

## СОЧЕТАНИЕ КАВЕРНОЗНОЙ ГЕАНГИОМЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МАЛЬЧИКА 6 ЛЕТ (Клиническое наблюдение)

<sup>1</sup>ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

<sup>2</sup>ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахш»

<sup>3</sup>ГУ «Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Республики  
Таджикистан

**Введение.** Гемангиомы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – крайне редкий ангиогенез в детской хирургии. Преимущественно капиллярные, кавернозные и смешанные гемангиомы встречаются как у детей, так и у взрослых. Локализация гемангиом желудочно-кишечного тракта различна, они могут быть одиночными или множественными. Чаще всего эти новообразования встречаются в тонкой кишке, где их частота составляет около 5%. По литературным данным, гемангиомы встречаются у мужчин в 1,5 раза чаще, чем у женщин. В тоже время данные о детских гастроинтестинальных гемангиомах не многочисленны.

**Целью настоящего исследования** было продемонстрировать крайне редкую клиническую находку – комбинированную кавернозную гемангиому 12 - перстной кишки и головки поджелудочной железы у детей, которая явилась причиной неоднократного кишечного кровотечения. Также было продемонстрировано выполнение сложной операции – панкреодуоденэктомии, которая в практике детской хирургии выполняется крайне редко.

**Материал и методы.** В клинику детской хирургии Национальный медицинский центр (НМЦ) «Шифобахш» Республики Таджикистан 18.10.2023 г. поступил мальчик А. 6 лет с жалобами на повторяющиеся кровотечения из желудочно-кишечного тракта, бледность кожных покровов, слабость и вялость. Согласно анамнезу, ребенок болел в течение последних двух лет. Из-за повторяющихся кишечных кровотечений его неоднократно обследовали и госпитализировали в различные медицинские учреждения, но без положительных результатов. При поступлении состояние ребенка было тяжёлое. Ребенку проведено комплексное клинико-лабораторное обследование. Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) не выявила источников кровотечения. Со стороны лабораторных данных имело место снижение эритроцитов  $1,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 4,2 г/л, а также гипопотеинемия (общий белок 46 г/л).

**Результаты исследования.** С предварительным диагнозом «Дивертикул Меккеля осложненный кровотечением?» ребенок был взят на лапароскопию. При тщательной ревизии патологий не было обнаружено. Повторно была выполнена ФЭГДС, во время которой в проекции 12-перстной кишки обнаружена кровоточащая гемангиома. Учитывая анатомо - топографическое расположение гемангиомы, решили перейти к конверсионной операции. В проекции нисходящей части двенадцатиперстной кишки имеется смешанная гемангиома, которая покрывает головку поджелудочной железы и достигает начальной части тощей кишки. Был вызван онколог, совместно с которым была произведена дуоденотомия и попытка остановка кровотечения, но без эффекта. Пришли к выводу о проведении панкреодуоденальной резекции. Двенадцатиперстная кишка вместе с Трейцовой связкой выделена по Кохеру. Мобилизован антральный отдел желудка с последующей антрумэктомией. Верхнебрыжеечная и воротная вена печени мобилизованы. Ствол Генли выделен, прошит и перевязан. Произведена тунелизация поджелудочной железы в



проекции мезентерикопортальной вены, рассечена по левой стороне вены, при этом основной проток поджелудочной железы не выявлен. Первично произведена мобилизация и пересечение тощей кишки на расстоянии 15 см от связки Трейца. Нижняя панкреодуоденальная артерия выделена, прошита и перевязана. Тем самым, панкреодуоденальный комплекс был удален. На первую петлю тощей кишки наложен панкреоэнтероанастомоз, а ниже его на 20 см терминальный холедохоэнтероанастомоз. От холедохоэнтероанастомоза на расстоянии 60 см рассечена петля тонкой кишки. На вторую петлю (отводящая петля) наложен гастроэнтероанастомоз конец в бок. От гастроэнтероанастомоза на расстояние 40 см наложен энтеро-энтеро анастомоз конец в бок. Брюшная полость дренирована с обеих сторон. Гемостаз. Кровопотеря составила 100 мл. Длительность операции составила 4 часа. Течение послеоперационного периода благоприятное. Ребенок получал комплексную инфузионно-корректирующую терапию. Эпизоды кишечных кровотечений после операции не наблюдались. Выписан на 12-й день послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано диспансерное наблюдение у детского хирурга и педиатра по месту жительства. Ребенок был обследован через 6 месяцев – жалоб нет.

**Выводы.** Данное клиническое наблюдение демонстрирует, что сочетание гемангиомы 12-перстной кишки, и головки поджелудочной железы является очень сложной патологией и в хирургии детского возраста встречается крайне редко.

Таким образом, при комбинированной гемангиоме панкреодуоденальной зоны, своевременное применение комплекса диагностических исследований многопрофильного стационара способствует наиболее точно подтвердить диагноз и обоснованно запланировать оперативное вмешательство, уменьшая хирургическую агрессию.