



Острые гинекологические состояния в подростковом возрасте. Трудности дифференциальной диагностики (клинические случаи)

В.А. Крутова, И.Э. Асланян, А.И. Тулендинова, Н.В. Наумова

Клиника ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, г. Краснодар

РЕЗЮМЕ

Цель статьи: показать возможные сложности дифференциальной диагностики аденомиоза и аномалии развития матки в практике детского гинеколога.

Основные положения. Нами представлены два случая наблюдений девочек-подростков со схожей клинической картиной при различных заболеваниях — редкой для подросткового возраста узловой формой внутреннего генитального эндометриоза и аномалией развития матки. Несмотря на выполненные в полном объеме общеклиническое и инструментальное обследование (магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование), определить причину болевого синдрома удалось только при лапароскопии.

Заключение. Целесообразно более активное внедрение в практику хирургических служб детского стационара минимально инвазивных методов лечения. Необходимо разработка клинических рекомендаций и порядка оказания медицинской помощи при таком urgentном заболевании для облегчения принятия врачами решения об использовании эндохирurgical методов.

Ключевые слова: детская гинекология, болевой синдром, дифференциальный диагноз, внутренний генитальный эндометриоз, аномалия развития матки.

Вклад авторов: Крутова В.А. — редактирование текста, утверждение рукописи для публикации; Асланян И.Э. — разработка концепции статьи, сбор и обработка материала; Тулендинова А.И. — разработка концепции статьи, сбор и обработка материала, написание текста статьи; Наумова Н.В. — сбор и обработка материала.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Крутова В.А., Асланян И.Э., Тулендинова А.И., Наумова Н.В. Острые гинекологические состояния в подростковом возрасте. Трудности дифференциальной диагностики (клинические случаи). Доктор.Ру. 2022; 21(1): 46–53. DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-1-46-53



Acute Gynaecological Conditions in Adolescents. Challenges with Differential Diagnosis (Case Reports)

V.A. Krutova, I.E. Aslanyan, A.I. Tulendinova, N.V. Naumova

Kuban State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 4 Mitrofan Sedin Str., Krasnodar, Russian Federation 350063

ABSTRACT

Objective of the Paper: To demonstrate possible challenges with differential diagnosis of adenomyosis and abnormal uterus development in practical paediatric gynaecology.

Key Points. We presented two cases of teenage girls with similar clinical symptoms in various diseases: nodular adenomyosis, which is rare for adolescents, and abnormal uterus development. Despite a full range of clinical and instrumental examinations (MRI, ultrasound examinations), it is only laparoscopy that allowed identifying the cause of pain.

Conclusion. It is advisable to active use minimally invasive surgical procedures in paediatric inpatient units. Clinical recommendations and medical aid procedures for this urgent pathology are required to facilitate decision-making by medical professionals to apply endosurgical methods of therapy.

Keywords: paediatric gynaecology, pain syndrome, differential diagnosis, adenomyosis, abnormal uterus development.

Contributions: Krutova, V.A. — editing of the text, approval of the manuscript for publication; Aslanyan, I.E. — study concept, material collection and processing; Tulendinova, A.I. — study concept, material collection and processing, text of the article; Naumova, N.V. — material collection and processing.

Крутова Виктория Александровна — д. м. н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии, главный врач клиники ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России. 350063, Россия, г. Краснодар, ул. имени М. Седина, д. 4. eLIBRARY.RU SPIN: 1673-1155. <https://orcid.org/0000-0002-9907-7491>. E-mail: vik-krutova@yandex.ru

Асланян Ирина Эдуардовна — к. м. н., врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, заместитель главного врача по лечебной работе, заведующая гинекологическим отделением для несовершеннолетних клиники ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России. 350072, Россия, г. Краснодар, ул. Зиповская, д. 4/1. E-mail: iaslanyan@mail.ru

Тулендинова Анжела Ивановна (автор для переписки) — врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории гинекологического отделения для несовершеннолетних клиники ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России. 350072, Россия, г. Краснодар, ул. Зиповская, д. 4/1. E-mail: atulendinova@mail.ru

Наумова Наталья Васильевна — к. м. н., заведующая отделением лучевой диагностики клиники ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России. 350072, Россия, г. Краснодар, ул. Зиповская, д. 4/1. eLIBRARY.RU SPIN: 5785-7106. <https://orcid.org/0000-0002-3608-7203>. E-mail: nnaumova@bagk-med.ru

Conflict of interest: The authors declare that they do not have any conflict of interests.

For citation: Krutova V.A., Aslanyan I.E., Tulendinova A.I., Naumova N.V. Acute Gynaecological Conditions in Adolescents. Challenges with Differential Diagnosis (Case Reports). Doctor.Ru. 2022; 21(1): 46–53. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-1-46-53

ВВЕДЕНИЕ

Снижение распространенности случаев ошибочной диагностики, в особенности у детей и подростков, является одной из первостепенных задач современной гинекологии [1, 2]. Особого внимания гинеколога, работающего с несовершеннолетними пациентками, заслуживает дифференциальная диагностика различных неотложных состояний, протекающих со схожей клинической картиной [3].

Среди состояний, требующих быстрой и эффективной диагностики, одними из наиболее значимых являются нарушения менструального цикла у подростков и связанные с ними выраженные болевые ощущения [4]. По мнению отечественных исследователей, частота обращений по поводу подобных расстройств остается высокой, достигая в отдельных регионах России 80% и более [5, 6].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Из станции Краснодарского края в сопровождении родителей в клинику ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России обратилась *девочка Я.*, 15 лет, с жалобами на болезненные менструации, иногда с тошнотой и рвотой, отмечаемые в течение года. До обращения амбулаторно наблюдалась у детского гинеколога по месту жительства, который установил диагноз дисменореи, назначил спазмолитики, антибиотики, НПВП. Несмотря на прием препаратов, существенное облегчение болевого синдрома не наступило, в связи с чем девочка была направлена в гинекологическое отделение районной больницы, где прошла курс стационарного лечения с диагнозом: *Дисменорея. Врожденный порок развития: аномалия развития матки, дополнительный рог.*

Очередная менструация прошла безболезненно. Однако в следующем месяце боли возникли вновь, при этом сопровождались тошнотой и рвотой. Детским гинекологом по месту жительства назначен КОК (дезогестрел + этинилэстрадиол) и принято решение о направлении пациентки для повторной госпитализации в стационар, где при КТ врачом отмечены «КТ-признаки аномалии развития (двурогая матка, недоразвитый рог слева)».

Проводимое лечение не привело к улучшению состояния, и пациентку направили для консультации в клинику ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России (г. Краснодар). При гинекологическом обследовании, а также по данным общеклинических лабораторных исследований какие-либо отклонения от нормы не выявлены. При динамическом УЗИ матки и яичников отмечено следующее.

1-е исследование от 26.02.2019 г.: «...тело матки в обычном положении, размерами 48 × 37 × 49 мм. По левому ребру определяется образование 21 мм с ровными четкими контурами, полость внутри 8 × 4 × 5 мм, М-эхо — 7 мм, контуры ровные, четкие. Правый яичник: 28 × 22 × 20 мм, с фолликулами до 4 мм. Левый яичник: 47 × 26 × 29 мм, с анэхогенным включением неправильной формы 32 × 16 × 24 мм, с неровными контурами. В позадимааточном пространстве 15 мл анэхогенной жидкости.

2-е исследование (6-й день менструального цикла): «Матка размерами 48 × 37 × 49 мм, контуры ровные, четкие. По левому ребру определяется образование 21 мм с ровными четкими контурами, с полостью внутри 8 × 4 × 5 мм. М-эхо — 4 мм,

контуры ровные, четкие. Правый яичник: 28 × 22 × 20 мм, с фолликулами до 4 мм. Левый яичник: 36 × 19 × 26 мм, с фолликулами до 6 мм».

3-е исследование от 22.04.2019 г. (предоперационное): «Осмотр трансректальным, трансабдоминальным датчиками, 3D-реконструкция. Тело матки. Размеры: продольный — 51 мм, передне-задний — 38 мм, поперечный — 50 мм. Форма грушевидная. Структура миометрия изменена, по левому ребру, задняя стенка, нижняя треть, эхопозитивное образование 12 мм с анэхогенным включением 5 мм, неправильной формы. Эндометрий: толщина функционального слоя — 7 мм, однородный, строение не изменено, секреторного типа (соответствует фазе цикла)» (рис. 1).

Выполнена 3D-реконструкция: «Полость не деформирована, седловидной формы. Шейка матки: определяется. Строение не изменено: цервикальный канал не расширен, линия смыкания четкая. Правый яичник: определяется, расположен типично, размерами 36 × 26 × 32,4 мм, строение — фолликулы до 4 мм № 8. Строма однородная. Левый яичник: определяется, расположен типично, размерами 31 × 19 × 24 мм, фолликулы до 4 мм № 8. Позадимааточное пространство: свободная жидкость 10 мл, глубина кармана — 9 мм. Ультразвуковые признаки очагового образования миометрия (узел аденомиоза? добавочный рог?)» (рис. 2–4).

Ввиду отсутствия существенной динамики после медикаментозного лечения пациентке предложено проведение лапароскопии, на которую получено согласие. В ходе операции установлено, что матка увеличена за счет эндометриоидного узла по передней стенке размерами 3 × 3 см. Лапароскопический диагноз: *Аденомиоз, узловатая форма* (рис. 5).

Под контролем лапароскопической эхографии произведен продольный разрез, эндометриоидный узел вылуцен из ложа без вскрытия полости матки. Ложе узла ушито с захватом дна. Аденомиозный узел извлечен из брюшной полости. Девочка выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Результаты УЗИ после операции показали следующее.

От 20.05.2019 г.: тело матки в обычном положении, размерами 47 × 33 × 48 мм. Структура миометрия изменена,

Рис. 1. Трансректальное ультразвуковое исследование. Здесь и далее в статье иллюстрации авторов
Fig. 1. Transrectal ultrasound examination. All photos in the paper courtesy of the authors

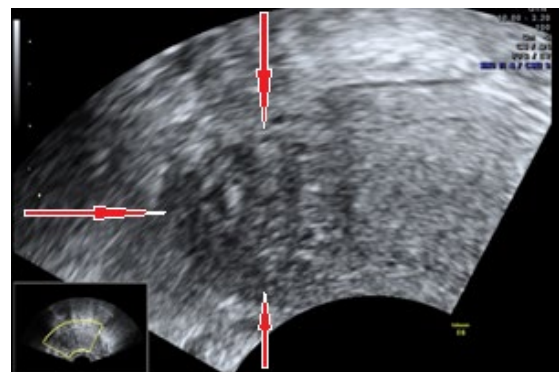


Рис. 2. Эхограмма. Трансректальное сканирование в 3D-режиме

Fig. 2. Echogram. Transrectal 3D scanning

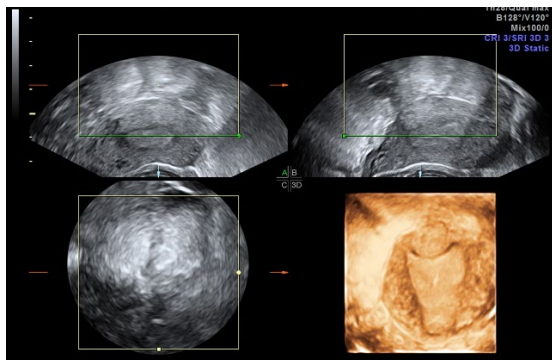


Рис. 3. Эхограмма. Трансректальное ультразвуковое исследование в 3D-режиме. Коронарный срез матки (полость матки седловидной формы)

Fig. 3. Echogram. Transrectal 3D ultrasound examination. Coronal section of uterus (saddle-like cavity of uterus)

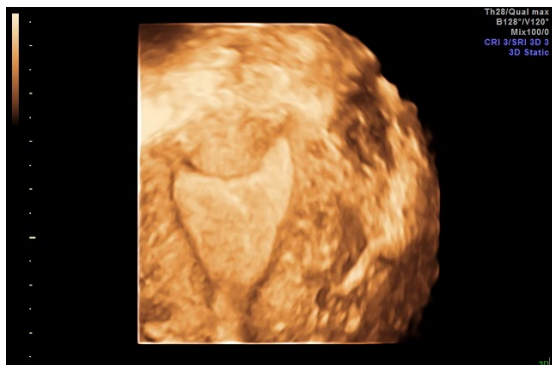
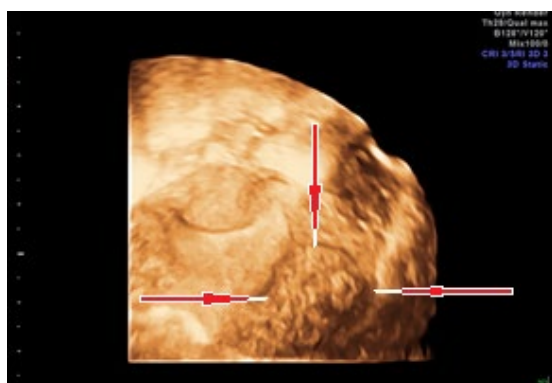


Рис. 4. Эхограмма. Трансректальное ультразвуковое исследование в 3D-режиме. Коронарный срез матки

Fig. 4. Echogram. Transrectal 3D ultrasound examination. Coronal section of uterus



по передней стенке, левое ребро с точечными гиперэхогенными включениями (лигатуры). М-эхо — 6 мм, однородной эхо-структуры. Левый яичник: 27 × 16 × 26 мм, с фолликулами до 4 мм №7. Правый яичник: 26 × 18 × 26 мм, с фолликулами до 4 мм № 8. В малом тазу определяется 10 мл свободной жидкости. Заключение: ультразвуковые признаки очаговой патологии не выявлены. Диффузные изменения в миометрии.

Рис. 5. Эхограмма. Лапароскопическая эхография. Узел аденомиоза

Fig. 5. Echogram. Laparoscopic echography. Adenomyosis node



От 18.11.2019 г.: осмотр трансабдоминальным датчиком. Тело матки: определяется. Контуры ровные, четкие. Расположение anteflexio. Размеры: продольный — 40 мм, передне-задний — 28 мм, поперечный — 37 мм. Форма грушевидная. Структура миометрия изменена, по передней стенке, левое ребро — участок неоднородной эхоструктуры 7 × 6 мм. Эндометрий: толщина функционального слоя — 2,6 мм, однородный. Шейка матки: определяется. Строение не изменено: цервикальный канал не расширен, линия смыкания четкая. Правый яичник: определяется, расположен типично, размерами 26 × 18 × 24 мм, строение — с фолликулами до 4 мм № 7, строма однородная. Левый яичник: определяется, расположен по задней стенке, размерами 27 × 16 × 26 мм; строение — с фолликулами до 4 мм № 7. Позадиматочное пространство: свободная жидкость — нет. Заключение: ультразвуковые признаки очаговой патологии не выявлены.

От 14.08.2020 г.: осмотр трансабдоминальным датчиком. Тело матки: контуры ровные, четкие. Размеры: продольный — 48 мм, передне-задний — 39 мм, поперечный — 50 мм. Форма грушевидная. Структура миометрия изменена, диффузно. Эндометрий: толщина функционального слоя — 8,8 мм, однородный, секреторного типа. Шейка матки: строение не изменено: цервикальный канал не расширен, линия смыкания четкая. Правый яичник: расположен типично, размерами 32 × 19 × 26 мм, строение — с фолликулами до 4 мм № 9, строма однородная. Левый яичник: расположен типично, размерами 30 × 20 × 28 мм, строение — с фолликулами до 4 мм № 8. Позадиматочное пространство: свободная жидкость, глубина кармана — 10 мм. Заключение: ультразвуковые признаки очаговой патологии не выявлены.

На примере данного случая видно, что ни общеклиническое обследование, ни МРТ и УЗИ матки и придатков не позволили четко определить причину болевого синдрома у пациентки. Окончательный диагноз удалось поставить только при лапароскопии.

Следует также отметить, что низкая диагностическая настороженность врачей в отношении аденомиоза как возможной причины менструальной дисфункции у девочек в подростковом возрасте нередко приводит не только к развитию

в последующем значительных нарушений репродуктивной функции, но и к выявлению чаще всего уже запущенных форм заболевания с формированием стойкого болевого синдрома и последующей инвалидизацией [7]¹.

Поскольку внутренний генитальный эндометриоз у девочек-подростков встречается крайне редко, особенно в узловой форме, и его верификация представляет трудности, связанные с неоднозначностью клинической картины и не всегда специфичными жалобами, диагностика данного заболевания сложна и, как правило, требует проведения комплексного обследования с применением инвазивных методик [8, 9].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

В клинику ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России из районного центра Краснодарского края с жалобами на периодические боли внизу живота, отмечаемые в течение последних 9 месяцев, направлена *пациентка К.*, 15 лет.

Из анамнеза: менархе в 14 лет. Менструации по 4–5 дней, через 28 дней, умеренные, иногда болезненные в 1-й день. Через 6 месяцев от начала менструации отметила болезненность в менструальные дни с тенденцией к нарастанию, в связи с чем обратилась к детскому гинекологу по месту жительства, который направил ее на госпитализацию.

При УЗИ и последующей спиральной томографии матки сделано заключение о наличии у пациентки диагноза «двууголая матка?». Проведено консервативное лечение; выписана с незначительным улучшением.

Ввиду возобновления болей и нарастания их интенсивности девочка повторно обратилась за медицинской помощью в клинику, где по результатам комплексного лабораторного обследования (общих анализов мочи и крови, микроскопического исследования мазка), как и в первом случае, какие-либо отклонения от нормы не обнаружили.

При *УЗИ от 20.05.2020 г.* установлено: «Тело матки: контуры ровные, четкие. Расположение *anteflexio*. Размеры: продольный — 43 мм, передне-задний — 32 мм, поперечный — 71 мм. Форма двууголая. Структура миометрия не изменена. Полость матки: визуализируются две гемиполости. Эндометрий: однородный, толщина функционального слоя справа — 6 мм, слева — 4 мм, однородный (рис. 6).

3D-реконструкция: визуализируются две гемиполости, слева — цилиндрической формы, соединена с цервикальным каналом; справа — овоидной формы, не соединяется с левой гемиполостью и цервикальным каналом. Шейка матки: одна, определяется. Строение не изменено: цервикальный канал не расширен, линия смыкания четкая. Правый яичник: определяется, расположен высоко, размерами 29 × 19 × 26 мм, строение — фолликулы до 4 мм № 8. Строма однородная. Левый яичник: определяется, расположен типично, размерами 33 × 21 × 29 мм, фолликулы до 4 мм № 9. Позадиматочное пространство: свободная жидкость, глубина кармана — 7 мм. Заключение: ультразвуковые признаки аномалии развития матки (рудиментарный функционирующий рог) (рис. 7).

УЗИ от 16.07.2020 г. (15-й день менструального цикла): матка отклонена влево, положение *anteflexio*, контуры ровные, четкие. Размеры: тело 41 × 21 × 26 мм, шейка 32 × 18 мм. Шеечно-маточный угол выражен. Эхо-структура миометрия не изменена. Эндометрий 5 мм, однородный. Яичники: расположены в углах матки. Правый: 35 × 19 × 30 мм, V = 10 см³.

Эхо- структура не изменена, содержит фолликулы max 6–8 мм, 6–8 шт. в срезе. Левый: 31 × 21 × 25 мм, V = 8,8 см³. Эхо-структура не изменена, содержит фолликулы max 6–8 мм, 6–8 шт. в срезе. Патологические образования: из правого ребра матки исходит объемное образование округлой формы 38 × 30 × 31 мм с полостью 20 × 20 мм, заполненной неоднородным жидкостным содержимым. Свободная жидкость: не выявлена. Заключение: двууголая матка с функционирующим замкнутым рогом справа.

УЗИ от 26.08.2020 г. Тело матки: определяется, контуры ровные, четкие, расположение *anteflexio*, смещена вправо. Размеры: продольный — 43 мм, передне-задний — 32 мм, поперечный — 35 мм. Форма однородная. Структура миометрия изменена, по правому ребру линейные гиперэхогенные включения (лигатуры). Полость матки. Эндометрий: толщина функционального слоя — 7 мм, секреторного типа. Шейка матки: одна, определяется. Строение не изменено: цервикальный канал не расширен, линия смыкания четкая. Правый яичник: определяется, расположен высоко, размерами 29 × 19 × 26 мм; строение — с фолликулами до 4 мм

Рис. 6. Эхограмма. Трансабдоминальное сканирование. Рудиментарный рог, гематометра
Fig. 6. Echogram. Transabdominal scanning. Cornua of uterus, hematometra

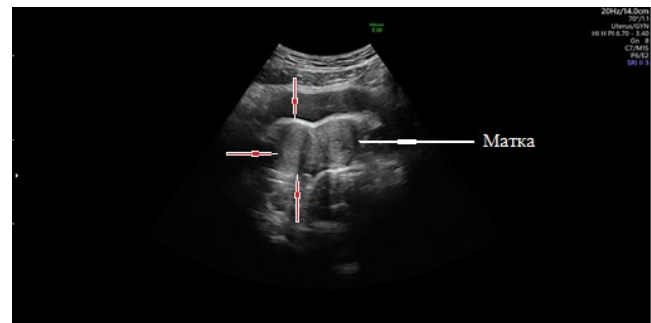
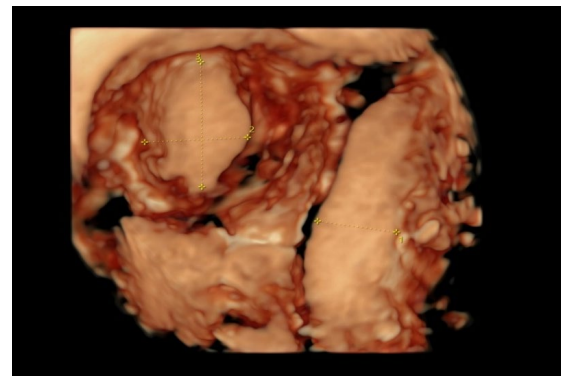


Рис. 7. Эхограмма. Трансректальное ультразвуковое исследование в 3D-режиме. Коронарный срез матки (полость матки цилиндрической формы, правый угол не определяется): рудиментарный рог, гематометра
Fig. 7. Echogram. Transrectal 3D ultrasound examination. Coronal section of uterus (cylindrical cavity of uterus, right angle not seen): cornua of uterus, hematometra



¹ Адамьян Л.В., ред. Сочетанные доброкачественные опухоли и гиперпластические процессы матки (миома, аденомиоз, гиперплазия эндометрия): клинические рекомендации по ведению больных. М.; 2015. 94 с.

№ 8, строма однородная. Левый яичник: определяется, расположен типично, размерами 32 × 19 × 28 мм; строение — с фолликулами до 4 мм № 9. Позадиматочное пространство: свободная жидкость, глубина кармана — 7 мм. Заключение: ультразвуковые признаки аномалии развития матки.

Пациентка направлена на оперативное лечение с диагнозом: *Порок развития половых органов. Удвоение матки. Замкнутый функционирующий рог матки справа.* Выполнены лапароскопия, удаление замкнутого функционирующего маточного рога справа, метропластика левой матки. Выписана

в удовлетворительном состоянии. Гистологическое заключение: аденомиоз маточного рога.

При последующем осмотре врачом гинекологического отделения для несовершеннолетних клиники отмечено: «Жалоб на момент осмотра не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное. Состояние после операции, удаление замкнутого функционирующего маточного рога справа».

Анализируя второй приведенный нами случай и сравнивая его с первым примером (*табл.*), считаем необходимым отметить, что схожесть клинических проявлений

Таблица / Table

Сравнительная характеристика пациенток
Comparison of patients

Характеристики / Parameters	Пациентка Я. / Patient Ya.	Пациентка К. / Patient K.
Дата рождения / Date of birth	09.04.2003 г. / 09.04.2003	25.09.2004 г. / 25.09.2004
Место жительства / Place of residence	Станица / Cossack village	Город (районный) / Town
Дата обращения в клинику ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России / Date of visit to the clinic at Kuban State Medical University of the Ministry of Health of Russia	18.02.2019 г. / 18.02.2019	20.05.2020 г. / 20.05.2020
Причина обращения (жалобы) / Reason for the visit (complaints)	Болезненные менструации, иногда с тошнотой и рвотой / Algomenorrhea, sometimes with nausea and vomiting	Периодически болезненные менструации, периодические боли внизу живота после менструации. Болевые приступы в июне и июле с нарастанием / Periodic algomenorrhea, periodic lower abdominal pain after periods. Episodes of ascending pain in June and July
Анамнез болевого синдрома / Pain syndrome	В течение последнего года / During the last year	Последние 9 месяцев / Last 9 months
Анамнез заболевания и предыдущие госпитализации / Medical history and past hospitalisations	С 03.04.2019 г. по 08.04.2019 г. находилась на лечении в гинекологическом отделении ГБУЗ «Кущевская центральная районная больница» Минздрава Краснодарского края. Диагноз: <i>Альгодисменорея. Врожденный порок развития. Аномалия развития матки (дополнительный рог).</i> / From 03 April 2019 to 08 April 2019, the patient was hospitalised at the Gynaecology Unit of Kuschevskaya Central District Hospital of the Ministry of Health of Krasnodar Territory. Diagnosis: <i>Algodismenorrhea. Congenital defect. Abnormal uterus (an extra horn).</i> 14.05–21.05.2019 г. — клиника ФГБОУ ВО «КубГМУ». Диагноз: <i>Аденомиоз матки, узловатая форма. Нарушение менструального цикла по типу дисменореи</i> / From 14 May to 21 May 2019 — clinic at Kuban State Medical University Diagnosis: <i>Nodular adenomyosis. Menstrual disorder (dysmenorrhea)</i>	В 2019 г. обратилась по месту жительства, госпитализирована. Проведена консервативная терапия с кратковременным эффектом. С 14.05.2020 г. — ноющие боли внизу живота, 18.05.2020 г. повторно госпитализирована в гинекологическое отделение по месту жительства. Установлен диагноз порока развития (замкнутый функционирующий рог матки). Болевые приступы в июне и июле с нарастанием. Направлена в Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова для оперативного лечения (15.07–27.07.2020 г.) / In 2019, the patient applied to the hospital at the place of her residence and was hospitalised. Conservative therapy was conducted with a short-lasting effect. From 14 May 2020 — dull lower abdominal pain; on 18 May 2020, the patient was again hospitalised to Gynaecology Unit at the place of her residence. Congenital defect (closed functional horn of uterus) was diagnosed. Episodes of ascending pain in June and July. The patient was referred to V. I. Kulakov National Medical Scientific Centre of Obstetrics, Gynaecology and Perinatal Medicine for surgery (from 15 July to 27 July 2020)

Характеристики / Parameters	Пациентка Я. / Patient Ya.	Пациентка К. / Patient K.
Менструации / Menstruation	Менархе в 13 лет, менструации через 30 дней, по 5–6 дней, умеренные, болезненные / Menarche at the age of 13 years; 30-day menstrual period, 5–6 days of moderate, painful menstruation	Менархе в 14 лет. Менструальный цикл регулярный, через 28 дней, по 4–5 дней, менструации умеренные, иногда болезненные в 1-й день. С сентября 2019 г. боли появились после менструации / Menarche at the age of 14 years. Regular 28-day menstrual period, 4–5 days of moderate, sometimes painful menstruation. In September 2019, pain appeared after periods
Данные гинекологического обследования / Pelvic examination results	Наружные половые органы сформированы правильно. Рост волос — Р4. Уретра и парауретральные железы без особенностей. Девственная плева кольцевидной формы, выделения слизистые. Бимануально: матка нормальных размеров, плотная, подвижная, при пальпации, безболезненная. Слева придатки не увеличены, при пальпации безболезненные. Справа не увеличены, при пальпации безболезненные / Normal external sex organs. Hair growth: P4. Normal urethra and paraurethral glands. Ring-shaped hymen, mucoid discharge. Bimanual examination: dense uterus of normal size, mobile, painless in palpation. Left adnexa not enlarged, painless in palpation. Right adnexa not enlarged, painless in palpation	Наружные половые органы сформированы правильно. Рост волос — Р4. Уретра и парауретральные железы без особенностей. Кожа и слизистые вульвы чистые, розовые. Девственная плева кольцевидной формы. Выделения слизистые. Бимануально: матка больше нормальных размеров, плотная, чувствительная при пальпации / Normal external sex organs. Hair growth: P4. Normal urethra and paraurethral glands. Clean, pink vulvar skin and mucosa. Ring-shaped hymen, mucoid discharge. Bimanual examination: dense uterus of normal size, sensitive in palpation.
Рост, см/масса, кг / Height, cm/ weight, kg	159/54	161/53
Предварительный диагноз / Provisional diagnosis	<i>Дисменорея / Dysmenorrhea</i>	<i>Дисменорея. Аномалия развития матки? / Dysmenorrhea. Abnormal uterus?</i>
Мазок / Swab	Норма / Normal	Норма / Normal
Общий анализ крови / Clinical blood assay	Норма / Normal	Норма / Normal
Общий анализ мочи / Urinalysis	Норма / Normal	Норма / Normal
Компьютерная (КТ)/магнитно-резонансная томография (МРТ) / Computer-aided tomography (CT)/ magnetic resonance imaging (MRI)	КТ от 05.04.2019 г.: область входа в малый таз с нормальной конфигурацией крыльев подвздошных костей, подвздошно-поясничных мышц. Визуализируемые отделы слепой и прямой кишки не изменены. Жировая ткань параректальной области и ишиоректальной ямки содержит жидкость. Матка в ортотопическом положении, умеренно смещена влево, с четкими контурами, размерами 41 × 46 × 28 мм. Миометрий однородной структуры и плотности. Полость матки четко прослеживается. Из перешейка матки слева исходит подобное по строению образование размерами 18 × 15 × 17 мм (имеет плотность миометрия, стенки, полость 5 мм). Придатки матки не изменены. Купол влагалища выглядит обычно. Адекватно заполненный мочевой пузырь имеет четкие контуры и нормальную толщину стенок. Заключение: КТ-признаки аномалии развития (двууголая матка, недоразвитый рог слева) / CT on 05 April 2019: pelvic opening area is characterised by normal configuration of wings of ilium, iliopsoas muscles. Visualised sections of caecum and rectum without alternations. Adipose tissue in pararectal and ischiorectal area contains some fluid. Uterus is orthotopic, moderately	КТ от 18.05.2020 г.: на серии томограмм органов малого таза матка нечетко визуализируется, имеет неправильную форму (двууголая в области дна?), размерами 28 × 56 × 56 мм и 31 × 60 × 56 мм, структура ее неоднородная. Границы нечеткие. Окружающая клетчатка не изменена. Яичники: размерами справа 21,5 × 19 мм, слева 27 × 27,6 мм. Визуализированные части толстой кишки и прямая кишка без особенностей, с отсутствием признаков утолщения стенок и опухолевого поражения. Параректальная клетчатка не инфильтрирована. Мочевой пузырь достаточно заполнен, нормальных размеров, стенка его не утолщена, содержимое обычной плотности. Крупные сосуды расположены обычно. Кости таза без признаков деструкции. Заключение: КТ-картина может соответствовать аномалии развития матки (двууголая матка?). / CT on 18 May 2020: on a series of tomographic pelvic images, uterus is not clear; it is irregularly shaped (bicornuate near the fundus?), measuring 28 × 56 × 56mm and 31 × 60 × 56mm, with non-homogeneous structure. Unclear contours. Adjacent cellular tissue is normal. Ovaries: right 21.5 × 19mm, left 27 × 27.6mm. Visualised sections of colon and

Характеристики / Parameters	Пациентка Я. / Patient Ya.	Пациентка К. / Patient K.
	displaced to the left, with clear contours, measuring 41 × 46 × 28mm. Myometrium has homogeneous structure and density. Cavity of uterus can be seen clearly. A 18 × 15 × 17mm mass with similar structure originates from isthmus of uterus on the left (it has the density of myometrium, walls, 5mm cavity). Uterine adnexa are normal. Vaginal vault is unremarkable. Adequately filled urinary bladder has clear contours and normal wall thickness. Conclusion: CT signs of abnormal development (bicornuate uterus with an underdeveloped left horn)	rectum are unremarkable, without any signs of wall thickening and tumour. Paranephric fat: not infiltrated. Urinary bladder is filled adequately, of regular size. Walls are not thickened; contents is of normal density. Location of large vessels is unremarkable. Pelvic bones do not show any signs of destruction. Conclusion: CT signs can correspond to abnormal uterus (bicornuate uterus?). МРТ от 16.07.2020 г.: МР-картина порока развития внутренних половых органов — однорогая матка с рудиментарным замкнутым функционирующим рогом справа / MRI on 16 July 2020: MRI signs of internal genital organ malformation: unicornuate uterus with a rudimentary functioning horn to the right
Другие исследования / Other examinations	Заключение патогистологического исследования (узел аденомиоза) от 17.05.2019 № 1555/1-5: Узловой аденомиоз / Pathohistological findings (adenomyosis node) dated 17 May 2019 No. 1555/1-5: Nodular adenomyosis	Заключение патогистологического исследования от 17.07.2020 г. № 4008/1-3: Аденомиоз маточного рога / Pathohistological findings dated 17 July 2019 No. 4008/1-3: Uterine horn adenomyosis
Данные ультразвукового исследования / Ultrasound findings	От 22.04.2019 г.: ультразвуковые признаки очагового образования миометрия (узел аденомиоза? добавочный рог?). / 22 April 2019: ultrasound signs of a focal mass in myometrium (adenomyosis node? extra horn?). От 20.05.2019 г.: ультразвуковые признаки очаговой патологии не выявлены. Диффузные изменения в миометрии. / 20 May 2019: no ultrasound signs of focal mass. Diffuse changes in myometrium. От 18.11.2019 г. (после операции): ультразвуковые признаки очаговой патологии не выявлены. / 18 November 2019 (after surgery): no ultrasound signs of focal mass. От 14.08.2020 г.: ультразвуковые признаки очаговой патологии не выявлены / 14 August 2020: no ultrasound signs of focal mass	От 20.05.2020 г.: ультразвуковые признаки аномалии развития матки (рудиментарный функционирующий рог). / 20 May 2020: ultrasound signs of abnormal uterus (rudimentary functioning horn). От 16.07.2020 г.: двуорогая матка с функционирующим замкнутым рогом справа. / 16 July 2020: Bicornuate uterus with a functioning closed horn to the left. От 26.08.2020 г.: ультразвуковые признаки аномалии развития матки / 26 August 2020: ultrasound signs of abnormal uterus
Диагноз по результатам ультразвукового исследования / Diagnosis based on ultrasound findings	22.04.19 г.: Ультразвуковые признаки очагового образования миометрия (узел аденомиоза? добавочный рог?) / 22 April 2019: ultrasound signs of a focal mass in myometrium (adenomyosis node? extra horn?)	20.05.2020 г.: Ультразвуковые признаки аномалии развития матки (рудиментарный функционирующий рог) / 20 May 2020: ultrasound signs of abnormal uterus (rudimentary functioning horn)
Операции / Surgeries	15.05.2019 г.: лапароскопия, удаление узлового аденомиоза матки под контролем лапароскопической эхографии / 15 May 2019: Laparoscopy, excision of nodular adenomyosis with the help of laparoscopic echography	17.07.2020 г.: лапароскопия, удаление замкнутого функционирующего маточного рога справа, метропластика левой матки / 17 July 2020: Laparoscopy, excision of the functioning closed horn to the right; metroplasty of the left part of uterus
Заключительный диагноз / Final diagnosis	Аденомиоз матки, узловая форма. Нарушение менструального цикла по типу дисменореи. 15.05.2019 г. — операция: лапароскопия. Удаление узлового аденомиоза матки под контролем лапароскопической эхографии / Nodular adenomyosis. Menstrual disorder (dysmenorrhea). 15 May 2019 — surgery (laparoscopy). Excision of nodular adenomyosis with the help of laparoscopic echography.	Двуорогая матка с функционирующим замкнутым рогом справа / Bicornuate uterus with a functioning closed horn to the left

при различии вызывающих их причин — достаточно распространенное явление во всех областях медицины. Не является исключением детская гинекология с приведенными выше примерами таких разных состояний, как аденомиоз и порок развития матки.

При этом, как показывает практика, ни большой клинический опыт врача, ни самый современный уровень диагностической аппаратуры не гарантируют безошибочного распознавания указанных заболеваний, и часто единственным способом верификации диагноза остается диагностическая лапароскопия.

ОБСУЖДЕНИЕ

Необходимо отметить, что исследования, посвященные дифференциальной диагностике эндометриоза у подростков, особенно его редких форм, проводятся нечасто и не систематизированы. Поэтому приведенные в настоящей работе примеры подчеркивают важность изменения устоявшегося мнения об эндометриозе как о «взрослой» болезни и более широкого использования в диагностическом поиске новых методов и подходов. При этом следует сказать, что, несмотря на активное и широкое внедрение в гинекологию, в том числе и детскую, разнообразных малоинвазивных хирургических технологий, далеко не все врачи признают диагностическую лапароскопию методом выбора при острых гинекологических заболеваниях у девочек [10]².

В статье представлен сравнительный анализ двух наблюдений девочек-подростков с практически одинаковой клинической картиной абдоминального болевого синдрома, схожими результатами лабораторно-инструментального обследования, отсутствием эффекта от обычно проводимой в таких случаях медикаментозной терапии. Только принятие решения о проведении диагностического эндоскопическо-

го вмешательства позволило у одной пациентки выявить редкую для подросткового возраста узловую форму внутреннего генитального эндометриоза, а у второй — аномалию развития — замкнутый функционирующий маточный рог.


ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В нашей работе показана необходимость постоянной настороженности детских гинекологов в отношении выявления участвующих не свойственных подросткам «взрослых» гинекологических заболеваний, требующих расширения показаний для более решительного применения эндоскопических способов диагностики и лечения.

К сожалению, недостаток исследований о преимуществах перехода экстренных хирургических служб детского стационара на применение минимально инвазивных методов лечения, отсутствие разработанных клинических рекомендаций и порядка оказания медицинской помощи при таких неотложных состояниях в детской гинекологии, затрудняет принятие решения об использовании эндохирurgicalических методов [11, 12].

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Матейкович Е.А., Шевлюкова Т.П., Кукарская Е.Ю. и др. Медицинские ошибки при оказании акушерско-гинекологической помощи. Современные проблемы науки и образования. 2018; 5. [Mateykovich E.A., Shevlyukova T.P., Kukarskaya E.Yu. et al. Medical errors with assurance of obstetric-gynecological assistance. Modern Problems of Science and Education. 2018; 5. (in Russian)]. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=27991> (дата обращения — 02.01.2022).
2. Павленко Н.И., Пискалков А.В., Кролевец Э.Н. Анализ работы Омской области по оказанию помощи девочкам и подросткам с патологией органов репродуктивной системы за 2016–2019 гг. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2020; 16(2): 5–10. [Pavlenko N.I., Pisklakov A.V., Krolevets E.N. Analysis of the work of the Omsk Region in assisting girls and adolescents with the reproductive system pathology for 2016–2019. Pediatric and Adolescent Reproductive Health. 2020; 16(2): 5–10. (in Russian)]. DOI: 10.33029/1816-2134-2020-16-1-5-10
3. Дьяконова Е.Ю., Хроленко П.В., Бекин А.С. Дифференциальная диагностика абдоминального болевого синдрома у девочек. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2021; 17(2): 84–9. [Dyakonova E.Yu., Khrolenko P.V., Bekin A.S. Differential diagnosis of abdominal pain syndrome in girls. Pediatric and Adolescent Reproductive Health. 2021; 17(2): 84–9. (in Russian)]
4. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Шарков С.М. и др. «Острый живот» у девочек-подростков. Особенности дифференциальной диагностики. Детская хирургия. 2019; 23(2): 86–90. [Adamyan L.V., Sibirskaia E.V., Sharkov S.M. et al. Features of abdomen in adolescent girls. Features of differential diagnosis. Pediatric Surgery. 2019; 23(2): 86–90. (in Russian)]
5. Борисова З.К., Рыжова Н.К., Гаревская Ю.А. Заболеваемость девушек-подростков, связанная с репродуктивным здоровьем (по данным целевого гинекологического обследования). Медицинский альманах. 2009; 9(4): 111–14. [Borisova Z.K., Ryzhova N.K., Garevskaya Yu.A. The disease incidence among adolescent girls connected with reproductive health. Medical Almanac. 2009; 9(4): 111–14. (in Russian)]
6. Курганская Г.М., Романова Т.А., Шальнева Т.В. Динамика репродуктивного здоровья девочек и девушек-подростков Белгородской области с 2016 по 2018 г. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2020; 16(1): 26–34. [Kurganskaya G.M., Romanova T.A., Shalneva T.V. Dynamics of reproductive health of

- girls and adolescents in Belgorod region from 2016 to 2018 years. Pediatric and Adolescent Reproductive Health. 2020; 16(1): 26–34. (in Russian)]. DOI: 10.33029/1816-2134-2020-16-1-26-34
7. Vercellini P., Crosignani P. Epidemiology of endometriosis. In: Brosen I., Donnez J., eds. The current status of endometriosis. Carnforth, UK; 1993: 111–30.
8. Аханкина Е.С., Батырова З.К., Чупрынин В.Д. и др. Особенности ведения девочек с аномалиями развития мочеполовой системы. Гинекология. 2021; 23(3): 245–9. [Akhapkina E.S., Batyrova Z.K., Chuprynin V.D. et al. Features of the management of girls with anomalies of the genitourinary system. Gynecology. 2021; 23(3): 245–9. (in Russian)]
9. Разумовский А.Ю., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н. Эндоскопическая хирургия в педиатрии. Руководство для врачей. М.: GEOTAR-Media; 2016. 598 с. [Razumovsky A.Yu., Dronov A.F., Smirnov A.N. Endoscopic surgery in pediatrics. M.: GEOTAR-Media; 2016. 598 p. (in Russian)]
10. Яцык С.П., Поддубный И.В., Глыбина Т.М. и др. Малоинвазивная тактика и междисциплинарный подход специалистов в лечении сочетанных врожденных пороков развития мочеполовой сферы у девочек. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2015; 5: 66–72. [Yatsyk S.P., Poddubnyi I.V., Glybina T.M. et al. Minimal-invasive tactics and interdisciplinary approach to the treatment of confidential combined urogenital malformations in girls. Pediatric and Adolescent Reproductive Health. 2015; 5: 66–72. (in Russian)]
11. Комличенко Э.В., Петренко Е.В., Кохреидзе Н.А. и др. Робот-ассистированная лапароскопия: история метода и перспективы развития в педиатрии и детской гинекологии. Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга. 2020; 3–4: 14–17. [Komlichenko E.V., Petrenko E.V., Kohreidze N.A. et al. Robot-assisted surgery: the history and future perspectives in pediatrics and pediatric gynecology. Obstetrics and Gynaecology of Saint-Petersburg. 2020; 3–4: 14–17. (in Russian)]
12. Соколов Ю.Ю., Недумов Ю.Н., Коровин С.А. и др. Опыт организации круглосуточной лапароскопической службы в детском хирургическом стационаре. Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2012; 3: 39–76. [Sokolov Yu.Yu., Nedumov Yu.N., Korovin S.A. et al. Experience in organizing the round-the clock laparoscopic service in a children's surgical hospital. Russian Academy of Medical Sciences. Bulletin of the National Research Institute of Public Health. 2012; 3: 39–76. (in Russian)] 

Поступила / Received: 29.09.2021

Принята к публикации / Accepted: 02.11.2021

² Уварова Е.В., Филиппов О.С., Ипполитова М.Ф. и др. Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2020; 16(4): 6–49.