

<sup>1</sup> Российский университет медицины

<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница – филиал Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

# Заболевания кишечника у детей: альянс детского гинеколога и педиатра

Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1, 2, 3</sup>, П.О. Никифорова<sup>2, 3</sup>, А.В. Манцева<sup>3</sup>

Адрес для переписки: Полина Олеговна Никифорова, pol\_nikiforova@mail.ru

Для цитирования: Сибирская Е.В., Никифорова П.О., Манцева А.В. Заболевания кишечника у детей: альянс детского гинеколога и педиатра. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (45): 74–79.

DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-45-74-79

**Цель** – проанализировать особенности дифференциальной диагностики гастроэнтерологической и гинекологической патологии в детском возрасте.

**Материал и методы.** Проведен поиск соответствующей литературы (систематические обзоры, когортные исследования, серии случаев и рандомизированные контролируемые исследования) за период 2011–2024 гг. в базах данных PubMed, Embase, Cochrane Library и Google Академия.

**Результаты.** Между состоянием репродуктивной системы и заболеваниями желудочно-кишечного тракта существует взаимосвязь, что нередко затрудняет диагностику и назначение адекватной терапии. Кроме того, диагностический поиск осложнено появление в последнее время атипичных, скрытых и латентных форм гинекологических заболеваний. Грамотный сбор анамнеза, использование лабораторных и инструментальных методов исследования помогают педиатру правильно установить диагноз и своевременно направить юных пациенток на прием к акушеру-гинекологу.

**Выводы.** Заболевания кишечника у детей требуют слаженной работы акушера-гинеколога и педиатра. Заблаговременное обращение девочек за медицинской помощью позволяет своевременно выявить заболевания, включая острые состояния, при необходимости срочно госпитализировать пациенток, выбрать адекватную тактику лечения и провести органосохраняющую операцию в целях поддержания репродуктивного здоровья.

**Ключевые слова:** абдоминальный болевой синдром, диспепсический синдром, острый живот, гинекология, гастроэнтерология, педиатрия

## Введение

Согласно данным литературы, распространенность гинекологических заболеваний среди детей и подростков в Российской Федерации составляет 10–35% [1]. Примерно 10% детей в возрасте 4–18 лет хотя бы раз в жизни испытывают острую боль в животе, которая становится причиной обращения за медицинской помощью [2].

Абдоминальный болевой синдром (АБС) у детей – совокупность симптомов, сопровождающих ряд патологий хирургического и терапевтического профиля, проявляющихся, в частности, болью в животе [3]. АБС часто носит мультидисциплинарный характер. Из этого можно сделать вывод, что данный синдром встречается в практике как врача-педиатра, так и детского гинеколога. Следует отметить, что АБС у девочек органической природы в 70–80% случаев обусловлен

хирургической патологией и лишь в 10–15% – патологией репродуктивной системы [1, 4, 5].

Появление в последнее время латентных, стертых и атипичных форм болезней, частота которых достигает 26% общего числа пациенток, затрудняет своевременную диагностику гинекологических заболеваний [6].

**Цель** – проанализировать особенности дифференциальной диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и гинекологической патологии у девочек-подростков.

## Дисбиоз кишечника

Между состоянием репродуктивной системы и заболеваниями ЖКТ существует тесная взаимосвязь, что нередко затрудняет диагностику и назначение терапии. Состояние микробиоценоза кишечника напрямую связано с дисбиозом влагалища, а также нарушением

становления менструального цикла. В период полового созревания у девушек часто отмечаются олигоменорея и гастродуоденит на фоне микроэлемента [7].

У подростков с эрозивным гастродуоденитом возможно раннее формирование поликистозных яичников [7].

Клиническими характеристиками синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) являются гиперандрогемия и инсулинорезистентность. Патогенез СПКЯ до сих пор неясен [8].

Кишечная микрофлора, известная как «второй геном» человека, тесно связана с метаболическими, иммунными и инфекционными заболеваниями. В то же время появляется все больше данных, свидетельствующих о том, что кишечная микрофлора регулирует синтез и секрецию инсулина, влияя на метаболизм андрогенов и формирование фолликулов, а также играет определенную роль в развитии хронических воспалений и ожирения. Дисбаланс кишечной флоры обусловлен аномальным взаимодействием между кишечной флорой и клетками-хозяевами, вызванным изменением микробного разнообразия кишечника, что связано с возникновением и развитием СПКЯ. Коррекция кишечной флоры может быть потенциальным направлением лечения СПКЯ [8].

Как показывают результаты клинических исследований, нарушения кишечной микрофлоры приводят к различным гинекологическим заболеваниям воспалительного генеза [9]. Установлена прямая корреляционная взаимосвязь между составами микробиоты кишечника и влагалища ввиду их близкого расположения [10, 11]. В силу такой анатомической особенности обеспечивается высокая частота обмена микроорганизмами между кишечником и влагалищем, особенно у детей, из-за короткой промежности. Нередко изменения соотношения условно-патогенных микроорганизмов во влагалище протекают на фоне имеющейся патологии кишечника [7].

### Абдоминальный болевой синдром

Абдоминальная боль считается наиболее частым проявлением функциональной или органической патологии ЖКТ. Однако у девочек она нередко обусловлена заболеваниями органов малого таза [12]. На боль в животе дети жалуются значительно чаще, чем взрослые [5, 12, 13].

Согласно данным лечебно-диагностической лапароскопии, АБС у девочек может быть обусловлен:

- хирургической патологией – 91,21% (острый аппендицит – 95,78% и перитонит – 4,22%);
  - гинекологическими заболеваниями – 7,14% (острый сальпингоофорит – 31,25%, апоплексия яичника – 12,5%, перекуты ножки опухоли яичников – 25% и придатков матки – 31,25%);
  - аппендикулярно-генитальным синдромом – 1,66% [14].
- Остро возникающий клинический симптомокомплекс заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства обозначают термином «острый живот» [1, 4]. Условно выделяют три группы гинекологических заболеваний, протекающих с симптомокомплексом «острого живота»:

- 1) внутрибрюшное кровотечение (разрыв кисты яичника, апоплексия яичника);
- 2) процессы, обусловленные нарушением кровоснабжения в органе и его некрозом (перекут придатков матки);
- 3) воспалительные процессы внутренних половых органов (пиосальпинкс, пиовар, тубоовариальное воспалительное образование) [6].

При АБС в гинекологии дифференциальная диагностика проводится прежде всего с патологией хирургического профиля. Необходимо исключить воспаление червеобразного отростка слепой кишки. Кроме того, боль часто возникает при других заболеваниях ЖКТ (дивертикулит, колит, синдром раздраженного кишечника), патологии мочевыделительной и кровеносной систем.

### Перекут придатков матки

Перекут придатков матки – неотложное гинекологическое состояние, вызванное частичным или полным перекутом яичника и/или фаллопиевой трубы [15]. Перекут может возникать внутриутробно, а также во втором триместре беременности. Кроме того, перекут нередко наблюдается у девочек с неизменными яичниками, преимущественно перед менархе [16, 17]. Показано, что частота перекута яичника после менархе уменьшается более чем в два раза [18]. Перекут неизменных придатков матки у детей и подростков встречается чаще (15–20%), чем у взрослых (8–15%) [19, 20]. Вероятно, это обусловлено более длинным связочным аппаратом, а также особенностью расположения яичников у детей: чем меньше ребенок, тем выше в брюшной полости расположены яичники. Имеет значение и повышенная физическая активность детей [20].

Диагностика перекута придатков матки затруднена из-за отсутствия патогномичных симптомов или биомаркеров [6]. Клинически патология проявляется острой болью внизу живота, более выраженной на стороне перекута, усиливающейся при изменении положения тела, движении. Боль носит нарастающий характер. Заболевание сопровождается тошнотой и рвотой, диареей и лихорадкой [16]. Объективно определяется болезненность в одной из подвздошных областей, нижних отделах живота, впоследствии присоединяются симптомы раздражения брюшины. Бимануально отмечается наличие образования в области придатков, при пальпации резко болезненного [21].

### Апоплексия яичника

Апоплексия яичника – внезапно возникающее кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость. Выделяют анемическую и болевую формы. Первая в отличие от второй сопровождается внутрибрюшным кровотечением. Средний возраст детей – 14 ± 6 лет [3]. Жалобы при апоплексии яичника непатогномичны. Клиническая картина у детей характеризуется возникновением острой боли внизу живота, тошнотой, рвотой, слабостью, головокружением, холодным потом на лице и теле [22]. Дифференциальный диагноз проводят с внематочной беременностью и острой странгуляционной кишечной непроходимостью.

### Внематочная беременность

Внематочная (эктопическая) беременность – беременность, при которой имплантация плодного яйца произошла вне полости матки [23]. АБС считается частой причиной экстренной консультации у беременных девочек-подростков [24].

В настоящее время золотым стандартом диагностики внематочной беременности считаются трансвагинальное ультразвуковое исследование и определение содержания бета-субъединицы хорионического гонадотропина [6].

К симптомам внематочной беременности относят боль внизу живота и пояснице, возможно с иррадиацией в прямую кишку, преимущественно на фоне нарушений менструального цикла (задержки менструации), скудных кровянистых выделений из половых путей в виде «мазни». Характер боли многообразен в отношении интенсивности и иррадиации. При нарушенной внематочной беременности боль может сопровождаться головокружением, обмороками, тошнотой, рвотой, симптомами раздражения брюшины [23].

Дифференциальная диагностика гинекологических заболеваний с клиникой «острого живота» и наиболее частого хирургического заболевания – острого аппендицита бывает затруднительной из-за схожести симптомов данных патологий в силу анатомической близости червеобразного отростка и органов малого таза [25].

Для гинекологических нозологий характерно резкое начало болевого синдрома, локализация которого не меняется со временем [1]. Между тем при остром аппендиците локализация боли нечеткая, коликообразная, постепенно нарастающая. При вовлечении в воспалительный процесс париетальной брюшины возникают симптомы раздражения брюшины; боль локализуется в правой подвздошной области [7].

Схожесть клинической картины аппендицита и острого воспаления придатков матки создает определенные сложности в идентификации первичного очага воспаления. Именно поэтому уровень диагностических ошибок остается достаточно высоким и не имеет тенденции к уменьшению [26].

### Аппендикулярно-генитальный синдром

Особого внимания заслуживает сочетание острого аппендицита с воспалительными заболеваниями внутренних репродуктивных органов – аппендикулярно-генитальный синдром (АГС) [26]. Частой причиной АГС являются деструктивные формы острого аппендицита, особенно осложненные развитием перитонита, когда воспаление с червеобразного отростка переходит на придатки матки в связи с анатомо-топографическими особенностями организма девочки, а также общими морфофункциональными свойствами детского организма. Диагностика АГС включает ультразвуковое и влагалищное исследование (у девочек-подростков, вступивших в половую связь, с жалобами на боль в нижних отделах живота) [26] и диагностическую лапароскопию. Применение последней в сомнительных случаях позволяет не только установить наличие или отсутствие воспаления в червеобразном отростке, но и при исключении диагноза острого аппендицита провести ревизию органов брюшной полости [27].

### Кишечная непроходимость

Выделяют несколько основных признаков кишечной непроходимости:

- АБС. Коликообразная боль обычно становится первым признаком кишечной непроходимости. При тонкокишечной непроходимости она часто сильная и возникает внезапно. Постоянная или четко локализованная боль свидетельствует о надвигающемся нарушении работы кишечника в результате ишемии и/или перфорации;
- рвоту. При проксимальной непроходимости существует короткий интервал между появлением боли и рвотой. При непроходимости толстой кишки рвота может быть запоздалой или даже отсутствовать. Часто приступу рвоты предшествует тошнота или икота;
- запор [28].

Порядок и степень, в которой они проявляются, зависят от уровня непроходимости [28].

Механизм острой странгуляционной кишечной непроходимости связан с тем, что спайки (тяжи) пережимают петлю кишки вместе с брыжейкой. Это вызывает резкую боль у ребенка, вплоть до коллаптоидного состояния [29].

### Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

Дифференциальный диагноз перекрута придатков матки у детей следует проводить с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК). При ЯБДПК необходимо уточнить характер болевого синдрома с четким описанием локализации, иррадиации и времени возникновения. Это, к сожалению, можно выявить лишь у пациентов старшей возрастной группы [30].

При ЯБДПК классический болевой синдром в виде поздних, ночных, интенсивных, колющих, режущих болей определяется крайне редко [11]. Характер боли дети описывают как преимущественно давящий или ноющий. В единичных случаях имеет место колющий и приступообразный характер. Боль, не ассоциированная с приемом пищи, встречается чаще, ранний характер болевого синдрома превалирует над поздним. Показано, что у 22% детей сохраняется периодичность боли в животе, ночная болезненность выявляется в единичных случаях [30].

### Воспалительные заболевания кишечника

Болезнь Крона и язвенный колит, или воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), относятся к хронической и неизлечимой патологии ЖКТ. У пациентов с ВЗК наблюдается высокий уровень гормонально обусловленных сексуальных, репродуктивных и психических расстройств. Например, задержка полового созревания наблюдается у 85% детей с ВЗК [31].

Острая форма болезни Крона начинается резко – с повышения температуры тела, выраженной боли в правой нижней части живота, диареи, что иногда приводит к постановке ошибочного диагноза, например острого аппендицита, апоплексии яичника [32].

### Синдром раздраженного кишечника

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – наиболее частое функциональное заболевание, которое приходится дифференцировать с гинекологической патологией [7, 33].

Римские критерии – IV определяют СРК как функциональное расстройство кишечника, при котором повторяющиеся боли в животе связаны с дефекацией или изменением привычек кишечника [34]. Распространенность СРК достигает 14% у детей младшего школьного возраста и 35% – у подростков [35, 36]. По гендерному признаку СРК в детском возрасте чаще отмечается у девочек, поэтому акушеру-гинекологу при обследовании пациенток следует помнить об этом заболевании [37].

В патогенезе СРК главная роль отводится активации тучных клеток в слизистой оболочке тонкой и толстой кишки. Данные эффекторных клеток иммунного ответа, вырабатывающая ряд цитокинов, влияют на чувствительность нервных окончаний слизистой оболочки, тем самым индуцируя возникновение феномена висцеральной гиперчувствительности (ВГЧ) – важного субстрата СРК [33, 38]. Под ВГЧ понимают усиление чувствительности в ответ на растяжение кишечника, которое пациентом ощущается как боль в животе [39]. СРК – диагноз исключения, поэтому важно исключить воспалительные и онкологические заболевания толстого кишечника, провести его эндоскопическое или ультразвуковое исследование, анализ кала на кальпротектин, учесть симптомы исключения СРК (наличие ночных симптомов (боль, диарея), потерю веса, примесь крови в кале, анорексию). При СРК присутствуют преимущественно утренняя симптоматика, нарушения стула с преобладанием как запора, так и диареи [7, 33]. Дифференциальная диагностика СРК проводится:

- ✓ с эндометриозом, который сопровождается болью в нижних отделах живота, связанной с менструальным циклом;
- ✓ воспалительными заболеваниями органов малого таза, для которых характерны неострая боль в нижних отделах живота, необъяснимая лихорадка, давящая боль с иррадиацией вверх при бимануальном исследовании [37].

Болевой синдром является патогномоничным для диагностики СРК; отсутствие боли в животе исключает диагноз СРК.

При СРК боль, локализованная в нижних отделах живота, часто рассматривается как проявление какого-либо гинекологического заболевания [40].

### Эндометриоз

По определению экспертов Всемирной организации здравоохранения, эндометриоз – заболевание, характеризующееся распространением ткани, аналогичной эндометрию, вне полости матки. Данная патология является лидирующей причиной вторичной дисменореи у девочек-подростков. Этиология и патогенез до конца не изучены. Задержка с диагностированием и лечением эндометриоза нередко обусловлена снижением интенсивности симптомов дисменореи у девочек-подростков на фоне медикаментозной терапии [41].

Существует теория, согласно которой нарушение функции кишечника при эндометриозе связано с изменениями вегетативной нервной системы (ВНС). Помимо прочего ВНС управляет кишечником и получает сенсорные импульсы от эндометриальной ткани.

Это может вызывать диффузные нервные сигналы, которые нарушают работу кишечника, и изменение болевой порога в кишечнике – явление, называемое межорганным эффектом [42].

Эндометриоз следует заподозрить при наличии:

- ✓ гастроинтестинальных симптомов, связанных с менструацией (боль в кишечнике, запор или диарея, тенезмы, тошнота, спазмы в кишечнике, вздутие живота);
- ✓ хронической тазовой боли;
- ✓ дисменореи, негативно влияющей на качество жизни и повседневную активность;
- ✓ боли во время и/или после полового акта – диспареунии;
- ✓ симптомов со стороны мочевыделительной системы, связанных с менструацией, например боли при мочеиспускании, гематурии [43].

В итальянском исследовании F. Chiaffarino и соавт. у 87,5% пациенток с эндометриозом симптомы СРК полностью купировались или значительно уменьшились через год после оперативного удаления очагов эндометриоза [34]. Однако данные исследований весьма противоречивы. Голландские авторы получили обратный результат: после ректосигмоидальной резекции по поводу эндометриоза женщины по-прежнему страдали СРК чаще, чем здоровые девушки [44].

### Воспалительные заболевания органов малого таза

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) характеризуются гнойными выделениями из влагалища, ациклическими кровянистыми выделениями из половых путей, болью в нижней части живота разной степени интенсивности, лихорадкой и ознобом, болезненным мочеиспусканием, тошнотой и рвотой, болью при половом контакте. Наличие одного из этих симптомов не означает, что у девочки ВЗОМТ. Это может быть признаком и других серьезных патологических состояний, таких как аппендицит или внематочная беременность [45].

### Обсуждение и заключение

Своевременное выявление острой гинекологической патологии у детей – одна из важнейших составляющих совместной работы педиатров, гинекологов и детских хирургов. Гастроэнтерологические заболевания могут протекать на фоне гинекологической патологии, а также потенцировать развитие осложнений со стороны репродуктивной системы.

При АБС необходимо тщательно собирать анамнез, уточняя характер, продолжительность и время возникновения боли, связь с менструальным циклом и другие симптомы. Для точной диагностики и разграничения между различными патологиями, вызывающими АБС, следует использовать современные лабораторные и инструментальные методы.

Альянс педиатра и детского гинеколога обеспечивает раннюю верификацию гастроэнтерологической и гинекологической патологии, в том числе ургентных состояний, предполагающих своевременную госпитализацию больных, выбор оптимальной тактики лечения, а также органосохраняющий подход. 📍

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

## Литература

1. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Шарков С.М., Медведева О.А. «Острый живот» у девочек-подростков. Особенности дифференциальной диагностики. *Детская хирургия*. 2019; 23 (2): 86–90.
2. Лукас Е.Р., Шнайдер И.С. Синдром «острого живота» у девочек в практике детского хирурга. Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения. Материалы VII Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, Екатеринбург: Уральский государственный медицинский университет, 2022.
3. Павленко Н.И., Писклаков А.В. Гинекологические причины острой абдоминальной боли у детей. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2021; 11: 102.
4. Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Богданова Е.А. и др. Острый живот в практике детского гинеколога. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2013; 4: 75–76.
5. Богданова Е.А., Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Глыбина Т.М. Гинекологическая патология у детей и подростков как причина абдоминального синдрома. *Проблемы репродукции*. 2011; 17 (1): 28–34.
6. Тониян К.А., Арютин Д.Г., Семятов С.М. и др. Острые заболевания придатков матки: проблемы и перспективы. *Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучение*. 2018; 3 (21): 37–45.
7. Веселова Е.Н., Асланов А.М., Чеботарева Ю.Ю. и др. Проблема коморбидности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта у женщин: пути решения. *Южно-Российский журнал терапевтической практики*. 2023; 4 (1): 40–45.
8. Liu J., Liu Y., Li X. Effects of intestinal flora on polycystic ovary syndrome. *Front. Endocrinol.* 2023; 14: 1151723.
9. Веселова Е.Н., Евдокимова Е.П., Чеботарева Ю.Ю. и др. Проблемы диагностики и лечения гастроэнтерологической симптоматики при гинекологических заболеваниях и беременности. Материалы IV Межрегиональной научно-практической конференции «Научные основы создания и реализации современных технологий здоровьесбережения». Ростов-на-Дону, 2019.
10. Костоева З.А. Дисбиозы влагалища в детском возрасте: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ростов-на-Дону, 2021.
11. Ахметова М.Ю., Флоренсов В.В., Баряева О.Е. Сравнительный анализ состава микрофлоры влагалища при наличии и отсутствии воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта у девочек. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2022; 4 (97): 22–30.
12. Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Яцьк С.П., Гераськина С.Г. Боли в животе у девочек, связанные с гинекологической патологией: ошибки диагностики и лечения. *Педиатрическая фармакология*. 2014; 11 (4): 23–28.
13. Адамян Л.В., Богданова Е.А., Глыбина Т.М., Сибирская Е.В. Абдоминальный синдром у детей и подростков вследствие гинекологической патологии. Ошибки диагностики и лечения. *Акушерство и гинекология*. 2012; 2: 96–101.
14. Богданов К.Д., Зиганшина Г.Р., Жуковская И.Г. Некоторые аспекты абдоминального болевого синдрома у девочек. *FORCIPE*. 2022; 5 (Suppl 3).
15. Van Heerden J., Tjalma W.A. The multidisciplinary approach to ovarian tumours in children and adolescents. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2019; 243: 103–110.
16. Баряева О.Е., Флоренсов В.В., Ахметова М.Ю. Особенности диагностики и хирургического лечения при перекруте придатков матки у девочек. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2019; 15 (3): 33–43.
17. Елгина С.И., Беглов Д.Е. Перекрут яичника у девочки 4 лет: сложности диагностики. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2020; 16 (3): 73–78.
18. Артымук Н.В., Ламонова С.С., Чернова О.О. Доброкачественные новообразования яичников у девочек-подростков: классификация, особенности клинической картины, тактика. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2021; 17 (4): 28–38.
19. Stroiescu A., Byrne C., Hennebry J., et al. P115 Ovarian torsion in children: case report and discussion. 2019.
20. Богдан З.В., Завьялкин В.А., Варламов А.В. Перекрут придатков матки у детей. Диагностика. Хирургическая тактика. Актуальные вопросы детской хирургии. Сборник научных работ / под ред. проф. М.А. Барской. Самара, 2019; 9–16.
21. Елгина С.И., Беглов Д.Е., Мозес В.Г., Рудаева В.Е. Перекрут яичника у девочки (клинический случай). *Мать и дитя в Кузбассе*. 2020; 4 (83): 84–87.
22. Султонов Ш.Р., Абдуллоев М.Ф., Расулов С.С. и др. Совершенствование методов диагностики и лечения острых заболеваний органов брюшной полости у детей. *Детская хирургия*. 2019; 23 (1): 40–43.
23. Федеральные клинические рекомендации по внематочной (эктопической) беременности. 2021.
24. Grenn E. E., Shenoy V., Ridgway M., et al. Abdominal pregnancy, an unusual cause of ischemic small bowel obstruction. *Am. Surg.* 2020; 86 (5): 511–512.
25. Шнайдер И.С., Цап Н.А. Гинекологические заболевания у детей и подростков при синдроме «острого живота». *Детская хирургия*. 2020; 24 (6): 377–382.
26. Симрок В.В., Попова И.А., Симрок Н.И. и др. Дифференциально-диагностические ультразвуковые критерии при аппендикулярно-генитальном синдроме у женщин репродуктивного возраста. *Здоровье матери и ребенка – приоритетная задача системы здравоохранения, Луганск*, 2018; 110–115.

27. Свирский А.А., Аверин В.И., Ключева О.В. и др. Сравнительный анализ тактики оказания экстренной медицинской помощи детям с абдоминальным синдромом с подозрением на острый аппендицит. Медицинская наука и образование Урала. 2019; 20 (1): 169–174.
28. Griffiths S., Glancy D.G. Intestinal obstruction. Surg. (Oxford). 2023; 41 (1): 47–54.
29. Кульчицкий О.А., Соловьев А.Е. Диагностика острой странгуляционной кишечной непроходимости у детей. Медицинский альманах. 2021; 4 (69): 76–81.
30. Ихсанов С.Д., Сергиенко Д.Ф., Деточкин А.Н. Особенности клинического течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и эрозивных гастродуоденитов у детей. Астраханский медицинский журнал. 2019; 14 (2): 75–81.
31. Cotton S.A. Microbial manipulation of the brain and reproductive system in inflammatory bowel disease. University of British Columbia, 2024.
32. Скибицкий В.В., Пороженко Н.В., Звягинцева Ю.Г. и др. Атипичное течение болезни Крона. Южно-Российский журнал терапевтической практики. 2021; 2 (4): 85–90.
33. Веселова Е.Н. Гастроэнтерологическая симптоматика при гинекологических заболеваниях: возможности медикаментозной коррекции. 2019.
34. Chiaffarino F., Cipriani S., Ricci E., et al. Endometriosis and irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. Arch. Gynecol. Obstet. 2021; 303 (1): 17–25.
35. Печкуров Д.В., Тяжева А.А. Постинфекционный вариант синдрома раздраженного кишечника у детей. РМЖ. Мать и дитя. 2021; 4 (3): 292–297.
36. Бельмер С.В., Гурова М.М., Звягин А.А. и др. Синдром раздраженного кишечника у детей: эволюция клинических рекомендаций. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2023; 1 (209): 98–107.
37. Подымова С.Д. Синдром раздраженного кишечника. Терапия. 2018; 2: 70–77.
38. Андреев Д.Н. Роль нарушения проницаемости слизистой оболочки кишечника в генезе функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Consilium Medicum. 2019; 21 (8): 29–34.
39. Макарова А.А., Ручкина И.Н., Парфенов А.И. и др. Роль висцеральной гиперчувствительности в патогенезе синдрома раздраженного кишечника. Терапевтический архив. 2021; 93 (8): 969–974.
40. Ливзан М.А., Кролевец Т.С., Гаус О.В. и др. Пациентоориентированный подход к диагностике и лечению коморбидных больных с заболеваниями органов пищеварительной системы. 2020.
41. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Курбанова П.Ф. Эндометриоз у девочек-подростков (обзор литературы). Проблемы репродукции. 2022; 28 (3).
42. Schomacker M.L., Hansen K.E., Ramlau-Hansen C.H., Forman A. Is endometriosis associated with irritable bowel syndrome? A cross-sectional study. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2018; 231: 65–69.
43. Клинические рекомендации. Эндометриоз. Минздрав России, 2020.
44. Al-Saidi A. Defecation-associated disorders following resection surgery for (recto) sigmoid infiltration by endometriosis: towards better long-term outcomes. 2020.
45. Клинические рекомендации. Воспалительные болезни женских тазовых органов. Минздрав России, 2021.

## Intestinal Diseases in Children: Alliance of Obstetrician-Gynecologist and Pediatrician

Ye.V. Sibirskaya, PhD, Prof.<sup>1,2,3</sup>, P.O. Nikiforova<sup>4</sup>, A.V. Mantseva<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Russian University of Medicine

<sup>2</sup> Russian Children's Clinical Hospital – a Branch of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>3</sup> N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

Contact person: Polina O. Nikiforova, pol\_nikiforova@mail.ru

**Purpose** is to analyze the features of differential diagnosis of gastroenterological and gynecological pathology in childhood.

**Material and methods.** We conducted a literature search in the following databases: PubMed, Embase, Cochrane Library and Google Scholar. This literature review included systematic reviews, cohort studies, case series, and randomized controlled trials from 2011 to 2024.

**Results.** There is a close relationship between the state of the reproductive system and diseases of the gastrointestinal tract, which often complicates both diagnosis and the prescription of adequate therapy. In addition, the difficult diagnostic search is due to the recent emergence of atypical, hidden and latent forms of gynecological diseases. Competent collection of anamnesis, prescription of laboratory and instrumental research methods help the pediatrician not to make a mistake in making a diagnosis and timely referral to an obstetrician-gynecologist.

**Conclusions.** Intestinal diseases require an interdisciplinary approach. Early referral of girls to an obstetrician-gynecologist allows for earlier detection of the disease, including urgent conditions, timely hospitalization of the patient, selection of the necessary treatment tactics and, if necessary, performing organ-preserving surgery, and most importantly, preserving the reproductive health of girls.

**Keywords:** abdominal pain syndrome, dyspeptic syndrome, acute abdomen, gynecology, gastroenterology, pediatrics