

образом, можно сделать вывод, что дозировка антикоагулянта у данного пациента была подобрана верно.

ВЫВОДЫ

1. В большинстве случаев COVID-19 протекает у детей в лёгкой форме, в редких случаях возможно развитие тяжёлых тромботических осложнений, например, у детей с генетической предрасположенностью к гиперкоагуляции либо на фоне течения пубертатного периода.

2. Своевременность и рациональность назначения терапии у пациентов данной категории крайне важна, в связи с тем, что тромбозы вен нижних конечностей с высокой долей вероятности могут прогрессировать и привести к таким тяжёлым осложнениям как ТЭЛА.

3. Препаратом выбора для лечения тромбозов у детей является эноксапарин натрия (группа низкомолекулярных гепаринов), однако подбор терапевтической дозы нужно проводить под контролем анти-Ха активности.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике, профилактике и лечению тромбозов у детей и подростков 2015г.

2. Патологическая анатомия инфекции, вызванной SARS-COV-2. / Коган Е. А., Березовский Ю. С., Проценко Д. Д. и др. // Судебная медицина. – 2020. – Т.6. – №2. – С. 8-30.

3. Аледжанов Н. Ю., Асланова Ф. В., Зотова С. В. Факторы риска и заболеваемость тромбозом глубоких вен у пациентов с диагнозом COVID-19 // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2021. – № 4. – С. 41-45.

4. Особенности нарушений системы гемостаза при COVID-19 у детей (обзор литературы) / Гомелля М. В., Татарина А. В., Крупская Т. С. и др. // Acta Biomedica Scientifica. – 2021. – №3.

5. Zimmermann P, Curtis N. COVID-19 in Children, Pregnancy and Neonates: A Review of Epidemiologic and Clinical Features. *Pediatr Infect Dis J.* – 2020; 39(6): 469–477.

Сведения об авторах

М.А. Лапшин – ординатор 1 года обучения кафедры детской хирургии

Н.А. Цап – доктор медицинских наук, профессор

Т.Б. Аболина – доцент кафедры, кандидат медицинских наук

Information about the authors

M.A. Lapshin – postgraduate student of the Department of Pediatric Surgery

N.A. Tsap – Doctor of Medical Sciences, Professor

T.B. Abolina – Associate Professor, Candidate of Medical Sciences

УДК: 616.381-002.28

СИНДРОМ «ОСТРОГО ЖИВОТА» У ДЕВОЧЕК В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГА

Лукас Елена Романовна¹, Шнайдер Инна Сергеевна²

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Екатеринбург, Россия

²ГАУЗ СО «Детская городская клиническая больница» №9, Екатеринбург,
Россия

¹lukaselenaroma@yandex.ru

Аннотация

Введение. Острая боль в животе является частой причиной обращения девочек к детскому хирургу, скрывая под собой не только острые хирургические, но и гинекологические заболевания. **Цель исследования** – оценить особенности клинической картины при синдроме «острого живота» у девочек с гинекологической патологией. **Материалы и методы.** За пятилетний период проведён ретроспективный анализ 176 историй болезни девочек с гинекологической патологией. Возраст детей на момент операции составил от 2 до 17 лет (средний возраст $11,58 \pm 4,34$ лет). Учитывая клиническую картину и данные анамнеза, дети госпитализировались в отделение неотложной хирургии с подозрением на острый аппендицит. **Результаты.** «Острая» боль в животе являлась ведущим симптомом у девочек с гинекологической патологией. Боль чаще всего возникала постепенно, а затем имела постоянный характер, локализуясь в правой подвздошной области. **Обсуждение.** В большинстве случаев данные современной литературы соответствовали результатам проведенного исследования. **Выводы.** Диагностика острых гинекологических заболеваний у девочек и последующее адекватное лечение требуют тесного взаимодействия педиатров, детских хирургов и детских гинекологов. Так же для исключения дальнейших послеоперационных осложнений необходимо соблюдение реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: лапароскопия, дети, «острый живот» гинекология.

ACUTE ABDOMEN SYNDROME IN GIRLS IN THE PRACTICE OF A PEDIATRIC SURGEON

Lukas Elena Romanovna¹, Schneider Inna Sergeevna²

FSBEI HE "Ural State Medical University"

¹Ministry of Health of Russia, Yekaterinburg, Russia Department of Pediatric Surgery

²GAUZ SB "Children's City Clinical Hospital" № 9, Yekaterinburg, Russia

¹lukaselenaroma@yandex.ru

Abstract

Introduction. Acute abdominal pain is a common reason for girls to visit a pediatric surgeon, hiding not only acute surgical, but also gynecological diseases. **The aim of the study** – assessment of the features of the clinical picture in the syndrome of "acute abdomen" in girls with gynecological pathology. **Materials and methods.** A retrospective analysis of 176 case histories of girls with gynecological diseases was carried out over a five-year period. The age of children at the time of surgery ranged from 2 to 17 years (mean age 11.58 ± 4.34 years). **Results.** "Acute" abdominal pain was the leading symptom in girls with gynecological pathology. The pain most often arose gradually, and then had a permanent character, being localized in the right iliac

region. **Discussion.** In most cases, the data of modern literature corresponded to the results of the study. **Conclusions.** The diagnosis of acute gynecological diseases in girls and subsequent adequate treatment require close interaction between pediatricians, pediatric surgeons and pediatric gynecologists.

Key words: laparoscopy, children, "acute abdomen", gynecology.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно литературным данным, распространенность гинекологических заболеваний в Российской Федерации составляет от 10 до 35% случаев. В связи с этим, педиатрам, детским гинекологам и детским хирургам необходимо уделять больше внимания вопросу сохранения репродуктивного здоровья девочек, как раннего возраста, так и подростков.

Острая боль в животе, разного характера и различной локализации является частой причиной (60-65%) обращения детей в кабинет неотложной помощи, что приводит к неправильной диагностике и неверной тактике ведения юных пациенток [1].

Воспалительные заболевания придатков матки, кистозные и опухолевые образования, а также перекрут придатков матки заслуживают особого внимания, так как ошибки в диагностике данных заболеваний могут повлечь за собой нарушение репродуктивной функции и дальнейшего бесплодие.

Клиническая картина этих заболеваний может имитировать разную хирургическую патологию, но наиболее часто дифференциальную диагностику острых заболеваний органов малого таза приходится проводить с острым аппендицитом, учитывая анатомическую близость червеобразного отростка и органов малого таза [1,2].

Для правильной диагностики заболеваний, вызывающих боль в животе, применяются дополнительные методы исследования, такие как ультразвуковое исследование и лапароскопия. Лапароскопическое вмешательство позволяет определить наиболее оптимальную тактику ведения пациентки, выполнить диагностику заболевания и лечение, а также снизить операционную травму.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – оценка особенностей клинической картины при синдроме «острого живота» у девочек с гинекологической патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2017 по 2021 год проведён ретроспективный анализ 176 историй болезни девочек с гинекологической патологией, прооперированных по неотложным показаниям в ДГКБ №9. Возраст детей на момент операции составил от 1 до 17 лет (средний возраст $11,6 \pm 4,3$ лет). Диагностика и дифференциальная диагностика заболеваний основывалась на учёте жалоб пациенток, анамнестических данных, физикального обследования, результатах лабораторных и инструментальных исследований, которое во всех случаях включало лапароскопию. В исследование включены девочки со всеми гинекологическими патологиями, потребовавшими оперативного лечения по неотложным показаниям. В структуре гинекологической патологии преобладали острые воспалительные заболевания придатков матки (ОВЗПМ), включающие в себя одно- или двусторонний сальпингит, пельвиоперитонит,

составили 48% (84 ребёнка). Девочки перекрутом придатков матки (ППМ) составили 22% (38 пациенток). В 18 (10%) случаях диагностировано острое внутрибрюшное кровотечение в следствии апоплексии яичника. В отдельную определены 36 девочек с различными новообразованиями придатков матки, что составило 20% от общего числа детей. Статистическая обработка данных проводилась в программе Excel с использованием параметров описательной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам исследования, «острая» боль в животе являлась ведущим симптомом у девочек с гинекологической патологией. Боль чаще всего возникала постепенно, а затем имела постоянный характер, локализуясь в правой подвздошной области и в нижних отделах живота. После предоперационной подготовки всем девочкам выполнено оперативное лечение из лапароскопического доступа в среднем через 6 ± 3 часов от момента поступления.

Средний возраст девочек с ОВЗПМ составил 11 ± 6 лет. Боль, при воспалительных заболеваниях, локализовалась в нижних отделах живота. Так же пациентками отмечен подъем температуры, в основном, до фебрильных цифр. У 17(20%) детей боль в животе сопровождалась рвотой. При лабораторной диагностике в ОАК присутствовал лейкоцитоз, у 40 (47%) девочек наблюдались изменения в ОАМ в виде лейкоцитурии, бактериурии. При ультразвуковой диагностике в полости малого таза визуализировалась свободная жидкость, в редких случаях визуализировался червеобразный отросток. Во время лапароскопии, определялись гиперемия и отек маточных труб, петехиальные кровоизлияния. В брюшной полости обнаружен геморагический или ослезненный выпот. Червеобразный отросток вторично гиперемирован, отечен, инъецирован сосудами. Оперативное лечение у детей данной группы заключалось в санации брюшной полости раствором антисептика, аппендэктомии. При проведении микробиологического исследования выпота из брюшной полости в 20% отмечен положительный результат. В структуре высеянной флоры преобладала *Escherichia coli* 14%. В единичных случаях встречались *Klebsiella pneumonia* 3%, *Acinetobacter calcoaceticus* 3%.

Перекрут придатков матки занимает второе место в структуре выявленной гинекологической патологии. Средний возраст детей, с перекрутом придатков матки составил 10 ± 4 лет. Из них в 21 (55%) случае отмечен правосторонний ППМ, в остальных случаях перекрут произошёл с левой стороны. Во время расспроса 13 (34%) девочек жаловались на боль в правой подвздошной области. У остальных девочек боль локализовалась в нижних отделах живота. Так же в 40%(15 детей) случаев отмечена рвота. Других диспептических расстройств, а также лихорадки при ППМ не наблюдалось. В лабораторных исследованиях в 21 (56%) случае выявлен умеренный лейкоцитоз. При ультразвуковой диагностике визуализировался увеличенный в размерах перекрученный яичник со стороны поражения. Во время лапароскопии, при ППМ, определялся поврежденный яичник и маточные трубы

темно-синего цвета, отёчные, в некоторых случаях с наложениями фибрина. ППМ является показанием к лапароскопической деторсии со стороны поражения. После деторсии придатки приобретали ярко-розовую окраску, в яичниках прослеживались фолликулы. При идиопатическом ППМ в 12 (32%) случаях была выполнена овариопексия. При некрозе придатков у 5 (13%) пациенток выполнено удаление придатков.

Кисты и новообразования придатков матки не имели специфических проявлений при сборе анамнеза и проведении лабораторной диагностики. Средний возраст детей составил 14 ± 6 лет. Во время ультразвуковой диагностики визуализировалась киста яичника. Выполнялась лапароскопическая фенестрация кисты, удаление новообразований.

Апоплексия яичника встречалась реже, чем другая гинекологическая патология при синдроме «острого живота». Средний возраст детей составил 14 ± 6 лет. Апоплексия правого яичника была у 10 (55%) девочек. Боль в животе была постоянного характера, локализовалась в правой подвздошной области. Так же были жалобы на тошноту и подъем температуры тела. При ОАК лишь у 5 (27%) девочек наблюдался лейкоцитоз. При УЗИ диагностике визуализировалась свободная жидкость в брюшной полости, увеличенный яичник. Во время лапароскопии при апоплексии яичника в полости малого таза визуализировалась кровь до 400 мл, участки разрыва пораженного яичника. Выполнена эксфузия крови, санация и дренирование брюшной полости. Остановка кровотечения проводилась методом электрокоагуляции.

Всем детям после оперативных вмешательств выполнялось обезболивание. В большинстве случаев послеоперационный период протекал благоприятно. Детям была назначена антибактериальная терапия, УВЧ терапия, консультация детского гинеколога для дальнейшего лечения и реабилитации.

ОБСУЖДЕНИЕ

По данным современной литературы [3] определены следующие диагностические критерии в пользу острого аппендицита: девочки предъявляют жалобы на тошноту, рвоту, жидкий стул, болезненность в правой подвздошной области. В большинстве случаев в ОАК наблюдается лейкоцитоз.

У пациенток с пельвиоперитонитом чаще возникают следующие проявления: болезненность при пальпации в нижних отделах живота, в ОАК лейкоцитоз, в ОАМ лейкоцитурия и бактериурия. Аналогичные результаты отмечены и в нашем исследовании. При оценке лапароскопического вмешательства интраоперационная картина подтверждала во всех случаях признаки пельвиоперитонита [4], проявляющиеся гиперемией и отеком париетальной брюшины малого таза, матки и маточных труб, наличием серозного, гнойного или ослезненного выпота.

Что касается, болевого синдрома при ППМ, то в большинстве случаев боль локализуется в правой подвздошной области и не имеет мигрирующего характера.[5] В нашем исследовании данная локализация боли присутствовала лишь у 13 девочек из 38. В большинстве случаев боль определялась в нижних отделах живота. Перекрут придатков матки, чаще происходит на фоне таких патологий, как наличие функциональных кист и новообразований яичника.

Правосторонний ППМ среди наших пациенток встречается чаще, что соответствует и другим исследованиям [5]. Данная особенность объясняется наличием в правой половине малого таза больше свободного пространства, чем в левой, которая заполнена сигмовидной кишкой [6]. Не стоит игнорировать анатомо-физиологические особенности, которые приводят к идиопатическому ППМ: малые размеры матки, длинный связочный аппарат, более подвижный образ жизни детей и подростков, высокое расположение придатков матки в брюшной полости [6].

На сегодняшний день, обсуждаемым остаётся вопрос разнообразия клинического течения опухолей яичников у детей, так как симптомов, которые были бы характерны для новообразований придатков матки не существует. Чаще всего наблюдается отсутствие острого абдоминального и интоксикационного синдромов, что подтверждено данными нашего исследования [7]. Публикаций в отечественной литературе, посвященных проблеме апоплексии яичников у детей недостаточно [6]. Это свидетельствует о том, что данная патология недостойно хорошо изучена, и требует дополнительных исследований.

ВЫВОДЫ

1. Диагностический этап острой ургентной патологии у девочек требуют тесного взаимодействия врачей-педиатров, детских хирургов и детских гинекологов для своевременного определения оптимальной тактики лечения.

2. Лапароскопия является операцией выбора у девочек с синдромом «острого живота», учитывая вероятность наличия гинекологической патологии, совмещающая в себе функции как диагностического, так и лечебного метода.

3. Для исключения дальнейших послеоперационных осложнений необходимо соблюдение реабилитационных мероприятий, которые должен определять детский хирург совместно с детским гинекологом.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. "Острый живот" у девочек-подростков. Особенности дифференциальной диагностики / Адамян Л. В., Сибирская Е. В., Шарков С. М. и др. // Детская хирургия. – 2019. – №2. – С. 86-90.

2. Шнайдер И. С., Цап Н. А. Гинекологические заболевания у детей и подростков при синдроме "острого живота". // Детская хирургия. – 2020. – №6. – С. 377-382.

3. Острый аппендицит у детей / Разумовский А. Ю., Дронов А. Ф., Смирнов А. Н. и др. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2013. – №4. – С. 125-132.

4. Первичный пельвиоперитонит у девочек / Баряева О. Е., Флоренсов В. В., Ахметова М. Ю. и др. // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2020. – №4. – С. 87-95.

5. Ovarian torsion in children Development of a predictive score / Philipp B., Sabine S., Stefan H. et al. // Medicine (Baltimore). 2017; 96(43): e8299.

6. Боли в животе у девочек, связанные с гинекологической патологией: ошибки диагностики и лечения / Сибирская Е. В., Адамян Л. В., Яцык С. П и др. // Педиатрическая фармакология. – 2014. – №4. – С. 23-28.

7. Особенности дифференциальной диагностики опухолей яичников у девочек / Адамян Л. В., Колтунов И. Е., Сибирская Е. В и др. // Детская хирургия. – 2018. – №4. – С. 205-208.

Сведения об авторах

Е.Р. Лукас– студент

И.С. Шнайдер – ассистент кафедры детской хирургии

Information about the authors

E.R. Lucas - student

I.S. Schneider - Assistant of the Department of Pediatric Surgery

УДК: 617.55-001.4-053

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМОЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Митина Валерия Алексеевна¹, Рубцов Владислав Витальевич²

^{1,2}ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Екатеринбург, Россия

²ГАУЗ СО «Детская городская клиническая больница» №9, Екатеринбург, Россия

¹valermit888@mail.ru

Аннотация

Введение. Изолированные повреждения паренхиматозных органов брюшной полости являются распространенным типом травмы в детском возрасте. При этом огромное значение имеет выбор тактики лечения, правильность которой предупреждает удаление или частичную резекцию органов. **Цель исследования** – определить особенности лечения при наличии изолированной травмы органов брюшной полости у детей. **Материалы и методы.** В работе рассмотрены клинические случаи 59 пациентов с изолированным повреждением паренхиматозных органов брюшной полости, поступивших в отделение неотложной хирургии ДКГБ №9 города Екатеринбурга в период 2016–2021гг. **Результаты.** Травма селезенки у 64,4% детей (n=38), 22% пациентов с травмой печени (n=13), у 13,6% пострадавших выявлена травма поджелудочной железы (n=8). Среди пострадавших преобладали мальчики 69,5% (n=41). Около половины случаев травм приходилось на возраст до 7 лет (n=29). Оперативное тактика лечения выполнена в 27 случаях (45,80%). Лапароскопический доступ в 77,8% (n=21), только у двоих пациентов был диагностическим этапом. **Обсуждение.** При травме печени в 1 случаи, селезенки – в 4, поджелудочной железы – в 3 случаях наблюдались осложнения в виде повторного кровотечения, формирование посттравматических кист, стрессовых язв кишечной стенки, механической желтухи. **Выводы.**