

УДК 618.11+616.346.2-053-089

**В.С. Коноплицький<sup>1</sup>, О.С. Головащенко<sup>2</sup>, С.С. Блашко<sup>2</sup>, Ю.Є. Коробко<sup>1</sup>**

## Клінічний випадок чотириденного перекруту тератоми яєчника та вторинного апендициту в дитини

<sup>1</sup>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна  
<sup>2</sup>КНП «Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня Вінницької обласної ради», Україна

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2022. 3(91): 73-76; doi 10.15574/PP.2022.91.73

**For citation:** Konoplytsky VS, Golovashchenko OS, Blazhko SS, Korobko YYe. (2022). Clinical case of four-day torsion of ovarian teratoma and secondary appendicitis in a child. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 3(91): 73-76. doi 10.15574/PP.2022.91.73.

Тератома (з грецької *τέρατος* — потвора, *ομα* — пухлина) — пухлина, сформована з моноцитів, частим місцем локалізації якої є яєчники в представників жіночої статі, яєчка в представників чоловічої статі, крижово-куприкова ділянка в дітей, а також головний мозок. Тератома яєчника — один із видів герміногенних пухлин, яка має синоніми ембріон, «паразитуючий плід», «складна клітинна пухлина», «змішане тератогенне новоутворення», «монодермома».

**Мета** — проаналізувати клінічні симптоми та діагностично-лікувальну тактику щодо поєднаної патології апендикса і тазових органів у дівчат; звернути увагу медичного персоналу на патологію під назвою «апендикулярно-генітальний синдром».

**Клінічний випадок.** Спостерігали перекут лівих придатків матки в дівчинки віком 11 років, що викликав дифузний серозно-гнійний перитоніт і вторинний флегмонозний апендицит. Отже, у наведеному випадку можна говорити про апендикулярно-генітальний синдром, що мав свій початок у лівих придатках матки внаслідок органічного ураження та їх перекруту. *Пацієнтка Ганна Б.*, віком 11 років, госпіталізована 25 січня 2021 року до хірургічного відділення № 1 Вінницької обласної клінічної лікарні з болем у животі, локалізованим над лоном, у правій та лівій здухвинній ділянці, які тривали протягом 4 діб. Протягом цього періоду також відмічалось підвищення температури тіла в межах субфебрильних значень, які самостійно не лікувались. До моменту госпіталізації в дівчинки жодного разу не було менструації. Пацієнтка прооперована в день госпіталізації в ургентній черзі у зв'язку з наявністю клінічних симптомів «гострого живота». Під час оперативного втручання виявлені такі знахідки: чорного кольору набряклі з підкапсульними крововиливами ліві придатки матки, у складі яких відмічено новоутворення великого розміру та гіперемійований набряклий, ін'єкований судинами апендикс, булавоподібно потовщений на верхівці.

У зв'язку з появою ускладнень у вигляді перитоніту та розвитком вторинного апендициту виконано таке оперативне лікування: тубо-варіоектомію зліва, апендектомію, санацію та дренажування черевної порожнини.

**Висновки.** У разі підозри на апендикулярно-генітальний синдром необхідно після проведення доопераційних лікувально-діагностичних заходів застосовувати лапароскопічну методику замість відкритої. Саме лапароскопічна операція має перевагу перед апендиктомним доступом у правій здухвинній ділянці, оскільки під час лапароскопічного втручання є більш широке поле для обстеження порожнини малого таза за допомогою камери.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** перекути придатків матки, гострий апендицит, апендикулярно-генітальний синдром, діти, операція, дитяча хірургія.

### Clinical case of four-day torsion of ovarian teratoma and secondary appendicitis in a child

**V.S. Konoplytsky<sup>1</sup>, O.S. Golovashchenko<sup>2</sup>, S.S. Blazhko<sup>2</sup>, Y.Ye. Korobko<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine

<sup>2</sup>Municipal Non-profit Enterprise «Vinnytsia Regional Children's Clinical Hospital Vinnytsia Regional Council», Ukraine

Teratoma (from the Greek *τέρατος* — monster, *ομα* — tumor) is a tumor formed from monocytes, common location of which is the ovaries in females, testicles in males, sacrococcygeal area in children, as well as the brain. Teratoma of the ovary is one of the types of germinogenic tumors, which has synonyms of embryo, «parasitic fetus», «complex cell tumor», «mixed teratogenic neoplasm», «monodermoma».

**The aim** — to analyze the clinical symptoms and diagnostic and treatment tactics for the combined pathology of the appendix and pelvic organs in girls, to draw the attention of the medical staff to the pathology called appendicular-genital syndrome.

**Clinical case.** We observed torsion of the left uterine appendages in an 11-year-old girl, which caused diffuse serous-purulent peritonitis and secondary phlegmonous appendicitis. Thus, in this case, we can talk about the appendicular-genital syndrome, which had its origin in the left appendages of the uterus as a result of organic damage and their twisting. Patient *Hanna B.*, 11 years old, was hospitalized on January 25, 2021, in the surgical department № 1 of the Vinnytsia Regional Clinical Hospital with abdominal pain localized above the bosom, in the right and left iliac regions, which lasted for 4 days. During this period, there was also a rise in body temperature within subfebrile values. They were not treated independently. Until the moment of hospitalization, the girl had never had menstruation. The patient was operated on the day of admission to the emergency department due to the presence of the «acute abdomen» clinic. During the surgical intervention, the following findings were revealed: the left uterine appendages were black, swollen with under-capsular hemorrhages, which included a neoplasm with the dimensions and a hyperemic, swollen, injected appendix, which was mace-like thickened at the apex.

In connection with the appearance of complications in the form of peritonitis and the development of secondary appendicitis, operative treatment had the following volume. Left tubovariectomy, appendectomy, sanitation and drainage of the abdominal cavity were performed.

**Conclusions.** In case of suspicion of appendicular-genital syndrome, it is necessary to use a laparoscopic technique instead of an open one after carrying out pre-operative medical and diagnostic measures. It is laparoscopic surgery that has an advantage over appendicotomy access in the right pubic region, because during laparoscopic intervention there is a wider field for examination of the pelvic cavity with the help of a camera.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the authors.

**Keywords:** torsion of uterine appendages, acute appendicitis, appendicular-genital syndrome, children, operation, pediatric surgery.

**Вступ**

**Т**ератома (з грецької *τέρας* — потвора, *ομα* — пухлина) — пухлина, сформована з моноцитів, частим місцем локалізації якої є яєчники у представників жіночої статі, яєчка в представників чоловічої статі, крижово-куприкова ділянка в дітей, а також головний мозок. Тератома яєчника — один із видів герміногенних пухлин, яка має синоніми ембріона, «паразитуючий плід», «складна клітинна пухлина», «змішане тератогенне новоутворення», «монодермома». На сьогодні тератома, звісно, повністю не вивчена, однак її назва закріплена ще в 1961 р. на міжнародній конференції в Стокгольмі [2].

Виникнення перекруту придатків матки частіше за все виникає на тлі об'ємного процесу в придатках. Об'ємне утворення викликає їх асиметрію та зміщення центру тяжіння, що з часом виливається в перекрути придатків. Серед органічних патологій, що спричиняють перекрут придатків матки, найчастіше спостерігаються ретенційні кісти (24%), тератоїдні новоутворення (20%), цистаденоми (8%) [3].

Проблема гострого апендициту, особливо в дитячому віці, була, є і буде актуальною у зв'язку з питаннями своєчасної діагностики, адекватного лікування та можливими післяопераційними ускладненнями. Актуальність пов'язана з високою частотою патології (20–21 випадок на 10 тис. населення в Україні), частота гострого апендициту в країнах Європи та США досягає 7–12%; великою кількістю оперативних втручань порівняно з іншими нозологіями (частка оперативних втручань із приводу гострого апендициту становить до 60% усіх оперативних втручань у невідкладній хірургії); великим відсотком деструктивних апендицитів та ускладнень (за даними різних авторів становить до 26% і більше) [5].

Близько 30% випадків апендициту супроводжуються запаленням придатків, що і є апендикулярно-генітальним синдромом. Ця проблема також є надзвичайно актуальною, тому що йдеться про найчастіші захворювання в хірургії та гінекології в найбільш вразливого контингенту — неповнолітніх, яким у майбутньому належить виконати дітородну функцію. У дівчаток, які перенесли апендикулярно-генітальний синдром, частіше виявляють апоплексію яєчника, а в репродуктивному віці — ектопічну вагітність та інші порушення репродуктивної функції [1,3].

**Мета** дослідження — проаналізувати клінічні симптоми та діагностично-лікувальну такти-

ку щодо поєднаної патології апендикса і тазових органів у дівчат, звернути увагу медичного персоналу на патологію під назвою «апендикулярно-генітальний синдром».

**Клінічний випадок**

Проведено спостереження перекруту лівих придатків матки в дівчинки, що викликав дифузний серозно-гнійний перитоніт і вторинний флегмонозний апендицит. У наведеному клінічному випадку можна говорити про апендикулярно-генітальний синдром, що мав свій початок у лівих придатках матки внаслідок органічного ураження та їх перекруту.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

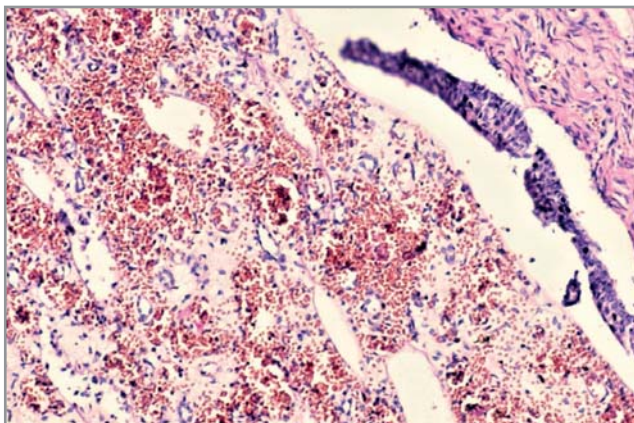
*Пацієнтку Ганну Б.*, віком 11 років, госпіталізовано 25 січня 2021 року до хірургічного відділення № 1 Вінницької обласної клінічної лікарні з болем у животі, що локалізувався над лоном, у правій та лівій здухвинній ділянці, який тривав протягом 4 діб. Протягом цього періоду також відмічалось підвищення температури тіла в межах субфебрильних значень. Самостійно не лікувались. До моменту госпіталізації в дівчинки жодного разу не було менструації. Місцева клінічна картина: біль у нижніх відділах живота, більше справа, де спостерігався дефанс м'язів і позитивні симптоми подразнення очеревини (симптом Щоткіна—Блумберга, симптом «сорочки», посилення болючості при дозованій перкусії за Шурінком). У загальному аналізі крові виявлено лейкоцитоз —  $10,3 \times 10^9/\text{л}$ , зсув лейкоцитарної формули вліво, підвищення рівня швидкості осідання еритроцитів (46 мм/год). За даними ультразвукового дослідження органів черевної порожнини та порожнини таза візуалізовано в проєкції малого таза об'ємне новоутворення розміром  $62 \times 58$  мм, яке було неоднорідним за рахунок гіпо- та гіперехогенних ділянок; контур новоутворення був чітким, кровотік не простежувався. Пацієнтку прооперовано в день госпіталізації в ургентній черзі у зв'язку з наявністю клінічних симптомів «гострого живота». Під час оперативного втручання виявлено такі знахідки: чорного кольору набряклі з підкапсульними крововиливами ліві придатки матки, у складі яких відмічено новоутворення вищезазначеного розміру (рис. 1) і гіперемійований набряклий, ін'єкований судинами апендикс, булавоподібно потовщений на верхівці (рис. 2).



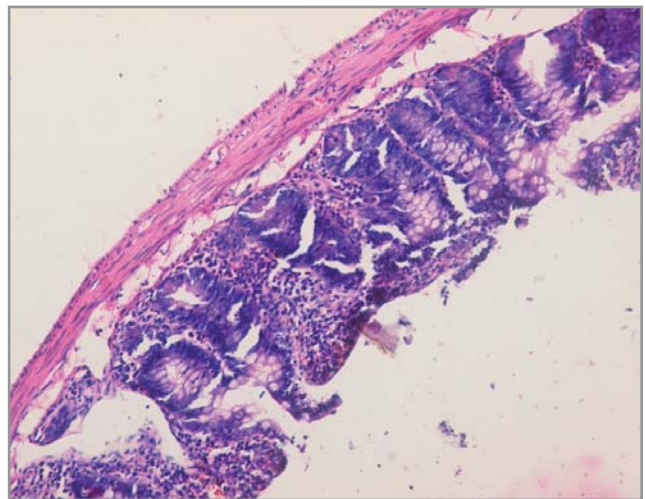
**Рис. 1.** Лівий придаток матки з новоутворенням з ознаками некрозу



**Рис. 2.** Апендикс гіперемійований набряклий, ін'єкований судинами, булавоподібно потовщений на верхівці



**Рис. 3.** Зріла тератома, у стінці якої визначається вогнище мозкової тканини, пласт багаточарового плоского нероговіючого епітелію. Поширений крововилив, геморагічний некроз унаслідок перекуту тератоми. Збільшення  $\times 100$ , забарвлення гематоксилін-еозин



**Рис. 4.** Катаральний вторинний апендицит. Збільшення  $\times 200$ , забарвлення гематоксилін-еозин

У зв'язку з появою ускладнень у вигляді перитоніту та розвитком вторинного апендициту виконано таке оперативне лікування: тубоваріоектомію зліва, апендектомію, санацію та дренажування черевної порожнини.

Встановлено післяопераційний діагноз — «Об'ємне утворення лівого придатка матки, перекуту лівого придатка з некрозом, вторинний флегмонозний апендицит, дифузний серозно-гнійний перитоніт».

У післяопераційному періоді призначено інфузійну терапію протягом 3 діб, антибіотикотерапію, що складалася з двох препаратів («Цефтріаксон» і «Метранідазол») загальною тривалістю курсу 7 діб, а також знеболювальну терапію. Дренаж із черевної порожнини видалено на п'яту добу.

Відповідно до гістологічного дослідження видалених препаратів встановлено остаточний діагноз — «Зріла тератома лівих придатків мат-

ки з крововиливами та ознаками некрозу, вторинний катаральний апендицит» (рис. 3 та 4).

Морфологічно в стінці апендикса виявлено набряк слизової та м'язових оболонки з точковими крововиливами без ознак перфорації.

Післяопераційний період — без ускладнень. Дитину виписано зі стаціонару на 8-му добу перебування.

При патології матки і придатків слід пам'ятати про необхідність повної ревізії органів черевної порожнини. Також потрібно звертати увагу на стан апендикса, особливо в разі його тазового розташування. На сьогодні не існує чіткого алгоритму дій щодо мало зміненого апендикса при первинному патологічному вогнищі порожнини таза. Згідно з клінічними протоколами та нашими судженнями, вважаємо необхідним видалення апендикса при катаральних змінах у стінці апендикса для попередження ускладнень у майбутньому. Прямими показаннями до ад-



## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

нексектомії на сьогодні є некроз придатків матки, злоякісні новоутворення придатків матки.

### Висновки

У разі підозри на апендикулярно-генітальний синдром слід після проведення доопераційних лікувально-діагностичних заходів застосовувати лапароскопічну методику замість

відкритої. Саме лапароскопічна операція має перевагу перед апендиктомним доступом у правій здухвинній ділянці, оскільки під час лапароскопічного втручання є більш широке поле для обстеження порожнини малого таза за допомогою камери.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

### References/Література

1. Gerasimova TV, Gopchuk EN. (2017). Appendicular-genital syndrome in pediatric gynecology. Health of woman. 7(123): 11–13. [Герасимова ТВ, Гопчук ОМ (2017). Апендикулярно-генітальний синдром у дитячій гінекології. Здоров'є жінки. 7(123): 11–13]. doi: 10.15574/HW.2017.123.11.
2. Korovin SA, Dzyadchik AV, Galkina YaA, Sokolov YuYu. (2016). Laparoskopicheskie vmeshatelstva u devochek s perekrutami pridakov matki. Rossiyskiy vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii. 6 (2): 73–79. [Коровин СА, Дзядчик АВ, Галкина ЯА, Соколов ЮЮ. (2016). Лапароскопические вмешательства у девочек с перекрутами придатков матки. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 6 (2): 73–79].
3. Nazarenko LG, Nestertsova NS. (2017). Intrauterine programming of women's health as a determinant of the reproductive potential of a population. Health of woman. 8(124). 10–15. [Назаренко ЛГ, Нестерцова НС. (2017). Внутриутробное программирование здоровья женщины как детерминанта репродуктивного потенциала популяции. Здоровье женщины. 8(124). 10–15]. doi: 10.15574/HW.2017.124.10.
4. Rusak PS, Tolstanov OK, Rybalchenko VF, Stakhov VV, Voloshin YL. (2020). Problematic issues of diagnosis and treatment of acute appendicitis in children. Paediatric Surgery. Ukraine. 3(68): 28–36. [Русак ПС, Толстанов ОК, Рибальченко ВФ, Стахов ВВ, Волошин ЮЛ. (2020). Проблемні питання діагностики та лікування гострого апендициту у дітей. Хірургія дитячого віку. 3(68): 28–36]. doi: 10.15574/PS.2020.68.28.
5. Tshay VB, Brehova IS, Kotova OI, Andreeva AA, Domracheva MYa, Konovalov VN, Kovtun NM. (2015). Klinicheskiy sluchay gigantnskoj teratomy yaichnika u yunoy patsientki. Sibirskoe meditsinskoe obozrenie. 2: 92. [Цхай ВБ, Брехова ИС, Котова ОИ, Андреева АА, Домрачева МЯ, Коновалов ВН, Ковтун НМ. (2015). Клинический случай гигантской тератомы яичника у юной пациентки. Сибирское медицинское обозрение. 2: 92].

### Відомості про авторів:

**Коноплицкий Віктор Сергійович** — д.мед.н., проф., зав. каф. дитячої хірургії Вінницького НМУ імені М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, буд. 56. <https://orcid.org/0000-0001-9525-1547>.

**Головащенко Олександр Сергійович** — лікар-хірург дитячий хірургічного відділення КНП «Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня Вінницької обласної Ради». Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, буд. 56.

**Блажко Сергій Сергійович** — лікар-хірург дитячий хірургічного відділення КНП «Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня Вінницької обласної Ради». Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, буд. 56. <https://orcid.org/0000-0003-4891-5886>.

**Коробко Юрій Євгенійович** — аспірант каф. дитячої хірургії Вінницького НМУ імені М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, буд. 56. <https://orcid.org/0000-0002-3299-878X>.

Стаття надійшла до редакції 01.06.2022 р.; прийнята до друку 15.09.2022 р.