

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.344-007.272-003.292-089.12

Кучеров Ю.И.^{1,2}, Симонова О.И.³, Жиркова Ю.В.^{1,2}, Рехвиашвили М.Г.¹

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ МЕКОНИЕВОМ ИЛЕУСЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

¹НИИ детской хирургии ФГБУ "Научный центр здоровья детей" РАМН, 119991, Москва; ²ГБОУ ВПО "Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова", 117997, Москва; ³НИИ педиатрии ФГБУ "Научный центр здоровья детей" РАМН, 119991, Москва

Для корреспонденции: Кучеров Юрий Иванович, ukucherov@mail.ru

For correspondence: Kucherov Yuriy, ukucherov@mail.ru

Мекониевый илеус является ранним проявлением муковисцидоза. У детей, страдающих от этого заболевания, консистенция мекония приводит к внутрипросветной обструкции. Мекониевый илеус может быть неосложненным и осложненным. При неосложненной форме плотный меконий формируется внутриутробно и забивает среднюю кишку, вызывая дилатацию проксимальной кишки и кишечную непроходимость. При осложненной форме обструкция кишки приводит к сегментарному завороту, атрезии, некрозу или перфорации кишки, мекониевому перитониту. Осложненный мекониевый илеус всегда требует экстренного хирургического лечения. В настоящее время нет единых общепринятых принципов консервативной терапии и оптимальной хирургической тактики в лечении данной патологии. В статье приведено два клинических примера различной хирургической тактики при неосложненном мекониевом илеусе. Рассмотрены современные подходы к консервативному и хирургическому лечению мекониевого илеуса у новорожденных

Ключевые слова: мекониевый илеус; кишечная непроходимость; новорожденные; хирургическое лечение.

Для цитирования: Детская хирургия. 2015; 19(1): 46—49.

Kucherov Yu.I., Simonova O.I., Zhirkova Yu.V., Rekhviashvili M.G.

THE CHOICE OF SURGICAL STRATEGY FOR THE TREATMENT OF UNCOMPLICATED MECONIUM ILEUS IN NEWBORNS

Research Centre of Children's Health, Research Institute of Pediatric Surgery, 119999 Moscow

Meconium is an early manifestation of mucoviscidosis. In children with this pathology meconium consistency results in luminal obstruction. Meconium ileus can be complicated and uncomplicated. The latter forms in utero, it fills up mid-gut segments, causes dilatation of proximal intestine and bowel obstruction. The complicated form results in segmental torsion, atresia, necrosis, perforation, and meconium peritonitis. This form requires urgent surgical treatment. At present, there are no generally accepted principles of conservative treatment and surgical strategy for the management of this pathology. Two clinical cases of uncomplicated meconium ileus are presented. Modern conservative and surgical methods are considered.

Key words: meconium ileus, intestinal obstruction, newborns, surgical treatment.

Citation: Detskaya khirurgiya. 2015; 19(1): 46—49.

Мекониевый илеус, который определяют как кишечную непроходимость, вызванную обструкцией терминального отдела подвздошной кишки густым и вязким меконием, впервые описан в 1905 г. К. Landsteiner. На его долю приходится от 9 до 33% всех случаев непроходимости средней кишки у новорожденных. Мекониевый илеус редко встречается у недоношенных (5—12%) и в ассоциации с другими врожденными пороками развития [1]. Он является самым ранним клиническим проявлением муковисцидоза и возникает у 18—20% детей с этим заболеванием [2, 3]. Данное заболевание считается самым частым из орфанных болезней среди представителей европеоидной расы (в России 1 случай на 5 тыс. новорожденных). В мировой общепринятой практике считается, что в 90% случаев этиологией мекониевого илеуса является муковисцидоз [2, 4]. Однако в литературе описаны случаи мекониевого илеуса у новорожденных и без муковисцидоза [5].

Мекониевый илеус может быть неосложненным и осложненным, каждый встречается с частотой примерно 50%.

При неосложненной форме плотный меконий формируется внутриутробно и забивает среднюю кишку, вызывая дилатацию проксимальной кишки, утолщение кишечной стенки и кишечную непроходимость. При осложненной форме обструкция кишки приводит к сегментарному завороту, атрезии, некрозу или перфорации кишки, мекониевому перитониту или происходит образование гигантской мекониевой псевдокисты. Дифференциальная диагностика неосложненного и осложненного мекониевого илеуса может вызывать затруднения. Осложненный мекониевый илеус всегда требует экстренного хирургического лечения, тогда как при неосложненном возможна консервативная терапия. Мекониевый илеус — редкая хирургическая патология, и в литературе предложено множество методов лечения, однако сравнительных исследований практически нет. Поэтому в настоящее время представляется затруднительным сформулировать определяющие принципы и выработать оптимальную хирургическую тактику [1, 6]. Приводим два клинических примера неослож-

ненного мекониевого илеуса у новорожденных с применением разной хирургической тактики.

Больная К., ребенок от 5-й беременности, 3-х своевременных оперативных родов на сроке в 38—39 нед. Масса тела при рождении 3160 г, рост 49 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. После рождения состояние ребенка средней тяжести, вздутие живота, вялая перистальтика, стула не было, при зондировании желудка патологического отделяемого не получено, была заподозрена кишечная непроходимость. Ребенок был госпитализирован в отделение хирургии и реанимации новорожденных ФГБУ НЦЗД РАМН. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости выявлены наполненные газом петли кишечника (рис. 1, см. на вклейке). При дальнейшем наблюдении в течение 1 сут клиническая картина кишечной непроходимости нарастала: появилось отделяемое с примесью зеленого цвета из желудка, усилилось вздутие живота и через переднюю брюшную стенку стали контурироваться петли кишечника (рис. 2), стул после клизмы не получен. В возрасте 2 сут ребенку выполнена операция: лапаротомия, при ревизии брюшной полости обнаружено, что петли толстой и дистальной части подвздошной кишки заполнены очень плотным содержимым, петли тощей кишки и проксимальной части подвздошной кишки расширены. Проведена энтеротомия на расстоянии 40 см от связки Трейца (рис. 3, см. на вклейке), и просвет кишки промыт теплым раствором ацетилцистеина в разведении физиологическим раствором 1:1 через тонкий катетер. Кишечное содержимое темно-зеленого цвета, плотной консистенции сцежено в лоток. Дефект кишечной стенки ушит П-образными серозно-мышечными швами нитью PDS 6/0. Послеоперационный диагноз: мекониевый илеус. После операции ребенку назначены ацетилцистеин 50 мг/кг/сут внутривенно, а также клизмы с раствором ацетилцистеина. Энтеральное кормление начато на 9-е послеоперационные сутки смесью прегестимила с ферментным препаратом (Креон 10000, по ½ капсулы в каждое кормление). Диагноз муковисцидоза подтвержден результатами молекулярно-генетического исследования: выявлением мутации Del21kb гена CFTR в гомозиготном состоянии. В возрасте 1 мес 12 дней ребенок выписан домой с массой тела 3620 г на грудном вскармливании.

Больная В., ребенок от 2-й беременности, 2-х своевременных оперативных родов на сроке 40 нед. Масса тела при рождении 2860 г, рост 52 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние после рождения средней степени тяжести обусловлено клинической симптоматикой низкой кишечной непроходимости. В возрасте 1 сут ребенку по месту жительства выполнено экстренное хирургическое лечение: лапаротомия, наложение илеостомы. На 7-е послеоперационные сутки клинико-рентгенологическая картина спаечной кишечной непроходимости. Проведена операция: релапаротомия, энтеролиз, устранение непроходимости кишечника. После операции ребенок находился на частичном парентеральном питании, отмечены большие потери по илеостоме. Для подтверждения муковисцидоза после рождения проведены исследования иммунореактивного трипсина (повышение до 140 ед.) и потовый тест на аппарате Нанодакт (положительный результат, более 100 ммоль/л). В НИИ детской хирургии ФГБУ НЦЗД РАМН ребенок поступил в возрасте 3 мес с массой тела 3264 г с целью решения вопроса о закрытии илеостомы и генетического исследования на муковисцидоз. В плановом порядке выполнена операция: релапаротомия, адгезиолизис, ревизия органов брюшной полости, закрытие илеостомы, наложение энтероэнтероанастомоза. В ближайшем послеоперационном периоде у ребенка нарастали явления кишечной непроходимости: вздутие живота, отсутствие стула, отделяемое с примесью желчи из желудочного зонда. В связи с этим на 8-е сутки после последней операции ребенок вновь направлен в операционную, проведены релапаротомия, адгезиолизис, ревизия органов брюшной полости, наложение разгрузочной Т-образной илеостомы. При



Рис. 2. Внешний вид ребенка при поступлении.

ревизии органов брюшной полости обнаружено, что анастомоз состоятелен, проходим, однако за зоной анастомоза определяется затруднение пассажа кишечного содержимого. Просвет кишки вскрыт, в просвете кишечное содержимое зеленого цвета, плотной консистенции, препятствующее нормальному пассажу. Просвет кишки промыт теплым раствором ацетилцистеина 1:1, проведено сцеживание кишечного содержимого, наложена отводящая Т-образная илеостомы. Послеоперационный период протекал гладко, на 8-е сутки после операции начато энтеральное питание смесью Альфаре вместе с ферментными препаратами. Диагноз муковисцидоза подтвержден результатами молекулярно-генетического исследования: выявлена мутация F508del (Δ S08) гена CFTR в гетерозиготном состоянии. В настоящее время проводится молекулярно-генетическое исследование для поиска второй мутации гена CFTR. В возрасте 4 мес ребенок выписан домой с массой 3450 г. На момент выписки девочку кормили смесью Альфаре, стул самостоятельный через anus и незначительное отделяемое по стоме. Закрытие Т-образной стомы планируется провести через несколько месяцев.

Обсуждение

При введении в кишку гастрографина (рентгеноконтрастное водорастворимое вещество, 1900 мосм/л) привлекает воду в ее просвет, тем самым размягчая меконий и вызывая осмотическую диарею. Клизму выполняют, используя 25—50% раствор гастрографина, который вводят через катетер в прямую кишку медленно, под обязательным контролем рентгеноскопии. Проникновение контрастного вещества в расширенный участок кишки является подтверждением ликвидации кишечной непроходимости [7]. Если этого не произошло, может потребоваться повторная клизма с интервалом 12—24 ч, хотя большинство авторов не рекомендуют проводить повторные клизмы [8]. Также необходимы отсроченный рентгеновский снимок или серия снимков для исключения перфорации кишки и подтверждения разрешения непроходимости [1, 5, 6, 9]. Перфорация, гиповолемия, потеря электролитов и гепатотоксичность описаны как осложнения при консервативной терапии мекониевого илеуса у новорожденных. Риск осложнений может быть уменьшен при соблюдении следующих правил: разводить гастрографин эквивалентным количеством воды, жидкость вводить медленно с небольшим давлением, исключить использование катетеров с баллоном и проводить адекватную инфузионную терапию [10, 11]. Применение других препаратов для клизмы менее эффективно в разрешении кишечной непроходимости. Показано, что введение 4% ацетилцистеина также снижает вязкость мекония, но только отсрочено после 6 ч взаимодействия [4].

Клизма с водорастворимым контрастным веществом, по мнению ряда авторов, является методом выбора при неосложненном мекониевом илеусе ввиду простоты выполнения, эффективности и безопасности. У половины новорожденных в ближайшие 48 ч разрешается непроходимость после

однократной клизмы [1, 8]. Есть предположение, что при отсутствии муковисцидоза консервативная терапия более эффективна в связи с меньшей вязкостью мекония [8]. Частота успешного консервативного лечения мекониевого илеуса варьирует от 36—39 до 94% [4, 8, 10, 12—18]. С другой стороны, многие исследователи рекомендуют ограничивать попытки консервативной терапии при неосложненном мекониевом илеусе у новорожденных, использовать растворы с меньшей осмолярностью и прибегать к менее агрессивным клизмам с более быстрым переходом к хирургическому лечению [12, 13].

В определении показаний к консервативной терапии, на наш взгляд, важную роль играет пренатальная и постнатальная диагностика мекониевого илеуса. Необходима уверенность в том, что кишечная непроходимость у новорожденного связана именно с мекониевым илеусом, а не вызвана другими причинами, при которых показаны другие методы лечения. К сожалению, диагностические возможности существенно ограничены. Нет пренатальных УЗИ-признаков с высокой чувствительностью и специфичностью для мекониевого илеуса. Расширение кишки, гиперэхогенный кишечник, асцит, отсутствие визуализации желчного пузыря отчасти субъективны и могут ассоциироваться с другой патологией [14]. Клинические и рентгенологические признаки после рождения также неспецифичны. В первые 48 ч после рождения клиническая картина соответствует кишечной непроходимости: вздутие живота с контурирующимися петлями кишечника (96%), рвота с примесью желчи (50%) и отсутствие отхождения мекония (36%). При рентгенологическом исследовании можно обнаружить уровни жидкости (33%), признак "мыльного пузыря" (признак Singleton), симптом "матового стекла" (признак Neuhauser), 26% новорожденных имеют абдоминальные кальцинаты, хотя только половина из них видна на рентгенограмме [1, 6, 11]. Специальные исследования, подтверждающие муковисцидоз (ДНК-диагностика и потовая проба, определение трипсина и эластазы в кале), невозможны в условиях экстренной неонатальной хирургии, требуют дополнительного времени и, как правило, проводятся уже после хирургического вмешательства.

Первое сообщение об удачном хирургическом лечении новорожденных с мекониевым илеусом опубликовано в 1948 г. R. Hiatt и P. Wilson [15]. Авторы предложили провести энтеротомию и отмыть кишку от мекония солевым раствором с помощью катетера. Данная методика остается актуальной до настоящего времени и максимально соответствует современным целям хирургического вмешательства при мекониевом илеусе: эвакуации вязкого мекония из кишки, сохранению максимальной длины кишечника, обеспечению кишечной целостности и непрерывности [1, 6]. Сообщается, что энтеротомия по типу "дамской сумочки" приводит к сокращению срока госпитализации детей и имеет низкую частоту послеоперационных осложнений [13]. Однако A. Karimi A. и соавт. (2011) опубликовали данные о высоком риске перитонита после подобных вмешательств, что они связывают со снижением жизнеспособности дилатированной кишки, введением гипертонического раствора в комбинации со сдавливанием и "сдаиванием" кишки при ее промывании во время операции и последующим наложением швов на ткани с поврежденным кровоснабжением [8].

Резекция измененной кишки с наложением первичного анастомоза впервые проведена в 1962 г. Swenson. Она может быть выполнена только при отсутствии признаков инфекции и сепсиса, так как наложение анастомоза на скомпрометированной кишке связано с высоким риском осложнений и несостоятельности анастомоза. В более поздней публикации O. Mabogunje и соавт. (1982) сообщили о хороших результатах после наложения первичного анастомоза при мекониевом илеусе. Авторы указывают на обязательное соблюдение принципов полноценной эвакуации мекония из дистальной и проксимальной кишки, адекватной резекции измененной

кишки и сохранение хорошего кровоснабжения анастомоза [16]. Такая хирургическая тактика также снижает время госпитализации и не требует повторных операций, как при выведении кишечной стомы [1].

Наложение двойной энтеростомы по Микуличу считается некоторыми авторами предпочтительным, так как исключает необходимость полной эвакуации густого мекония и наложения интраабдоминального анастомоза. Кроме того, кишка вскрывается после полного закрытия брюшной полости, что снижает риск ее контаминации [8, 17]. Эта методика позволяет выполнять клизмы после операции и не требует интраоперационного отмывания кишки. Однако таким пациентам требуются уход за кишечной стомой, повторные вмешательства, более длительное пребывание в больнице, также сообщается о высоком риске диареи [1, 6, 8]. В ряде работ отмечена большая частота осложнений после наложения первичного анастомоза (до 21—31%) по сравнению с выведением кишечной стомы (без осложнений) [8, 18]. Однако в работе C. Del Pin и соавт. (1998) не обнаружено различие в послеоперационной заболеваемости между двумя хирургическими вмешательствами [19].

Предложенные разновидности Т-образных кишечных анастомозов Bishop—Koop в 1957 г. и Santulli—Blanc в 1961 г. широко используются и позволяют промывать и орошать кишку в послеоперационном периоде, а также обеспечивают возможность быстрого экстраперитонеального закрытия стомы [20, 21]. Однако при данной хирургической тактике кишечный анастомоз накладывается внутрибрюшинно, что ассоциируется с риском контаминации брюшной полости и возможной его несостоятельности. Также сохраняется риск дегидратации из-за наличия высокой кишечной стомы [13, 19, 20].

Таким образом, к настоящему времени нет однозначных рекомендаций по хирургической тактике для новорожденных с неосложненным мекониевым илеусом, поскольку исследования очень немногочисленны, что не дает возможности рекомендовать какую-либо из них [6]. Мы придерживаемся методики энтеротомии, промывания просвета кишки теплым раствором ацетилцистеина с последующим ушиванием дефекта кишечной стенки П-образными серозно-мышечными швами нитью PDS 6/0.

В последнее десятилетие прогноз при мекониевом илеусе у новорожденных существенно улучшился благодаря совершенствованию периоперационной интенсивной терапии, обеспечению оптимальной нутритивной поддержки и лечению бактериальных инфекций: летальность не превышает 5% [6, 11, 19]. В дальнейшем современные медикаментозные средства и комплекс мер реабилитации позволяют этим больным вести социально активный образ жизни и хорошо себя чувствовать [22]. При изучении отдаленных результатов у пациентов с муковисцидозом не обнаружено различия в функции дыхания, пищевом статусе, возрасте колонизации синегнойной палочкой и летальности между пациентами с мекониевым илеусом и без него [23, 24]. Также не выявлено различий при хирургическом и консервативном лечении [23]. С другой стороны, в работе H. Lai и соавт. [25] показано, что в катамнезе пациенты с муковисцидозом и мекониевым илеусом имеют меньшие значения массы тела и роста, чем дети без мекониевого илеуса. Описаны случаи повторного возникновения кишечной непроходимости по типу мекониевого илеуса в отдаленном периоде и фиброколонопатии [11].

На современном этапе развития медицины удачный прогноз при мекониевом илеусе связывают с ранней пренатальной диагностикой, мультидисциплинарной помощью после рождения и применением инновационных стратегий в терапии. Перед собой мы ставим задачу выполнения органосохраняющих операций в один этап. Выведение стомы влечет за собой неоднократные хирургические вмешательства и резекцию участков кишки при закрытии стомы, что недопустимо у детей с диагнозом муковисцидоза, так как развитие синдрома короткой кишки в несколько раз увеличивает период реби-

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: PeditrЪ. 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.¹, Абдуллина Ф.Ю.², Зайнуллин Р.Р.², Алибаев А.К.², Асфандяров Б.Ф.²

УДВОЕНИЕ КИШЕЧНИКА, ОСЛОЖНЕННОЕ КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

¹Кафедра детской хирургии с курсом ИПО (зав. — проф. А.А. Гумеров) Башкирского государственного медицинского университета; ²Республиканская 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.