

литации этих пациентов и значительно ухудшает прогноз. Задача будущего — снижение частоты перинатальных осложнений, которые увеличивают смертность и стоимость лечения, в частности разработка превентивных мероприятий, препятствующих прогрессированию мекониевого илеуса от неосложненного к осложненному у плода.

#### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Ciprandi G., Rivosecchi M. Meconium ileus. Ch.54 In: Puri P., ed. *Newborn Surgery*. 3-rd ed. *Prem Puri*. Hodder & Stoughton Ltd.; 2011: 512—7.
2. Симонова О.И., Томилова А.Ю., Горинова Ю.В. Муковисцидоз. В кн.: *Болезни детского возраста от А до Я*. М.: ПедиатрЪ; 2014; вып. 5: 56—7.
3. Simonova O.I., Tomilova A.Ju., Gorinova Ju.V. Cystic fibrosis. In: *Childhood Diseases from A to Z. [Bolezni detskogo vozrasta. Vypusk 5]*. Moscow: PEDIATRЪ. 2014; вып. 5: 56—7. (in Russian)
4. Капранов Н. И., Каширская Н. Ю. *Муковисцидоз. Современные достижения и актуальные проблемы: Методические рекомендации*. М.; 2011.
5. Kapranov N.I., Kashirskaja N.Ju. *Cystic fibrosis. Modern Developments and Actual Problems: Methodical Recommendations [Sovremennye dostizheniya i actual'nye problemy; Metodicheskie rekomendatsii]*. Moscow; 2011. (in Russian)
6. Burke M.S., Ragi J.M., Karamanoukian H.L. et al. New strategies in the non-operative management of meconium ileus. *J. Pediat. Surg.* 2002; 37: 760—4.
7. Gorter R.R., Karimi A., Sleeboom Chr. et al. Clinical and genetic characteristics of meconium ileus in newborns with and without cystic fibrosis. *J. Pediat. Gastroent. Nutr.* 2010; 50(5): 569—72.
8. Carlyle B.E., Borowitz D.S., Glick P.L. A review of pathophysiology and management of fetuses and neonates with meconium ileus for the pediatric surgeon. *J. Pediat. Surg.* 2012; 47: 72—81.
9. Shinohara T., Tsuda M., Koyama N. Management of meconium-related ileus in very low-birthweight infants. *Pediat. Int.* 2007; 49: 641—4.
10. Karimi A., Gorter R.R., Sleeboom C. et al. Issues in the management of simple and complex meconium ileus. *Pediat. Surg. Int.* 2011; 27(9): 963—8.
11. Гассан Т.А., Красовская Т.В., Кучеров Ю.И., Голоденко Н.В., Романова Л.А. Хирургическое лечение обтурационной кишечной непроходимости у новорожденных. *Детская хирургия*. 2003; 4: 18—21.
12. Gassan T.A., Krasovskaja T.V., Kucherov Ju.I., Golodenko N.V., Romanova L.A. Surgical treatment of obstructive of intestinal obstruction in newborns. *Detskaya khirurgiya*. 2003; 4: 18—21. (in Russian)
13. Ein S.H., Shandling B., Reilly B.J. et al. Bowel perforation with nonoperative treatment of meconium ileus. *J. Pediat. Surg.* 1987; 22: 146—7.
14. Escobar M.A., Grosfeld J.L., Burdick J.J. et al. Surgical considerations in cystic fibrosis: a 32-year evaluation of outcomes. *Surgery*. 2005; 138: 560—72.
15. Copeland D.R., St Peter S.D., Sharp S.W. et al. Diminishing role of contrast enema in simple meconium ileus. *J. Pediat. Surg.* 2009; 44: 2130—2.
16. Rescorla F.J., Grosfeld J.L. Contemporary management of meconium ileus. *World J. Surg.* 1993; 17: 318—25.
17. Scotet V., Dugueperoux I., Audrezet M.P. et al. Focus on cystic fibrosis and other disorders evidenced in fetuses with sonographic finding of echogenic bowel: 16-year report from Brittany, France. *Am. J. Obstet. Gynec.* 2010; 203: 592.e1-6.
18. Hiatt R.B., Wilson P.E. Celiac syndrome; therapy of meconium ileus, report of eight cases with a review of the literature. *Surg. Gynec. Obstet.* 1948; 87: 317—27.
19. Mabogunje O.A., Wang C.I., Mahour H. Improved survival of neonates with meconium ileus. *Arch. Surg.* 1982; 117: 37—40.
20. Gross R.E. *Surgery of Infancy and Childhood*. Philadelphia (Pa): WBSaunders; 1953.
21. Jawaheer J., Khalil B., Plummer T. et al. Primary resection and anastomosis for complicated meconium ileus: a safe procedure? *Pediat. Surg. Int.* 2007; 23: 1091—3.
22. Del Pin C.A., Czyrko C., Ziegler M.M. et al. Management and survival of meconium ileus. A 30-year review. *Ann. Surg.* 1992; 215: 179—85.
23. Bishop H.C., Koop C.E. Management of meconium ileus; resection, Roux-en-Y anastomosis and ileostomy irrigation with pancreatic enzymes. *Ann. Surg.* 1957; 145: 410—4.
24. Santulli T.V., Blanc W.A. Congenital atresia of the intestine: pathogenesis and treatment. *Ann. Surg.* 1961; 154: 939—48.
25. Симонова О.И. Комплексная терапия детей с муковисцидозом: рекомендации для педиатра. *Педиатрическая фармакология*. 2006; 3 (6): 44—50.
26. Simonova O.I. Complex therapy children with cystic fibrosis: recommendations for a pediatrician. *Pediatricheskaya farmakologiya*. 2006; 3 (6): 44—50. (in Russian)
27. Efrati O., Nir J., Fraser D. et al. Meconium ileus in patients with cystic fibrosis is not a risk factor for clinical deterioration and survival: the Israeli Multicenter Study. *J. Pediat. Gastroent. Nutr.* 2010; 50: 173—8.
28. Johnson J.A., Bush A., Buchdahl R. Does presenting with meconium ileus affect the prognosis of children with cystic fibrosis? *Pediat. Pulm.* 2010; 45: 951—8.
29. Lai H.C., Kosorok M.R., Laxova A. et al. Nutritional status of patients with cystic fibrosis with meconium ileus: a comparison with patients without meconium ileus and diagnosed early through neonatal screening. *Pediatrics*. 2000; 105: 53—61.

Поступила 11.08.14.  
Received 11.08.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.34-007.256-06:616.34-005.1]-036.1

Гумеров А.А.<sup>1</sup>, Абдуллина Ф.Ю.<sup>2</sup>, Зайнуллин Р.Р.<sup>2</sup>, Алибаев А.К.<sup>2</sup>, Асфандяров Б.Ф.<sup>2</sup>

## УДВОЕНИЕ КИШЕЧНИКА, ОСЛОЖНЕННОЕ КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

<sup>1</sup>Кафедра детской хирургии с курсом ИПО (зав. — проф. А.А. Гумеров) Башкирского государственного медицинского университета; <sup>2</sup>Республиканская детская клиническая больница (главный врач — доцент Ахметшин Р.З.), Уфа

Для корреспонденции: Гумеров Аитбай Ахметович, pedsurg@bk.ru

For correspondence: Gumerov Aitbay, pedsurg@bk.ru

В данном клиническом случае представлено редкое наблюдение — удвоение кишечника. Ранняя диагностика этого порока представляет значительные трудности, об этом свидетельствует то, что ребенок с диагнозом гастрита, энтероколита неоднократно лечился у гастроэнтерологов.

Приведенный случай показывает, что одной из причин кровотечения может быть удвоение кишечника. Существующие лучевые (рентгенография, эзография) методы оказались малоинформативными. Лапароскопия явилась эффективным методом диагностики и лечения данного заболевания.

Ключевые слова: дети; кровотечение; кишечник.

Для цитирования: Детская хирургия. 2015; 19(1): 49—50.

Gumerov A.A.<sup>1</sup>, Abdullina F.Yu.<sup>2</sup>, Zainullin R.R.<sup>2</sup>, Alibaev A.K.<sup>2</sup>, Asfandyarov B.F.<sup>2</sup>

#### INTESTINAL DUPLICATION COMPLICATED BY HEMORRHAGE

<sup>1</sup>Bashkir State Medical University, Russian Ministry of Health, 450000 Ufa;

<sup>2</sup>Republican Children's Clinical Hospital, Ufa

*A rare clinical condition (intestinal duplication) is described. Its early diagnostics encounters difficulties as apparent from the fact that the patient was repeatedly treated by gastroenterologists for enterocolitis and gastritis. The present case shows that bleeding may be due to intestinal duplication. Radiodiagnostic methods (X-ray study, echography) proved inefficient. Good results were obtained with the use of laparoscopy.*

Key words: children, bleeding, intestine.

Citation: Detskaya khirurgiya. 2015; 19(1): 49—50.

Одной из редких аномалий развития пищеварительного тракта является удвоение кишечника. Различают трубчатую, дивертикулярную и кистозную формы удвоения кишечной трубки [1—4].

Клиническая картина удвоений кишечника весьма разнообразна, патогномичных симптомов данного порока не существует, что затрудняет его распознавание.

Установить правильный диагноз до операции не всегда удается, а в ряде случаев не представляется возможным. В большинстве случаев пациенты подвергаются оперативному лечению только при присоединении различных осложнений. Трудности и ошибки в диагностике удвоений тонкой кишки у детей побудили к описанию данного случая.

Больная Е., 5 мес, 15.10.13 была госпитализирована в Республиканскую детскую клиническую больницу (РДКБ) по направлению педиатра центральной районной больницы с диагнозом гастроэнтероколита, дисбиоза, анемии. При поступлении мать ребенка сообщила о периодическом беспокойстве, эпизодическом повышении температуры тела, слизисто-кровянистых выделениях из прямой кишки. Указанные симптомы появились в возрасте 1,5 мес. С двухмесячного возраста в течение 3 нед больная находилась на лечении в гастроэнтерологическом отделении РДКБ с диагнозом эрозивного гастрита, энтероколита.

После выписки из стационара больная наблюдалась у педиатра по месту жительства. 15.10.12 за 6 ч до поступления в РДКБ появился стул с кровью. Ребенок госпитализирован в реанимационное отделение. Состояние при поступлении тяжелое, ребенок вялый, кожные покровы бледные. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены. Пульс 150 в минуту. Живот умеренно вздут, мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Опухолевидные образования в брюшной полости не пальпировались. При ректальном пальцевом исследовании обнаружена кровь темно-багрового цвета в большом количестве. Мочейспускание не нарушено. Анализ крови: Нб 79 г/л, эр.  $3,84 \cdot 10^{12}/л$ , л.  $8,8 \cdot 10^9/л$ . На рентгенограмме брюшной полости отмечается неравномерное газонаполнение тонкой кишки, преимущественно в нижних отделах (рис. 1, см. на вклейке). При фиброгастродуоденоскопии выявлен поверхностный гастрит. При ультразвуковом исследовании в брюшной полости патологии не обнаружено.

Предоперационная подготовка включала трансфузию эритроцитарной массы, свежзамороженной плазмы, гемостатическую терапию. После стабилизации состояния с диагнозом кровоточащей язвы дивертикула Меккеля проведена диагностическая лапароскопия. Обнаружено, что подвздошная кишка на протяжении 25 см представляет собой двойную трубку с утолщением и большим инфильтратом в дистальном отделе добавочной трубки (рис. 2, см. на вклейке). Переход на минилапаротомию. Произведена резекция подвздошной кишки на протяжении 30 см, анастомоз конец в конец.

Препарат: гистологическое строение удвоения по типу желудочной стенки — слизистая гипертрофирована с участками изъязвлений. Выявлены две пептические язвы.

В послеоперационном периоде получала анальгетики, антибиотики. Послеоперационное течение гладкое. Выписана в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки. Осмотрена через 2 мес. Ребенок здоров, растет и развивается соответственно возрасту.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г.А., ред. *Хирургия пороков развития у детей*. Л.; 1968.
2. Григович И.Н. *Диагностика и лечение редких хирургических заболеваний кишечника у детей*. Петрозаводск; 1987.
3. Долецкий С.Я., Пугачев А.Г. *Непроходимость пищеварительного тракта у новорожденных и грудных детей*. М.; 1968.
4. Ишимов Ш.С. *Хирургическое лечение удвоений пищеварительного тракта у детей*: Дисс. ... канд. мед. наук. Л.; 1969.

#### REFERENCES

1. Bairov G.A., ed. *Surgery of Malformations in children [Khirurgiya porokov razvitiya u detey]*. Leningrad; 1968. (in Russian)
2. Grigovich I.N. *Diagnosis and Treatment of Rare Surgical Disease of Bowel in Children [Diagnostika i lechenie redkikh khirurgicheskikh zabolevaniy u detey]*. Petrozavodsk; 1987. (in Russian)
3. Doletsky S.Y., Pugachev A.G. *Obstruction of the Digestive Tract in Neonates and Infants [Neprokhodimost' pushchevaritel'nogo trakta u novorozhdennykh i grudnykh detey]*. Moscow; 1968. (in Russian)
4. Ishimov Sh.S. *Surgical Treatment of Duplications of the Digestive Tract in Children: Diss. Leningrad; 1969. (in Russian)*

Поступила 25.09.14  
Received 25.09.14