

© CC BY В. П. Гаврилюк, Е. В. Донская, Д. А. Северинов, 2020
УДК 616.341-006.311.03-053.2-06 : 616-005.1
DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-4-98-101

ГЕМАНГИОМА ТОНКОЙ КИШКИ У МАЛЬЧИКА 7 ЛЕТ, ОСЛОЖНЕННАЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

В. П. Гаврилюк¹, Е. В. Донская², Д. А. Северинов^{1*}

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия

² Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Курская областная детская больница № 2» Комитета здравоохранения Курской области, г. Курск, Россия

Поступила в редакцию 05.05.20 г.; принята к печати 05.08.20 г.

Гемангиома тонкой кишки – доброкачественное сосудистое опухолевидное образование, занимает от 0,05 до 0,3 % от всех опухолей желудочно-кишечного тракта. В данной статье представлено редкое клиническое наблюдение – интралюминальная гемангиома дистальных отделов подвздошной кишки – у мальчика 7 лет, осложненная массивным кровотечением. В представленном клиническом наблюдении обращают на себя внимание трудность диагностики, а также предварительный диагноз, выставленный врачом – детским хирургом: «Дивертикул Меккеля, осложненный кровотечением». Как известно, более 70 % случаев желудочно-кишечных кровотечений у детей действительно связаны с патологией дивертикула Меккеля. Это требует перевода таких пациентов в хирургический стационар, выполнения оперативного вмешательства, заключающегося в ревизии брюшной полости и иссечении патологического образования, а также дополнительных хирургических приемов в зависимости от интраоперационной тактики. На примере описанного случая продемонстрированы эффективная диагностическая тактика, особенности интраоперационной картины и хирургического лечения, основанного на лапаротомии и резекции сегмента кишки. Продемонстрирована возможность достижения обнадеживающих результатов хирургического лечения этой непростой категории больных при обоснованном выборе хирургической тактики в детском возрасте. Очевидно, что залогом успешного лечения таких пациентов является своевременная диагностика, которая является непростой задачей ввиду морфологических и топографических характеристик патологического очага.

Ключевые слова: гемангиома тонкой кишки, кровотечение, дети, хирургическое лечение, резекция кишки

Для цитирования: Гаврилюк В. П., Донская Е. В., Северинов Д. А. Гемангиома тонкой кишки у мальчика 7 лет, осложненная кровотечением. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2020;179(4):98–101. DOI:10.24884/0042-4625-2020-179-4-98-101.

* **Автор для связи:** Дмитрий Андреевич Северинов, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305041, Россия, г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3. E-mail: dmitriy.severinov.93@mail.ru.

SMALL BOWEL HEMANGIOMA IN A 7-YEARS-OLD BOY, COMPLICATED BY BLEEDING

Vasily P. Gavriilyuk¹, Elena V. Donskaya², Dmitry A. Severinov^{1*}

¹ Kursk State Medical University, Kursk, Russia

² Kursk Regional Children's Hospital № 2, Kursk, Russia

Received 05.05.19; accepted 05.08.20

Small intestine hemangioma is a benign vascular tumor formation, accounts for 0.05 to 0.3 % of all gastrointestinal tumors. This article presents a rare clinical observation – intraluminal hemangioma of distal parts of the ileum in a boy of 7 years old, complicated by massive bleeding. The presented clinical observation shows the difficulty of diagnosis, as well as the preliminary diagnosis performed by a pediatric surgeon: Meckel's diverticulum, complicated by bleeding. As we know, more than 70 % of cases of gastrointestinal bleeding in children are really associated with the pathology of Meckel's diverticulum. This requires the transfer of such patients to a surgical hospital, performing surgical intervention for revision of the abdominal cavity and excision of the pathological formation, as well as additional surgical techniques depending on intraoperative tactics. The described case demonstrates effective diagnostic tactics and features of intraoperative picture, surgical treatment of patient based on laparotomy and resection of intestinal area. The possibility of achieving encouraging results of surgical treatment of this difficult category of patients with reasonable choice of surgical tactics in childhood has been demonstrated. It is obvious that the key to successful treatment of such patients is timely diagnosis, which is not easy task due to the morphological and topographic characteristics of the pathological focus.

Keywords: small bowel hemangioma, bleeding, children, surgical treatment, resection of intestine

For citation: Gavriilyuk V. P., Donskaya E. V., Severinov D. A. Small bowel hemangioma in a 7-years-old boy, complicated by bleeding. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2020;179(4):98–101. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-4-98-101.

* **Corresponding author:** Dmitry A. Severinov, Kursk State Medical University, 3, K. Marx str., Kursk, 305041, Russia. E-mail: dmitriy.severinov.93@mail.ru.

Введение. Гемангиомы – доброкачественные сосудистые аномалии, которые представляют собой опухоли, исходящие из гиперплазированной эндотелия, при этом не менее 10 % гемангиом носят деструктивный характер [1]. Данная группа заболеваний представлена широким клиническим спектром – от малых нарушений окраски кожи до значительных по протяженности и объему образований, которые могут поражать конечности и внутренние органы. Гемангиомы внутренней локализации (висцеральные) у детей встречаются редко, составляя до 1 % от всех сосудистых опухолей [2]. Данные виды гемангиом могут выявляться в средостении, брюшной полости (в печени, селезенке, брыжейке кишечника, сальнике), мочевом пузыре и костях [3]. Неосложненные висцеральные гемангиомы клинически никак себя не проявляют и, как правило, являются диагностической или интраоперационной находкой [4]. Самым опасным и наиболее частым осложнением висцеральных гемангиом (80 % случаев манифестации) является кровотечение, источник которого очень трудно определить, особенно если гемангиома располагается в тонкой кишке [5, 6].

Согласно данным литературы [7], висцеральные гемангиомы встречаются чаще всего в печени и намного реже обнаруживаются в кишечнике. Как правило, такие опухоли локализируются в толще наружных слоев (субсерозно) кишечной стенки и хорошо визуализируются при диагностической лапароскопии. Значительно реже встречаются случаи внутрипросветного роста, для диагностики которых прибегают к капсульной видеоскопии [8, 9]. Гемангиома тонкой кишки (ГТК) является редким заболеванием и занимает, по разным данным, от 0,05 до 0,3 % от всех опухолей желудочно-кишечного тракта. Наиболее часто опухоль локализуется в средней части тощей кишки, гораздо реже – в дистальных отделах подвздошной кишки, что значительно затрудняет диагностику, особенно у детей [10, 11]. Такие заболевания детского возраста, как инвагинация кишечника и дивертикулит Меккеля, манифестируют кровотечением, поэтому наличие крови в кале у детей требует использования широкого спектра инструментальных методов обследования [12, 13].

Клиническое наблюдение. В отделение анестезиологии и реанимации (ОАР) Курской областной детской больницы № 2 (КОДБ № 2) был переведен мальчик М., 7 лет, в тяжелом состоянии. При поступлении имелись жалобы на слабость, вялость, мать ребенка отмечала однократное синкопальное состояние, стул черного цвета. Из анамнеза заболевания известно, что 7 дней назад сдавали общий анализ крови (ОАК) по месту жительства в связи с бледностью кожных покровов у ребенка. Выявлена нормохромная анемия: гемоглобин – 69 г/л, эритроциты – $2,2 \cdot 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,94, белая кровь без патологии. За медицинской помощью не обращались. Самостоятельно стали принимать препараты, содержащие железо. Утром в день поступления у ребенка ухудшилось самочувствие, выросла слабость, появилась вялость, отмечалась потеря сознания. Бригадой скорой медицинской помощи

ребенок в сопровождении матери доставлен в приемное отделение Областной детской клинической больницы (г. Курск). Был выставлен предварительный диагноз: «Меккелев дивертикул, осложненный дивертикулитом и кровотечением?». После переливания эритроцитарной массы и стабилизации состояния ребенка он переведен в КОДБ № 2 для дальнейшего обследования и лечения.

Объективный статус при переводе – состояние пациента тяжелое. Температура тела – 37,1 °С. Сознание ясное. Ребенок вялый, адинамичный, вступает в контакт неохотно. Не кормится, рвоты и тошноты нет. Активных жалоб на боли в животе не предъявляет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Кожные покровы бледные, слизистые чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, одышки нет. Частота сердечных сокращений – 108 в минуту. Артериальное давление – 107/63 мм рт. ст. Тоны сердца несколько приглушены, ритм правильный. Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания, доступен глубокой пальпации во всех отделах, мягкий, безболезненный. Аппендикулярные симптомы (Ровзинга, Ситковского, Бартолье – Михельсона) и перитонеальные симптомы (Щеткина – Блюмберга, Воскресенского) отрицательные. Печень не увеличена. Селезенка и почки не пальпируются. Перистальтика выслушивается. Мочится самостоятельно, макрогематурии нет. При постановке очистительной клизмы получено большое количество зловонного стула по типу «мелены».

Ребенку проведено обследование:

- ультразвуковое сканирование органов брюшной полости: выраженный метеоризм, петли кишечника вяло перистальтируют, мезентериальные лимфоузлы до 17–21 мм, выпот в малом тазу, небольшое количество выпота у угла печени, толстая кишка (сигмовидная) до 35 мм с воздушным артефактом;

- рентгенография живота: свободного газа, уровней жидкости в брюшной полости нет;

- общий анализ крови: гемоглобин – 72 г/л, эритроциты – $3,39 \cdot 10^{12}/л$, гематокрит – 20 %, цветовой показатель – 0,63, тромбоциты – $234 \cdot 10^9/л$, лейкоциты – $11,1 \cdot 10^9/л$, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 22 %, сегментоядерные – 2 %, эозинофилы – 2 %, моноциты – 7 %, лимфоциты – 17 %, скорость оседания эритроцитов – 6 мм/ч, отмечается анизоцитоз;

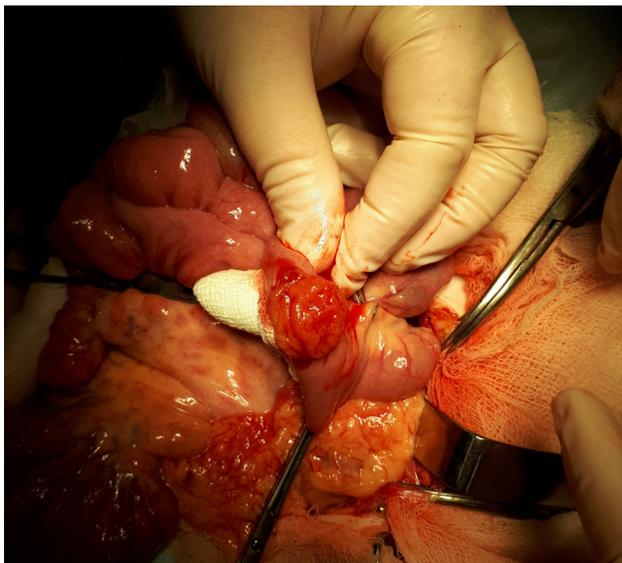
- коагулограмма: протромбиновый индекс – 81,8 %, международное нормализованное отношение (МНО) – 1,22, активированное частичное тромбиновое время (АЧТВ) – 36,2 с, фибриноген – 3,06 г/л, тромбиновое время – 25,9 с, антитромбин III – 102 %, растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК) – 3,0 мл/100 мл;

- фиброгастродуоденоскопия: нормальная эндоскопическая картина.

Во время обследования ребенок самостоятельно опрарялся (большое количество зловонного стула по типу «мелены»).

Учитывая жалобы, анамнез, клинические, лабораторные и инструментальные данные, поставлен предварительный диагноз: «Дивертикулит Меккеля, осложненный кровотечением. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени».

В связи с клинической картиной продолжающегося желудочно-кишечного кровотечения (дважды получен обильный зловонный стул по типу «мелены») ребенку показано срочное оперативное вмешательство – лапаротомия, ревизии органов брюшной полости для определения и устранения источника кровотечения. При вскрытии брюшной полости в рану выделилось около 20 мл прозрачной жидкости без запаха – взята на окраску по Грамму, посев на флору и чувствительность к антибиотикам. При ревизии тонкого отдела кишечника дополнительных образований не обнаружено. На расстоянии 30 см от илеоцекального угла определяются два уплотнения стенки кишки по брызжеечному краю протяженностью до 2 см



Интраоперационное фото: сегмент подвздошной кишки в месте энтеротомии с гемангиомой
Intraoperative photo: ileum segment at the place of enterotomy with hemangioma

каждое, расстояние между которыми не превышает 5 см – внутрипросветные образования стенки кишки.

Для решения вопроса о дальнейшей тактике операции в проекции одного из образований выполнена энтеротомия (разрез 1 см): слизистая в проекции образований изменена: темно-багрового цвета, участками до черного цвета, истончена в данной зоне (по типу язвы), из данного образования отмечается неинтенсивное кровотечение, заподозрено объемное образование подвздошной кишки (гемангиома? метаплазия слизистой?), осложненное кровотечением (рисунки).

Выполнена резекция сегмента подвздошной кишки длиной 10 см. Наложен энтероэнтероанастомоз по типу «конец в конец».

В брыжейке тонкой кишки определяются множественные увеличенные до 1,0–1,5 см лимфоузлы, один из которых удален для гистологического исследования.

Червеобразный отросток размерами 7,0×0,7 см, напряжен, сосуды его резко инъецированы. Выполнена аппендэктомия. При ревизии в полости малого таза обнаружено до 20 мл прозрачного выпота без запаха. Брюшная полость осушена. Послойное ушивание раны. Для продолжения интенсивной терапии ребенок переведен в отделение реанимации.

Диагноз после операции: «Объемное образование дистальных отделов подвздошной кишки (гемангиома? метаплазия слизистой?), осложненное кровотечением. Вторичный аппендицит. Мезаденит. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени».

При гистологическом исследовании образования подвздошной кишки диагностирована гемангиома. В лимфатическом узле – признаки неспецифического воспаления. Вторичный катаральный аппендицит.

Проведен контроль онкомаркеров, получены отрицательные результаты. На 4-е сутки после операции ребенок переведен в хирургическое отделение, послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 8-е сутки. Ребенок выписан на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Обсуждение. Диагностика опухолей тонкой кишки у детей была и остается одной из наиболее сложных проблем хирургии детского возраста, что связано, прежде всего, с относительной редкостью заболевания, локализацией, широкой вариабельно-

стью клинических проявлений, отсутствием патогномоничных симптомов [14, 15]. Диагностика неосложненной гемангиомы тонкой кишки возможна с помощью эндоскопических методов исследования, в том числе капсульной видеоэндоскопии, компьютерной или магнитно-резонансной томографии, рентгеноконтрастной ангиографии, сцинтиграфии, а также диагностической лапароскопии [16]. Несмотря на многообразие существующих в настоящее время методов диагностики, в подавляющем большинстве наблюдений ГТК является операционной находкой [3, 4]. Более чем в 70 % случаев источником кишечного кровотечения у детей является дивертикул Меккеля [11]. Осложненная ГТК относится к редким и достаточно трудно диагностируемым нозологиям [8, 9]. Очевидно, что залогом успешного лечения таких пациентов является своевременная диагностика, которая является непростой задачей ввиду морфологических и топографических характеристик патологического очага [7]. Не всегда стандартный набор лабораторно-инструментальных методов обследования позволяет установить такой диагноз [15]. Однако стоит учесть, что в рамках оказания неотложной хирургической помощи возможностью выполнения таких методов, как мезентерикография, радионуклидная сцинтиграфия и энтероскопия (согласно клиническим рекомендациям), обладают далеко не все региональные лечебно-профилактические учреждения [6].

Заключение. Тем не менее приведенное наблюдение демонстрирует, что надлежащая интерпретация клинических данных и активная хирургическая тактика при продолжающемся кишечном кровотечении обеспечивают успех в лечении осложненных форм ГТК. На примере описанного случая продемонстрированы эффективная диагностическая тактика, особенности интраоперационной картины и хирургического лечения, основанного на лапаротомии и резекции сегмента кишки. Продемонстрирована возможность достижения обнадеживающих результатов хирургического лечения этой непростой категории больных при обоснованном выборе хирургической тактики в детском возрасте.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it

is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шейко Е. А. Гемангиомы у детей раннего возраста (обзор литературы : по источникам : www.clinicalkey.com) // Междунар. журн. приклад. и фундам. исслед. 2015. Т. 4, № 2. С. 222–228.
2. Рыков М. Ю., Севрюков Д. Д., Вилкова А. С. Злокачественные новообразования у детей : клинические проявления и диагностика // Вопросы соврем. педиатрии. 2017. Т. 16, № 5. С. 370–382. Doi: 10.15690/vsp.v16i5.1801.
3. Morris G. A., Stratchko L., Sabri M. Intestinal hemangioma presenting as recurrent hematochezia in a 6-week-old male // Journal of Pediatric Surgery Case Reports. 2015. Vol. 7, № 3. P. 280–282. Doi: 10.1016/j.epsc.2015.05.005.
4. Abrahamson J., Shandling B. Intestinal hemangiomas in childhood and a syndrome for diagnosis: a collective review // Journal of pediatric surgery. 1973. Vol. 4, № 8. P. 487–495. Doi: 10.1016/0022-3468(73)90211-X.
5. Гемангиомы органов брюшной полости у детей / А. Е. Соловьев, В. Н. Шатский, О. А. Кульчицкий, Е. Е. Шатская // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2019. Т. 1, № 7. С. 122–128. Doi: 10.23888/HMJ201971122-128.
6. Гемангиомы как причина кишечных кровотечений у детей / Ч. Б. Кулиев, И. В. Поддубный, М. У. О. Исмаилов, Е. Ю. Дьяконова // Хирург. 2014. Т. 11. С. 61–66.
7. Стойко Ю. М., Левчук А. Л., Степанюк И. В., Серегин М. В. Диагностика и хирургическое лечение опухолей тонкой кишки // Вестн. Нац. медико-хирург. Центра им. Н. И. Пирогова. 2011. Т. 2, № 6. С. 49–55.
8. Шахназарян А. М., Шахназарян Н. Г., Боташева В. С. и др. Гемангиома тонкой кишки. Вестн. Нац. медико-хирург. Центра им. Н. И. Пирогова. 2016. Т. 2, № 11. С. 139–141.
9. Соловьев И. А., Васильченко М. В., Волошин С. В. и др. Хирургическое лечение гемангиомы тонкой кишки, осложненной рецидивирующими кровотечениями и кровопотерями тяжелой степени // Вестн. рос. военно-мед. акад. 2018. Т. 64, № 4. С. 52–55.
10. Федуллова Э. Н. К вопросу о дифференциальной диагностике синдрома крови в кале у детей // Мед. альм. 2011. Т. 4, № 17. С. 191–194.
11. Тимербулатов В. М., Тимербулатов М. В., Мехдиев Д. И. и др. Диагностика и лечение осложненных форм дивертикула меккеля // Клини. медицина. 2017. Т. 95, № 11. С. 1013–1017. Doi: 10.18821/0023-2149-2017-95-11-1013-1017.
12. Han E. C., Kim S. H., Kim H. Y. et al. Gastrointestinal hemangioma in childhood: a rare cause of gastrointestinal bleeding // Korean journal of pediatrics. 2014. Vol. 5, № 57. P. 245–249. Doi: 10.3345/kjp.2014.57.5.245.
13. Coleman J., Phillips R., Steiner R. Small bowel hemangioma in a 2-year-old female with recurrent anemia // Ochsner Journal. 2018. Vol. 4, № 18. P. 428–432. Doi: 10.31486/toj.18.0099.
14. Law W. L. Cavernous hemangioma : uncommon cause of obscure gastrointestinal bleeding // Journal of the American College of Surgeons. 2007. Vol. 3, № 205. P. 511. Doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2006.10.035.
15. Bae S. J., Hwang G., Kang H. S. et al. Single cavernous hemangioma of the small bowel diagnosed by using capsule endoscopy in a child with chronic iron-deficiency anemia // Clinical endoscopy. 2015. Vol. 4, № 48. P. 340–344. Doi: 10.5946/ce.2015.48.4.340.
16. Soukoulis I. W., Liang M. G., Fox V. L. et al. Gastrointestinal infantile hemangioma: presentation and management // Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. 2015. Vol. 4, № 61. P. 415–420. Doi: 10.1097/MPG.0000000000000812.

REFERENCES

1. Sheiko E. A. Gemangioma in young children (literature review: by source: www.clinicalkey.com). International Journal of Applied and Fundamental Research. 2015;4(2):222–228. (In Russ.).
2. Rykov M. Yu., Sevryukov D. D., Vilkova A. S. Malignant Neoplasms in Children: Clinical Manifestations and Diagnosis. Voprosy sovremennoi pediatrii – Current Pediatrics. 2017;16(5):370–382. (In Russ.). Doi: 10.15690/vsp.v16i5.1801..
3. Morris G. A., Stratchko L., Sabri M. Intestinal hemangioma presenting as recurrent hematochezia in a 6-week-old male. Journal of Pediatric Surgery Case Reports. 2015;7(3):280–282. Doi: 10.1016/j.epsc.2015.05.005.
4. Abrahamson J., Shandling B. Intestinal hemangiomas in childhood and a syndrome for diagnosis: a collective review. Journal of pediatric surgery. 1973;4(8):487–495. Doi: 10.1016/0022-3468(73)90211-X.
5. Soloviev A. E., Shatsky V. N., Kulchytsky O. A., Shatskaya E. E. Hemangiomas of abdominal organs in children. Science of the young (Eruditio Juvenium). (In Russ.). Doi: 10.23888/HMJ201971122-128.
6. Kuliev Ch. B., Poddubny I. V., Ismailov M. W. O., Diakonov E. U. Hemangioma as cause of intestinal bleeding in children. Surgeon. 2014;11:61–66. (In Russ.).
7. Stoyko Yu. M., Levchuk A. L., Stepanyuk I. V., Seregin M. V. Modern diagnostics and surgical treatment of the small intestine tumors. Bulletin of the National Medical and Surgical Center N. I. Pyrogov. 2011;2(6):49–55. (In Russ.).
8. Shahnazaryan A. M., Shahnazaryan N. G., Botasheva V. S., Saha-rov V. A., Ishchenko A. V. Hemangioma of small intestine. Bulletin of the National Medical and Surgical Center N. I. Pyrogov. 2016;2(11):139–141. (In Russ.).
9. Solovyev I. A., Vasilchenko M. V., Voloshin S. V., Kudryavtseva A. V., Kolunov A. V., Koselev I. E., Sisonenko N. A. Surgical treatment of hemangioma of small intestine complicated by recurrent blood loss. Journal of the Russian Military Medical Academy. 2018;64(4):52–55. (In Russ.).
10. Fedulova E. N. To the question of differential diagnosis of blood syndrome in calais in children. Medical almanac. 2011;4(17):191–194. (In Russ.).
11. Timerbulatov V. M., Timerbulatov M. V., Mehdiev D. I., Timerbulatov Sh. V., Bikovski I. S., Gabidullin I. R. Diagnosis and treatment of complicated meckel's diverticulum. Klin. med. 2017;95(11):1013–1017. (In Russ.). Doi: 10.18821/0023-2149-2017-95-11-1013-1017.
12. Han E. C., Kim S. H., Kim H. Y., Jung S. E., Park K. W. Gastrointestinal hemangioma in childhood: a rare cause of gastrointestinal bleeding. Korean journal of pediatrics. 2014;5(57):245–249. Doi: 10.3345/kjp.2014.57.5.245.
13. Coleman J., Phillips R., Steiner R. Small bowel hemangioma in a 2-year-old female with recurrent anemia. Ochsner Journal. 2018;4(18):428–432. Doi: 10.31486/toj.18.0099.
14. Law W. L. Cavernous hemangioma: uncommon cause of obscure gastrointestinal bleeding. Journal of the American College of Surgeons. 2007;3(205):511. Doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2006.10.035.
15. Bae S. J., Hwang G., Kang H. S., Song H. J., Chang W. Y., Maeng Y. H., Kang K. S. Single cavernous hemangioma of the small bowel diagnosed by using capsule endoscopy in a child with chronic iron-deficiency anemia. Clinical endoscopy. 2015;4(48):340–344. Doi: 10.5946/ce.2015.48.4.340.
16. Soukoulis I. W., Liang M. G., Fox V. L., Mulliken J. B., Alomari A. I., Fishman S. J. Gastrointestinal infantile hemangioma: presentation and management. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. 2015;4(61):415–420. Doi: 10.1097/MPG.0000000000000812.

Информация об авторах:

Гаврилюк Василий Петрович, доктор медицинских наук, доцент, зав. кафедрой детской хирургии и педиатрии факультета последипломного образования, Курский государственный медицинский университет (г. Курск, Россия), ORCID: 0000-0003-4792-1862; Донская Елена Викторовна, зав. хирургическим отделением, Курская областная детская больница № 2 (г. Курск, Россия), ORCID: 0000-0002-4450-5401; Северинов Дмитрий Андреевич, ассистент кафедры детской хирургии и педиатрии факультета последипломного образования, Курский государственный медицинский университет (г. Курск, Россия), ORCID: 0000-0003-4460-1353.

Information about authors:

Gavriluk Vasily P., Dr. of Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of Pediatric Surgery and Pediatrics of the Faculty of Postgraduate Education, Kursk State Medical University (Kursk, Russia), ORCID: 0000-0003-4792-1862; Donskaja Elena V., Head of the Department of Pediatric Surgery, Kursk Regional Children's Hospital № 2 (Kursk, Russia), ORCID: 0000-0002-4450-5401; Severinov Dmitry A., Lecture Assistant of the Department of Pediatric Surgery and Pediatrics, Kursk State Medical University (Kursk, Russia), ORCID: 0000-0003-4460-1353.