



THE SYNDROME OF VOLUMETRIC FORMATION IN THE ABDOMINAL CAVITY IN CHILDREN

Boboyev M. Sh.¹ Khaidarov N. S.²

¹Tashkent State Medical University

²Fergana Medical Institute of Public Health

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17519197>

ARTICLE INFO

Received: 25th October 2025

Accepted: 28th October 2025

Online: 31th October 2025

KEYWORDS

tumor, abdominal cavity,
diagnosis, treatment, children.

ABSTRACT

This article examines the current issue of abdominal mass syndrome in children. It describes a complex of clinical symptoms and signs indicating the presence of tumor-like formations of various origins in the abdominal cavity. The article analyzes diverse causes of space-occupying processes in the abdominal cavity. Considering that space-occupying processes in the abdominal cavity are quite common in children and can be caused not only by true tumors, the article presents various clinical cases that lead to abdominal mass syndrome in childhood.

СИНДРОМ ОБЪЁМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Бобоев М.Ш.,¹ Хайдаров Н.С.²

¹Ташкентский Государственный медицинский университет (ТГМУ)

²Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17519197>

ARTICLE INFO

Received: 25th October 2025

Accepted: 28th October 2025

Online: 31th October 2025

KEYWORDS

опухоль, брюшная полость,
диагностика, лечение, дети.

ABSTRACT

В этой статье рассматривается актуальная проблема синдрома объемного образования в брюшной полости у детей. Описан комплекс клинических симптомов и признаков, указывающих на наличие опухолеподобного образования в брюшной полости различной природы. Проанализированы разнообразные причины возникновения объемных процессов в брюшной полости. Учитывая, что объемные процессы в брюшной полости у детей встречаются довольно часто и могут быть вызваны не только истинными опухолями, в статье представлены различные клинические случаи, приводящие к синдрому объемного



*образования в брюшной полости в детском
возрасте.*

Введение. Синдром объёмного образования брюшной полости (СООБП) у детей представляет собой совокупность клинических симптомов и признаков, характеризующих наличие опухолевидного образования в брюшной полости различного генеза. Актуальность данной проблемы обусловлена многообразием причин, приводящих к развитию объёмных процессов, сложностью их дифференциальной диагностики и необходимостью выбора адекватной лечебной тактики.

Объёмные процессы в брюшной полости у детей — достаточно распространённое явление, возникающее не только при истинных опухолях, но и при ряде других патологических состояний. Они могут быть следствием острых хирургических заболеваний, травм, паразитарных инвазий, врождённых пороков развития или заболеваний, сопровождающихся органомегалией.

В последние годы отмечается увеличение числа диагностированных случаев опухолевидных образований у детей, что связано с совершенствованием методов визуализации и расширением возможностей пренатальной диагностики. Однако несмотря на развитие технологий, дифференциальная диагностика между истинными опухолями и другими процессами, имитирующими опухоль, по-прежнему остаётся сложной задачей.

Особое значение имеет ранняя диагностика, позволяющая своевременно определить характер патологического процесса и выбрать рациональную лечебную тактику, что в конечном итоге влияет на прогноз заболевания и качество жизни пациента.

Цель данной работы — проанализировать основные причины, клинические проявления, методы диагностики и принципы лечения синдрома объёмного образования брюшной полости у детей.

Материалы и методы. Настоящая работа основана на анализе литературных данных, отражающих современные подходы к диагностике и лечению синдрома объёмного образования брюшной полости (СООБП) у детей, а также на обобщении клинических наблюдений, полученных в практике детской хирургии.

Для систематизации информации и построения диагностического алгоритма использованы сведения, представленные в отечественных и зарубежных источниках по педиатрической хирургии, лучевой диагностике и детской онкологии.

В исследование включены материалы, касающиеся:

- классификации объёмных образований брюшной полости у детей;
- анализа этиологических факторов;
- методов клинического обследования и инструментальной диагностики;



• хирургической и консервативной тактики лечения в зависимости от характера патологического процесса.

Диагностические методы. При подозрении на наличие объёмного образования у ребёнка применяется комплексный подход, включающий клиническое обследование, лабораторные и инструментальные методы.

Клиническое обследование основывается на следующих этапах:

- оценка общего состояния ребёнка (наличие гипертермии, признаков кахексии, интоксикации);
- определение локализации образования (анатомическое расположение в брюшной полости, предположение об органе-источнике);
- пальпация с оценкой размеров, плотности, подвижности, бугристости и болезненности образования;
- выявление признаков “острого живота” (перитонит, кишечная непроходимость);
- анализ анамнеза, включая указания на перенесённые травмы, инфекционные или паразитарные заболевания.

Лабораторные исследования включают:

- общий анализ крови и мочи;
- биохимические исследования крови (определение уровня белков, ферментов, билирубина, креатинина, глюкозы);
- исследование уровня опухолевых маркеров (альфа-фетопротеин, β -ХГЧ, СА-125 и др.) при подозрении на новообразования.

Инструментальные методы диагностики делятся на обязательные и дополнительные.

К обязательным относятся:

- **ультразвуковое исследование (УЗИ)** органов брюшной полости с доплеровским усилением для оценки размеров, структуры и кровоснабжения образования;
- **обзорная рентгенография** брюшной полости, позволяющая выявить уровни жидкости, чаши Клойбера или наличие свободного газа;
- **экскреторная урография** и **цистография** — при подозрении на урологическую патологию.

К дополнительным методам относятся:

- **компьютерная томография (КТ)** с контрастированием для уточнения топографии, взаимоотношений с соседними органами и характера кровоснабжения;
- **ангиография** для оценки сосудистой архитектуры и наличия неоваскуляризации;
- **фиброгастродуоденоскопия (ФГДС)** при подозрении на поражение желудка и двенадцатиперстной кишки;
- **иммунологические и серологические тесты** при подозрении на паразитарную природу заболевания (определение антител к эхинококку и альвеококку).



Критерии включения и оценки

При анализе клинических данных учитывались:

- характер объёмного процесса (опухолевый, воспалительный, травматический, паразитарный, врождённый и др.);
- возраст пациента;
- результаты визуализирующих методов;
- особенности клинических проявлений;
- применяемая лечебная тактика и её эффективность.

Данные сопоставлялись с литературными источниками и методическими рекомендациями ведущих детских хирургов и радиологов.

Результаты и обсуждение.

Этиологическая структура синдрома объёмного образования брюшной полости

Причины возникновения объёмных процессов в брюшной полости у детей чрезвычайно разнообразны и могут быть объединены в несколько основных групп:

1. Опухоли (доброкачественные и злокачественные)

Эти процессы составляют значительную долю среди объёмных образований. Доброкачественные опухоли характеризуются медленным ростом, длительным бессимптомным течением и часто выявляются случайно при профилактических обследованиях.

Клиническое состояние пациентов при этом, как правило, удовлетворительное, изменений лабораторных показателей нет, уровни опухолевых маркеров находятся в пределах нормы. По данным УЗИ с доплеровским усилением выявляется наличие капсулы и незначительный кровоток; по КТ — слабое накопление контраста, отсутствие инвазии в соседние органы; по ангиографии — периферический тип васкуляризации без признаков неоваскуляризации. В отдельных случаях доброкачественные опухоли связаны с генетическими синдромами (например, болезнь Реклингхаузена с нейрофибромами).

Злокачественные опухоли чаще сопровождаются выраженной клинической симптоматикой — слабостью, снижением аппетита, субфебрилитетом, анемией, повышением СОЭ, гематурией при поражении почек, гиперфибриногенемией и повышением уровней опухолевых маркеров.

Ультразвуковое исследование выявляет очаги некроза, усиление кровотока, тромбы в сосудах; КТ — инвазию в соседние органы, метастазы, увеличение лимфоузлов; ангиография — интенсивную неоваскуляризацию и диффузный тип кровоснабжения.

Хирургическая тактика.

При доброкачественных опухолях выполняется органосохраняющее удаление новообразования. При подозрении на злокачественную природу проводится экспресс-биопсия.



Для злокачественных опухолей обязательны: полное предоперационное обследование (УЗИ, КТ, ангиография, лабораторные исследования), участие детского онколога, широкая лапаротомия, обязательная биопсия регионарных лимфатических узлов, цитологическое исследование выпота, оценка краёв резекции.

При необходимости выполняется инцизионная или пункционная биопсия, особенно в случаях, когда радикальная операция может вызвать инвалидизирующие последствия. Наложение кишечной стомы по возможности следует избегать, так как это ухудшает прогноз и отсрочивает начало химиотерапии.

2. Острые хирургические заболевания брюшной полости и забрюшинного пространства

К данной группе относятся состояния, при которых формируются инфильтраты или ограниченные абсцессы (аппендикулярный инфильтрат, парапанкреатит, паранефрит и др.). В других случаях пальпируются петли кишечника, инвагинаты и иные структуры, имитирующие опухоль. Клинически проявляются болевым синдромом, рвотой, задержкой стула, гипертермией.

Диагноз основывается на данных анамнеза, клинической картины, общем анализе крови (лейкоцитоз со сдвигом влево), УЗИ и обзорной рентгенографии (чаши Клойбера, свободный воздух). В 95% случаев указанные методы позволяют точно установить диагноз и выбрать адекватную лечебную тактику. В большинстве случаев требуется неотложное оперативное вмешательство. Однако при аппендикулярных инфильтратах, паранефритах или парапанкреатитах возможна консервативная терапия с последующим решением вопроса об операции.

3. Травмы и их последствия (внутрибрюшные и забрюшинные гематомы)

В диагностике ключевое значение имеет анамнез и механизм повреждения. Диагностические критерии включают снижение уровня гемоглобина, гематокрита, данные УЗИ, динамическое наблюдение. При продолжающемся кровотечении показана активная хирургическая тактика; при стабильном состоянии предпочтительно консервативное лечение. Иногда объёмное образование представлено переполненным мочевым пузырём, возникающим при острой задержке мочи вследствие механических или неврологических причин. Лечение заключается в катетеризации мочевого пузыря или наложении эпицистостомы.

4. Паразитарные заболевания (эхинококкоз, альвеококкоз)

Клинически протекают как доброкачественные опухоли. Диагностические признаки — эозинофилия, кожные проявления аллергии, контакт с животными, выявленные паразитарные кисты у членов семьи. Основным методом диагностики является УЗИ (в 95% случаев позволяет установить диагноз), где визуализируются сколексы, кальцинаты, капсула.



Дополнительные методы — иммунологические тесты (антитела к возбудителю), КТ с контрастом.

Тактика лечения зависит от активности процесса:

○ при неактивных кистах (наличие кальцинатов, плотная капсула, нормальные антитела) показано хирургическое вмешательство (цистэктомия, резекция поражённого органа);

○ при активном процессе — предварительная консервативная терапия антигельминтными средствами, затем операция.

5. Пороки развития органов брюшной полости

К ним относятся пилоростеноз, гидронефроз, тератомы, гематометра, кисты брыжейки и урахуса.

Пилоростеноз проявляется у детей до 4 месяцев прогрессирующей рвотой, потерей массы, симптомом «песочных часов». Диагноз подтверждается ФГДС и УЗИ. Лечение — хирургическое.

Гидронефроз возникает при обструкции мочевыводящих путей, диагностируется урографией и цистографией, лечится оперативно.

Гематометра диагностируется у подростков при отсутствии менструаций и наличии опухолевидного образования внизу живота, сопровождающегося циклическими болями; лечение — рассечение девственной плевы.

6. Заболевания, сопровождающиеся органомегалией

К ним относятся спленоmegалия при остром лейкозе, болезни Гоше, портальной гипертензии.

Дифференциальная диагностика основана на выявлении признаков основного заболевания и данных УЗИ. Успешное лечение основного заболевания приводит к нормализации размеров органов.

Таким образом, синдром объёмного образования брюшной полости у детей охватывает широкий спектр патологических состояний различного происхождения, что требует тщательной дифференциальной диагностики.

Правильное определение причины синдрома имеет решающее значение для выбора тактики лечения — будь то консервативная терапия, органосохраняющая операция или радикальное вмешательство при злокачественных новообразованиях.

Заключение. Синдром объёмного образования брюшной полости у детей представляет собой полиэтиологическое состояние, включающее широкий спектр патологических процессов — от доброкачественных и злокачественных опухолей до воспалительных, паразитарных и врождённых заболеваний. Его клинические проявления зависят от характера и локализации поражения, возраста ребёнка, а также стадии патологического процесса.

Проведённый анализ показывает, что ключевую роль в диагностике играет комплексный подход, включающий тщательное клиническое обследование, лабораторные тесты и инструментальные методы визуализации (УЗИ с доплеровским усилением, КТ, ангиография). Эти методы позволяют не только



выявить наличие объёмного образования, но и определить его происхождение, структуру, взаимоотношения с соседними органами и степень инвазии.

Хирургическая тактика при опухолевидных образованиях должна быть строго индивидуализированной и базироваться на результатах комплексного обследования.

- При доброкачественных опухолях предпочтительно выполнение органосохраняющих операций.

- При злокачественных новообразованиях обязательным является участие детского онколога, проведение предоперационного стадирования, забор достаточного количества гистологического материала, оценка краёв резекции и лимфатических узлов.

- При воспалительных и посттравматических процессах в ряде случаев оправдана консервативная терапия с динамическим наблюдением.

- При паразитарных кистах выбор лечебной тактики зависит от активности процесса, анатомической локализации и общего состояния пациента.

Особое внимание следует уделять проведению дифференциальной диагностики между истинными опухолями и другими образованиями, имитирующими их, поскольку от правильности постановки диагноза зависит дальнейшая судьба ребёнка и прогноз заболевания.

Комплексный, поэтапный диагностико-лечебный подход с обязательным участием специалистов смежных профилей (детский хирург, радиолог, инфекционист, онколог, гинеколог) позволяет достичь высокой точности диагностики, минимизировать количество диагностических ошибок и повысить эффективность лечения детей с синдромом объёмного образования брюшной полости.

Литературы:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. Том 3. – С-Пб.; Хардфорд, 1999.
2. Исаков Ю.Ф., Разумовский А.Ю. Детская хирургия : учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1040 с.
3. Каплунов С.В., Лутков О.Н. Редкий случай удвоения желудка // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2009. – №1. – Стр.60-61.
4. Костылев А.А., Силков В.Б., Белогурова М.Б. Новообразования как одна из причин синдрома пальпируемой опухоли брюшной полости у детей // Педиатр. 2016. №2. Стр.121-126.
5. Пыков М.И., Соколов Ю.Ю., Балашов В.В., Зыкин А. П., Леонидов А.Л., Антонов Д.В., Юркин Ю.Ю. Ультразвуковая диагностика кист брюшной полости у детей // Педиатрия. Consilium Medicum. – 2017. – №1. – Стр.68-72.
6. Разин, М. П. Детская хирургия : учебник / М. П. Разин, С. В. Минаев, И. А. Турабов и др. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, – 2020. – 704 с.
7. Хуррамов Ф.М., Эргашев Н.Ш. Результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей. Журнал репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований. – №SI-2.1 – 2021. – Стр.122-124.
8. Хуррамов Ф.М., Эргашев Н.Ш. Особенности клинического течения и результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей. Вестник Южно-



Казахстанской медицинской академии. (Вестник ЮКМА). – №1(95). – Том 1. – 2022. – Стр.126-130.

9. Эргашев Н.Ш., Дияров Н.А., Хуррамов Ф.М., Норов М.М. Тератоидные опухоли у детей. Журнал “Педиатрия”. Ташкент. – 2022. – №2. – Стр.89-93.

10. Birkemeier KL. Imaging of solid congenital abdominal masses: a review of the literature and practical approach to image interpretation. *Pediatr Radiol.* 2020 Dec;50(13):1907-1920.

11. Llanos D, de la Pedraja Í, Campos L, Armijo J, Ávila LF. Imaging palpable tumors in pediatrics. *Radiologia (Engl Ed).* 2022 Nov-Dec;64(6):552-565.

12. Päts AB, Surov A, Roth C, Anders R, Gräfe D, Sorge I, Hirsch FW. Differenzialdiagnosen zystischer abdominaler Raumforderungen im Kindesalter [Differential diagnosis of cystic abdominal masses in children]. *Radiologe.* 2020 Feb;60(2):154-161.

13. Patterson KN, Trout AT, Shenoy A, Abu-El-Haija M, Nathan JD. Solid pancreatic masses in children: A review of current evidence and clinical challenges. *Front Pediatr.* 2022 Nov 25;10:966943.

14. Wignall OJ, Moskovic EC, Thway K, Thomas JM. Solitary Fibrous Tumors of the Soft Tissues: Review of the Imaging and Clinical Features With Histopathologic Correlation. *American Journal of Roentgenology* [Internet]. American Roentgen Ray Society; 2010 Jul;195(1):W55–W62.

15. Zakaria OM, Daoud MYI, Sultan TA, El Sayem K, Zakaria HM, El-Gibaly AM, Sedky FM, Al Taher A, Al Wadaani HA. Laparoscopy as a Primary Investigatory Tool in Pediatric Abdominal Masses. *Gulf J Oncolog.* 2018 Sep;1(28):52-55.