Статья поступила в редакцию 15.06.2026 г.

Елгина С.И., Ющенко М.А., Ананьева Т.В., Рудаева Е.В., Мозес К.Б., Мозес В.Г.
Кемеровский государственный медицинский университет,
Кузбасская областная клиническая больница имени С.В. Беляева,
Кемеровский государственный университет,
г. Кемерово, Россия

ЭНДОМЕТРИОЗ РЕТРОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И ВЛАГАЛИЩА С ВОВЛЕЧЕНИЕМ АППЕНДИКСА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Эндометриоз остается одной из наиболее сложных и противоречивых проблем современной гинекологии, характеризующейся хроническим течением, инфильтративным ростом и полиорганным поражением. Значительно реже в литературе освещается вопрос сочетанного поражения червеобразного отростка при эндометриозе ретровагинальной области. Аппендикулярный эндометриоз представляет собой «клинический хамелеон»: он имитирует картину хронического аппендицита, спаечной болезни или тазовой боли без четкой локализации, что приводит к запоздалой диагностике, неоправданной антибиотикотерапии и даже перитониту при перфорации отростка. В представленной статье описан редкий клинический случай инфильтративного эндометриоза с поражением ретровагинальной перегородки, влагалища и аппендикса.

Ключевые слова: эндометриоз ретровагинальной клетчатки; влагалище; аппендикс

Elgina S.I., Yushchenko M.A., Ananyeva T.V., Rudaeva E.V., Moses K.B., Moses V.G.
Kemerovo State Medical University,
Kuzbass Regional Clinical Hospital named after S.V. Belyaev,
Kemerovo State University, Kemerovo, Russia

ENDOMETRIOSIS OF THE RETROVAGINAL DIVISION AND VAGINA WITH PPENDICUS INVOLVEMENT (CLINICAL CASE)

Endometriosis remains one of the most complex and controversial problems in modern gynecology, characterized by a chronic course, infiltrative growth, and multi-organ damage. The literature is much less likely to cover the issue of combined damage to the appendix in endometriosis of the retrovaginal area. Appendicular endometriosis is a «clinical chameleon»: it mimics the picture of chronic appendicitis, adhesive disease, or pelvic pain without clear localization, which leads to delayed diagnosis, unjustified antibiotic therapies, and even peritonitis in case of perforation of the appendix. The presented article describes a rare clinical case of infiltrative endometriosis with involvement of the retrovaginal septum, vagina, and appendix.

Key words: endometriosis of the retrovaginal tissue; vagina; appendix

Эндометриоз остается одной из наиболее сложных и противоречивых проблем современной гинекологии, характеризующейся хроническим течением, инфильтративным ростом и полиорганным поражением. Особое место в структуре глубокого инфильтративного эндометриоза занимает его ретроцервикальная форма с распространением на ретровагинальную перегородку и заднюю стенку влагалища. Данная локализация отличается агрессивным деструктивным действием: патологическая ткань инфильтрирует паравагинальную и параректальную клетчатку, нередко прорастая в прямую кишку, крестцово-маточные связки и мочеточники [1].

Значительно реже в литературе освещается вопрос сочетанного поражения червеобразного отростка при эндометриозе ретровагинальной области. Вовлечение аппендикса может протекать в двух вариантах: либо как прямое распространение инфильтрата из Дугласова пространства по брюшине малого таза, либо как самостоятельный очаг, существующий изолированно. Аппендикулярный эндометриоз представляет собой «клинический хамелеон»: он имитирует картину хронического аппендицита, спаечной болезни или тазовой боли без четкой локализации, что приводит к запоздалой диагностике, неоправданной антибиотикотерапии и даже перитониту при перфорации отростка [2-4].

10.24412/2686-7338-2026-3-176-180 EDN ZJTLSL

Информация для цитирования:
Елгина С.И., Ющенко М.А., Ананьева Т.В., Рудаева Е.В., Мозес К.Б., Мозес В.Г. ЭНДОМЕТРИОЗ РЕТРОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И ВЛАГАЛИЩА С ВОВЛЕЧЕНИЕМ АППЕНДИКСА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) //Мать и Дитя в Кузбассе. 2026. №3(106). С. 176-180.

How to Cite:
Elgina S.I., Yushchenko M.A., Ananyeva T.V., Rudaeva E.V., Moses K.B., Moses V.G. ENDOMETRIOSIS OF THE RETROVAGINAL DIVISION AND VAGINA WITH PPENDICUS INVOLVEMENT (CLINICAL CASE). Mother and Baby in Kuzbass. 2026; 3(106): 176-180.

Сочетание эндометриоза ретровагинальной перегородки и аппендикса создает уникальный диагностический вызов. Трансвагинальное УЗИ и МРТ малого таза хорошо визуализируют инфильтрацию ректовагинальной перегородки и влагалища, однако оценка аппендикса требует дополнительных протоколов. Лапароскопическая ревизия остается «золотым стандартом», но даже во время операции инфильтрация аппендикса может быть пропущена, если он спаян или расположен ретроцекально [5, 6]. Более того, наличие глубокого эндометриоза ретровагинальной области часто переключает внимание хирурга на «основную мишень» – кишечник, матку и мочеточники, тогда как аппендикс ошибочно считается нетронутым.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В статье представлен клинический случай генитального эндометриоза с локализацией очага в области ретровагинальной перегородки и влагалища с вовлечением аппендикса.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентка 34 лет, была госпитализирована в гинекологическое отделение № 1 Кузбасской областной клинической больницы имени С.В. Беляева с жалобами на непостоянные тянущие, ноющие боли внизу живота, правой подвздошной области, усиливающиеся во время менструаций; бесплодие.

Из анамнеза: женщина наблюдается по поводу первичного бесплодия в клинике «Красная горка» в течение 10 лет, выявлен преимущественно мужской фактор, признаки наружного генитального эндометриоза. Специальное лечение и обследование по поводу эндометриоза не проводилось. В 2023 году беременность с помощью ВРТ – кесарево сечение, двойня. Послеоперационный период протекал без осложнений.

С декабря 2025 года, в процессе дальнейшего наблюдения, обнаружены признаки инфильтративного наружного эндометриоза с вовлечением кишки, спаечного процесса в брюшной полости. Учитывая распространенность наружного генитального эндометриоза, пациентке показано хирургическое лечение.

При обследовании УЗ-признаки объемного образования малого таза (органопринадлежность не прослеживается), признаки ретроцервикального эндометриоза, эндометриоидной кисты правого яичника малых размеров (5 мм), аденомиоза. По данным МРТ малого таза: матка 45/25 × 41 × 50 мм, В задней стенке матки – очаг инфильтративного эндометриоза 9 × 18 × 13 мм, к которому фиксирована петля тонкой кишки с признаками поверхностной инвазии. Парасагиттально слева у передней стенки матки – кистозно-солидный конгломерат 55 × 55 × 32 мм, представляющий собой перитонеальную кисту 55 × 55 × 23 мм с серозным компонентом и очаг инфильтративного эндометриоза 21 × 23 × 21 мм; глубина инвазии передней стенки тела матки 12 мм. Ретроцервикально – фиксация свода влагалища к передней стенке ампулы прямой кишки на участке 24 × 15 мм, без признаков мышечной инвазии. Яичники: левый 14 × 12 × 12 мм, фолликулы не визуализируются; правый 18 × 23 × 25 мм. Заключение: Очаги инфильтративного эндометриоза передней и задней стенки матки с вовлечением в зону инфильтрации рубца после КС, поверхностной инвазией стенки тонкой кишки, с формированием перитонеальной кисты передних отделов малого таза слева. Инфильтративный очаг эндометриоза с поверхностной инвазией стенки слепой кишки с формированием перитонеальной кисты передних отделов малого таза справа. Поверхностный очаг ретроцервикального эндометриоза.

Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, установились сразу, по 7 дней, через 30 дней, болезненные с периода menarche, периодически принимает НПВП.

Начало половой жизни с 17 лет. Брак первый. Контрацепцию не применяла. Гинекологические заболевания: С-r шейки матки in situ (TisN0M0). Состояние после хирургического лечения шейки матки 2009 году. Наружный генитальный эндометриоз с вовлечением кишки выявлен в 2025 году, учитывая распространенность, гормонотерапия не проводилась. Гинекологические операции: в 2009 году резекция левого яичника лапаротомическая; в 2023 году кесарево сечение, без осложнений.

Хронические заболевания: хронический холецистит, неактивная фаза, хронический пиелонефрит, латентное течение.

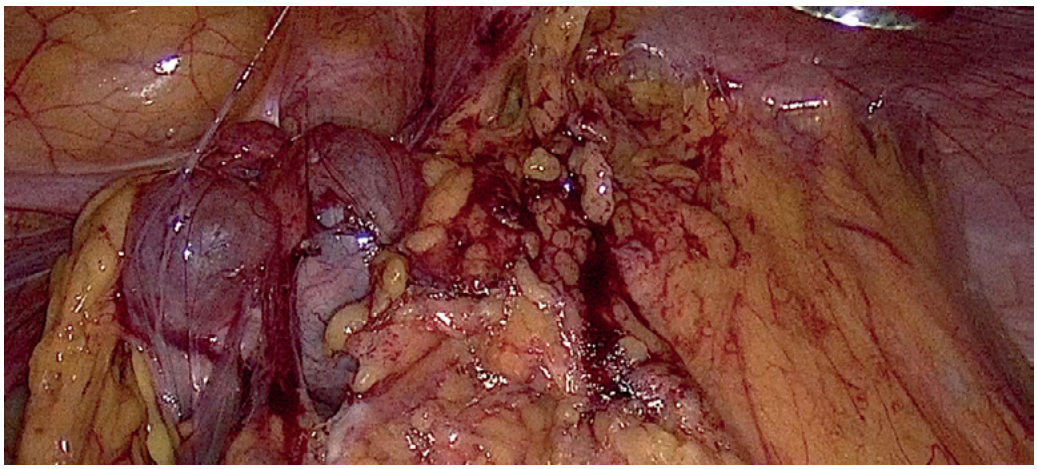
Объективный статус без особенностей. В гинекологическом статусе: тело матки нормальных размеров, определяется в конгломерате с правыми придатками, плотной консистенции, болезненное, малоподвижное. Правые придатки матки в их проекции пальпируется конгломерат с нечеткими контурами, размерами 5 × 5 см, болезненный, малоподвижный. Левые придатки матки в выраженной тяжистости, при пальпации безболезненны. Определяется умеренно выражена инфильтрация Дугласова пространства, без четких контуров, безболезненная.

Учитывая наличие инфильтративного ретроцервикального эндометриоза с инвазией в стенку слепой кишки, с формированием эндометрием, характер его распространения, синдром хронической тазовой боли, было решено выполнить оперативное лечение: лапароскопическое иссечение эндометриоидного инфильтрата.

Интраоперационно: доступ в малый таз затруднен ввиду выраженного спаечного процесса: большой сальник подпаян к париетальной брюшине передней брюшной стенки, органам малого таза (рис. 1).

В передне-маточном пространстве выраженный рубцово-спаечный процесс, вовлекающий заднюю стенку мочевого пузыря, переднюю стенку тела матки до средней трети. В позади-маточном про-

Рисунок 1
Спаечный процесс малого таза
Figure 1
Adhesive process in the pelvic area



странстве выявлен ретроцервикальный эндометриоидный инфильтрат 25 × 20 × 5 мм справа, ближе к основанию правой крестцово-маточной связки, вовлекая ее верхнюю треть. В области крестцово-маточных связок выраженные рубцовые и инфильтративные изменения справа, верхняя треть в составе инфильтрата.

Матка видна после разделения спаек, форма правильная, размер матки 75 × 65 × 60 мм, передняя стенка в едином конгломерате с задней стенкой мочевого пузыря, прядью большого сальника; определяется слитно с конгломератом в области дна, боковой стенки справа: правые придатки, купол слепой кишки с аппендикулярным отростком, прядью сальника. Общие размеры конгломерата 65 × 50 мм.

Правые придатки в составе конгломерата, маточная труба выделена из конгломерата, расширена неравномерно от 7 до 10 мм, рубцово и инфильтративно изменена. Правый яичник 30 × 25 × 25 мм, обычной структуры, определяется ниже инфильтрата. Аппендикс определяется после разделения спаек, входит в состав инфильтрата, утолщен до 40 × 25 мм, инфильтрирован, с жидкостным слизистым содержимым, спаян с куполом слепой кишки, последняя не изменена. Прямая кишка располагается физиологически, спаек, инфильтративных изменений не обнаружено. Сальник без патологии, спайки.

Левые придатки представлены конгломератом, подпаянным к левому углу тела матки в области дна. Яичник виден, размеры 15 × 20 × 10 мм, единичные фолликулы.

Брюшина: спайки. Маточная труба просматривается в виде неравномерно расширенного от 10 до 20 мм мешотчатого образования длиной до 7 см, фимбрии не выражены, ампулярное отверстие не определяется.

Выполнено выделение и иссечение инфильтрата ретроцервикального пространства, с вагинальным контролем. При выделении инфильтрата стенка влагалища не вскрыта. Со значительными затруднениями выделены маточные трубы, с обеих сторон утолщены неравномерно до 10-20 мм, фимбрии визуализируются частично, Маточные трубы отсечены после биполярной коагуляции поэтапно. Эндометриоидный инфильтрат полностью иссечен, извлечен из брюшной полости в контейнере, проведена сальпингоэктомия, аппендэктомия. Макропрепараты направлены для патолого-анатомического исследования (рис. 2).

Послеоперационный диагноз:

Основной: МКБ диагноза после операции N80.4. Эндометриоз ректовагинальной перегородки и влагалища. Эндометриоз аппендикса.

Сопутствующий: Хронический двусторонний сальпингит, гидросальпинксы. С-г шейки матки in situ (TisN0M0).

Течение послеоперационного периода без осложнений. На восьмые сутки после операции пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии. Результат патологоанатомического исследования подтвердил клинический диагноз.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

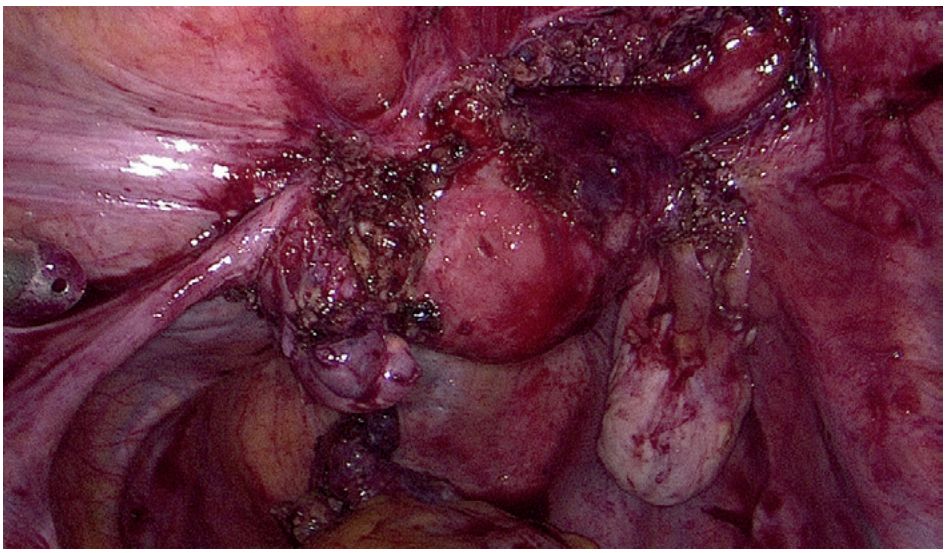
Понимание того, что распространенный эндометриоз тазовой брюшины не останавливается на границе ретровагинальной перегородки, а может вовлекать даже такие «нетипичные» для него структуры, как червеобразный отросток, позволяет своевременно выполнить радикальное иссечение всех очагов и избежать повторных операций и рецидивов болевого синдрома.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

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

Рисунок 2
Заключительный этап операции
Figure 2
The final stage of the operation



ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Yushchenko MA, Ananyeva TV, Dovbeta EV, Kotova AA, Ivanov AO, Elgina SI, et al. Infiltrating endometriosis with lesions of the intestine, bladder and ovaries (clinical case). *Medicine in Kuzbass.* 2024; 1: 93-96. Russian (Ющенко М.А., Ананьева Т.В., Довбета Е.В., Котова А.А., Иванов А.О., Елгина С.И., и др. Инфильтративный эндометриоз с поражением кишечника, мочевого пузыря и яичников (клинический случай) //Медицина в Кузбассе. 2024. № 1. С. 93-96.) doi: 10.24412/2687-0053-2024-1-93-96
2. Villaescusa M, Andres MP, Amaral AC, Barbosa RN, Abrão MS. Endometriosis and its correlation with carcinoid tumor of the appendix: a systematic review. *Minerva Obstet Gynecol.* 2021; 73(5): 606-613. doi: 10.23736/S2724-606X.21.04792-4
3. Hale J, Scott B, Suydam C, Brockmeyer J. Endometriosis of the Appendix: When Appendicitis Is Less Than Straightforward. *Mil Med.* 2023; 188(11-12): e3730-e3733. doi: 10.1093/milmed/usad233
4. Guo C, Chen MZ, Chiu T, Condous G, Barto W. The appendix in endometriosis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2023; 63(6): 792-796. doi: 10.1111/ajo.13730
5. Kawaguchi Y, Maekawa K, Hashimoto T, Kitagawa M, Urabe S, Yoshimura E, et al. Intussusception of the appendix secondary to endometriosis: a case report. *Surg Case Rep.* 2024; 10(1): 261. doi: 10.1186/s40792-024-02054-x
6. Haddad RF, de Azevedo BC, de Mattos LA, Podgaec S. Nodular image in the appendix observed on ultrasound: endometriosis or neuroendocrine neoplasia? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2024; 46: e-rbgo1. doi: 10.61622/rbgo/2024AO01

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:
ЕЛГИНА Светлана Ивановна
650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22 а, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России
Тел: 8 (3842) 73-48-56 E-mail: elginas.i@mail.ru

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, 650066, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а, Россия.
E-mail: elginas.i@mail.ru ORCID: 0000-0002-6966-2681

ЮЩЕНКО Марина Анатольевна, зав. гинекологическим отдалением, ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева, 650066, г. Кемерово, Октябрьский пр., д. 22, Россия.
E-mail: marina.yushchenko.1967@mail.ru ORCID: 0000-0002-6966-2681

АНАНЬЕВА Татьяна Владимировна, врач акушер-гинеколог гинекологического отдаления № 1, ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева, 650066, г. Кемерово, Октябрьский пр., д. 22, Россия.
E-mail: Ubytrjkjubz@mail.ru ORCID: 0009-0005-2942-5859

INFORMATION ABOUT AUTHORS

ELGINA Svetlana Ivanovna, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, 650056, Kemerovo, Voroshilova St., 22a, Russia.
E-mail: elginas.i@mail.ru ORCID: 0000-0002-6966-2681

YUSHCHENKO Marina Anatolyevna, head of the gynecological department, Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, 650066, Kemerovo, Oktyabrsky Pr., 22, Russia.
E-mail: marina.yushchenko.1967@mail.ru ORCID: 0000-0002-6966-2681

ANANYEVA Tatyana Vladimirovna, obstetrician-gynecologist of the gynecological department N 1, Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, 650066, Kemerovo, Oktyabrsky Pr., 22, Russia.
E-mail: Ubytrjkjubz@mail.ru ORCID: 0009-0005-2942-5859

РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологи им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, 650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а, Россия.
E-mail: rudaeva@mail.ru ORCID: 0000-0002-6599-9906

RUDAEVA Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, 650056, Kemerovo, Voroshilova St., 22a, Russia.
E-mail: rudaeva@mail.ru ORCID: 0000-0002-6599-9906

МОЗЕС Кира Борисовна, ассистент кафедры поликлинической терапии и сестринского дела, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, 650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а, Россия.
E-mail: kbsolo@mail.ru ORCID: 0000-0003-2906-6217

MOZES Kira Borisovna, assistant of the department of polyclinic therapy and nursing, Kemerovo State Medical University, 650056, Kemerovo, Voroshilova St., 22a, Russia.
E-mail: kbsolo@mail.ru ORCID: 0000-0003-2906-6217

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, профессор, директор медицинского института, ФГБОУ ВО КемГУ, 650000, г. Кемерово, ул. Красная, д. 6, Россия.
E-mail: vadimmoses@mail.ru ORCID: 0000-0002-3269-9018

MOSES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, professor, director of the Medical Institute, Kemerovo State University, 650000, Kemerovo, Krasnaya Str., 6, Russia.
E-mail: vadimmoses@mail.ru ORCID: 0000-0002-3269-9018

CC BY 4.0 Контент доступен под лицензией Creative Commons Attribution 4.0 License
© *Елгина С.И., Ющенко М.А., Ананьева Т.В., Рудаева Е.В., Мозес К.Б., Мозес В.Г.*