Статья поступила в редакцию 2.06.2026 г. **DOI:** 10.24412/2687-0053-2026-3-183-187 **EDN:** OWQESJ

Информация для цитирования:
Фетищева Л.Е., Лаврова Е.В., Ахмадеева А.Р., Рудаева Е.В., Мозес В.Г., Елгина С.И., Мозес К.Б. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛАПАСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА //Медицина в Кузбассе. 2026. №3. С. 183-187.

How to Cite:
Fetishcheva L.E., Lavrova E.V., Akhmadeeva A.R., Rudaeva E.V., Moses V.G., Elgina S.I., Moses K.B. A CLINICAL CASE OF ORGAN-PRESERVING LAPASCOPIC TREATMENT OF SEVERE EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS. Medicine in Kuzbass. 2026; 3: 183-187.

Фетищева Л.Е., Лаврова Е.В., Ахмадеева А.Р., Рудаева Е.В., Мозес В.Г., Елгина С.И., Мозес К.Б.
Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровский государственный медицинский университет,
Кемеровский государственный университет,
г. Кемерово, Россия

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛАПАСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Наружный генитальный эндометриоз остается одним из наиболее значимых заболеваний и встречается, по современным эпидемиологическим оценкам, у 6-10% женщин репродуктивного возраста. Тяжелые формы заболевания с поражением ретроцервикальной зоны и кишечника представляют наибольшую сложность для диагностики и хирургического лечения, требуют мультидисциплинарного подхода и тщательного баланса между радикальностью вмешательства и сохранением репродуктивной функции.
В представленном клиническом случае было выполнено органосохраняющее лапароскопическое вмешательство в объеме иссечения очагов эндометриоза, билатеральной цистэктомии с энуклеацией капсул эндометрием и адгезиолизиса у пациентки 43 лет с тяжелым наружным генитальным эндометриозом: двусторонними эндометриомами яичников диаметром до 9 см, ретроцервикальным эндометриозом и вовлечением ректосигмоидного отдела толстой кишки.
Ключевые слова: наружный генитальный эндометриоз; эндометриома яичника; ретроцервикальный эндометриоз; глубокий инфильтративный эндометриоз; лапароскопия; овариальный резерв; CA-125

Fetishcheva L.E., Lavrova E.V., Akhmadeeva A.R., Rudaeva E.V., Moses V.G., Elgina S.I., Moses K.B.
Kuzbass Clinical Hospital of Emergency Medical Care named after M.A. Podgorbunsky,
Kemerovo State Medical University,
Kemerovo State University, Kemerovo, Russia

A CLINICAL CASE OF ORGAN-PRESERVING LAPASCOPIC TREATMENT OF SEVERE EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

External genital endometriosis remains one of the most significant diseases, occurring, according to current epidemiological estimates, in 6-10% of women of reproductive age. Severe forms of the disease involving the retrocervical region and intestine present the greatest challenges for diagnosis and surgical treatment, requiring a multidisciplinary approach and a careful balance between the radicality of the intervention and the preservation of reproductive function.
In this clinical case, an organ-preserving laparoscopic procedure was performed, including excision of endometriotic foci, bilateral cystectomy with enucleation of the endometrioma capsules, and adhesiolysis. A 43-year-old patient with severe external genital endometriosis included bilateral ovarian endometriomas up to 9 cm in diameter, retrocervical endometriosis, and involvement of the rectosigmoid colon.
Keywords: external genital endometriosis; ovarian endometrioma; retrocervical endometriosis; deep infiltrating endometriosis; laparoscopy; ovarian reserve; CA-125

Эндометриоз – гормонозависимое хроническое заболевание, характеризующееся ростом ткани, морфологически и функционально сходной с эндометрием, вне полости матки и сопровождающееся хроническим воспалением, болевым синдромом и нарушением репродуктивной функции. По данным актуального обзора литературы Harder H. и соавт. [1], распространенность заболевания среди женщин репродуктивного возраста в странах с высоким уровнем дохода достигает 10%; глобальная оценка Global Burden of Disease Study 2021 указывает на 22,28 млн зарегистрированных случаев со стандартизированной по возрасту распространенностью 1023,8 на 100000. Существенная вариабельность опубликованных значений (от ~1% по данным страховых регистров до 21% в когортах пациенток с тазовой болью) отражает недодиагностику данного заболевания и подчеркивает актуальность клинических наблюдений с детальным описанием тяжелых форм.

Особое место в структуре заболевания занимают глубокий инфильтративный эндометриоз (deep infiltrating endometriosis, DIE) и эндометриомы яичников. По обновленным рекомендациям ESHRE 2022,

лапароскопическая диагностика используется лишь при отрицательных результатах визуализации или неэффективности эмпирической терапии. Вместе с тем, хирургическое лечение остается ключевым у пациенток с тяжелым болевым синдромом, кистозными формами и инфильтрацией соседних органов. При вовлечении ретроцервикальной зоны и кишечника удаление очагов сопровождается значительным риском интра- и послеоперационных осложнений, что требует прецизионной техники, адекватного выбора уровня резекции (shaving / disc excision / сегментарная резекция) и активной противоспаечной профилактики [2].

Современные представления о патогенезе эндометриоза интегрируют классическую теорию ретроградной менструации Sampson J. с моделями эпителиально-мезенхимального перехода, нарушенного иммунного надзора, эпигенетических и микробиомных факторов. В обзоре Vallée A. и соавт. [3] было показано, что в формирование эндометриоидных очагов вовлечены аберрантные цитокиновые сети (IL-6, TNF-α, VEGF), активация инфламмасомы NLRP3, нарушенный ответ на прогестерон («прогестероновая резистентность») и локальная гиперэстрогения, поддерживающие хроническое воспаление и фиброзирование.

Особое значение приобретает понимание молекулярных механизмов малигнизации очагов: по данным систематического обзора Ioannidou A. и соавт. [4], частота злокачественной трансформации составляет 0,5-1%, с преимущественной реализацией в виде светлоклеточной и эндометриоидной аденокарциномы яичников. Ключевыми молекулярными событиями являются мутации ARID1A, активация PI3K/AKT/mTOR-сигналинга и эпигенетические изменения, ассоциированные с переходом «доброкачественный эндометриоз → атипичный эндометриоз → endometriosis-associated ovarian cancer (EAOC)».

Лапароскопия признана хирургическим методом выбора при глубоком инфильтративном эндометриозе и эндометриомах, обеспечивая лучшую визуализацию, меньший послеоперационный болевой синдром и более короткий период госпитализации по сравнению с лапаротомией. Систематический обзор Ong H.I. и соавт. [2] свидетельствует о развитии роботизированных подходов в хирургии DIE с вовлечением кишечника, при сходной эффективности и сокращении длительности госпитализации в среднем с 7,3 до 5,3 суток.

Цистэктомия с энуклеацией капсулы признана предпочтительной техникой при эндометриомах диаметром более 3 см с точки зрения снижения частоты рецидива и улучшения болевого синдрома, однако она ассоциирована с потенциальным снижением овариального резерва. По данным мета-анализа Younis J.S. и соавт. [5], уровень АМН снижается в среднем на 30% через 3 месяца и на 39,5% при односторонней и 57,0% при двусторонней цистэктомии в сроке 9-18 месяцев. Выбор метода гемостаза имеет принципиальное значение: наложение швов и применение гемостатических матриц превосходят биполярную коагуляцию по сохранению АМН через 12 месяцев. Альтернативные стратегии (ablation, комбинированные техники, плазменная и ультразвуковая аспирация) продолжают изучаться и могут быть предпочтительными у пациенток с актуальными репродуктивными планами.

При ретроцервикальном эндометриозе и вовлечении ректосигмоидного отдела кишечника актуальной остается дискуссия «consérvative vs radical»: shaving и discoid resection ассоциированы с более благоприятным функциональным исходом со стороны кишечника по сравнению с сегментарной резекцией, при сопоставимой эффективности купирования болевого синдрома при условии адекватного выбора пациенток (узлы ≤3 см с глубиной инвазии >7 мм). Применение противоспаечных гелей на основе гиалуроновой кислоты после иссечения глубоких очагов снижает выраженность послеоперационного спаечного процесса, что подтверждено мета-анализом 2024 г. и Asia-Pacific консенсусом 2025 г. [6].

Цель исследования – продемонстрировать на собственном клиническом наблюдении возможности органосохраняющего лапароскопического лечения тяжелой формы наружного генитального эндометриоза с двусторонними эндометриомами, ретроцервикальным поражением и вовлечением ректосигмоидного отдела толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациентка А., 43 лет, в плановом порядке была госпитализирована в гинекологическое отделение стационара скорой медицинской помощи в экстренном порядке с жалобами на постоянные боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в прямую кишку, не купирующиеся приемом нестероидных противовоспалительных препаратов.

Из анамнеза: с августа 2025 г. пациентку стали беспокоить постоянные боли в нижних отделах живота, диспареуния, болезненные и обильные менструации, аномальные маточные кровотечения. По данным ультразвукового исследования органов малого таза было выявлено двустороннее тубоовариальное образование, в динамике: признаки наружного генитального эндометриоза, ретроцервикального эндометриоза, эндометрием яичников O-RADS 3, аденомиоза, хронического эндомиометрита. При исследовании онкомаркеров: СА-125 – 132,2 Ед/мл, HE4 – 44,5 пмоль/л, индекс ROMA – 6,53, в динамике: СА-125 – 58,1 Ед/мл, HE4 – 50,7 пмоль/л.

Из особенностей status genitalis: матка в положении антефлексио, увеличена до 6 недель условной беременности, умеренно подвижная, болезненная. В области придатков с обеих сторон и за маткой пальпировались плотные малоподвижные образования размерами справа до 7 см, слева до 9 см. Своды влагалища были укорочены с обеих сторон, безболезненные. Выделения из половых путей кровянистые, скудные (окончание менструации).

По данным трансабдоминального ультразвукового исследования малого таза: матка размерами 68 × 52 × 59 мм, эхоструктура обычная, эндометрий до 2 мм повышенной эхогенности. В правом яичнике (79 × 58 × 67 мм) визуализировалось неоднородное жидкостное образование со взвесью размерами 66 × 39 мм; в левом яичнике (88 × 63 × 62 мм) – аналогичное образование с перегородками размерами 63 × 61 мм. В малом тазу определялось небольшое количество свободной жидкости. Заключение: ультразвуковые признаки двусторонних жидкостных образований яичников по типу эндометриоидных кист.

Динамика онкомаркеров демонстрировала характерную для эндометриоидных кист картину: умеренное повышение CA-125 на пике процесса (132,2 ⟶ 58,1 Ед/мл) при нормальных значениях HE4 и индекса ROMA, что согласуется с современными представлениями о роли HE4/ROMA в дифференциальной диагностике эндометрием и эпителиального рака яичников [7].

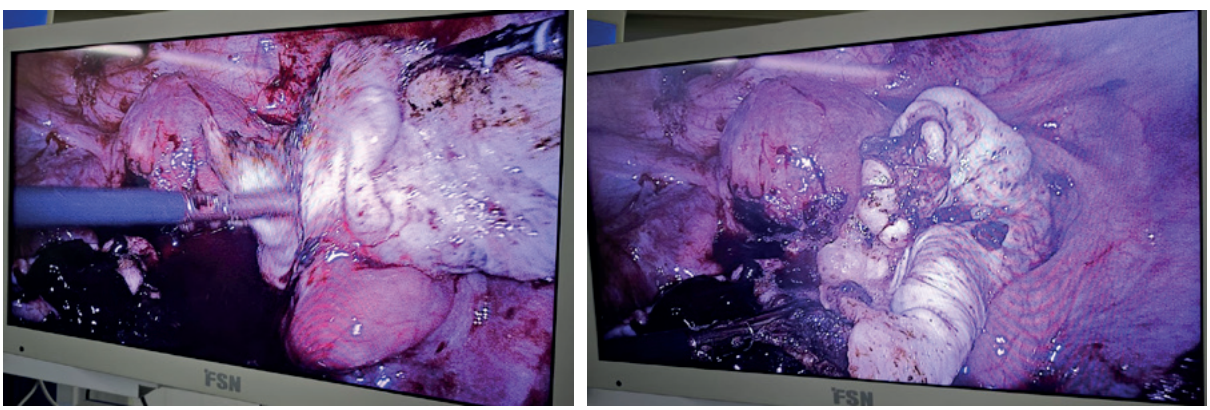
С учетом тяжести наружного генитального эндометриоза, ретроцервикального процесса, эндометрием яичников, аденомиоза, сохраняющегося болевого синдрома и нарушения менструального цикла было принято решение об отсроченно-экстренном органосохраняющем оперативном лечении в объеме иссечения очагов эндометриоза и цистэктомии яичников с энуклеацией капсул кист с использованием видеоэндоскопических технологий.

Интраоперационная картина соответствовала тяжелой форме DIE: малый таз был полностью занят двусторонними овариальными образованиями (справа до 9 см, слева до 8 см) с плотной капсулой, облитерирующими дугласово пространство, образования были интимно спаяны с задним листком широкой маточной связки, брюшиной дугласова пространства, задней стенкой матки, крестцово-маточными связками и между собой. К образованиям плотно прилегала петля ректосигмоидного отдела толстой кишки. Правая маточная труба была сохранена, фимбрии свободны; левая – ротирована под яичник и подпаяна грубыми рубцовыми сращениями. Тело матки было увеличено до 7 недель условной беременности, шаровидной формы (макроскопическая картина аденомиоза).

С помощью биполярной коагуляции и эндоскопических ножниц было проведено поэтапное рассечение и иссечение рубцовых сращений между образованиями обоих яичников, отделение их от задней стенки матки, брюшины дугласова пространства, крестцово-маточных связок и заднего листка широкой маточной связки. При мобилизации капсул вскрывались множественные очаги с «шоколадным» содержимым, что подтверждало эндометриоидный характер образований. Была выполнена цистэктомия с обеих сторон с энуклеацией капсул и сохранением здоровой овариальной ткани (≈ 4×3 см с каждой стороны) (рис.). Параллельно осуществлялось тщательное отделение ректосигмоидного отдела толстой кишки от перешеечного отдела матки и крестцово-маточных связок (методика shaving) с иссечением грубых рубцовых тканей с «шоколадным» содержимым, вскрытия просвета кишки не произошло. Левая маточная труба была выделена с восстановлением ее нормального анатомического положения, ампулярный отдел освобожден, фимбрии сохранены. Поверхностные очаги эндометриоза на брюшине дугласова пространства коагулированы биполярным методом. Препараты (фрагменты ткани обоих яичников и брюшины) удалены через троакар в эндоконтейнере. Выполнен дополнительный биполярный гемостаз. С целью противоспаечной профилактики в малый таз введен гиалуронат-содержащий гель «Антиадгезин» объемом 10 г. Общая кровопотеря составила 200 мл.

Послеоперационный период протекал без осложнений. С учетом тяжести наружного генитального эндометриоза, сопутствующего аденомиоза, сохраняющегося ретроцервикального компонента и завершенной репродуктивной функции пациентке было рекомендовано продолжение длительной супрессивной гормонотерапии (диеногест 2 мг/сут) с последующей переоценкой тактики ведения через 6 и 12 месяцев и динамическим контролем CA-125, HE4, ультразвукового исследования малого таза.

Рисунок
Правый яичник после удаления гиганской эндометриомы
Figure
Right ovary after removal of giant endometrioma



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тяжелая форма наружного генитального эндометриоза с двусторонними эндометриомами, ретроцервикальным поражением и вовлечением ректосигмоидного отдела толстой кишки представляет собой одну из наиболее сложных клинических ситуаций в современной гинекологии. Описанный клинический случай демонстрирует, что при адекватной предоперационной подготовке, грамотном применении современных систем стадирования и прецизионной лапароскопической технике возможно выполнение органосохраняющей операции с минимальной кровопотерей, отсутствием интраоперационных осложнений и сохранением функционально значимой ткани яичников.

Представленное наблюдение демонстрирует характерное для тяжелого наружного генитального эндометриоза сочетание ряда диагностических и тактически значимых особенностей: позднее обращение пациентки несмотря на длительный анамнез болевого синдрома, попытка первичной интерпретации заболевания как «обострения хронического эндометрита», характерная динамика онкомаркеров (умеренное повышение CA-125 при нормальных HE4 и ROMA), а также сочетание с аденомиозом, железодефицитной анемией и ожирением I степени.

Данное клиническое наблюдение иллюстрирует современный тренд на органосохраняющее лечение тяжелых форм DIE: вместо радикального удаления придатков и/или сегментарной резекции кишечника выбрана комбинация цистэктомии с энуклеацией капсул эндометрием и shaving-резекции ректосигмоидного отдела толстой кишки. По данным обзоров 2022-2024 гг., такая стратегия в правильно отобранных случаях (узлы ≤3 см и глубина инвазии не более 7 мм без клинических признаков стеноза) ассоциирована с сопоставимым с сегментарной резекцией контролем боли и достоверно лучшими функциональными исходами [7, 8].

Применение противоспаечного барьера и обоснованной долгосрочной гормональной супрессии диеногестом представляет собой рекомендованный современной литературой подход к профилактике рецидива и хронизации заболевания.

Систематическое внедрение мультидисциплинарной маршрутизации пациенток с тяжелым эндометриозом и стандартизированное динамическое наблюдение позволяют не только улучшить функциональные и репродуктивные исходы, но и снизить риск отдаленной онкологической трансформации заболевания.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

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

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Harder C, Velho RV, Brandes I, Sehouli J, Mechsner S. Assessing the true prevalence of endometriosis: A narrative review of literature data. *Int J Gynecol Obstet.* 2024; 167(3): 883-900. doi: 10.1002/ijgo.15756
2. Ong HI, Shulman N, Nugraha P, Wrenn S, Nally D, Peirce C, et al. Role of robot-assisted laparoscopy in deep infiltrating endometriosis with bowel involvement: a systematic review and application of the IDEAL framework. *Int J Colorectal Dis.* 2024; 39(1): 117. doi: 10.1007/s00384-024-04669-w
3. Vallée A, Ceccaldi PF, Carbonnel M, Feki A, Ayoubi JM. Pollution and endometriosis: A deep dive into the environmental impacts on women's health. *BJOG.* 2024; 131(4): 401-414. doi: 10.1111/1471-0528.17687
4. Ioannidou A, Sakellariou M, Sarli V, Panagopoulos P, Machairiotis N. New evidence about malignant transformation of endometriosis – a systematic review. *J Clin Med.* 2025; 14(9): 2975. doi: 10.3390/jcm14092975
5. Younis JS, Taylor HS. The impact of ovarian endometrioma and endometriotic cystectomy on anti-Müllerian hormone and antral follicle count: a contemporary critical appraisal of systematic reviews. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2024; 15: 1397279. doi: 10.3389/fendo.2024.1397279
6. Paik H, Jee BC. Comparison of ovarian reserve after cystectomy of ovarian endometrioma by bipolar coagulation, suture method, or hemostatic sealants: an updated meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2024; 50(6): 1020-1031. doi: 10.1111/jog.15925
7. Quintairos RA, Brito LGO, Farah D, Ribeiro HSAA, Ribeiro PAAG. Conservative versus radical surgery for women with deep infiltrating endometriosis: systematic review and meta-analysis of bowel function. *J Minim Invasive Gynecol.* 2022; 29(11): 1231-1240. doi: 10.1016/j.jmig.2022.09.551
8. Mazloomi M, Mohazzab A, Tahermanesh K, Fakehi M, Saeedzarandi M, Kooshari Z, et al. The efficacy of hyaluronic acid in reducing pelvic adhesions in patients undergoing gynecologic laparoscopic surgery: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Health Sci Rep.* 2025; 8(6): e70887. doi: 10.1002/hsr2.70887

Сведения об авторах:

ФЕТИЩЕВА Лариса Егоровна, канд. мед. наук, зав. гинекологическим отделением № 1, ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, 650000, г. Кемерово, ул. Николая Островского, д. 22, Россия.
E-mail: alex-fl2018@yandex.ru ORCID: 0009-0000-6820-0883

Information about authors:

FETISHCHEVA Larisa Egorovna, candidate of medical sciences, head of the gynecology department N 1, Kuzbass Regional Clinical Hospital for Emergency Medical Care named after M.A. Podgorbunsky, 650000, Kemerovo, st. Nikolay Ostrovsky, 22, Russia.
E-mail: alex-fl2018@yandex.ru ORCID: 0009-0000-6820-0883

Сведения об авторах:
ЛАВРОВА Елизавета Владимировна, врач акушер-гинеколог гинекологического отделения № 1, ГАУЗ ККБ СМП им. М.А. Подгорбунского, 650000, г. Кемерово, ул. Николая Островского, д. 22, Россия.
E-mail: lavrova.liza_33@mail.ru ORCID: 0009-0007-9825-4189
АХМАДЕЕВА Алена Рамиловна, врач акушер-гинеколог гинекологического отделения № 1, ГАУЗ ККБ СМП им. М.А. Подгорбунского, 650000, г. Кемерово, ул. Николая Островского, д. 22, Россия.
E-mail: akhmadeeva.alyona@yandex.ru ORCID: 0009-0007-6768-0679
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
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
ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. проф. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, 650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а, Россия.
E-mail: elginas.i@mail.ru ORCID: 0000-0002-6966-2681
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

Information about authors:
LAVROVA Elizaveta Vladimirovna, obstetrician-gynecologist of the gynecological department N 1, Kuzbass Regional Clinical Hospital for Emergency Medical Care named after M.A. Podgorbunsky, 650000, Kemerovo, st. Nikolay Ostrovsky, 22, Russia.
E-mail: lavrova.liza_33@mail.ru ORCID: 0009-0007-9825-4189
AKHMADEEVA Alena Ramilovna, obstetrician-gynecologist of the gynecology department N 1, Kuzbass Regional Clinical Hospital for Emergency Medical Care named after M.A. Podgorbunsky, 650000, Kemerovo, st. Nikolay Ostrovsky, 22, Russia.
E-mail: akhmadeeva.alyona@yandex.ru ORCID: 0009-0007-6768-0679
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
MOSES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, professor, director of the Medical Institute, Kemerovo State University, 650000, Kemerovo, Krasnaya Street, 6, Russia.
E-mail: vadimmoses@mail.ru ORCID: 0000-0002-3269-9018
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
MOSES 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

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

CC BY 4.0
Контент доступен под лицензией Creative Commons Attribution 4.0 License
© 2026, Фетищева Л.Е., Лаврова Е.В., Ахмадеева А.Р., Рудаева Е.В., Мозес В.Г., Елгина С.И., Мозес К.Б.