Дьяконова Е.Ю., Хроленко П.В., Бекин А.С.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 119296, г. Москва, Российская Федерация

Для корреспонденции

Хроленко Полина Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии и общественного здоровья Института подготовки медицинских кадров ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России
Адрес: 119296, г. Москва, Ломоносовский проспект, д. 2 /62
Телефон: (495) 967-14-20
E-mail: polinakhrolenko@gmail.com
<http://orcid.org/0000-0001-9814-6275>

Дифференциальная диагностика абдоминального болевого синдрома у девочек

Наличие абдоминального болевого синдрома у девочек требует исключения острой гинекологической патологии, при этом несвоевременная верификация патологических изменений грозит риском развития жизнеугрожающих осложнений и потери репродуктивной функции. В данной статье представлены 2 клинических случая пациенток, у которых персонализированный подход и проведение своевременной диагностической лапароскопии позволили избежать развития жизнеугрожающих осложнений, однако отсутствие вовремя поставленного диагноза по месту жительства и своевременного обращения в хирургический стационар привело к необходимости выполнения органорезецирующих оперативных вмешательств.

Ключевые слова: дети, детская гинекология, лапароскопия, абдоминальный болевой синдром, репродуктивное здоровье

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Дьяконова Е.Ю., Хроленко П.В., Бекин А.С. Дифференциальная диагностика абдоминального болевого синдрома у девочек // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2021. Т. 17, № 2. С. 84–89. DOI: 10.33029/1816-2134-2021-17-2-84-89

Статья поступила в редакцию 26.03.2021. Принята в печать 01.06.2021.

Dyakonova E.Yu., Khrolenko P.V., Bekin A.S.

National Medical Research Center for Children's Health of the Ministry of Health of the Russian Federation, 119296, Moscow, Russian Federation

Differential diagnosis of abdominal pain syndrome in girls

Abdominal pain syndrome in girls requires the exclusion of acute gynecological pathology, while untimely verification of pathological changes leads to the risk of life-threatening complications and loss of reproductive function. In this article presents 2 clinical cases of patients in whom a personalized approach and timely diagnostic laparoscopy made possible to avoid the development of life-threatening complications, however, the absence of a timely diagnosis at the place of residence and timely admission to a surgical hospital led to organ-resecting surgical interventions.

Keywords: children, children gynecology, laparoscopy, abdominal pain, syndrome, reproductive health

Funding. The study had no sponsor support.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

For citation: Dyakonova E.Yu., Khrolenko P.V., Bekin A.S. Differential diagnosis of abdominal pain syndrome in girls. *Reproduktivnoe zdorov'e detey i podrostkov* [Pediatric and Adolescent Reproductive Health]. 2021; 17 (2): 84–9. DOI: 10.33029/1816-2134-2021-17-2-84-89 (in Russian) Received 26.03.2021. Accepted 01.06.2021.

Одной из первостепенных задач лечения и профилактики гинекологических заболеваний в педиатрии является сохранение будущего репродуктивного здоровья пациенток [1]. Наиболее частый признак наличия гинекологической патологии у детей – абдоминальный болевой синдром [2]. В связи с широким кругом заболеваний, характеризующихся болями в животе, диагностика неотложных хирургических состояний и новообразований органов репродуктивной системы является сложной задачей в практике детского хирурга и гинеколога ввиду того, что не вовремя распознанные неопластические процессы и развитие острой гинекологической патологии нередко приводят к органорезецирующим операциям [3, 4]. Так, овариэктомия остается наиболее частым хирургическим вмешательством, выполняемым при несвоевременно диагностированном перекруте яичников [4], а отсутствие вовремя поставленного диагноза при развитии опухолевых процессов приводит к необходимости резекций подчас гигантских образований органов репродуктивной системы с отсутствием возможности их дифференциации с прилежающими тканями [5].

В статье приведены данные собственных наблюдений за пациентками, находившимися на обследовании и лечении в хирургическом отделении с неотложной и плановой помощью ФГАУ «НМИЦ здоро-

вья детей» Минздрава России, у которых оперативное лечение дало возможность устранить причину выраженного абдоминального болевого синдрома и предупредить развитие жизнеугрожающих осложнений. Однако ввиду отсутствия адекватного обследования на догоспитализационном этапе длительность течения патологических процессов не позволила выполнить органосохраняющие оперативные вмешательства, проведение которых возможно при своевременной диагностике соответствующих патологических изменений.

Диагностическая лапароскопия у ребенка с перекрутом яичника

Пациентка М., 8 лет 6 мес, госпитализирована в хирургическое отделение с неотложной и плановой помощью ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России 20.02.2020 с жалобами на выраженную схваткообразную боль в животе. Девочка заболела остро накануне утром, при этом по результатам ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости, проводимого в поликлинике по месту жительства 19.02.2020, патологических изменений не выявлено, консультация гинеколога и УЗИ органов малого таза не проводились.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Температура тела в пределах субфебрильных значений. Кожные покровы бледные, язык влажный, обложен

Рис. 1. Лапароскопическая картина перекрута и некроза яичника. Собственное наблюдение

белым налетом. Кардиореспираторная деятельность удовлетворительная. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При осмотре *per rectum* ампула прямой кишки свободна, болезненности в области стенок прямой кишки не отмечалось. Стула на момент осмотра не было. Дизурических явлений не выявлено.

Рис. 2. Перекрут и некроз яичника. Макроскопическая картина. Собственное наблюдение

По результатам УЗИ выявлено наличие анэхогенного овального образования в области малого таза, размером 4×3×4 см отсутствие кровотока в нем, а также незначительное количество свободной жидкости за мочевым пузырем.

С целью верификации диагноза и определения тактики дальнейшего лечения выполнена диагностическая лапароскопия, при проведении которой выявлено наличие перекрута левого яичника на 720° и его некроза – орган черного цвета, фрагментируется при пальпации, заполнен темной кровью и сгустками (рис. 1, 2). Выполнена сальпингоовариэктомия слева. Геморрагический выпот осушен. Другой патологии не обнаружено.

Случай длительно недифференцированной тератомы яичника

Пациентка В., 12 лет 4 мес, госпитализирована в хирургическое отделение с неотложной и плановой помощью ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России в октябре 2020 г. с жалобами на боли в животе.

Из анамнеза известно, что жалобы на периодические боли в животе отмечались с сентября 2019 г., по поводу чего в феврале 2020 г. девочка проходила обследование по месту жительства. При проведении УЗИ органов брюшной полости патологических изменений не выявлено. УЗИ малого таза не проводилось.

На момент поступления ребенок отмечал усиление болезненности в животе. При осмотре состояние девочки средней тяжести за счет наличия болевого синдрома, при пальпации в правой подвздошной области отмечалось образование плотноэластической консистенции, умеренно болезненное, размером 3×4 см. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стула на момент поступления не было. При осмотре *per rectum* патологических изменений не выявлено.

При проведении УЗИ в области малого таза выявлено гиперэхогенное объемное образование размером 32×48 мм неоднородной структуры, умеренное количество свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу.

Учитывая наличие выраженного абдоминального болевого синдрома, проведена диагностическая лапароскопия – выявлен перекрут образования правого яичника на 360° серовато-синюшного цвета, размером 3×4 см (рис. 3).

Выполнено удаление новообразования и яичника ввиду невозможности дифференцировать ткань органа. Удаленная опухоль извлекалась в специальном контейнере, что исключало возможность разрыва ее капсулы и попадания содержимого на окружающие ткани (рис. 4).

Макропрепарат: образование яичника размером 3×3×3,5 см, бело-серого цвета, неправильной формы, эластической консистенции, с плотной капсулой. Содержимое – множественные кисты, костно-хрящевая и жировая ткань, волосы. Гистологическое заключение: зрелая кистозная тератома с беспорядочно расположенными элементами костной, хрящевой ткани, кожи и желудочно-кишечного тракта.

Заключение

Регулярное диспансерное обследование девочек гинекологом по месту жительства с проведением УЗИ органов малого таза дает возможность своевременно верифицировать развитие неопластических процессов, а адекватные диагностические мероприятия у пациенток с болями в животе способствуют выявлению острой гинекологической патологии в первые часы после ее манифестации, что позволяет проводить органосохраняющие оперативные вмешательства и снижает риск развития жизнеугрожающих осложнений. Однако гинекологическая патология у пациентов детского возраста продолжает оставаться причиной органовыносящих операций, снижая

Рис. 3. Лапароскопическая картина тератомы яичника. Собственное наблюдение

будущие репродуктивные возможности. Проведение хирургических вмешательств в таких случаях возможно осуществлять лапароскопическим доступом ввиду наличия целого ряда преимуществ – сокращения времени предоперационного наблюдения,

Рис. 4. Извлечение содержимого тератомы из брюшной полости. Собственное наблюдение

возможности уточнения локализации патологии за счет макроскопической оценки состояния органов брюшной полости и малого таза, определения этиологических факторов заболевания без проведения лапаротомии, короткого реабилитационного периода за счет минимальной хирургической агрессии [6]. Своевременная диагностика острой гинекологической патологии и неопластических процессов органов репродуктивной системы у пациентов дет-

ского возраста – результат совместной работы педиатров, гинекологов и детских хирургов. Наличие врача-гинеколога в операционной бригаде стационаров, оказывающих неотложную хирургическую помощь, позволяет осуществлять выбор оптимальной тактики лечения и снижает вероятность проведения необоснованных органовыносящих оперативных вмешательств, сохраняя репродуктивное здоровье пациентов [7].

Сведения об авторах

Дьяконова Елена Юрьевна (Elena Yu. Dyakonova) – доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии Института подготовки медицинских кадров ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России (Москва, Российская Федерация)

E-mail: dyakonova@nczd.ru

<https://orcid.org/0000-0002-8563-6002>

Хроленко Полина Владимировна (Polina V. Khrolenko) – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии и общественного здоровья Института подготовки медицинских кадров ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России (Москва, Российская Федерация)

E-mail: polinakhrolenko@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0001-9814-6275>

Бекин Александр Сергеевич (Aleksandr S. Bekin) – младший научный сотрудник кафедры детской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии Института подготовки медицинских кадров ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, врач-детский хирург хирургического отделения с неотложной и плановой помощью ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России (Москва, Российская Федерация)

E-mail: aleksandr_bekin@mail.ru

<http://orcid.org/0000-0002-5900-1812>

Литература

1. Коколина В.Ф., Чундокова М.А. Синдром «острого живота» у девочек: дифференциальная диагностика // Вопросы практической педиатрии. 2009. Т. 4, № 3. С. 65–69.
2. Баряева О.Е., Флоренсов В.В., Кузьмина Н.И., Фалюш Л.Н. Дифференциальная диагностика абдоминального болевого синдрома у девочек // Сибирский медицинский журнал. 2009. Т. 86, № 3. С. 170–171.
3. Баряева О.Е., Флоренсов В.В., Петров Е.М. Опыт лечения детей со зрелой тератомой яичника // Сибирский медицинский журнал. 2016. Т. 142, № 3. С. 44–47.
4. Dasgupta R., Renaud E., Goldin A.B., Baird R., Cameron D.B., Arnold M.A. et al. Ovarian torsion in pediatric and adolescent patients: a systematic review // J. Pediatr. Surg. 2018. Vol. 53, N 7. P. 1387–1391.
5. Цхай В.Б., Андреева А.А., Блинова Е.Н., Ульянова И.О., Котова О.И., Журавлев С.В. Клинический случай гигантской гранулезоклеточной опухоли яичника // Сибирское медицинское обозрение. 2014. Т. 2, № 86. С. 86–89.
6. Гуркин Ю.А., Плеханов А.Б. Минилапароскопия (MINI SITE) в хирургическом лечении больных репродуктивного возраста // Педиатр. 2015. Т. 6, № 2. С. 78–84.
7. van Heerden J., Tjalma W.A. The multidisciplinary approach to ovarian tumors in children and adolescents // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2019. Vol. 243. P. 103–110.

References

1. Kokolina V.F., Chundokova M.A. The «acute abdomen» syndrome in girls: differential diagnostics. *Voprosy prakticheskoy pediatrii* [Problems of Practical Pediatrics]. 2009; 4 (3): 65–9. (in Russian)
2. Baryayeva O.E., Florensov V.V., Kuz'mina N.I., Falyush L.N. Differential diagnostics of an abdominal painful syndrome in girls. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal* [Siberian Medical Journal]. 2009; 86 (3): 170–1. (in Russian)
3. Baryayeva O.E., Florensov V.V., Petrov E.M. Experience in the treatment of children with mature teratoma of the ovary. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal* [Siberian Medical Journal]. 2016; 142 (3): 44–7. (in Russian)
4. Dasgupta R., Renaud E., Goldin A.B., Baird R., Cameron D.B., Arnold M.A., et al. Ovarian torsion in pediatric and adolescent patients: a systematic review. *J Pediatr Surg*. 2018; 53 (7): 1387–91.
5. Tskhay V.B., Andreeva A.A., Blinova E.N., Ul'yanova I.O., Kotova O.I., Zhuravlev S.V. Clinical case of a giant ovarian granulosa cell tumor. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie* [Siberian Medical Review]. 2014; 2 (86): 86–9. (in Russian)
6. Gurkin J.A., Plekhanov A.B. Minilaparoscopy (mini site) in surgical treatment of childbearing age patients. *Pediatr* [Pediatrician]. 2015; 6 (2): 78–84. (in Russian)
7. van Heerden J., Tjalma W.A. The multidisciplinary approach to ovarian tumors in children and adolescents. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019; 243: 103–10.

**Комментарий главного редактора Елены Витальевны Уваровой
и рецензентов журнала «Репродуктивное здоровье детей и подростков»
к статье Дьяконовой Е.Ю., Хроленко П.В., Бекина А.С.
«Дифференциальная диагностика абдоминального болевого синдрома
у девочек»**

Примененная тактика по ведению клинического наблюдения пациентки № 2 (случай длительно недифференцированной тератомы яичника), которая описана в статье Дьяконовой Е.Ю., Хроленко П.В., Бекина А.С. «Дифференциальная диагностика абдоминального болевого синдрома у девочек», расходится с принятой общемировой практикой. По данным клинических рекомендаций детских и подростковых гинекологов Канады (2017)*, а также Американского общества акушеров гинекологов по ведению детей с перекручиванием придатков матки (2019)**, органосохраняющее хирургическое лечение в объеме деторсии с цистэктомией или без нее рекомендовано даже в случае сине-черного окрашивания яичника. При этом овариэктомия может быть обоснована лишь при наличии признаков некроза и распада тканей, что не наблюдалось у данной пациентки. Притом возможно отложенное проведение цистэктомии при наличии признаков выраженного нарушения кровообращения тканей в связи с дополнительной травматизацией органа. При отложенной цистэктомии хирург может рассмотреть вариант дренирования кисты, при больших ее размерах с ультразвуковым контролем спустя 6 нед после деторсии, и при сохранении объемного образования, произвести его удаление в пределах здоровых тканей.

* Kives S., Gascon S., Dubuc E., Van Eyk N. No. 341 – *Diagnosis and Management of Adnexal Torsion in Children, Adolescents and Adults*. *J Obstet Gynaecol Can*. 2017; 39 (2): 82–90. DOI: 10.1016/j.jogc.2016.10.001. PMID: 28241927.

**Adnexal Torsion in Adolescents: ACOG Committee Opinion No. 783. *Obstet Gynecol*. 2019; 134 (2): e56–e63. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003373. PMID: 31348225.