

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОЙ МУЦИНОЗНОЙ ЦИСТАДЕНОМЫ У ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКА С ПОЗИЦИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ**Е. В. Сибирская^{1,4}, И. В. Караченцова^{1,2}, Е. В. Павлова², С. М. Шарков^{3,5}, М. З. Аргун¹**¹РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия,²ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия,³ГБУЗ Морозовская детская городская клиническая больница Департамента

здравоохранения города Москвы, Россия,

⁴Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО «Московский государственный медико-стоматологический университет», Москва, Россия,⁵ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия**Ключевые слова:** гинекология, муцинозная цистаденома, доброкачественные опухоли яичников, кисты брыжейки.**Tayanch so'zlar:** ginekologiya, mutsinov tsistadenoma, tuxumdonning yaxshi sifatli o'smasi, tutqich kistalari.**Key words:** gynecology, mucinous cystadenoma, benign ovarian tumors, mesentery cysts.

Цель наблюдения - своевременное выявление опухолей и опухолевидных образований яичника и проведение дифференциальной диагностики с новообразованиями брюшной полости и забрюшинного пространства. Клиническое наблюдение. Пациентка Ф., 16 лет, поступила в хирургическое гинекологическое отделение РДКБ (Москва) по направлению одного из регионов РФ. Причиной обращения пациентки к гинекологу по месту жительства послужили боли в нижних отделах живота в течение месяца и увеличение размеров живота. По месту жительства был ошибочно поставлен диагноз: Киста забрюшинного пространства. Пациентка направлена в стационар для уточнения диагноза и дальнейшего лечения. Было проведено радикальное оперативное лечение: удаление кисты левого яичника с использованием видеоэндоскопических технологий. Заключение. В статье представлен показательный клинический случай возникновения гигантской муцинозной цистаденомы яичника у девочки-подростка, требующей проведения дифференциальной диагностики с образованиями иной локализации.

DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKA NUQTAI NAZARIDAN O'SMIR QIZDAGI GIGANT MUTCINOZ TCISTADENOMANING KLINIK HOLATI**E. V. Sibirskaya, I. V. Karachentsova, E. V. Pavlova, S. M. Sharkov, M. Z. Argun**

Dolzarbliqi. Shubhasiz, boshqa a'zo o'smamalari bilan tuxumdon o'smalarini differentsial tashxislash xususiyatlari muammosi bolalar jarrohi va bolalar ginekologi amaliyotida dolzarbdir. So'nggi yillarda tibbiy adabiyotlarda mualliflar qiz bolalarda tuxumdon o'smalari uchrashishining ko'payganligini ta'kidlamogdalar, bu esa hayzning erta boshlanishi, murojoat etuvchilar sonining ko'payishi va voyaga etmagan qizlarga ginekologik yordamning mavjudligi, shuningdek, diagnostika imkoniyatlarini yaxshilash bilan izohlanishi mumkin. Bundan tashqari, biz bemorlarni olib borishda ko'p tarmoqli klinikaro yondashuvning muhimligini ta'kidlamogchimiz, chunki aynan shu yondashuv o'z vaqtida tashxis qo'yish, davolash samaradorligi va qizlarning reproduktiv funksiyasini saqlashni ta'minlaydi. Kuzatishning maqsadi tuxumdon o'smalari va o'simtaga o'xshash hosilalarni o'z vaqtida aniqlash hamda qorin bo'shlig'i va retroperitoneal bo'shliq o'smalari bilan differentsial tashxis o'tkazishdir. Xulosa. Maqolada o'smir qizda yirik tuxumdon mutcinoz tcistadenomasining turli xil boshqa hosilalar bilan differentsial tashxis qo'yishni talab qiladigan klinik ko'rinish holati keltirilgan.

A CLINICAL CASE OF GIANT MUCINOUS CYSTADENOMA IN A TEENAGE GIRL FROM THE POSITION OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS**E. V. Sibirskaya^{1,4}, I. V. Karachentsova^{1,2}, E. V. Pavlova², S. M. Sharkov^{3,5}, M. Z. Argun¹**¹Russian Children's Clinical Hospital, Moscow, Russia;²Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia,³Morozovskaya Children's City Hospital, Moscow, Russia,⁴The Department of Reproductive Medicine and Surgery of the Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia,⁵I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

The purpose of the observation is the timely detection of tumors and tumor-like formations of the ovary and differential diagnosis with neoplasms of the abdominal cavity and retroperitoneal space. Description of clinical observation. Patient F., 16 years old, was admitted to the hospital in the direction of one of the regions of the Russian Federation. The reason for the treatment was pain in the lower abdomen for a month and an increase in the size of the abdomen. At the place of residence, a diagnosis was mistakenly made: A cyst of the retroperitoneal space. The patient was

sent to the hospital to clarify the diagnosis and further treatment. Radical surgical treatment was performed: removal of the cyst of the left ovary using video endoscopic technologies. Conclusion. The article presents an indicative clinical case of the occurrence of giant mucinous ovarian cystadenoma in a teenage girl requiring differential diagnosis with formations of a different localization.

Введение. Новообразования органов малого таза являются важной и актуальной проблемой современной медицины. Данная патология встречается не только у женщин, но и у девочек до 18 лет.[1]. Особое внимание на себя обращают доброкачественные опухоли яичников - объемные образования из ткани яичников, возникающие в любом возрасте, снижающие репродуктивный потенциал и обладающие риском малигнизации.[2]. По данным статистики их частота среди всех опухолей половых органов за последние 10 лет увеличилась с 6-11% до 19-25%. Согласно американской базе данных частота новых случаев составляет 11,7:100000 женщин в год.[3-4]. У детей они встречаются реже, чем у взрослых и составляют 1-4,6% случаев.[5]. В последние годы в научной медицинской литературе авторы указывают на увеличение частоты встречаемости опухолей яичников у девочек, что может быть объяснено тенденцией к более раннему половому созреванию, повышению обращаемости и улучшением диагностических возможностей.[6].

Нередко врачи-гинекологи и другие специалисты сталкиваются с трудностями в диагностике доброкачественных новообразований яичников. Это связано с частым бессимптомным течением опухолей яичников, поэтому крайне важно проведение профосмотров и комплексного УЗИ брюшной полости (включая малый таз) в декретированные сроки. При гигантских размерах опухоли возможно нарушение функции соседних органов: мочевого пузыря, прямой кишки [7], проявляющееся нарушением оттока мочи и склонностью к запорам. Могут отмечаться нарушения менструального цикла [8]. Среди возможных осложнений опухолей и опухолевидных образований яичников выделяют перекрут ножки яичникового образования или придатков матки, разрыв, кровоизлияние, нагноение, нарушение функции тазовых органов, клиническими проявлениями которых являются симптомы «острого живота». Чаще всего девочек с данными осложнениями госпитализируют в стационар по экстренным показаниям с подозрением на аппендицит или иную острую хирургическую патологию.[9].

Дифференциальная диагностика. При выявлении новообразования в малом тазу специалисту необходимо провести дифференциальную диагностику опухоли яичника и опухолей других локализаций, в том числе забрюшинного пространства. Такие заболевания как: кисты большого сальника, кисты брыжейки, дистопии или опухоли почки и непаразитарные кисты селезенки, энтерокистомы, нуждаются в проведении тщательной дифференциальной диагностики с новообразованиями яичников.[10].

Кисты большого сальника. В сальнике могут обнаруживаться доброкачественные опухоли: кистомы, фибромы, липомы. Причина возникновения кист большого сальника - закупорка лимфатических протоков или разрастание отщепившегося зачатка лимфатической ткани, не связанной с лимфатической системой. Стенка кисты тонкая, содержимое прозрачное. Кисты встречаются в любом возрасте, их объем может быть различен – от 1 мл до 1 л и более. Клиническая картина зависит от размеров кисты (вздутие живота, чувство тяжести и дискомфорта при очень больших образованиях). Возможные осложнения кист большого сальника: кишечная непроходимость, воспаление или перекрут кисты.[13-14].

Кисты брыжейки. У детей из новообразований брыжейки наиболее часто встречаются кисты и ретикулосаркомы брыжеечных лимфатических узлов. Доброкачественные солидные опухоли брыжейки (липомы, фибромы) у детей встречаются крайне редко.[11].

Распространенность опухолей брыжейки составляет 1:200-350 тысяч населения. Кистозные опухоли составляют 40-60%. Брыжеечные кисты необходимо дифференцировать с кистами яичника, общего желчного протока, поджелудочной железы, почек, селезенки, печени, сальника.

Классификация кист:

По гистологическим характеристикам различают: лимфангиомы, мезотелиальные ки-

сты, энтерокисты без мышечного слоя в стенке и псевдокисты.

По происхождению: возникают в результате инфекционных, неопластических процессов, травм или в результате нарушения эмбриогенеза.

По морфологии выстилки различают кисты с эпителиальной выстилкой, мезотелиальной и кишечной слизистой, но без мышечного слоя, которые следует расценивать как удвоение кишечной трубки.

Лимфангиома – доброкачественная опухоль, развивающаяся из лимфатических сосудов. В большинстве случаев новообразование локализуется в подмышечной области и на шее, но возможной локализацией данной патологии является забрюшинное пространство, органы брюшной полости и брыжейка кишечника. Данное заболевание может иметь бессимптомное течение и выявляется только при развитии таких осложнений, как острая кишечная непроходимость, инфаркт стенки кишки, разрыв кисты в брюшную полость с развитием перитонита, а также при достижении гигантских размеров.[12].

Опухоли почки. Опухоли почки – это вариант опухолей забрюшинного пространства. Доброкачественными опухолями почки, о которых сообщается в литературе, являются: аденома, ангиома, фиброма, миома и смешанная группа, состоящая из различных элементов других типов. Как правило, они делятся на две основные группы по размеру: 1) небольшие, часто множественные опухоли, варьирующиеся по размеру от микроскопических до 1-2 см. в диаметре. 2) большие одиночные новообразования, обнаруживаются в течение жизни и требуют хирургического лечения. При достижении опухоли больших размеров у пациентов отмечается увеличение живота, снижение активности и аппетита, периодические боли в животе.[15].

Непаразитарные кисты селезенки. Непаразитарные кисты селезенки встречаются достаточно редко, составляют 0,5-2% всех заболеваний селезенки. Они могут быть паразитарного или непаразитарного происхождения. Непаразитарные кисты классифицируются на первичные (истинные) или вторичные (ложные). Первичные кисты также называются истинными, врожденными, эпидермоидными или эпителиальными кистами.

Первичные кисты селезенки составляют 10% всех доброкачественных непаразитарных кист селезенки и являются наиболее частым типом кист селезенки у детей. Соединительнотканная оболочка истинных кист выстлана эндотелием или эпителием, а ложные кисты не имеют выстилки. Среди истинных кист выделяют: дилатационные (вследствие расширения сосудов); врожденные, образующиеся вследствие отшнуровки зародышевого эндотелия брюшины и погружения его в ткань развивающейся селезенки; кисты опухолевого генеза (кистозно перерожденные лимфангиомы или гемангиомы, дермоидные и эпидермоидные кисты).

Причина образования ложных кист - травма с образованием крупной гематомы, которая подвергается аутолитическому распаду, вследствие чего образуется фиброзная капсула. Среди ложных кист различают воспалительные (вследствие малярии, туберкулеза и лейшманиоза) и дегенеративные, образующиеся вторично вследствие нарушения кровообращения.[13]. Обычно кисты селезенки бессимптомны и могут быть обнаружены случайно во время УЗ-исследования. Появление симптомов напрямую связано с размером кисты. Когда они принимают большие размеры, у пациентов может наблюдаться увеличение живота в области левого подреберья, местная или направленная боль, симптомы, вызванные сдавливанием соседних структур (например, тошнота, рвота, метеоризм, диарея), а иногда и осложнения, такие как инфицирование кисты селезенки, разрыв кисты с распространением ее содержимого в брюшную полость и/или кровотечение.[16].

Энтерокистомы. Энтерокистома - образование, возникающее вследствие облитерации обоих концов желточного протока и сохранившейся необлитерированной средней его части. Энтерокистома постепенно растягивается и заполняется секретом слизистой оболочки. В большинстве случаев заболевание протекает бессимптомно. Возможно развитие серьезных осложнений: кишечная непроходимость, инфицирование содержимого кисты.[10].

Диагностика. Для постановки диагноза используют следующие методы обследования: сбор анамнеза, физикальное обследование, лабораторные диагностические исследования, инструментальная диагностика.

При проведении физикального обследования важны: оценка роста, массы тела и ИМТ в сопоставлении с параметрами центильных таблиц возрастных нормативов, определение стадии полового созревания по шкале Таннера с указанием балльной оценки состояния молочных желез (В1-5) и лобкового оволосения (Р1-5). Абдоминальная пальпация позволяет выявить вздутие живота; объемное образование органов брюшной полости или малого таза больших размеров. Наружный осмотр исключает образования и воспалительные заболевания вульвы, устанавливает правильность развития половых органов, их соответствие паспортному полу.

Лабораторные диагностические исследования - определение уровня онкомаркеров: СА-125 - основной маркер, используемый для дифференциальной диагностики злокачественных опухолей яичников эпителиального генеза;

HE-4 - дополнительный маркер эпителиального рака яичников, оценивается в сочетании с СА-125, показал высокую чувствительность в определении рака яичников, даже на ранних стадиях заболевания;

β -ХГЧ - хорионический гонадотропин - маркер, который играет важную роль в диагностике герминогенных опухолей, особенно дисгермином, хорионкарцином и т.д;

СА-19-9 может использоваться для диагностики метастатических поражений яичника (в последние годы используется в диагностике инстинных кист селезенки);

ЛДГ – лактатдегидрогеназа - специфический маркер для чистой дисгерминомы.

АФП – альфа-фетопротеин – патогномоничен для герминогенных опухолей, в частности опухолей желточного мешка[19].

Инструментальная диагностика: УЗИ органов малого таза (девушкам, ведущим половую жизнь, предпочтительно проведение УЗИ органов малого таза трансвагинально), Компьютерная томография (КТ), Магнитно-резонансная томография (МРТ) и Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ-КТ) не рекомендованы для первичного обследования при опухолях яичников, однако при подозрении на злокачественную опухоль рекомендовано проведение КТ брюшной полости и грудной клетки с контрастированием, а также МРТ брюшной полости с контрастированием.

Рассмотрим клинический случай с акцентом на дифференциальную диагностику опухолей яичника и новообразований иной локализации. Муцинозная цистаденома – кистозное образование яичника, относящееся к доброкачественным эпителиальным опухолям, составляет 20-25% всех доброкачественных опухолей яичника. Злокачественная трансформация возможна в 5-10% случаев. Муцинозная цистаденома может быть диагностирована у пациентки в любом возрасте. Опухоль не обладает гормональной активностью и может достигать огромных размеров, занимая всю брюшную полость.[18, 19].

Клинический пример.

Пациентка Ф, 16 лет, поступила по направлению от одного из регионов Российской Федерации в хирургическое гинекологическое отделение РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Причиной данного обращения послужили боли в нижних отделах живота в течение месяца и увеличение размеров живота. По месту жительства было проведено ультразвуковое исследование органов малого таза: в проекции левого яичника выявлено объемное образование огромных размеров, более 20 см в диаметре, жидкостное, многокамерное. Предварительный диагноз: объемное образование малого таза, киста левого яичника (?).

Через 5 дней после ультразвукового исследования по месту жительства было проведено МСКТ органов брюшной полости с контрастом с целью уточнения локализации образования: выявлена парапельвикальная киста правой почки и объемное образование, занимающее всю полость малого таза размерами 20x10x23 см, вероятнее всего – опухоль левого яич-



Рис. 1. Внешний вид пациентки Ф.



Рис. 2. Ультразвуковое исследование органов малого таза: кистозное образование левого яичника.

ника. Направлена в РДКБ для уточнения диагноза и дальнейшего лечения. Состояние пациентки при поступлении средней тяжести, сознание ясное. Температура тела 36,6. Телосложение - нормостеническое. Физическое развитие гармоничное. Рост - 163 см, вес - 60 кг, ИМТ - 22,6 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Цианоз отсутствует. Молочные железы развиты симметрично, ареолы без изменений, отделяемого нет. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Печень и селезенка не увеличены. Живот увеличен в объеме, уплотнен, безболезненный при пальпации (рис. 1). Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Стул регулярный, мочеиспускание свободное, безболезненное.

По данным анамнеза - менструации с 11 лет, по 5-7 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные, нерегулярные. Ациклические выделения отрицает.

Ребенок от 2 беременности, протекавшей без осложнений.

Масса при рождении 3710 г, длина 54 см.

При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно, клитор не увеличен, гимен эстрогенизирован, выделения слизистые скудные. Формула полового развития по Таннеру: Ма3 Рb3 Ме 11. Двуручное исследование - весь малый таз и часть брюшной полости занимает образование тугоэластической консистенции, верхний полюс образования пальпируется на 7-8 см выше пупка, образование безболезненное при пальпации.

При поступлении выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза (Рис. 2): весь малый таз и часть брюшной полости выполняет образование гигантских

размеров, длинник которого составляет более 20 см, образование полностью в экран не помещается, в связи с чем точные размеры определить не представляется возможным. Приблизительные размеры опухоли 200x100x230 мм. Образование многокамерное с перегородками, толщина перегородок до 3 мм. Содержимое образования жидкостное со взвесью. Матка резко оттеснена образованием гигантских размеров книзу и кзади, в связи с чем не представляется возможным измерить ее точные размеры. Яичники отдельно от образования не визуализируются.

Данные лабораторных обследований:

Общий анализ крови - обнаружено увеличение уровня базофилов до 0,7%

(референсное значение 0-0,5%), моноцитов до 9,6% (референсное значение 3-9%), фракция незрелых ретикулоцитов до 10% (референсное значение 0,7-8,3%), отмечается повышение СОЭ (метод Вестергнера) до 22 мм/ч.

Общий анализ мочи - выявлены кетоновые тела, оксалаты, бактерии и эпителий плоский – 64 в п/зр (референсное значение 0-5 в п/зр). По результатам биохимического анализа крови отмечается понижение уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) до 9 Ед/л (референсное значение 10-45 Ед/л).

Проведено исследование на онкомаркеры - уровень СА-125 (32 Ед/мл), b-ХГЧ (0,1 мМе/мл), АФП (0,84 нг/мл) в пределах референсных значений.

По результатам МРТ органов брюшной полости с в/в введением йод-содержащего контрастного препарата (Омнипак350 - 100 мл) печень не увеличена, плотность при нативном исследовании соответствует 55-65 едН, очагов патологического накопления при КУ не выявлено, внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь обычно расположен, не увеличен, рентгенпозитивные конкременты не выявляются. Поджелудочная железа обычно расположена, в размерах не увеличена, структура дольчатая с наличием участков жировой плотности. Парапанкреатическая клетчатка не инфильтрирована, парапанкреатические лимфатические узлы не увеличены. Контуры ровные и четкие, структура паренхимы гомогенная. Главный панкреатический проток не расширен. Селезенка не увеличена, паренхима однородная. Надпочечники обычной формы и положения, объемных образований не выявлено. Правая и левая почка расположены обычно, формы и размеры почек не изменены. ЧЛС не расширены. Экскреторная функция правой почки снижена, паранефральная клетчатка с обеих сторон не изменена, мочеточники не расширены. Выявлена парапелъвикальная киста правой почки, сдавливающая несколько лоханку, размером 27x35x13 мм. Мочевой пузырь среднего наполнения, стенки не утолщены. Клетчатка малого таза не инфильтрирована. Матка не увеличена. В брюшной полости и малом тазу определяются сливающиеся образования с жидкостным содержимым, не реагирующие на введение контрастного вещества с единичными тонкими стенками общим размером 20x10x23 см вероятнее всего исходящее из левого яичника (рис. 3). В правом яичнике определяется жидкостное образование, не реагирующее на введение контрастного вещества размером 45x20x27 мм.

В связи с наличием у ребенка гигантского образования, занимающего весь малый таз и часть брюшной полости, исходящего из левого яичника, и при учете данных лабораторных и инструментальных методов обследования - показано оперативное лечение. Проведено радикальное оперативное



Рис. 3. МРТ картина органов малого таза и гигантского образования, исходящего из левого яичника.



Рис. 4. Лапароскопическая картина гигантской опухоли, исходящей из левого яичника.

вмешательство: удаление кисты левого яичника с использованием видеоэндоскопических технологий (рис. 4).

Диагноз до операции: D27 Доброкачественное новообразование яичника

Обнаружено: в брюшной полости выпота нет. Печень не увеличена: коричневого цвета, поверхность гладкая, край острый. Желчный пузырь серо-голубого цвета, в спавшемся состоянии. Круглая связка печени не утолщена, не отечна. Желудок спавшийся, поверхность не изменена. Париеальная и висцеральная брюшина во всех отделах не изменена. Петли тонкой кишки и толстой кишки не расширены, поверхность розовая, брыжейка – не изменена. Червеобразный отросток не изменен. Тело матки нормальной величины, серозный покров розовый. Левая маточная труба визуально не изменена, фимбриальный отдел свободен. Левый яичник представлен образованием гигантских размеров, которое занимает всю полость малого таза с толстой капсулой, размерами 20x20 см, содержимое образования - муцин. Правая маточная труба визуально не изменена, фимбриальный отдел свободен. Правый яичник 4,5x4,5 см - не увеличен. Диагноз: цистаденома левого яичника гигантских размеров. Муцинозная?. Произведена резекция левого яичника. Макропрепарат извлечен через левую апертуру в эндобаге, стенки кисты без особенностей, содержимое – муцин.

Макроскопическое описание: оболочка вскрытой тонкостенной кисты, общим размером 24x14x0,2 см. Внутренняя поверхность тяжистая, белесоватого или синюшного цвета. На разрезе содержатся более плотные участки и кисты диаметром до 2 см, заполненные желеобразным содержимым.

Микроскопическое описание: в исследованном материале ткань яичника с наличием многокамерного кистозного образования. Стенка кистозной полости представлена волокнистой соединительной тканью. Просвет выстлан однорядным муцинозным эпителием без признаков цитологической атипичности, местами эпителий отсутствует. Эпителиоциты мноморфные с обильной слабозозинофильной цитоплазмой, на некотором протяжении эпителий формирует ворсиноподобные выросты. В структуре стенки определяются мелкие кисты, выстланные идентичным эпителием. Просвет части кист заполнен гомогенным эозинофильным содержимым. Митотическая активность не определяется.

Проведено иммуногистохимическое исследование с антителами к Cytokeratin 7, Cytokeratin 20, ER, PR. В эпителиальном компоненте отмечается экспрессия Cytokeratin 7, факально – ER, PR.

Заключение: Муцинозная цистаденофиброма.

Категория сложности: V (пятая)

Послеоперационный период протекал гладко, проводилась симптоматическая терапия. При ухудшении состояния проводилось обезболивание: метамизол натрий + питофенон + фенпивериния бромид (Ревалгин) 2,0 мл в/м (по требованию), при тошноте: метоклопрамид (церукал) 2,0 мл в/м. Пациентке назначено динамическое наблюдение у врача-гинеколога и хирурга, контроль УЗИ органов малого таза и общий анализ крови через 1 месяц, рекомендован контроль уровня онкомаркеров и половых гормонов.

Заключение. Данный клинический случай подтверждает необходимость проведения дифференциальной диагностики заболеваний органов малого таза и заболеваний других органов и систем организма с целью своевременного выявления хирургической и гинекологической патологии и предотвращения неблагоприятных последствий. Педиатры и детские хирурги должны помнить, что при обращении пациенток с жалобами на боли внизу живота и увеличение живота в объеме, несмотря на ранний возраст девочек – консультация врача-гинеколога и проведение ультразвукового исследования органов малого таза и органов брюшной полости необходимы. При обнаружении любого образования малого таза показана консультация гинеколога, а при выявлении новообразования в полости малого таза или брюшной полости и сомнениях в локализации опухоли в половых органах показаны дополнительные визуализационные диагностические методики (КТ, МРТ брюшной полости и малого таза) и консультация хирурга, онколога, уролога и иных специалистов по показаниям.

Только междисциплинарный подход к пациенту позволит обеспечить эффективную и своевременную диагностику и лечение гинекологических и хирургических заболеваний, исключение злокачественных новообразований и сохранение репродуктивного и общесоматического здоровья девочки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Участие авторов: Сибирская Е.В. – предоставление фотоматериала, редактирование; Караченцова И.В. – концепция и дизайн исследования, редактирование; Павлова Е.В. – написание текста, поиск литературы; Шарков С.М. – концепция и дизайн исследования, редактирование; Аргун М.З. – предоставление фотоматериала. Все соавторы – утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Использованная литература:

1. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Колтунов И.Е., Шарков С.М., Шуткова А.Ю., Тарбая Н.О. Опухоли и опухолевидные образования придатков матки в практике детского гинеколога. *Детская хирургия им.Ю.Ф. Исакова*. 2016; 20(6), 320-323.
2. Кулавский В.А., Никитин Н.И., Кулавский Е.В., Зиганшин А.М. Учебное пособие: Опухоли и опухолевидные образования яичников (Диагностические и лечебные аспекты)/сост.: – Уфа: ООО «Первая типография», 2017; 74 с.
3. Гинекология : учебник / Б. И. Баисова и др. ; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. — 4-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012, с. 289
4. Калашникова М.Ф., Лиходей Н.В., Тюльпаков А.Н., Федорова Е.В., Брюнин Д.В., Бахвалова А.А., Глушак М.А., Смирнова С.А., Фадеев В.В. Вирилизующая опухоль яичника: проблемы дифференциальной диагностики. *Проблемы эндокринологии* 2019. Т. 65 №4. с. 273–277
5. Адамян Л. В., Сибирская Е. В., Богданова Е. А., Колтунов И. Е., Смаль Т. А., Шуткова А. Ю. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников у детей и подростков (обзор литературы). *Проблемы репродукции*. 2016; 22(2): 73-77.
6. Соломатина А.А., Караченцова И.В., Волкова П., Мызин А.В., Логачева Т.М. Клинический случай гигантской муцинозной цистаденомы у девочки-подростка. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2019; 15 (3): 99-106
7. Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Яцык С.П., Гераськина С.Г. Абдоминальный болевой синдром у девочек при опухолях и опухолевидных образованиях придатков матки. *Российский педиатрический журнал*. 2015; 18 (3): 54–59.
8. Коршикова Р.Л., Харкевич О.Н., Секержицкая Л.А., Бегун И.В., Ващилина Т.П., Асадова Т.О. Особенности диагностики опухолей яичников у девочек от 0 до 18 лет. ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя». Сб.науч. трудов и материалов респуб. научно-практич. конф. «Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности», 2010 г. С. 32-36.
9. Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В., Шарков С.М., Короткова С.А., Моксякова Е.Г., Мовсесян Э.Х. Особенности дифференциальной диагностики опухолей яичников у девочек. *Детская хирургия*. 2018; 22(3): 160-162.
10. Дурнов Л. А., Бухны А. Ф., Лебедев В. И.. "Опухоли забрюшинного пространства и брюшной полости у детей" Москва, "Медицина", 1972 г
11. Алтыев Б. К., Мирзакулов А. Г., Мадиев Р. З., Вервекина Т. А., Хакимов А. Т. Лимфангиома брыжейки тонкой кишки. *Вестник экстренной медицины*. 2017. №1: 69-73.
12. Гераськин, А. В. Хирургия живота и промежности у детей : Атлас / Под ред. А. В. Гераськина, А. Н. Смирнова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 508 с.
13. Разин М.П., Кулаева А.С., Лапшин В.И., Батуров М.А. Лапароскопия в лечении ребенка с гигантской псевдокистой большого сальника. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2019. №4: 94-98.
14. Мартынов С.А.. Современные онкомаркеры в дифференциальной диагностике опухолей яичников вне и во время беременности (обзор литературы). *Гинекология*. 2014, 16(4), 63-67.
15. Акрам М. Шаабан, Кристин О. Мениас, Мариам Рецвани, Марк С. Табэй, Рания Фарук эль-Сайед, Паула Дж. Вудворд ; пер. с англ. ; под ред. А.Н.Сенча *Диагностическая визуализация в гинекологии: в 3 т. /* – М. : МЕДпресс-информ, 2018. 134 с.