

Статья поступила в редакцию 24.02.2022 г.

DOI: 10.24412/2687-0053-2022-2-45-51

EDN: EXVDBG

Информация для цитирования:

Ющенко М.А., Ананьева Т.В., Ооржак О.В., Котова А.А., Елгина С.И., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Железная А.А. ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ С ПОРАЖЕНИЕМ РЕКТОСИГМОИДАЛЬНОГО ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ, РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) // Медицина в Кузбассе. 2022. №2. С. 45-51.

Ющенко М.А., Ананьева Т.В., Ооржак О.В., Котова А.А., Елгина С.И., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Железная А.А.

Кузбасская клиническая больница им. С.В. Беляева,
Кемеровский государственный медицинский университет,
Кемеровский государственный университет,
г. Кемерово, Россия

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
г. Донецк, Донецкая Народная Республика



ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ С ПОРАЖЕНИЕМ РЕКТОСИГМОИДАЛЬНОГО ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ, РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Эндометриозом во всем мире страдают примерно 10 % женщин, в основном репродуктивного возраста. В связи с тем, что эндометриоз может протекать бессимптомно, его истинную распространенность оценить затруднительно. Учитывая многоликость клинических симптомов: циклические и хронические боли, бесплодие, аномальные маточные кровотечения, нарушение функции соседних органов и другие жалобы, снижающие качество жизни, в том числе психоэмоциональный статус у женщин преимущественно репродуктивного возраста, эндометриоз остается одним из самых социально и демографически значимых заболеваний, требующих мультидисциплинарного подхода.

В представленной статье описан редкий клинический случай инфильтративного эндометриоза с поражением ректосигмоидного, илеоцекального отдела толстой кишки, ректовагинальной перегородки. Учитывая мультидисциплинарный подход акушеров-гинекологов и хирургов, оптимальную выбранную тактику ведения пациентки, был получен благоприятный исход для женщины.

Ключевые слова: инфильтративный эндометриоз, поражение кишечника и органов малого таза

Yushchenko M.A., Ananyeva T.V., Oorzhak O.V., Kotova A.A., Elgina S.I., Mozes V.G., Rudaeva E.V., Zheleznaya A.A.

S.V. Belyaev Kuzbass Clinical Hospital,

Kemerovo State Medical University,

Kemerovo State University, Kemerovo, Russia,

Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Donetsk People's Republic

INFILTRATIVE ENDOMETRIOSIS WITH LESIONS OF THE RECTOSIGMOID ILEOCECAL COLON, RECTOVAGINAL SEPTUM. MULTIDISCIPLINARY APPROACH (CLINICAL CASE)

Approximately 10 % of women worldwide suffer from endometriosis, mainly of reproductive age. Due to the fact that endometriosis can be asymptomatic, its true prevalence is difficult to assess. Taking into account the diversity of clinical symptoms: cyclic and chronic pain, infertility, abnormal uterine bleeding, dysfunction of neighboring organs and other complaints that reduce the quality of life, including the psycho-emotional status of women of predominantly reproductive age, endometriosis remains one of the most socially and demographically significant diseases requiring a multidisciplinary approach.

This article describes a rare clinical case of infiltrative endometriosis with damage to the rectosigmoid, ileocecal colon, rectovaginal septum. Taking into account the multidisciplinary approach of obstetricians and gynecologists and surgeons, the optimal chosen management tactics of the patient was obtained a favorable outcome for the woman.

Key words: infiltrative endometriosis; damage to the intestines and pelvic organs

Эндометриоз традиционно подразделяют на генитальный и экстрагенитальный, а генитальный, в свою очередь, на внутренний, аденомиоз (эндометриоз тела матки) и наружный (эндометриоз шейки матки, влагалища, промежности, ретроцервикальной области, яичников, маточных труб, брюшины, прямокишечно-маточного углубления и др.) [1-3].

Эндометриоз является многофакторным заболеванием, и, несмотря на длительное его изучение, этиология данного патологического процесса до сих пор не ясна. Предложено множество теорий патогенеза эндометриоза: имплантационная, метапластическая, эмбриональная, дисгормональная, нарушения иммунного баланса и др. [4-6]. Наряду с ги-

перэстрогений, резистентностью к прогестерону, воспалительными изменениями, индукцией неоангиогенеза, лежащих в основе инфильтративного роста, инвазии в окружающие ткани с последующей их деструкцией, распространения заболевания, в последнее десятилетие обсуждается роль в развитии эндометриоза стволовых клеток, генетических мутаций и эпигенетических факторов, к которым можно отнести факторы внешней среды и др. [7-9].

Несмотря на способность к инфильтративному росту, склонность к рецидивированию, тенденцию к инвазии, эндометриоз относится к доброкачественным пролиферативным заболеваниям [10-12].

Эндометриозом во всем мире страдают примерно 10 % женщин, в основном репродуктивного возраста. В связи с тем, что эндометриоз может протекать бессимптомно, его истинную распространенность оценить затруднительно. Учитывая многообразие клинических симптомов: циклические и хронические боли, бесплодие, аномальные маточные кровотечения, нарушение функции соседних органов и другие жалобы, снижающие качество жизни, в том числе психоэмоциональный статус у женщин преимущественно репродуктивного возраста, эндометриоз остается одним из самых социально и демографически значимых заболеваний, требующих мультидисциплинарного подхода [13-15].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациентка Л., 43 лет, находилась в Кузбасской клинической больнице имени С.В. Беляева с диагнозом «Инфильтративный эндометриоз ректосигмоидального илеоцекального отдела толстой кишки, ректовагинальной перегородки».

Женщине проведено полное клинико-лабораторное обследование. Ультразвуковое исследование органов малого таза, МРТ. Пациентка дала согласие на оперативное лечение и госпитализацию в ККБ, где в последующем были проведены гистероскопия, лапароскопия, с переходом на мини-лапаротомию в объеме мобилизации слепой кишки до границы дистальной трети восходящей кишки, резекция кишки в пределах мобилизации с формированием илеоасцендоанастомоза «конец в бок», ректосигмо-сигмоанастомоза «конец в конец».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентка Л., 43 лет, госпитализирована в гинекологическое отделение ККБ. При поступлении предъявляла жалобы на постоянные тянущие боли внизу живота и в области поясницы, усиливающиеся накануне менструации, при половом контакте; резкие боли внизу живота, иррадиирующие во влагалище, прямую кишку, промежность, при дефекации, в положении сидя; тошноту, вздутие живота, изменение характера стула в предменструальный период; кровянистые выделения после полового контакта, вагинального осмотра.

Из анамнеза заболевания: С 2008 года беспокоят хронические тазовые боли, первичное бесплодие, в связи с этим многократные госпитализации в гинекологическое отделение по месту жительства для проведения противовоспалительной терапии. По поводу эндометриоза яичников, эндометриоза тазовой брюшины оперирована в плановом порядке дважды.

В 2009 году — лапароскопия, сальпингоооариолизис, двусторонняя резекция яичников, биопсия стенки прямой кишки и левой маточной трубы. Гистологический результат: эндометриоидная киста левого яичника, ретроцервикальный эндометриоз. Получала гормональную терапию (КОК) в течение одного года.

В апреле 2014 года находилась на стационарном лечении по месту жительства с диагнозом «Генитальный эндометриоз с поражением толстой кишки, частичная кишечная непроходимость». На фоне консервативной терапии острая кишечная непроходимость разрешилась. При проведении фиброколоноскопии в 2014 году: сдавление извне ректосигмоидного отдела. Экзофитная опухоль? По МСКТ малого таза в 2014 году: в правой овариальной ямке жидкостное образование размерами 4,98 × 4,19 × 4,75 см.

В 2014 году проведена двусторонняя резекция яичников с использованием видеондоскопических технологий. Разделение брюшинных спаек, биопсия очага эндометриоза на брюшине с применением противовоспалительного барьера «Интерсид». Интраоперационно осмотрена колопроктологом, показаний для резекции кишки на момент операции не выявлено. В послеоперационном периоде получала лечение агонистами гонадотропин релизинг гормонов: Бусерелин 3,75 мг № 6.

После лечения наступила спонтанная беременность в 2016 году, закончившаяся срочными родами, без осложнений. В 2018 году наступление повторной беременности, которая была прервана в связи с выявленным врожденным пороком развития у плода.

С 2019 году отмечает усиление болевых синдромов, возобновление жалоб на диспепсию, спастических болей внизу живота в предменструальный период, выраженную диспареунию. По данным дополнительных обследований выявлены признаки прогрессирующих инфильтративных поражений органов малого таза с поражением ректовагинальной перегородки, стенки кишки. Проводимое лечение (Диенгест в непрерывном режиме) эффекта не дало. Направлена на органосохраняющее лечение эндометриоза.

Из анамнеза жизни: страдает хроническим гастритом, имеет узловой зоб, эутиреоз. Наследственность не отягощена. Перенесенные травмы: Сотрясение головного мозга в детстве.

Акушерско-гинекологический анамнез: Менархе с 12 лет, установились сразу, по 6 дней, через 28-30 дней, обильные, болезненные, регулярные. Аменорея на фоне приема диенгеста в течение по-

следних 12 месяцев. Половая жизнь с 19 лет, в браке. Контрацепция барьерная.

Число беременностей – 2. Родов – 1 (срочные роды, без осложнений, послеродовый период протекал без особенностей). Прерывание беременности в сроке 16 недель по поводу врожденного порока развития плода.

Гинекологические заболевания: Бесплодие первичное. Эндометриоз матки, тазовой брюшины, яичников.

Гинекологический статус при поступлении: Наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Паховые лимфоузлы не увеличены. Уретра и парауретральные железы без изменений. В зеркалах: слизистая влагалища без патологических изменений. Шейка матки гипертрофирована, деформирована старыми разрывами, с очагами цилиндрического эпителия по периферии наружного зева. Наружный зев: щелевидный, деформирован. Тело матки anthelexio, ограничено в подвижности, увеличена до 5 недель условной беременности, шаровидной формы, консистенция плотная, болезненная при пальпации, малоподвижная. Задний свод выполняет конгломерат, состоящий из увеличенных яичников, до 4 × 5 см, инфильтрата позадматочного пространства с нечеткими контурами, болезненного при пальпации.

По данным МРТ органов малого таза: Очаговый аденомиоз. Эндометриоз яичников. Ретроцервикальный эндометриоз с поражением крестцово-маточных связок, брюшины, стенок верхнеампулярного и ректосигмоидного отделов прямой кишки. Признаки спаечного процесса в малом тазу.

ФКС: Купол слепой кишки расправляется не полностью, экстракорпорально деформирован, визуально до 1/3 площади купола слепой кишки, слизистая отечная, неровная, умеренно ранимая контактно. С помощью эндоскопической иглы выполнена подслизистая маркировка, инъекция чернил в двух противоположных вколов, с образованием массивного вала из черной слизистой. Баугинева заслонка губовидной формы. Сосудистый рисунок не изменен. Тонус в норме. Гаустры выражены, полулунной и треугольной формы, хорошо расправляются при инсuffляции воздуха. В просвете полупрозрачные лаважные воды, аспирированы. Просвет ободочной кишки на всем протяжении нормальный, гаустры выражены. Слизистая оболочка ободочной кишки розовая, блестящая. Сигмовидная кишка обычно сформирована, подвижная. Слизистая гладкая, блестящая. Слизистая оболочки прямой кишки розовая, гладкая, блестящая. На уровне 20 см от ануса резкий изгиб и экстракорпоральная деформация просвета кишки, проходимость при смене положения тела пациентки. Слизистая сегментарно отечная, неровная, умеренно ранимая контактно. С помощью эндоскопической иглы выполнена подслизистая маркировка, инъекция чернил с образованием массивного вала из черной слизистой. Заключение: Деформация купола слепой

кишки, ректосигмоидного перехода. Эндометриоз (гистологически подтвержденный). Эндоскопическая маркировка.

Выставлен клинический диагноз: «Эндометриоз ректовагинальной перегородки, тазовой брюшины IV ст. Эндометриоз яичников II ст. Эндометриоз сигмоидного и илеоцекального отделов толстой кишки».

В плановом порядке выполнено оперативное лечение.

При гистероскопии: Устья эндометриодных ходов: не визуализируются. В области дна – единичные рыхлые синехии, разрушенные тубусом гистероскопа. *Произведена* вакуум-аспирация эндометрия. *Заключение:* Хронический эндометрит, косвенные признаки эндометриоза матки.

При лапароскопии обнаружено: Малый таз заполнен инфильтратами, в правой и левой подвздошной областях, спаяны с париетальной брюшиной боковых стенок таза, задней поверхностью тела матки, задними листками широких маточных связок с обеих сторон, между собой, передней поверхностью ректосигмоидного отдела кишки, илеоцекальным отделом толстой кишки.

Передне-маточное пространство: без патологии. Позади-маточное пространство: признаки рубцового, инфильтративного эндометриоза с распространением на переднюю стенку ректо-сигмовидного отдела кишки с образованием инфильтратов: 50 × 60 мм слева с распространением на илеоцекальный отдел кишки, 50 × 60 мм справа, деревянистой консистенции, в процесс вовлечена париетальная брюшина. В брюшинных карманах с обеих сторон эндометриоз с образованием рубцовых сращений, инфильтратов. Очаги иссечены, разделены тупым и острым путем, гемостаз с применением биополярной коагуляции. Выпот в брюшной полости серозный, скудное количество. Крестцово-маточные связки не видны. Матка видна вся, форма шаровидная, размер 75 × 65 × 60 мм, задняя стенка тела матки утолщена. Спайки частично разделены тупым и острым путем.

Правые придатки выделены из спаек со стенкой таза, илеоцекальным отделом кишки, задней поверхности широкой маточной связки. Правый яичник размерами 20 × 35 × 30 мм, левый яичник размерами 50 × 40 × 35 мм, желтое тело, киста (размеры 25 × 20 мм). Правая маточная труба просматривается на всем протяжении, длина 8 см, форма не изменена, фимбрии выражены, перитубарные спайки в области ампулярного отдела трубы, цвет трубы нормальный. Левая маточная труба просматривается на всем протяжении, длина 8 см, форма не изменена, фимбрии выражены, перитубарные спайки в области средней трети трубы, цвет трубы нормальный. Раствор индигокармина проник в трубу и излился в брюшную полость. Аппендикс виден в составе инфильтрата, повышенной плотности. Сальник без патологии. Широкая маточная связка без патологии. Визуализация хода операции представлена на рисунках 1-5.

Рисунок 1

Визуализация спаечного процесса органов малого таза во время проведения лапароскопии

Figure 1

Visualization of the adhesive process of the pelvic organs during laparoscopy

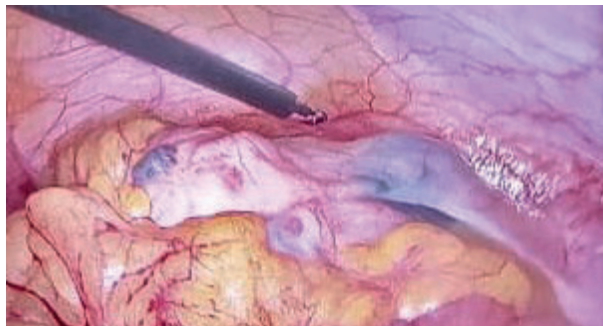


Рисунок 2

Визуализация спаечного процесса органов малого таза во время проведения лапароскопии

Figure 2

Visualization of the adhesive process of the pelvic organs during laparoscopy

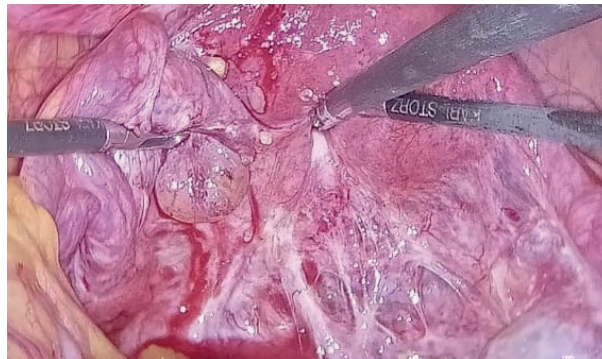


Рисунок 3

Подслизистая маркировка, инъекция чернил с образованием массивного вала из черной слизи

Figure 3

Submucosal marking, ink injection with the formation of a massive shaft of black mucosa

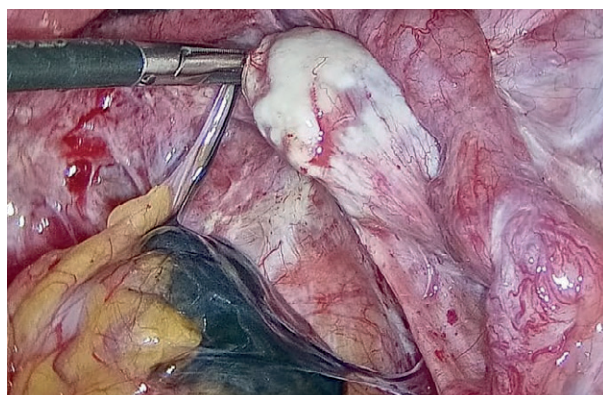
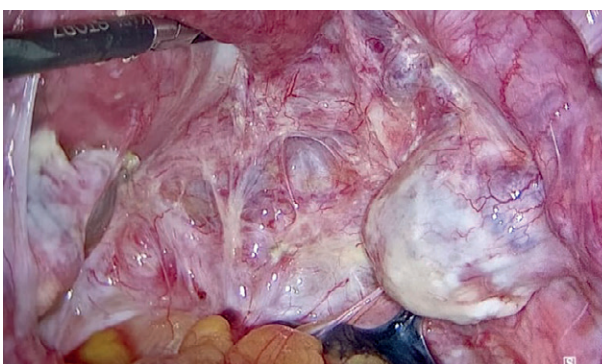


Рисунок 4

Подслизистая маркировка, инъекция чернил с образованием массивного вала из черной слизи

Figure 4

Submucosal marking, ink injection with the formation of a massive shaft of black mucosa



Ход операции:

Произведено рассечение спаек в позадматочном пространстве; разделение элементов инфильтратов. Яичники с трудом выделены из спаек, энуклеирована киста левого яичника, гемостаз точечный с применением биполярной коагуляции.

Ревизия слепой, сигмовидной, прямой кишки хирургом: Дистальный отдел сигмовидной кишки и ректосигмоидный отдел прямой кишки отделены от шейки матки и задней стенки влагалища. В брыжейке сигмовидной кишки плотные узлы, переходящие на стенку сигмы и ректосигмоидного отдела, грубо деформирующие кишку, сужающие ее просвет. Мобилизация дистального отдела сигмовидной кишки. Илеоцекальный угол грубо деформирован инфильтратом хрящевой плотности, сужающим просвет кишки в самом переходе, множественные очаги эндометриоза диаметром до 10 мм, с неполным нарушением проходимости. Слепая кишка и терминальный отдел подвздошной кишки одним блоком отделены от правого яичника и тела матки. Учитывая

грубую деформацию илеоцекального перехода, наличие эндометриoidных узлов в стенке слепой кишки, произведена мобилизация слепой кишки до границы дистальной трети восходящей кишки, мобилизация примерно 6-7 см дистального отдела подвздошной кишки (рис. 6).

С целью формирования кишечных анастомозов произведена мини-лапаротомия (длиной до 4 см) в надлобковой области. В рану выведен измененный участок илеоцекального отдела кишки, сигмовидной кишки. Резекция кишки в пределах мобилизации. Культия восходящей ободочной кишки ушита двумя рядами швов. Сформирован илеоасцендоанастомоз «конец в бок» двумя рядами швов. Сформирован ректосигмо-сигмоанастомоз «конец в конец» двумя рядами швов с помощью Circular Stapler with Tri-Staple Technology (рис. 7). Гемостаз. В конце операции проведен тщательный гемостаз всех кровоточащих участков с помощью биполярных щипцов. После эффективного гемостаза и санации брюшной полости в брюшную полость

Рисунок 5
Введение раствора индигокармина в маточные трубы
Figure 5
Introduction of indigocarmine solution into the fallopian tubes

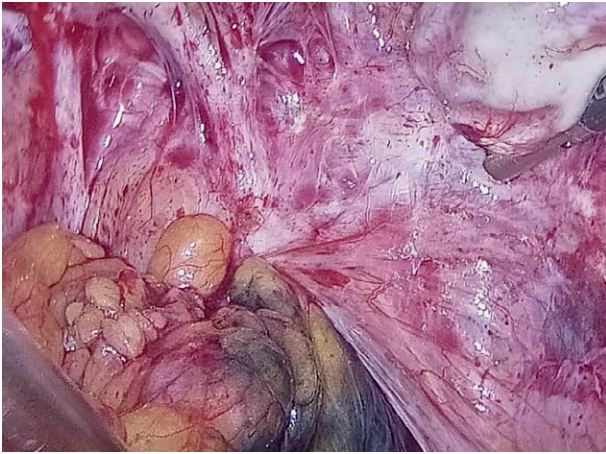


Рисунок 6
Мобилизация слепой кишки
Figure 6
Mobilization of the cecum

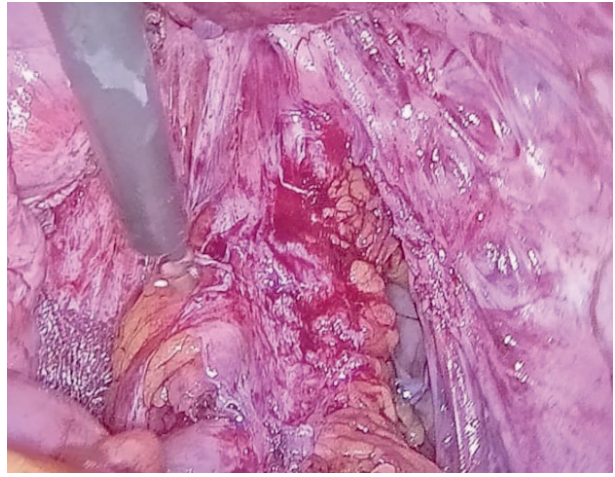


Рисунок 7
Формирование ректосигмо-сигмоанастомоза «конец в конец»
Figure 7
Formation of the end-to-end rectosigmo-sigmoanastomosis

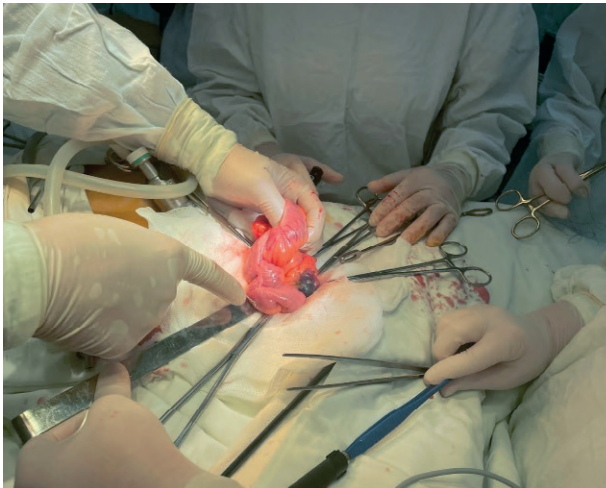
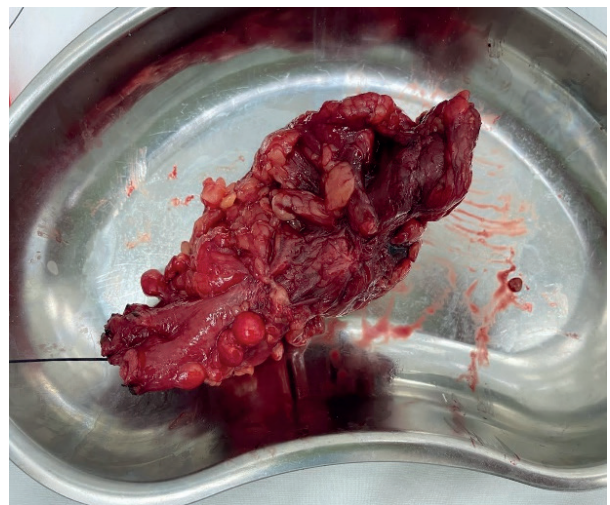


Рисунок 8
Фрагмент ректосигмоидного отдела кишки – эндометриодные узлы с прорастанием до подслизистого слоя, диаметром до 4 см, суживающие просвет кишки до 1/3
Figure 8

A fragment of the rectosigmoid part of the intestine – endometrioid nodes with germination to the submucosal layer, up to 4 cm in diameter, narrowing the lumen of the intestine to 1/3



введено 40 мл физиологического раствора с 4 мг дексаметазона. Послойные швы на раны брюшной стенки. Общая кровопотеря – 200 мл. Диурез – 300 мл, моча светлая.

Описание макропрепаратов:

- 1) аспират из полости матки;
- 2) оболочки кисты левого яичника;
- 3) фрагмент ректосигмоидного отдела кишки с эндометриодными инфильтратами брюшины – эндометриодные узлы с прорастанием до подслизистого слоя диаметром до 4 см, суживающие просвет кишки до 1/3;

- 4) фрагмент илеоцекального отдела кишки с эндометриодными инфильтратами брюшины – эндометриодные узлы с прорастанием до подслизистого

слоя диаметром до 3-5 см, суживающие просвет кишки до 1/2 (рис. 8, 9).

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 3-и сутки послеоперационного периода постановка Диферелина 3,75 мг в/м однократно.

На 6-е сутки послеоперационного периода сняты швы с передней брюшной стенки. Заживление первичным натяжением. Антибактериальная терапия в течение 7 суток.

Рисунок 9

Фрагмент илеоцекального отдела кишки – эндометриоидные узлы с прорастанием до подслизистого слоя диаметром до 3–5 см, суживающие просвет кишки до 1/2

Figure 9

Fragment of the ileocecal part of the intestine – endometrioid nodes with germination to the submucosal layer with a diameter of up to 3–5 cm, narrowing the lumen of the intestine to 1/2



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленной статье описан редкий клинический случай инфильтративного эндометриоза ректосигмоидального илеоцекального отдела толстой кишки, ректовагинальной перегородки. Учитывая оптимальную выбранную тактику ведения пациентки, был получен благоприятный исход для женщины.

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. Cozzolino M, Coccia ME, Lazzeri G, Basile F, Troiano G. Variables associated with endometriosis-related pain: a pilot study using a visual analogue scale. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2019; 41(3): 170-175. DOI: 10.1055/s-0039-1679879
2. Van den Bosch T, Van Schoubroeck D. Ultrasound diagnosis of endometriosis and adenomyosis: state of the art. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018; 51: 16-24. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2018.01.013
3. Feldman MK, VanBuren WM, Barnard H, Taffel MT, Kho RM. Systematic interpretation and structured reporting for pelvic magnetic resonance imaging studies in patients with endometriosis: value added for improved patient care. *Abdom Radiol (NY).* 2020; 45(6): 1608-1622. DOI: 10.1007/s00261-019-02182-1
4. Gordts S, Grimbizis G, Campo R. Symptoms and classification of uterine adenomyosis, including the place of hysteroscopy in diagnosis. *Fertility and Sterility.* 2018; 109(3): 380-388. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2018.01.006
5. Tomassetti C, Bafort C, Meuleman C, Welkenhuysen M, Fieuws S, D'Hooghe T. Reproducibility of the Endometriosis Fertility Index: a prospective inter-/intra-rater agreement study. *BJOG.* 2020; 127(1): 107-114. DOI: 10.1111/1471-0528.15880
6. Römer T. Long-term treatment of endometriosis with dienogest: retrospective analysis of efficacy and safety in clinical practice. *Arch Gynecol Obstet.* 2018; 298(4): 747-753. DOI: 10.1007/s00404-018-4864-8
7. Clinical guidelines. Obstetrics and gynecology. ed. VN Serova, GT Suhih. 4th ed., rev. and add. Moscow: GEOTAR-Media, 2015; 1024 p. Russian (Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология /под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. 4-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 1024 с.)
8. Ferrero S, Evangelisti G, Barra F. Current and emerging treatment options for endometriosis. *Expert Opin Pharmacother.* 2018; 19(10): 1109-1125. DOI: 10.1080/14656566.2018.1494154
9. Pantou A, Simopoulou M, Sfakianoudis K, Giannelou P, Rapani A, Maziotis E, et al. The Role of laparoscopic investigation in enabling natural conception and avoiding in vitro fertilization overuse for infertile patients of unidentified aetiology and recurrent implantation failure following in vitro fertilization. *J Clin Med.* 2019; 8(4): 548. DOI: 10.3390/jcm8040548
10. Апыхтина NA, Элгина SI. Reproductive health of adolescent girls in the Kemerovo region. *Pediatric and Adolescent Reproductive Health.* 2016; (2): 30-31. Russian (Апыхтина Н.А., Элгина С.И. Репродуктивное здоровье девочек-подростков Кемеровской области //Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2016. № 2. С. 30-31.)
11. Mira TAA, Buen MM, Borges MG, Yela DA, Benetti-Pinto CL. Systematic review and meta-analysis of complementary treatments for women with symptomatic endometriosis. *Int J Gynecol Obstet.* 2018; 143(1): 2-9. DOI: 10.1002/ijgo.12576
12. Saridogan E, Becker CM, Feki A, Grimbizis GF, Hummelshoj L, Keckstein J, et al. Recommendations for the surgical treatment of endometriosis. Part 1: Ovarian endometrioma. *Gynecol Surg.* 2017; 14(1): 27. DOI: 10.1186/s10397-017-1029-x
13. Cope AG, VanBuren WM, Sheedy SP. Endometriosis in the postmenopausal female: clinical presentation, imaging features, and management. *Abdom Radiol (NY).* 2019; 45(6): 1790-1799. DOI: 10.1007/s00261-019-02309-4
14. De Almeida Asencio F, Ribeiro HA, Ribeiro PA, Malzoni M, Adamyan L, Ussia A, et al. Symptomatic endometriosis developing several years after menopause in the absence of increased circulating estrogen concentrations: a systematic review and seven case reports. *Gynecol Surg.* 2019; 16: 3. DOI: 10.1186/s10397-019-1056-x
15. Oral E, Aydin O, Kumbak BA, İlvan S, Yılmaz H, Tustas E, et al. Concomitant endometriosis in malignant and borderline ovarian tumours. *J Obstet Gynaecol.* 2018; 38(8): 1104-1109. DOI: 10.1080/01443615.2018.1441815

Сведения об авторах:

ЮЩЕНКО Марина Анатольевна, зав. гинекологическим отделением, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.

АНАНИЕВА Татьяна Владимировна, врач, гинекологическое отделение, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.

ООРЖАК Орлан Валерийович, канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением № 1, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.

КОТОВА Александра Алесандровна, врач, гинекологическое отделение, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.

ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

E-mail: elginas.i@mail.ru

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, доцент, директор медицинского института, ФГБОУ ВО КемГУ, г. Кемерово, Россия.

E-mail: vadimmoses@mail.ru

РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

E-mail: rudaeva@mail.ru

ЖЕЛЕЗНАЯ Анна Александровна, доктор мед. наук, профессор, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии факультета последипломного образования, ГОУ ВПО ДонНМУ им. М. Горького, г. Донецк, ДНР.

Information about authors:

YUSHCHENKO Marina Anatolyevna, head of gynecological department, S.V. Belyaev Kuzbass Clinical Hospital, Kemerovo, Russia.

ANANIEVA Tatyana Vladimirovna, doctor, gynecological department, S.V. Belyaev Kuzbass Clinical Hospital, Kemerovo, Russia.

OORZHAK Orlan Valeriyovich, candidate of medical sciences, head of surgical department N 1, S.V. Belyaev Kuzbass Clinical Hospital, Kemerovo, Russia.

KOTOVA Alexandra Alesandrovna, doctor, gynecological department, S.V. Belyaev Kuzbass Clinical Hospital, Kemerovo, Russia.

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, Kemerovo, Russia.

E-mail: elginas.i@mail.ru

MOZES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, docent, director of the Medical Institute, Kemerovo State University, Kemerovo, Russia.

E-mail: vadimmoses@mail.ru

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, Ministry of Health of Russia, Kemerovo, Russia. E-mail: rudaeva@mail.ru

ZHELEZNAYA Anna Oleksandrovna, doctor of medical sciences, professor, professor of the department of obstetrics, gynecology, perinatology, pediatric and adolescent gynecology, faculty of postgraduate education, Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Donetsk People's Republic.

Корреспонденцию адресовать: ЕЛГИНА Светлана Ивановна, 650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22 а, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России

Тел: 8 (3842) 73-48-56 E-mail: elginas.i@mail.ru