и описывали Я.И. Шерешевский (1930), Я.С. Валигура (1958), М.Л. Давыдов (1960) и др. В последнее время как в зарубежной, так и в отечественной литературе появляются публикации, посвященные различным вопросам эндометриоза пупка [1–75].

Эндометриоз – это еще и самое загадочное заболевание, причины и механизмы его развития на сегодняшний день до конца не изучены. Существует ряд теорий происхождения эндометриоза. J.A. Sampson (1940) считает, что эндометриоз возникает из-за рефлюкса менструальной крови и имплантации клеток эндометрия по брюшине малого таза и его органов [21]. Однако эта теория не может объяснить механизмы развития экстрагенитального эндометриоза. Другие авторы [29–30] считают, что эндометриоз развивается в результате метаплазии целомической эмбриональной брюшины, клетки которой под влиянием стимулов, таких как воспаление или травма, дедифференцируются в ткань эндометрия. Согласно дизонтогенетической теории, эндометриоз развивается из аномально расположенных зачатков Мюллера канала, из которых в дальнейшем в процессе эмбриогенеза формируется половой аппарат женщины, в частности, эндометрий. В пользу этого свидетельствует факт сочетания активного эндометриоза в молодом возрасте с врожденными аномалиями развития половых органов (двуродная матка, добавочный рог матки). Согласно миграционной теории патогенеза эндометриоза, возможны эмболизация и ретроградный ток частиц эндометрия по кровеносным и лимфатическим сосудам из полости малого таза, а также перенос клеток эндометрия при хирургических манипуляциях [31]. Эта теория согласуется с экспериментальными данными, при которых введение менструальной крови в подкожную клетчатку сопровождается развитием эндометриоза [32]. Подавляющее большинство специалистов объясняет поражение пупка занесением ткани эндометрия по лимфатическим путям, идущим к пупку из таза вдоль облитерированных гипогастральных сосудов [21, 33–34].

Кстати, подобным образом распространяются метастазы злокачественных опухолей яичников и матки в пупок. Наличие большого количества теорий не может

до конца объяснить изолированное поражение органов и тканей при экстрагенитальном эндометриозе.

Клинически эндометриоз пупка проявляется наличием опухолевидного образования в области пупка, размером от нескольких мм до 6 см, отеком, болезненностью, а также кровянистыми выделениями, связанными с менструальным циклом. Выделение крови при надавливании на опухоль в области пупка является патогномоничным симптомом. Дифференциальный диагноз проводится с пупочной грыжей, первичными и метастатическими опухолями (яичники, желудок), воспалительными гранулемами, липомой, абсцессом.

Диагностика, наряду с клинической, осуществляется с применением УЗИ с дуплексным сканированием, магнитно-резонансной томографии и эпилюминисцентной микроскопии [11, 16, 35–40]. G. Chene (2007) предложил иммуногистохимическое исследование операционного материала с антителами CD-10 для подтверждения стромы эндометрия, чувствительность при этом составила 88 % [41].

При выборе лечебной тактики необходимо учитывать локализацию и степень распространения эндометриоидной ткани, выраженность клинических проявлений, возраст больной. Методом выбора лечения эндометриоза пупка является хирургический. После операции с целью профилактики рецидивов проводится терапия гестагенами в непрерывном режиме в течение 6 месяцев. Прогноз при своевременной диагностике и рациональном лечении эндометриоза благоприятный. Злокачественное перерождение экстрагенитального эндометриоза происходит до 21,3 % [7, 41–42]. Впервые о злокачественном перерождении сообщил J.A. Sampson в 1925 г., определив при этом патологические критерии злокачественного процесса в эндометриоидном очаге.

За последние 12 лет мы наблюдали 2 случая эндометриоза пупка в сочетании с генитальным эндометриозом.

Больная Н., 42 года, поступила в гинекологическое отделение с диагнозом: эндометриоз пупка, внутренний эндометриоз матки II ст., эндометриоз шейки матки для оперативного лечения.

Жалобы на длительные болезненные менструации, боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку во время менструации, боли в области пупочного кольца и кровянистые выделения из него в период месячных. Из анамнеза известно, что после удаления внутриматочной спирали у больной был обнаружен внутренний эндометриоз. В последующем адекватной гормональной терапии не получала. В дальнейшем на протяжении двух лет болевой синдром усилился, отмечались более длительные менструации, начинающиеся с скуровидных мажущих выделений в течение 3–4 дней. Затем стали беспокоить боли в области пупка, и появились кровянистые выделения из пупочного кольца в период менструаций. Пациентка обратилась за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства, где было заподозрено метастатическое поражение пупка. Выполнена фиброгастроскопия, установлен диагноз хронического гастрита. При УЗИ органов малого таза выявлены аденомиоз матки, эндометриоз шейки матки, множественная миома матки. При ирригоскопии органической патологии толстой кишки не выявлено. При объективном исследовании больная гиперстенического телосложения, ожирение 2 степени. В области пупоч-

ного кольца имеется папилломатозная опухоль размером 1,0×1,5 см в виде цветной капусты, кровоточащая при надавливании. При цитологическом исследовании мазка из опухоли найдены клетки эндометрия. УЗИ не проводилось из-за особенностей анатомического строения пупочной области (ожирение). Установлен диагноз: эндометриоз пупка в сочетании с внутренним и внешним эндометриозом. С учетом степени распространения процесса, возраста пациентки нами выполнено хирургическое лечение в объеме экстирпации матки с придатками и иссечение эндометриоидной эктопии в области пупочного кольца с пластикой. Макроскопически в мягких тканях пупка имеется опухоль, размером 1,0×1,5 см, в виде цветной капусты. На разрезе имеются мелкие полости с «шоколадным» содержимым. При гистологическом исследовании – аденомиоз матки, эндометриоз шейки матки, фибромиома матки и эндометриоз мягких тканей области пупка. В последующем больная получала гестагены на протяжении 6 месяцев. Осмотрена через 3 года, признаков рецидива заболевания не выявлено.

Второй случай. Больная Б., 38 лет, поступила в отделение гинекологии для оперативного лечения с жалобами: болезненные менструации, опухоль и боли в области пупка, кровянистые выделения из него в период менструаций. Со слов больной, пациентка страдает внутренним эндометриозом на протяжении 8 лет, по поводу чего нерегулярно принимала гормональные препараты. Около года назад заметила на белье кровянистые пятна в период менструации. В последующем в пупочной области появилась опухоль, которая стала интенсивно расти в последующие 6 месяцев. Обратилась за медицинской помощью по месту жительства, где было заподозрено метастатическое поражение пупка. С целью исключения опухоли желудка и толстого кишечника была выполнена фиброгастро- и колоноскопия. Установлен диагноз хронического гастрита и колита. При объективном исследовании в области пупка имеется опухолевидное образование, размером 3,0×2,5 см, плотное, поверхность его бугристая, при надавливании выделяется бурого цвета жидкость. Больной проведено лапароскопическое исследование: матка размерами 14,0×8,0×7,0 см, бугристая, деформирована множественными субсерозными и интрамуральными узлами различных размеров. Неоднородной консистенции и цвета. Отмечается выраженный сосудистый рисунок брюшины, придатки не изменены. Брюшина в проекции пупочного кольца утолщена, синюшного цвета, пестрая за счет включений различной интенсивности, при эндоскопической пальпации неоднородной структуры. При цитологическом исследовании мазка – отпечатка с опухоли пупка – клетки эндометрия с признаками дистрофии. Установлен диагноз эндометриоза пупка в сочетании с внутренним эндометриозом и множественной миомой матки. Учитывая степень распространенности процесса, больной было выполнено хирургическое лечение в объеме экстирпации матки с придатками и иссечение опухоли пупка. Макроскопически мягкие ткани пупка с опухолью размером 3,0×2,5 см на разрезе с кистозной полостью в центре диаметром 1,5 см, заполненной густым «шоколадным» содержимым. По данным морфологического исследования, выявлены эндометриоз тела матки, эндометриоз мягких тканей пупка и множественная фибромиома матки. Пациентка получала дли-

тельную гормонотерапию гестагенами. Осмотрена через 4 года. Признаков рецидива нет.

Приведенные клинические случаи свидетельствуют о трудности диагностики эндометриоза пупка на догоспитальном этапе. Несмотря на редкость данной патологии, для выработки правильной тактики лечения необходимо дифференцировать эндометриоз пупка с другими заболеваниями, в первую очередь, с опухолями, пупочной грыжей и кожными заболеваниями. Типичная клиническая картина с указанием на связь выделений из пупка с менструальным циклом, а также результаты цитологического исследования выделений позволяют точно диагностировать это заболевание. Основным методом лечения его является хирургический, объем которого зависит от распространенности процесса. Для профилактики рецидива пациенты должны получать длительную гормонотерапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Markham S.M., Carpenter S.E., Rock J.A. Extrapelvic endometriosis // *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.* 1989. V. 16. P. 193-219.
2. Attaran M., Falcone T., Goldberg J. Endometriosis still tough to diagnose and treat // *Cleve Clin. J. Med.* 2002. V. 69. P. 647.
3. Caligaris P.H., Masselot R., Ducassou M.J., Le Treut Y., Bricot R. Endometriose de la paroi abdominale // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 1981. V. 10. P. 465-471.
4. Joly D., Harden H., Huguet C. Endometriose de la paroi abdominale dans les suites a long terme d'une césarienne // *Lyon Chir.* 1988. V. 84. P. 106-108.
5. Baldi A., Campioni M., Signorile P.G. Endometriosis: Pathogenesis, diagnosis, therapy and association with cancer (Review) // *Oncol. Rep.* 2008. V. 19 (4). P. 843-846.
6. Zollner U., Girshick G., Steck T., Dietl J. Umbilical endometriosis without previous pelvic surgery: a case report // *Arch. Gynecol. Obstet.* 2003. V. 267. P. 258-260.
7. Hill A.D., Banwell P.E., Sangwan Y., Darzi A., Menzies-Gown N. Endometriosis and umbilical swelling // *Clin. Exp. Obst. Gyn.* 1994. V. 21. P. 28-29.
8. Harvey E. Umbilical endometriosis // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1976. V. 112. P. 1435-1436.
9. De Giorgi V., Massi D., Mannone F., Stante M., Carli P. Cutaneous endometriosis: Non-invasive analysis by epiluminescence microscopy // *Exp. Dermatol.* 2003. V. 28. P. 315-317.
10. Hartigan C.M., Holloway B.J. MR imaging features of endometriosis at umbilicus // *Br. J. Radiol.* 2005. V. 78. P. 755-757.
11. Yu C.Y., Perez-Reyes M., Brown J.J., Borrello J.A. MR appearance of umbilical endometriosis // *J. Comput. Assist. Tomogr.* 1994. V. 18. P. 269-271.
12. Onesti M.G., Cigna E., Buccheri E.M., Alfano C. Endometriosis ombelical primaria // *Dermatologia Clinica.* 2005. V. 2. P. 75-78.
13. Sampson J.A. Development of implantation theory for origin of peritoneal endometriosis // *Am. J. Obstet. Gynec.* 1940. V. 40. P. 549-557.
14. Beirne M.F., Berkheiser S.W. Umbilical endometriosis: A case report // *Am. J. Obstet. Gynec.* 1955. V. 69. P. 895-897.
15. Ayala Yanez R., Mota Gonzalez M. Endometriosis: physiopathology and investigation trends (first part) // *Ginecol. Obstet. Mex.* 2007. V. 75 (8). P. 477-483.
16. Rubegni P., Sbrano P., Santopietro R., Fimiani M. Case 4. Umbilical endometriosis // *Clin. Exp. Dermatol.* 2003. V. 28 (5). P. 571-572.
17. Michowitz M., Baratz M., Stavorovsky M. Endometriosis of the umbilicus // *Dermatologica.* 1983. V. 167. P. 326-330.
18. Ozkol M., Yoleri L., Demir M.A., Demireli P., Babuscu Y. The significance of venous dominance in color Doppler ultrasound for the diagnosis of primary nodular skin lesions: a new perspective in classification // *Clin. Imaging.* 2006. V. 30. P. 43-47.
19. Srivastava A., Hughes B.R., Hughes L.E., Woodcock J.P. Doppler ultrasound as an adjunct to the differential diagnosis of pigmented skin lesions // *Br. J. Surg.* 1986. V. 73 (10). P. 790-792.
20. Iovino F., Ruggiero R., Irlandese E., Gili E., Loschiavo F. Umbilical endometriosis associated with umbilical hernia. Management of a rare occurrence // *Chir. Ital.* 2007. V. 59 (6). P. 895-899.
21. Sampson J.A. Perforating hemorrhagic (chocolate) cysts of the ovary: their importance and especially their relation to pelvic adenomas of the endometrial type // *Arch. Surg.* 1921. V. 3. P. 245.
22. Markham S.M., Carpenter S.E., Rock J.A. Extrapelvic endometriosis // *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.* 1989. V. 16. P. 193-219.
23. Latcher J.W. Endometriosis of the umbilicus // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1953. V. 66. P. 161-168.
24. Mann L.S., Clarke W.R. Endometriosis of the umbilicus // *Ill. Med. J.* 1964. V. 125. P. 335-336.
25. Razzi S., Rubegni P., Sartini A., De Simone S., Fava A., Cobellis L., Fimiani M., Petraglia F. Umbilical endometriosis in pregnancy: a case-report // *Gynecol. Endocrinol.* 2004. V. 18 (Suppl. 2). P. 114-116.
26. Schachter L.R., Tash J., Olgac S., Bochner B.H. Umbilical endometriosis // *J. Urol.* 2003. V. 170. P. 2388-2389.
27. Rubegni P., Sbrano P., Santopietro R., Fimiani M. Case four: umbilical endometriosis // *Clin. Exp. Dermatol.* 2003. V. 28. P. 571-572.
28. Ploteau S., Malvaux V., Draguet A.P. Primary umbilical adenomyotic lesion presenting as cyclical periumbilical swelling // *Fertil. Steril.* 2007. V. 88 (Suppl. 6). P. 1674-1675.
29. Hartigan C.M., Holloway B.J. Case report: MR imaging features of endometriosis at the umbilicus // *Br. J. Radiol.* 2005. V. 78. P. 755-757.
30. De Giorgi V., Massi D., Mannone F., Stante M., Carli P. Cutaneous endometriosis: noninvasive analysis by epiluminescence microscopy // *Clin. Exp. Dermatol.* 2003. V. 28. P. 315-317.
31. Friedman P.M., Rico M.J. Cutaneous endometriosis // *Dermatol. Online J.* 2000. V. 6. P. 8.
32. Nirula R., Greaney G.C. Incisional endometriosis: an underappreciated diagnosis in general surgery // *J. Am. Coll. Surg.* 2000. V. 190. P. 404.
33. Chene G. [et al.] Malignant degeneration of perineal endometriosis in episiotomy scar, case report and review of literature // *Int. J. Gynecol. Cancer.* 2007. V. 17. P. 709.
34. Amato M., Levitt R. Abdominal wall endometriosis: CT findings // *J. Comput. Assist. Tomogr.* 1984. V. 8. P. 1213.
35. Ridley J.H., Ridley J.H., Edwards K. Experimental endometriosis in the human // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1958. V. 76. P. 783.
36. Heaps J.M. [et al.] Malignant neoplasms arising in endometriosis // *Obstet. Gynecol.* 1990. V. 75. P. 1023.
37. Purvis R.S., Tying S.K. Cutaneous and subcutaneous endometriosis: surgical and hormonal therapy // *J. Dermatol. Surg. Oncol.* 1994. V. 20. P. 693.
38. Валигура Я.С. // Советская медицина. 1958. № 4. С. 140-141.
39. Давыдов Г.Л. // Акушерство и гинекология. 1940. № 11. С. 64-65.
40. Шерешевский Я.И. // Журнал акушерства и женских болезней. 1930. № 2. С. 257-257.
41. Blumenthal N.J. Umbilical endometriosis. A case report // *S. Afr. Med. J.* 1981. Feb. 7. V. 59 (6). P. 198-199.
42. Brown I.P. Umbilical endometriosis // *Nurs. Times.* 1966. Jan. 28. V. 62 (4). P. 124.
43. Cortese F., Galli F., Di Giusto F. A case of umbilical endometriosis // *Minerva Chir.* 1987. Mar. 15. V. 42 (5). P. 431-434.
44. Du Toit D.F., Heydenrych J.J. Umbilical endometriosis // *S. Afr. Med. J.* 1993. Jun. V. 83 (6). P. 439.
45. Pathak U.N., Hayes J.A. Umbilical endometriosis // *Br. J. Clin. Pract.* 1968. Mar. V. 22 (3). P. 117-120.
46. Papazov B., Ivanova K.H. One case of endometriosis of the umbilicus // *Akush. Ginekol. (Sofia).* 1970. V. 9 (3). P. 254-256.
47. Palliez R., Delecour M., Monnier J.C., Houcke M., Begueri P., Leroy P.Y. Umbilical endometriosis // *Bull. Fed. Soc. Gynecol. Obstet. Lang. Fr.* 1968. Nov.-Dec. V. 20 (5). P. 465.
48. Radman H.M. Endometriosis of the umbilicus // *South. Med. J.* 1977. Jul. V. 70 (7). P. 888-889.
49. Thylan S. Cutaneous and subcutaneous endometriosis // *Dermatol. Surg.* 1995. Aug. V. 21 (8). P. 737. Comment on: *J. Dermatol. Surg. Oncol.* 1994. Oct. V. 20 (10). P. 693-5.
50. Trojnecki Z., Zbroja-Sontag W., Borowicz C. Endometriosis of the umbilicus // *Ginekol. Pol.* 1967. Sep. V. 38 (9). P. 1053-1060.
51. Von Stemm A.M., Meigel W.N., Scheidel P., Gocht A. Umbilical endometriosis // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 1999. Jan. V. 12 (1). P. 30-32.
52. Fazlic M., Kosuta D., Krizanec S., Andrakovic M., Barisic J. Umbilical endometriosis // *Jugosl. Ginekol. Perinatol.* 1987. Jan.-Apr. V. 27 (1-2). P. 41-42.
53. Hill A.D., Banwell P.E., Sangwan Y., Darzi A., Menzies-Gow N. Endometriosis and umbilical swelling // *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 1994. V. 21 (1). P. 28-29.
54. Zakrys M., Pawlowski A. Two cases of umbilical endometriosis // *Wiad. Lek.* 1967. Sep. 1. V. 20 (17). P. 1659-1661.
55. Pouehe D., Galtier J.L., Robin-Sollier V., Lacroux F. Endometrial cyst of the umbilicus // *Presse. Med.* 1999. Jan. 30. V. 28 (4). P. 176-177.
56. Michowitz M., Baratz M., Stavorovsky M. Endometriosis of the umbilicus // *Dermatologica.* 1983. V. 167 (6). P. 326-330.
57. Kunc M. Umbilical endometriosis // *Lijec. Vjesn.* 1964. Oct. V. 86 (10). P. 1235-1238.
58. Liul'ka R.P. Umbilical endometriosis // *Pediatr. Akus. Ginekol.* 1965. Sep.-Oct. V. 5. P. 63-64.
59. Ichimiya M., Hirota T., Muto M. Intralymphatic embolic cells with cutaneous endometriosis in the umbilicus // *J. Dermatol.* 1998. May. V. 25 (5). P. 333-336.
60. Iba T., Hayashi K., Unsa H., Azuma N. Umbilical endometriosis // *Geka Chiryo.* 1967. Jul. V. 17 (1). P. 116-119.
61. Skidmore R.A., Woosley J.T., Katz V.L. Decidualized umbilical endometriosis // *Int. J. Gynecol. Obstet.* 1996. Mar. V. 52 (3). P. 269-273.

62. *Marranci M., Dianda D., Gattai R., Nesi S., Bandettini L.* Umbilical endometriosis: report of a case and review of the literature // *Ann. Ital. Chir.* 2000. May-Jun. V. 71 (3). P. 389-392.
63. *Chelli H., Chechia A., Kchir N.* Umbilical endometriosis. 2 case reports // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. 1993. V. 22 (2). P. 145-147.
64. *Williams H.E., Barsky S., Storino W.* Umbilical endometrioma (silent type) // *Arch. Dermatol.* 1976. Oct. V. 112 (10). P. 1435-1436.
65. *Kudla A.A., Rezhko V.T.* A case of umbilical endometriosis // *Klin. Khir.* 1997. V. 7-8. P. 101.
66. *Yu C.Y., Perez-Reyes M., Brown J.J., Borrello J.A.* MR appearance of umbilical endometriosis // *J. Comput. Assist. Tomogr.* 1994. Mar.-Apr. V. 18 (2). P. 269-271.
67. *Redondo P., Idoate M., Corella C.* Cutaneous umbilical endosalpingiosis with severe abdominal pain // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2000. Mar. V. 15 (2). P. 179-180.
68. *Mazzola F., Castellini C., Tosi D., Vicenzi L., Rizzo S., Betresini B., Lauro E., Moser A., Bonomo S., Bottura D., Colato C., Rosa G.* Endometriosis of umbilical cicatrix: a clinical case // *Chir. Ital.* 2001. Jan.-Feb. V. 53 (2). P. 259-262.
69. *Boggs R.* // *Arch. Surg.* 1938. V. 37. № 4. P. 642-650.
70. *Chapman H.S.* // *West J. Surg.* 1940. V. 48. P. 496-501.
71. *Scott R.B., Wharton L.R.* // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1959. V. 78. № 5. P. 1020-1027.
72. *Pratt J.H.* // *Surg. Clin. North. Amer.* 1961. V. 41. № 4. P. 1007-1014.
73. *Dessy L.A., Buccheri E.M., Chiummariello S., Gagliardi D.N., Onesti M.G.* Umbilical Endometriosis, Our Experience // *In vivo*. 2008. V. 22. P. 811-816
74. *Bagade P.V., Guirguis M.M.* Menstruating from the umbilicus as a rare case of primary umbilical endometriosis: a case report // *Journal of Medical Case Reports*. 2009. V. 3. P. 9326.
75. *Rosenman K., Sanchez M.R., Lee A., Tran H.T., Walters R.F., Yee H.* Cutaneous umbilical endometriosis // *Dermatology Online Journal*. 2008. V. 14 (10). P. 23.

Поступила в редакцию 1 июля 2013 г.

Ognerubov N.A. NAVEL ENDOMETRIOSIS: CLINICAL CASES

A brief review of the literature on extragenital endometriosis lesions with the navel, including the pathogenesis, diagnosis of problems of its pre-hospital is given. The main treatment is surgery. The author informs on the successful treatment of two patients with endometriosis navel.

Key words: endometriosis; extragenital endometriosis; navel endometriosis.