

© CC BY Коллектив авторов, 2025
 УДК 616.756.26-006
<https://doi.org/10.24884/0042-4625-2025-184-6-29-37>

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОБРАЗОВАНИЯМ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ В ПРАКТИКЕ ГИНЕКОЛОГА

В. Ф. Беженарь, В. Ю. Ульченко, А. Э. Григорян*, Д. В. Федосова, А. Б. Исмогулова, А. Б. Тодуа, И. А. Кузнецова, А. С. Смирнов

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8

Поступила в редакцию 06.07.2025 г.; принята к печати 12.11.2025 г.

ВВЕДЕНИЕ. Образования паховой области у женщин имеют различную этиологию и включают как хирургические, так и гинекологические патологии, что определяет сложность дифференциальной диагностики. Основное внимание уделено дифференциальной диагностике экстрагенитального эндометриоза паховой локализации и врожденной аномалии – кисты канала Нука.

ЦЕЛЬ. Проанализировать клиничко-анамнестические, инструментальные и морфологические особенности образований паховой области у женщин репродуктивного возраста.

МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ. В исследование включены шесть пациенток репродуктивного возраста с образованиями паховой области. Оценивались анамнестические данные, клинические симптомы, результаты УЗИ, МРТ, объем оперативного вмешательства и гистологическое заключение. Количественные показатели представлены как медиана (Me) и межквартильный интервал [Q1; Q3].

РЕЗУЛЬТАТЫ. Медианный возраст составил 43 [39; 44] года, индекс массы тела – 20,4 [19,1; 22,1] кг/м². Катаменальные симптомы выявлены у 50 % пациенток, медиана выраженности боли по ВАШ – 0 [0; 8]. В 67 % случаев по данным предоперационной визуализации предполагалась киста канала Нука. Морфологически киста канала Нука подтверждена у 4 (67 %) пациенток, эндометриоз круглой связки выявлен у 2 (33 %) пациенток. Всем пациенткам выполнено хирургическое лечение, послеоперационных осложнений не отмечено.

ВЫВОДЫ. Представленные клинические наблюдения иллюстрируют диагностическую сложность данных состояний. Обоснована необходимость применения мультидисциплинарного подхода, использования высокоинформативных методов визуализации, а также хирургической верификации диагноза.

Ключевые слова: экстрагенитальный эндометриоз, паховая область, круглая связка матки, киста канала Нука, магнитно-резонансная томография

Для цитирования: Беженарь В. Ф., Ульченко В. Ю., Григорян А. Э., Федосова Д. В., Исмогулова А. Б., Тодуа А. Б., Кузнецова И. А., Смирнов А. С. Дифференцированный подход к образованиям паховой области в практике гинеколога. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2025;184(6):29–37. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2025-184-6-29-37>.

* **Автор для связи:** Анна Эдуардовна Григорян, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. E-mail: Annagrigoryan2112@mail.ru.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF INGUINAL REGION MASSES IN GYNECOLOGICAL PRACTICE

Vitaliy F. Bezhenar, Vyacheslav Yu. Ulchenko, Anna E. Grigorian*, Dariya V. Fedosova, Aisha B. Ismogulova, Anna B. Todua, Irina A. Kuznecova, Aleksandr S. Smirnov

Pavlov University
 6-8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russia

Received 06.07.2025; accepted 12.11.2025

INTRODUCTION. Inguinal masses in women have heterogeneous etiologies and include both surgical and gynecological pathologies, which makes differential diagnosis challenging. Particular focus is placed on distinguishing inguinal extragenital endometriosis from a congenital abnormality – the cyst of the canal of Nuck.

The **OBJECTIVE** was to analyze the clinical and anamnestic, instrumental, and morphological characteristics of inguinal masses in women of reproductive age.

METHODS AND MATERIALS. The study included six reproductive-age women presenting with inguinal masses. Medical history, clinical symptoms, ultrasound (US) and magnetic resonance imaging (MRI) findings, type of surgical intervention, and histopathological evaluation were analyzed. Quantitative variables are presented as median (Me) and interquartile range [Q1; Q3].

RESULTS. The median age was 43 [39; 44] years, and the median body mass index was 20.4 [19.1; 22.1] kg/m². Catamenial symptoms were observed in 50 % of patients, and the median pain severity score using the Visual Analogue Scale was 0 [0; 8]. Preoperative imaging suggested the cyst of the canal of Nuck in 67 % of cases. Histopathological

examination confirmed the cyst of the canal of Nuck in four (67 %) patients, whereas in two (33 %) patients, round ligament endometriosis was identified. All patients underwent surgical treatment, and no postoperative complications occurred. CONCLUSIONS. The presented clinical observations illustrate the diagnostic complexity of inguinal masses in women. The findings support the necessity of a multidisciplinary approach, the use of high-resolution imaging modalities, and surgical verification for definitive diagnosis.

Keywords: *extragenital endometriosis, inguinal region, round ligament of the uterus, cyst of the canal of Nuck, magnetic resonance imaging*

For citation: Bezhenar V. F., Ulchenko V. Yu., Grigorian A. E., Fedosova D. V., Ismogulova A. B., Kuznecova I. A., Smirnov A. S. Differential diagnosis of inguinal region masses in gynecological practice. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2025;184(6):29–37. (In Russ.). <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2025-184-6-29-37>.

* **Corresponding author:** Anna E. Grigorian, Pavlov University, 6-8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russia. E-mail: Annagrigoryan2112@mail.ru.

Введение. Образования паховой области у женщин представляют собой гетерогенную группу патологий, включающую как хирургические, так и гинекологические причины, что делает дифференциальную диагностику особенно сложной. Она включает такие нозологические формы, как эндометриоидный инфильтрат круглой маточной связки, паховые грыжи, липомы, лимфаденопатии, злокачественные новообразования данной области и кисты канала Нука. Эндометриоз – это хроническое заболевание, при котором ткань, морфологически и функционально сходная с эндометрием, обнаруживается вне полости матки [1]. По данным различных эпидемиологических исследований, распространенность эндометриоза среди женщин репродуктивного возраста в Российской Федерации составляет от 10 до 15 %, а среди пациенток с бесплодием – достигает 30–50 % [2]. В большинстве случаев очаги эндометриоза локализуются в пределах малого таза – на яичниках, маточных трубах, брюшине и ретроцервикальной области. Однако в ряде случаев гетеротопии формируются за пределами органов репродуктивной системы. Такая форма заболевания классифицируется как экстрагенитальный эндометриоз [3, 4], при котором наиболее часто поражается кишечник, мочевого пузырь, легкие и послеоперационные рубцы, что значительно усложняет клиническую картину и требует дифференцированного подхода к диагностике [5–7]. Согласно литературным данным, экстрагенитальные формы встречаются у 6–8 % пациенток с эндометриозом и одной из наименее типичных локализаций является паховая область, на которую приходится лишь 0,3–0,6 % всех случаев заболевания [8–10]. Эндометриоз в паховой области чаще всего односторонний, преимущественно с правосторонней локализацией [11, 12]. Как правило, поражается внебрюшинная часть круглой связки матки, паховые лимфоузлы, подкожная жировая клетчатка. Основным клиническим проявлением является пальпируемое образование в паховой области, размер которого может варьировать в зависимости от фазы менструального цикла, нередко сопровождаемая циклическими болями [13–15].

Несмотря на широкий спектр патологий паховой области, особое значение в дифференциальной диагностике эндометриоза паховой локализации имеет киста канала Нука [16]. Последняя представляет со-

бой врожденную аномалию, обусловленную неполной облитерацией влагалищного отростка брюшины, что приводит к формированию жидкостного образования вдоль круглой связки матки. Одно из первых описаний кистозной опухоли, локализующейся в паховом канале и распространяющейся вдоль круглой связки матки, принадлежит нидерландскому профессору Антону Нуку и внесло важный вклад в формирование ранних представлений о данной патологии [17]. Клинически киста канала Нука проявляется как безболезненное или умеренно болезненное образование в паховой области, нередко принимаемое за грыжу или эндометриоидный инфильтрат. Канал Нука, будучи дивертикулом брюшины, рассматривается как потенциальная локализация для возникновения эктопических очагов эндометриоза, способных впоследствии прогрессировать в эндометриоидные кисты [18].

Дополнительные диагностические сложности связаны с тем, что клиницисты редко рассматривают образования в паховой области как проявление гинекологической патологии, особенно при отсутствии выраженной цикличности симптомов. Учитывая возможное морфологическое и клиническое сходство, дифференциация между этими состояниями требует применения высокоинформативных методов визуализации, таких как ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография (МРТ) с контрастированием [11]. Однако интерпретация результатов зачастую остается ограниченной, особенно вне специализированных центров [19–21].

В работе представлен анализ шести клинических наблюдений образований паховой области у женщин репродуктивного возраста, данные которых систематизированы в сводной таблице (*таблица*). Для детального рассмотрения особенностей диагностики и лечения представлены два наиболее показательных случая, демонстрирующих разные патологии: эндометриоз круглой связки матки и кисту канала Нука.

Цель исследования – проанализировать клинико-анамнестические, инструментальные и морфологические особенности образований паховой области у женщин репродуктивного возраста, обусловленных эндометриозом круглой связки матки и кистой канала Нука.

Клиническая характеристика пациентов

Clinical characteristics of patients

№ пп	Возраст	ИМТ	Паритет	Кесарево сечение в анамнезе	Образование в паховой области	Дисменорея (баллы по ВАШ)	ХТБ	Катаменияльные симптомы	НГЭ в анамнезе	Хирургические вмешательства	Предварительный диагноз по данным УЗИ/МРТ	Гистологическое заключение
1	44	22,1	1	1	+	10	+	+	+	1983 г. – ЛТ. Тонкокишечная непроходимость. Резекция кишки. 2006 г. – ЛСК. Двусторонняя овариоэктомия	Эндометриоидный инфильтрат правой паховой канала	Эндометриоидный инфильтрат правой круглой связки
2	46	20,3	1	0	+	0	+	+	-	1999 г. – ЛТ. Аппендэктомия. Резекция тонкой кишки	Эндометриоидная киста правой паховой области?	Киста канала Нука справа
3	43	18,8	1	0	+	0	-	-	-	-	Киста канала Нука справа	Киста канала Нука справа
4	39	20,5	0	0	-	0	+	-	+	2008 г. – ЛСК. Овариоэктомия справа. 2004 г. – ЛТ. Аппендэктомия	Кисты канала Нука	Двусторонние кисты канала Нука
5	43	23,5	2	0	+	0	-	+	-	-	Эндометриоидная киста правого пахового канала	Киста канала Нука справа
6	20	19,1	0	0	+	8	+	-	-	-	Киста канала Нука справа	Эндометриоидная киста правой круглой связки

Методы и материалы. В исследование включены шесть пациенток репродуктивного возраста с образованиями паховой области, по данным предоперационного обследования расцененными как эндометриоидное поражение круглой связки матки или киста канала Нука.

Всем пациенткам выполнялось хирургическое лечение с иссечением образования паховой области с последующей морфологической верификацией диагноза. Гистологическое исследование проводилось по стандартному протоколу с использованием окраски гематоксилин-эозином и окраски по Перлсу.

Количественные показатели (возраст, индекс массы тела, балл по ВАШ) представлены в виде медианы и межквартильного интервала – Me [Q1; Q3] ввиду малого объема выборки и ненормального распределения. Категориальные признаки описывались в абсолютных значениях и процентах.

Результаты. Медианный возраст составил 43 [39; 44] лет, индекс массы тела – 20,4 [19,1; 22,1] кг/м². Пальпируемое образование в паховой области выявлено у 5 из 6 пациенток (83 %), в одном случае поражение носило двусторонний характер и не сопровождалось отчетливым пальпируемым образованием. Хроническая тазовая боль отмечена у 4 пациенток (66,7 %), катаменияльные симптомы – у 3 (50 %). Дисменорея зарегистрирована у двух пациенток (33 %), медианный балл по визуально-аналоговой шкале составил 0 [0; 8]. В анамнезе кесарево сечение отмечено у 1 пациентки (17 %), медиана паритета составила 1 [0; 1].

По данным предоперационной визуализации (УЗИ/МРТ) у трех пациенток в качестве предполагаемого диагноза заподозрен эндометриоидный инфильтрат или эндометриоидная киста паховой локализации и в четырех случаях – киста канала Нука. При этом окончательная морфологическая верификация показала, что у 4 пациенток (67 %) имелась киста канала Нука (в одном случае двусторонняя), и в 2 случаях (33 %) диагностирован эндометриоз круглой связки матки.

Хирургическое лечение с комбинированным использованием лапароскопического и пахового доступа выполнено у пяти пациенток. Особого упоминания заслуживает клиническое наблюдение пациентки № 6, в котором, в отличие от остальных случаев, удаление образования паховой области было выполнено лапароскопическим доступом в рамках комбинированного оперативного вмешательства, без применения отдельного разреза в паховой области. Объем вмешательства включал лапароскопическое удаление кисты канала Нука справа, адгезиолизис, иссечение очага эндометриоза брюшины Дугласова пространства слева и аппендэктомию. При этом предоперационно образование трактовалось как киста канала Нука, тогда как по данным гистологического исследования был верифицирован эндометриоидный характер кисты.

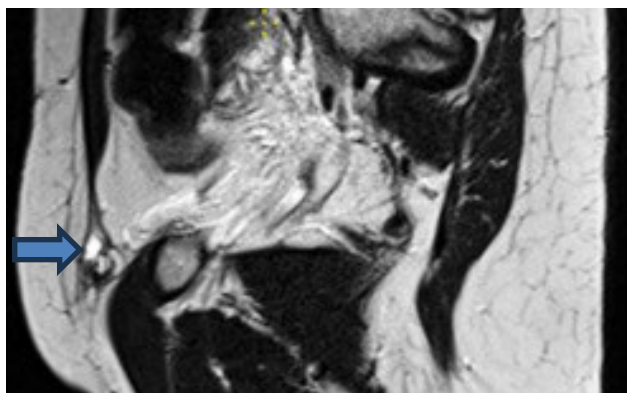


Рис. 1. МРТ, T2-взвешенное изображение. Фиброзное образование паховой области с геморрагическими включениями
Fig. 1. MRI, T2-weighted image. Fibrotic mass in the inguinal region with hemorrhagic components

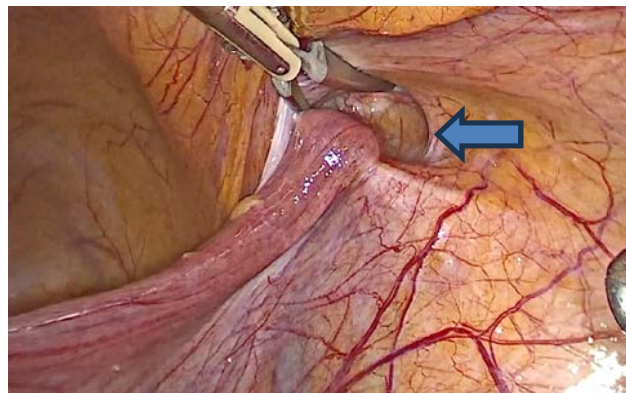


Рис. 2. Лапароскопия: расширение внутреннего пахового кольца справа
Fig. 2. Laparoscopic view: dilated internal inguinal ring on the right side

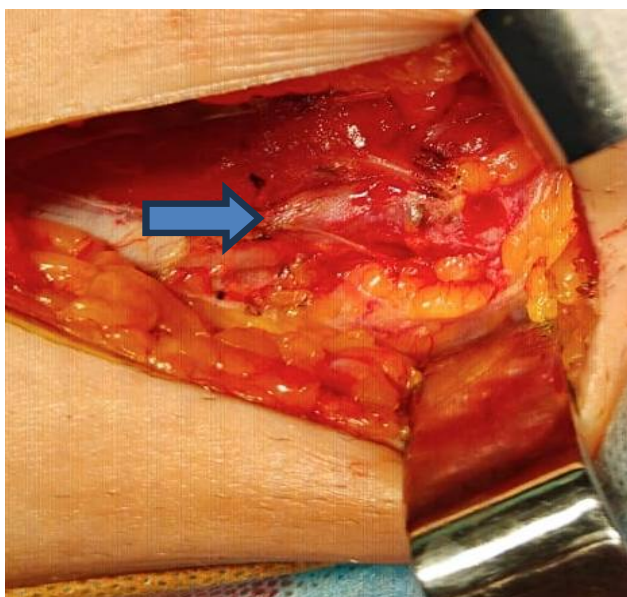


Рис. 3. Эндометриоидный инфильтрат правой круглой связки
Fig. 3. Deep endometriotic infiltrate of the right round ligament



Рис. 4. Эндометриоидный инфильтрат правой круглой связки
Fig. 4. Deep endometriotic infiltrate of the right round ligament

Послеоперационный период у всех пациенток протекал без осложнений, выписаны в удовлетворительном состоянии на 6–7-е сутки.

Клинический случай № 1. Пациентка 44 лет поступила в клинику с диагнозом: наружный генитальный эндометриоз IV ст., инфильтративная форма. Ретроцервикальный эндометриоидный инфильтрат. Эндометриома правого яичника. Экстрагенитальный эндометриоз. Эндометриоидный инфильтрат правого пахового канала.

Пациентка предъявляла жалобы на тянущие боли внизу живота вне менструации с интенсивностью 5 баллов по ВАШ, болезненные менструации 10 баллов по ВАШ, отсутствие наступления беременности в течение 2 лет (при нерегулярной половой жизни).

Менархе в 16 лет, менструации регулярные по 3–4 дня через 28 дней, болезненные, умеренные. Беременностей 1, роды 1 (2017 г. путем операции кесарева сечения). Из анамнеза известно, что в воз-

расте 3 лет (1983 г.) прооперирована по поводу тонкокишечной непроходимости, вызванной кишечной инвагинацией. В 2000 г. в связи с подозрением на эктопическую беременность выполнена диагностическая лапароскопия (диагноз не подтвержден), в 2006 г. выполнена лапароскопическая двусторонняя овариоцистэктомия по поводу эндометриоидных кист яичников, в послеоперационном периоде гормон-модулирующую терапию не получала.

Данные клинико-лабораторного обследования в пределах референсных значений. По данным анализа крови на онкомаркеры: СА-125 – 59,7 Ед/мл, НЕ4 – 62,48 пмоль/л, индекс ROMA – 12,98 %. Анализ крови на антимюллеров гормон – 0,32 нг/мл.

При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в правой паховой области, в проекции наружного отверстия пахового канала пальпируется малоподвижный инфильтрат плотнoэластической консистенции размерами 2×2 см. Симптом кашлевого толчка отрицательный.

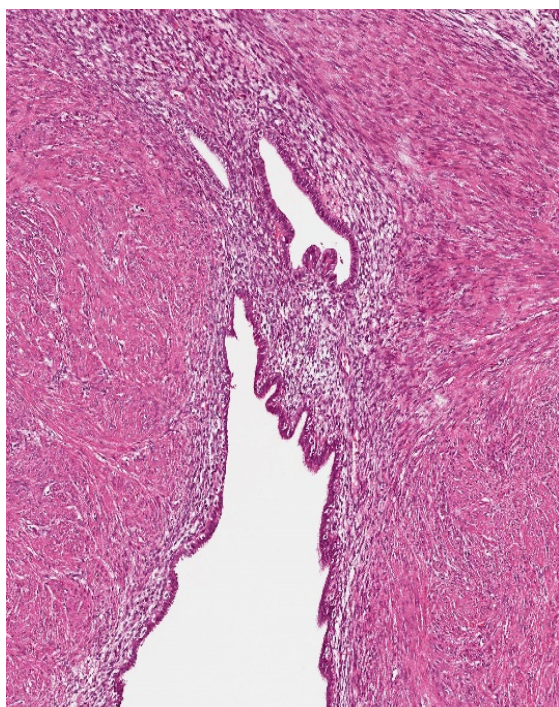


Рис. 5. Гистологическое изображение эндометриоидного инфильтрата круглой связки. Окраска гематоксилин-эозин. Увеличение $\times 100$

Fig. 5. Histopathological specimen of endometriotic infiltrate of the round ligament. Hematoxylin and eosin (H&E) staining. $\times 100$

По данным УЗИ органов малого таза матка размерами 5,4×5,2×5,4 см. В передней стенке в нижней трети послеоперационный рубец толщиной 0,6 см. Эндометрий толщиной 0,5 см. Правый яичник размерами 6,8×6,0 см, содержит гладкостенное образование с мелкодисперсной взвесью размерами 5,4×4,8 см. Левый яичник размерами 3,4×2,0 см, контуры нечеткие. По данным МРТ органов малого таза в паховом канале справа определяются фиброзные изменения с наличием геморрагических включений общим размером 2,5×1,3×2,0 см (рис. 1).

Пациентке выполнена лапароскопия (рис. 2), адгезиолизис, иссечение ретроцервикального эндометриоидного инфильтрата и эндометриоидного инфильтрата брюшины мочевого пузыря, овариоцистэктомия справа, введение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, в ткань яичников, биопсия эндометрия.

Далее выполнен косой разрез длиной 5 см на 2 см выше паховой складки справа. Вскрыт паховый канал. На круглой связке обнаружен эндометриоидный инфильтрат размерами 3,0×2,0 см, в спаечных сращениях с наружной косой мышцей живота (рис. 3). При помощи ножниц выполнен адгезиолизис, иссечение эндометриоидного инфильтрата круглой связки с ее частичной резекцией (рис. 4). Пластика передней стенки правого пахового канала по Кимбаровскому.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 7-е сутки.

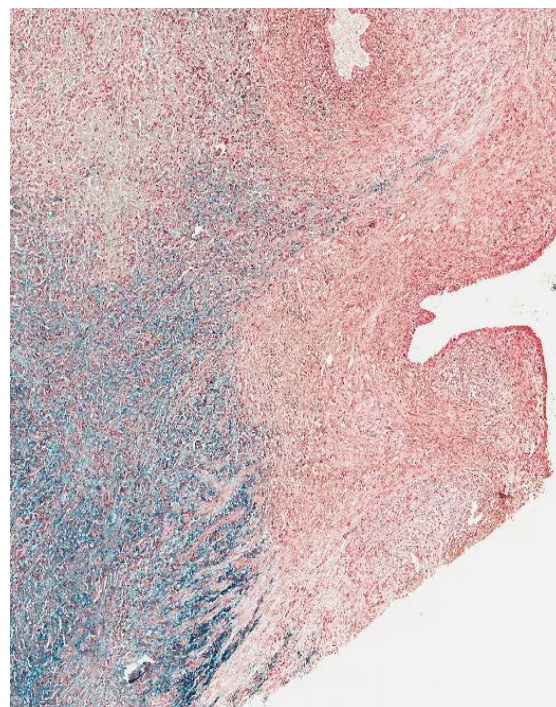


Рис. 6. Гистологическое изображение эндометриоидного инфильтрата круглой связки. Окраска по Перлсу. Увеличение $\times 100$

Fig. 6. Histopathological specimen of endometriotic infiltrate in the round ligament. Prussian blue (Perls) staining for hemosiderin. $\times 100$

По данным морфологического исследования диагностирован эндометриоз круглой связки за счет наличия в материале фиброзно-жировой ткани с эктопией цитогенной стромы и эндометриальных желез, часть из которых кистозно расширены, а также фокусами гемосидероза (рис. 5, 6).

Клинический случай № 2. Пациентка 46 лет поступила на гинекологическое отделение в связи с наличием синдрома хронической тазовой боли, 6 месяцев назад отметила появление опухолевидного образования в правой паховой области и жалобы на периодические тянущие боли в паховой области справа с иррадиацией в правую нижнюю конечность и ягодицу соответственно 6 баллам по ВАШ.

У гинеколога пациентка наблюдалась нерегулярно. Менархе в 15 лет, регулярные менструации по 5–6 дней через 27 дней, умеренные, безболезненные. Беременностей 3, 1 роды через естественные родовые пути, 1 самопроизвольный выкидыш, 1 медикаментозный аборт. Из анамнеза известно, что в 1999 г. пациентке выполнена лапаротомия по Волковичу–Дьяконову, аппендэктомия, резекция тонкого кишечника с формированием анастомоза «конец-в-конец».

Пациентка обследована на догоспитальном этапе. Данные клинко-лабораторного обследования в пределах референсных значений. Живот округлой формы, не вздут, в области правой паховой складки определяется локальное выпячивание размерами 3×2 см, при пальпации умеренно подвижное, чувствительное, симптом кашлевого



Рис. 7. Опухолевидное образование правой паховой складки
Fig. 7. Cystic lump at the right inguinal fold

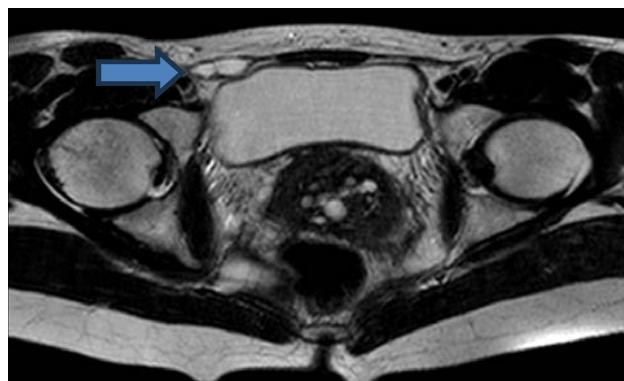


Рис. 8. МРТ, T2-взвешенное изображение. Кистозное тонкостенное образование с тонкими перегородками
Fig. 8. MRI, T2-weighted image. Thin-walled cystic lesion with delicate septations

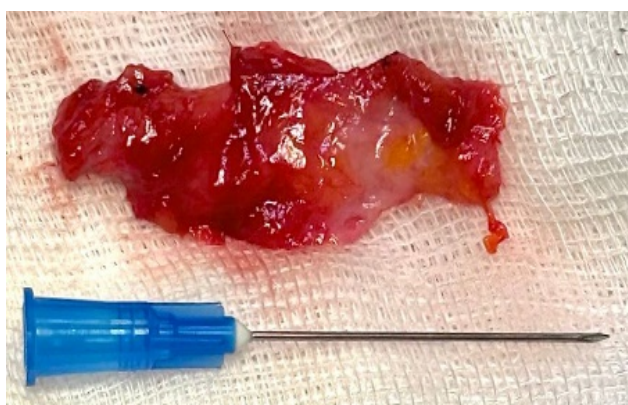


Рис. 9. Киста канала Нука
Fig. 9. Cyst of the canal of Nuck

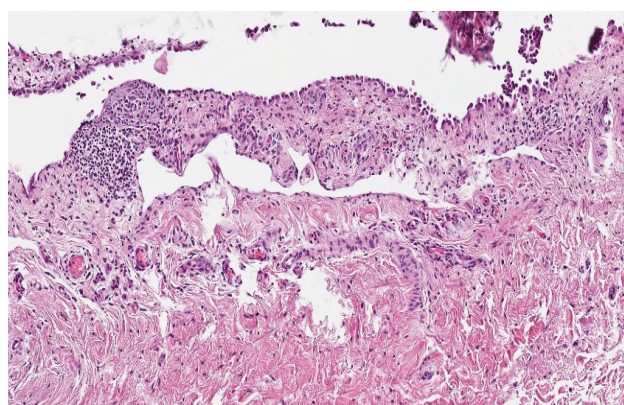


Рис. 10. Гистологическое изображение кисты канала Нука. Окраска гематоксилин-эозин. Увеличение $\times 200$
Fig. 10. Histopathological specimen of the cyst of the canal of Nuck. Hematoxylin and eosin (H&E) staining. $\times 200$

толчка отрицательный (рис. 7). При бимануальном влагалищном исследовании правые придатки увеличены за счет туго-эластичного образования в диаметре до 4 см, безболезненные.

По данным УЗИ малого таза определяется кистозное образование в паховой области справа размерами 3×2 см. Матка грушевидной формы, размерами 6,4×6,3×4,8 см. Эндометрий толщиной 0,6 см. Левый яичник размерами 2,5×1,8 см. Правый яичник размерами 3,0×1,7 см. В проекции яичника лоцируется анэхогенная аваскулярная параовариальная киста с тонкой перегородкой 3,2×1,0 см. По данным МРТ органов малого таза справа в паховой области кпереди от паховых сосудов по направлению к большой половой губе обнаружено кистозное тонкостенное образование вытянутой формы размером 3,5×1,6 см, с тонкими перегородками в структуре, без папиллярных разрастаний, с серозным содержимым (рис. 8). Стенки образования умеренно накапливают контраст. Правый яичник размерами 3,0×2,0 см. Параовариально визуализируется киста в диаметре до 3,5 см с серозным содержимым.

На основании жалоб, данных объективного осмотра и инструментальных исследований установ-

лен предварительный диагноз: эндометриоидная киста правой паховой области? Киста канала Нука справа? Параовариальная киста справа. Синдром хронической тазовой боли (6 б по ВАШ).

Пациентке выполнена лапароскопия, удаление параовариальной кисты справа. Далее произведен разрез в проекции правого наружного кольца пахового канала. Выделена правая круглая связка матки от брюшины малого таза до места прикрепления к лонному сочленению. Обнаружено кистозное образование канала Нука размерами 4,0×2,0 см с серозным содержимым. Произведено удаление кисты с использованием ножниц и биполярной коагуляции (рис. 9).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 6-е сутки.

По данным морфологического исследования диагностирована киста канала Нука, стенка кисты представлена фиброзной тканью с гиалинозом и ангиоматозом, выстланная мезотелием, определяются неравномерное полнокровие сосудов и очаговая умеренно выраженная лимфоцитарная инфильтрация (рис. 10).

Обсуждение. Представленные клинические наблюдения демонстрируют сложность дифференциальной диагностики хронической боли в паховой области у женщин репродуктивного возраста. Эндометриоз паховой локализации является редкой патологией, достигая до 0,6 % всех случаев эндометриоза [10, 11]. Предоперационная диагностика данного заболевания представляет трудности ввиду неспецифичности клинических симптомов в сочетании с широким спектром дифференциальных диагнозов [22, 23]. Наши случаи наглядно иллюстрируют эти диагностические трудности, особенно на примере предоперационного подозрения на эндометриоидную кисту во втором приведенном клиническом случае. И, напротив, при, казалось бы, типичной визуальной картине и предварительном заключении «киста канала Нука», окончательная гистологическая верификация подтвердила эндометриоидный характер кисты (пациентка № 6). При проведении дифференциальной диагностики следует обращать внимание на наличие образования плотно-эластичной консистенции в паховой области размером до нескольких сантиметров с развитием локального отека мягких тканей, а также циклический, связанный с менструацией, характер более различной интенсивности в покое и при пальпации образования [24–26].

Роль магнитно-резонансной томографии (МРТ) в диагностике паховых образований неоспорима, что подтверждается данными литературы, указывающими на ее высокую чувствительность и специфичность в выявлении как морфологических, так и сигнальных изменений геморрагических компонентов, характерных для эндометриом, и точном определении локализации глубоких инфильтратов [27, 28]. Пораженные круглые маточные связки, как правило, утолщены (>1 см), укорочены и имеют неправильную форму, с узловатой конфигурацией на T2-взвешенных изображениях. Чаще всего наблюдаются смешанные поражения, включающие гипоинтенсивную фиброзную ткань, сочетающуюся с гиперинтенсивными геморрагическими очагами на T1-взвешенных изображениях [25, 26].

В первом клиническом случае метод МРТ выявил характерные признаки эндометриоза (фиброз и геморрагические включения). Однако второй случай наглядно демонстрирует ограничения метода – МРТ не позволила однозначно дифференцировать кисту канала Нука от эндометриоидного инфильтрата паховой локализации.

Литературные данные об эффективности гормонотерапии при эндометриозе паховой области немногочисленны, поэтому наиболее эффективным методом лечения остается хирургическое иссечение инфильтратов в пределах здоровых тканей [27, 29]. Приведенные клинические случаи иллюстрируют различия в хирургической тактике: при эндометриозе (клинический случай 1)

потребовалось иссечение инфильтрата с частичной резекцией круглой связки и пластикой пахового канала, тогда как при кисте канала Нука (клинический случай 2) достаточно энуклеации кисты. Близость сосудисто-нервных структур (нижние надчревные сосуды, подвздошно-паховый, подвздошно-подчревный, бедренно-половой нервы, половая ветвь которого проходит рядом с круглой связкой) требует от хирурга высокой квалификации и осторожности для предотвращения ятрогенных повреждений [30]. Для грамотного планирования этапов операции необходима тщательная предоперационная диагностика, а при подтвержденном или высоковероятном экстрагенитальном эндометриозе, особенно в сочетании с генитальными формами, как в первом клиническом случае, целесообразно выполнение диагностической лапароскопии для оценки распространенности патологического процесса в малом тазу [27].

В наших наблюдениях только гистологическое исследование операционного материала позволило установить окончательный диагноз: выявление эктопических эндометриальных желез, стромы и гемосидерина в первом случае подтвердило эндометриоз круглой связки, тогда как во втором случае обнаружение стенки кисты, выстланной мезотелием, без элементов эндометрия, исключило эндометриоз и подтвердило диагноз кисты канала Нука.

Представленные клинические случаи демонстрируют как параллели, так и ключевые различия между двумя основными рассматриваемыми патологиями – эндометриозом круглой связки и кистой канала Нука. Для эндометриоидного инфильтрата были характерны выраженный циклический болевой синдром, плотное малоподвижное образование и наличие типичных МР-признаков (фиброз и геморрагические включения), в то время как киста канала Нука проявлялась умеренной болезненностью без четкой связи с менструальным циклом и имела признаки тонкостенного серозного образования без геморрагического компонента. Эти различия могут служить дополнительными диагностическими ориентирами.

Выводы. Образования паховой области у женщин представляют собой гетерогенную группу патологий, включающую как гинекологические, так и хирургические заболевания, что обуславливает высокую сложность дифференциальной диагностики, требует усовершенствования диагностических мероприятий и разработку стандартизированной тактики лечения для пациенток с образованиями паховой области.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

- Alonso A., Gunther K., Maheux Lacroix S., Abbott J. Medical management of endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2024. Vol. 36, № 5. P. 353–361. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000983>.
- Григорьянц А. А., Бурова Н. А., Авруцкая В. В. и др. Эндометриоз и фертильность: современное состояние вопроса. Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2025. Т. 13, № 1. С. 86–92. <https://doi.org/10.33029/2303-9698-2025-13-1-86-92>.
- Gao B., Li Z., Liu H. et al. Co existence of the abdominal wall and thoracic endometriosis: case report and literature review. *Front Med.* 2025. Vol. 12. P. 1578435. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1578435>.
- Born T., Krejci K., Rauh M. et al. Extragenital endometriosis associated with uterine scar defects. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2025. Vol. 26. P. 100386. <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2025.100386>.
- Udoh K. E., Udoh A. E., Vallabhaneni M. et al. Thoracic Endometriosis Masquerading As Recurrent Hemothorax. *Cureus.* 2024. Vol. 16, № 8. P. e67235. <https://doi.org/10.7759/cureus.67235>.
- Shenoy Bhangle A. S., Pires Franco I., Ray L. J. et al. Imaging of Urinary Bladder and Ureteral Endometriosis with Emphasis on Diagnosis and Technique. *Acad Radiol.* 2024. Vol. 31, № 9. P. 3659–3671. <https://doi.org/10.1016/j.acra.2023.10.053>.
- Dave H. B., Chamié L. P., Young S. W. et al. Bowel Endometriosis: Systematic Approach to Diagnosis with US and MRI. *RadioGraphics.* 2025. Vol. 45, № 4. <https://doi.org/10.1148/rg.240102>.
- Яролинская М. И., Русина Е. И., Семенова В. О., Беганова А. К. Экстрагенитальный эндометриоз: сложности диагностики, современная тактика лечения. Акушерство и гинекология. 2022. Т. 8. С. 154–162. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2022.8.154-162>.
- Беженарь В. Ф., Круглов С. Ю., Граматикова А. Г. и др. Киста канала Нюка как «Маска» эндометриоза. Вестник хирургии имени И. И. Грекова. 2022. Т. 181, № 3. С. 62–68. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2022-181-3-62-68>.
- Haghighi A., Faegh A., Mostafavi S. R. S. et al. Inguinal endometriosis: a case series and review of the literature. *J Med Case Rep.* 2024. Vol. 18, № 1. P. 83. <https://doi.org/10.1186/s13256-024-04400-x>.
- Dalkalitsis A., Salta S., Tsakiridis I. et al. Inguinal endometriosis: A systematic review. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2022. Vol. 61, № 1. P. 24–33. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2021.11.007>.
- Rokhgireh S., MehdizadehKashi A., Noroozi S. G. et al. Laparoscopic surgery for endometriosis of the round ligament: A case of a patient with right sided inguinal pain. *Womens Health (Lond).* 2024. Vol. 20. P.17455057241257174. <https://doi.org/10.1177/17455057241257174>.
- Mu B., Zhang Z., Liu C. et al. Long term follow up of inguinal endometriosis. *BMC Womens Health.* 2021. Vol. 21, № 1. P. 90. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01235-2>.
- Ayuste E. C. Jr., Limpin E. T., Laygo J. C. et al. Primary bilateral inguinal endometriosis: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2022. Vol. 93. P. 106953. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.106953>.
- Тонян К. А., Горбачева Е. Ю., Белков Д. С. и др. Эндометриоз круглой связки матки. Редкий клинический случай. Кремлиевская медицина. Клинический вестник. 2023. Т. 2. С. 69–71. <https://doi.org/10.48612/cgma/n4k8-efx-p48h>.
- AlSinan F. M., Alsakran A. S., Foula M. S. et al. Inguinal Endometriosis in a Nulliparous Woman Mimicking an Inguinal Hernia: A Case Report with Literature Review. *Am J Case Rep.* 2021. Vol. 22. P. e934564. <https://doi.org/10.12659/AJCR.934564>.
- Nuck A. De Peritonaci Diverticulis Novis. In: *Adenographia curiosa et uteri foeminei anatome nova.* Lugduni Batavorum: Jordanum Luchtmann; 1691. Cap. X, p. 130–138.
- Hwang B., Bultitude J., Diab J., Bean A. Cyst and endometriosis of the canal of Nuck: rare differentials for a female groin mass. *J Surg Case Rep.* 2022. Vol. 2022, № 1. P. rjab626. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjab626>.
- Alonzo L., Cannella R., Gullo G. et al. Magnetic Resonance Imaging of Endometriosis: The Role of Advanced Techniques. *J Clin Med.* 2024. Vol. 13. P. 5783. <https://doi.org/10.3390/jcm13195783>.
- Takatsuka S., Kataoka H., Ito F. et al. Pathogenesis, Diagnosis, and Management of Inguinal Endometriosis: A Case Series of Six Patients. *Reprod Sci.* 2025. Vol. 32, № 3. P. 647–654. <https://doi.org/10.1007/s43032-025-01796-9>.
- De Corte P., Klinghardt M., von Stockum S., Heinemann K. Time to Diagnose Endometriosis: Current Status, Challenges and Regional Characteristics — A Systematic Literature Review. *BJOG.* 2025. Vol. 132. P. 118–130. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17973>.
- Fryer J., Mason Jones A. J., Woodward A. Understanding diagnostic delay for endometriosis: A scoping review using the social ecological framework. *Health Care Women Int.* 2024. Vol. 46, № 3. P. 335–351. <https://doi.org/10.1080/07399332.2024.2413056>.
- Maulenkul T., Kuandyk A., Makhadiyeva D. et al. Understanding the impact of endometriosis on women's life: an integrative review of systematic reviews. *BMC Womens Health.* 2024. Vol. 24. P. 524. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03369-5>.
- Nassiri Kigloo H., Itani R., Montreuil T. et al. Endometriosis, chronic pain, anxiety, and depression: a retrospective study among 12 million women. *J Affect Disord.* 2024. Vol. 346. P. 260–265. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.11.034>.
- Oyen T., Vanslebrouck R. Endometriosis of the Round Ligaments in Twins: A Rare and Unique Presentation. *J Belg Soc Radiol.* 2025. Vol. 109, № 1. P. 16. <https://doi.org/10.5334/jbsr.3898>.
- Gui B., Valentini A. L., Ninivaggi V. et al. Shining light in a dark landscape: MRI evaluation of unusual localization of endometriosis. *Diagn Interv Radiol.* 2017. Vol. 23, № 4. P. 272–281. <https://doi.org/10.5152/dir.2017.16364>.
- Nimodia D., Parihar P., Banode P. et al. Hidden Depths: Unveiling Endometriosis in the Canal of Nuck. *Cureus.* 2024. Vol. 16, № 7. P. e64975. <https://doi.org/10.7759/cureus.64975>.
- Chamié L. P., Blasbalg R., Pereira R. M. et al. Findings of pelvic endometriosis at transvaginal US, MR imaging, and laparoscopy. *Radiographics.* 2011. Vol. 31. P. 0–100. <https://doi.org/10.1148/rg.314105193>.
- Киселев С. И., Карапетян Э. А., Шайдулина Е. В. и др. Инфильтрирующий эндометриоз дистальной части круглой связки матки и его связь с дивертикулумом Нюка (обзор литературы и клиническое наблюдение). Проблемы репродукции. 2024. Т. 30, № 2. С. 112–121. <https://doi.org/10.17116/repro202430021112>.
- Sheladiya P., Simko S., Namazi G., Stuparich M. Resection of an Inguinal Canal Fibroid with Concurrent Endometriosis in a Patient Status Post Hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2025. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2025.03.023>.

REFERENCES

- Alonso A., Gunther K., Maheux Lacroix S., Abbott J. Medical management of endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2024;36(5):353–361. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000983>.
- Grigoryants A. A., Burova N. A., Avrutskaya V. V. et al. Endometriosis and fertility: current state of the issue. *Obstetrics and Gynecology: News, Opinions, Training.* 2025;13(1):86–92. (In Russ.). <https://doi.org/10.33029/2303-9698-2025-13-1-86-92>.
- Gao B., Li Z., Liu H. et al. Co existence of the abdominal wall and thoracic endometriosis: case report and literature review. *Front Med.* 2025;12:1578435. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1578435>.
- Born T., Krejci K., Rauh M. et al. Extragenital endometriosis associated with uterine scar defects. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2025;26:100386. <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2025.100386>.
- Udoh K. E., Udoh A. E., Vallabhaneni M. et al. Thoracic Endometriosis Masquerading As Recurrent Hemothorax. *Cureus.* 2024;16(8):e67235. <https://doi.org/10.7759/cureus.67235>.
- Shenoy Bhangle A. S., Pires Franco I., Ray L. J. et al. Imaging of Urinary Bladder and Ureteral Endometriosis with Emphasis on Diagnosis and Technique. *Acad Radiol.* 2024;31(9):3659–3671. <https://doi.org/10.1016/j.acra.2023.10.053>.

7. Dave H. B., Chamié L. P., Young S. W. et al. Bowel Endometriosis: Systematic Approach to Diagnosis with US and MRI. *RadioGraphics*. 2025;45(4). <https://doi.org/10.1148/rq.240102>.
8. Yarmolinskaia M. I., Rusina E. I., Semenova V. O., Beganova A. K. Extragenital endometriosis: diagnostic challenges and contemporary treatment approaches. *Obstetrics and Gynecology*. 2022;8:154–162. (In Russ.). <https://doi.org/10.18565/aig.2022.8.154-162>.
9. Bezhenar V. F., Kruglov S. Y., Gramatikova A. G. et al. Canal of Nuck cyst as a “mask” of endometriosis. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2022;181(3):62–68. (In Russ.). <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2022-181-3-62-68>.
10. Haghighi A., Faegh A., Mostafavi S. R. S. et al. Inguinal endometriosis: a case series and review of the literature. *J Med Case Rep*. 2024;18(1):83. <https://doi.org/10.1186/s13256-024-04400-x>.
11. Dalkalitsis A., Salta S., Tsakiridis I. et al. Inguinal endometriosis: A systematic review. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2022;61(1):24–33. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2021.11.007>.
12. Rokhgireh S., MehdizadehKashi A., Noroozi S. G. et al. Laparoscopic surgery for endometriosis of the round ligament: A case of a patient with right sided inguinal pain. *Womens Health (Lond)*. 2024;20:17455057241257174. <https://doi.org/10.1177/17455057241257174>.
13. Mu B., Zhang Z., Liu C. et al. Long term follow up of inguinal endometriosis. *BMC Womens Health*. 2021;21(1):90. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01235-2>.
14. Ayuste E. C. Jr., Limpin E. T., Laygo J. C. et al. Primary bilateral inguinal endometriosis: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2022;93:106953. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.106953>.
15. Tonyan K. A., Gorbacheva E. Y., Belkov D. S. et al. Endometriosis of the round ligament of uterus: a rare clinical case. *Kremlin Medicine. Clinical Bulletin*. 2023;2:69–71. (In Russ.). <https://doi.org/10.48612/cgma/n4k8-efx-p48h>.
16. AlSinan F. M., Alsakran A. S., Foula M. S. et al. Inguinal Endometriosis in a Nulliparous Woman Mimicking an Inguinal Hernia: A Case Report with Literature Review. *Am J Case Rep*. 2021;22:e934564. <https://doi.org/10.12659/AJCR.934564>.
17. Nuck A. De Peritonaci Diverticulus Novis. In: *Adenographia curiosa et uteri foeminei anatome nova*. Lugduni Batavorum: Jordanum Luchtmann; 1691. Cap. X, p. 130–138.
18. Hwang B., Bullitude J., Diab J., Bean A. Cyst and endometriosis of the canal of Nuck: rare differentials for a female groin mass. *J Surg Case Rep*. 2022;2022(1):rjab626. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjab626>.
19. Alonzo L., Cannella R., Gullo G. et al. Magnetic Resonance Imaging of Endometriosis: The Role of Advanced Techniques. *J Clin Med*. 2024;13:5783. <https://doi.org/10.3390/jcm13195783>.
20. Takatsuka S., Kataoka H., Ito F. et al. Pathogenesis, Diagnosis, and Management of Inguinal Endometriosis: A Case Series of Six Patients. *Reprod Sci*. 2025;32(3):647–654. <https://doi.org/10.1007/s43032-025-01796-9>.
21. De Corte P., Klinghardt M., von Stockum S., Heinemann K. Time to Diagnose Endometriosis: Current Status, Challenges and Regional Characteristics — A Systematic Literature Review. *BJOG*. 2025;132:118–130. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17973>.
22. Fryer J., Mason Jones A. J., Woodward A. Understanding diagnostic delay for endometriosis: A scoping review using the social ecological framework. *Health Care Women Int*. 2024;46(3):335–351. <https://doi.org/10.1080/07399332.2024.2413056>.
23. Maulenkul T., Kuandyk A., Makhadiyeva D. et al. Understanding the impact of endometriosis on women's life: an integrative review of systematic reviews. *BMC Womens Health*. 2024;24:524. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03369-5>.
24. Nassiri Kigloo H., Itani R., Montreuil T. et al. Endometriosis, chronic pain, anxiety, and depression: a retrospective study among 12 million women. *J Affect Disord*. 2024;346:260–265. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.11.034>.
25. Oyen T., Vanslebrouck R. Endometriosis of the Round Ligaments in Twins: A Rare and Unique Presentation. *J Belg Soc Radiol*. 2025;109(1):16. <https://doi.org/10.5334/jbsr.3898>.
26. Gui B., Valentini A. L., Ninivaggi V. et al. Shining light in a dark landscape: MRI evaluation of unusual localization of endometriosis. *Diagn Interv Radiol*. 2017;23(4):272–281. <https://doi.org/10.5152/dir.2017.16364>.
27. Nimodia D., Parihar P., Banode P. et al. Hidden Depths: Unveiling Endometriosis in the Canal of Nuck. *Cureus*. 2024;16(7):e64975. <https://doi.org/10.7759/cureus.64975>.
28. Chamié L. P., Blasbalg R., Pereira R. M. et al. Findings of pelvic endometriosis at transvaginal US, MR imaging, and laparoscopy. *Radiographics*. 2011;31:0–100. <https://doi.org/10.1148/rq.314105193>.
29. Kiselev S. I., Karapetyan E. A., Shaidulina E. V. Infiltrating endometriosis of the distal portion of the round ligament of the uterus and its association with Nuck's diverticulum (literature review and clinical case). *Problems of Reproduction*. 2024;30(2):112–121. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/repro202430021112>.
30. Sheladiya P., Simko S., Namazi G., Stuparich M. Resection of an Inguinal Canal Fibroid with Concurrent Endometriosis in a Patient Status Post Hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2025. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2025.03.023>.

Информация об авторах:

Беженар Виталий Федорович, доктор медицинских наук, профессор, руководитель клиники акушерства и гинекологии, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, главный внештатный специалист акушер-гинеколог Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-7807-4929; **Ульченко Вячеслав Юрьевич**, кандидат медицинских наук, зав. организационно-методическим отделом, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0009-0004-1571-4425; **Григорян Анна Эдуардовна**, аспирант кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии, врач акушер-гинеколог, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-1674-7753; **Федосова Дария Валерьевна**, аспирант кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии, врач акушер-гинеколог, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0003-1030-6110; **Исмогулова Айша Байжановна**, клинический ординатор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-7830-8123; **Тодуа Анна Бесиковна**, студентка 6 курса лечебного факультета, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0009-0002-7772-4712; **Кузнецова Ирина Анатольевна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры патологической анатомии с патологоанатомическим отделением, член Совета лечебного факультета и Методического Совета, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0003-4368-7810; **Смирнов Александр Сергеевич**, врач-патологоанатом патологоанатомического отделения № 1 (общей патологии и онкопатологии) научно-клинического центра патоморфологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0009-0004-6710-838X.

Information about authors:

Bezhenar Vitaliy F., Dr. of Sci. (Med), Professor, Head of the Clinic of Obstetrics and Gynecology, Head of the Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductology, Pavlov University, Chief Freelance Obstetrician and Gynecologist of the Health Committee of Saint Petersburg (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-7807-4929; **Ulchenko Vyacheslav Yu., Cand. of Sci. (Med)**, Head of the Organizational and Methodological Department, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0009-0004-1571-4425; **Grigorian Anna E.**, Postgraduate Student of the Department of Obstetrics, Gynecology and Neonatology, Obstetrician and Gynecologist, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-1674-7753; **Fedosova Dariya V.**, Postgraduate Student of the Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductology, Obstetrician and Gynecologist, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0003-1030-6110; **Ismogulova Aisha B.**, Clinical Resident of the Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductology, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-7830-8123; **Todua Anna B.**, 6th year student of the Faculty of Medicine, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0009-0002-7772-4712; **Kuznetsova Irina A.**, Cand. of Sci. (Med), Associate Professor of the Department of Pathological Anatomy with Pathology Department, Member of the Board of the Faculty of Medicine and Methodical Council, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0003-4368-7810; **Smirnov Aleksandr S.**, Pathologist of Pathology Department № 1 (General Pathology and Oncopathology) of the Scientific and Clinical Center of Pathomorphology, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0009-0004-6710-838X.