

Спонтанная интрамуральная гематома двенадцатиперстной кишки у ребенка (клинический пример)

Е. Б. Ольхова*,¹ Ю. Ю. Соколов², И. С. Алахвердиев³,
М. Э. Шувалов³, О. А. Пачес³

¹ ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России, кафедра лучевой диагностики

² ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последиplomного образования» Минздрава России

³ ГБУЗ «Детская городская клиническая больница Св. Владимира» Департамента здравоохранения г. Москвы

Spontaneous Intramural Duodenal Hematoma in a Child (Case Report)

E. B. Ol'khova*,¹ Yu. Yu. Sokolov², I. S. Allahverdiev³, M. E. Shuvalov³, O. A. Paches³

¹ Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A. I. Evdokimov, Ministry of Healthcare of Russia, Department of Radiology

² Russian Medical Academy Postgraduate Education, Ministry of Healthcare of Russia

³ Moscow Clinical Municipal Children Hospital St. Vladimir the Department of Public Health

Реферат

Интрамуральные дуоденальные гематомы — заболевание очень редкое, в отдельных случаях являющееся причиной обструкции проксимальных отделов пищеварительного тракта. Наиболее часто они описаны у детей после тупой травмы живота. В редких случаях сообщается о возникновении дуоденальных гематом после эндоскопических манипуляций. Относительно часто гематомы двенадцатиперстной кишки развиваются у пациентов с коагулопатиями. В публикации представлено редкое наблюдение спонтанной дуоденальной интрамуральной гематомы с развитием острой обструкции пищеварительного тракта: 6-летний мальчик поступил в клинику с жалобами на острые боли в животе, тошноту и рвоту. При УЗИ органов живота выявлено крупное образование размером 79 × 86 × 50 мм с геморрагическим содержимым, лоцированное в проекции головки поджелудочной железы. Также на УЗИ и МРТ выявлены признаки дуоденальной обструкции. После 42 ч консервативного

* **Ольхова Елена Борисовна**, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры лучевой диагностики ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России.

Адрес: 127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 9а.

Тел.: +7 (495) 611-01-77. Электронная почта: elena-olchova@bk.ru

Ol'khova Elena Borisovna, M. D. Med., Professor, Professor of Department of Radiology, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A. I. Evdokimov, Department of Radiology, Ministry of Healthcare of Russia.

Address: 9a, ul. Vucheticha, Moscow, 127206, Russia.

Phone number: +7 (495) 611-01-77. E-mail: elena-olchova@bk.ru

лечения (декомпрессия желудка, парентеральное питание) ребенок был подвергнут оперативному лечению: была выполнена лапароскопия, эвакуация гематомы. Публикация дополнена результатами лучевого обследования и кратким обзором литературы.

Ключевые слова: ультразвуковая диагностика, дети, дуоденальная гематома.

Abstract

Intramural duodenal hematoma is a very rare condition, a rare cause of a proximal gastrointestinal tract obstruction. It is most frequently been reported after blunt abdominal trauma in children. There are only few cases of intramural duodenal hematoma after upper gastrointestinal endoscopy. Most of them are associated with coagulation disorders. We present the unusual case of spontaneous intramural duodenal hematoma as a cause of an intestinal obstruction: a 6-year-old male with abrupt onset of abdominal pain, nausea, and vomiting. Abdominal sonographic examination revealed a great mass consistent with blood measuring 79 × 86 × 50 mm on the head of the pancreas. The duodenal obstruction was confirmed on US and MRT. The patient was treated conservatively with total parenteral nutrition and gastric decompression during 42 hours, after this he underwent laparoscopic surgery to evacuate the hematoma. The results of the sonography and the short review of the literature is present.

Key words: Ultrasonography, Children, Duodenal Haematoma.

Актуальность

Спонтанные дуоденальные гематомы у детей — казуистически редкая патология, малоизвестная практически врачам. Эхографическое обнаружение более или менее крупного объекта кистозного вида в верхних отделах живота определяет необходимость дифференциальной диагностики среди целого ряда заболеваний, сопровождающихся сходной эхографической картиной, что обуславливает сложности своевременного и точного определения тактики ведения пациента.

Цель: демонстрация редкого эхографического наблюдения — спонтанной напряженной интрамуральной гематомы 12-перстной кишки у ребенка 6 лет.

Клиническое наблюдение

Мальчик 6 лет заболел остро, пожаловался на интенсивные боли в животе, 14-кратную рвоту. Поступил в стационар по скорой помощи через 6 ч от начала заболевания. Состояние ближе к тяжелому, положение вынужденное, жалобы на интенсивные боли в живо-

те, многократная рвота. Факт травмы и ребенок, и родители категорически отрицали. При УЗИ выявлено объемное образование в эпигастральной области.

На фоне консервативной терапии состояние стабилизировалось. При повторном УЗИ выявлено, что в области эпигастрия, несколько правее средней линии, имеется овальной формы образование, тонкостенное, с ровными контурами. Образование крупное, размером около 79 × 86 × 50 мм, полностью экранировало головку поджелудочной железы, из-за чего достоверно прослеживались только ее тело и хвост. Структура паренхимы железы была сохранена, вирсунгов проток был не дилатирован, парапанкреатического отека и скоплений содержимого выявлено не было. Двенадцатиперстная кишка была «распластана» по этому образованию, стенки ее были несколько утолщены. Определялось большое количество жидкостного содержимого в желудке ребенка (натошак). Содержимое образования имело эхоконсистенцию мелкодисперс-



Рис. 1. Результаты УЗИ (исследование в В-режиме): *а* — конвексный датчик частотой 6–10 МГц, сканирование в правом подреберье: 1 — образование; 2 — правая почка; 3 — позвонок; 4 — брюшная аорта; 5 — левая почка; определяется крупное образование овальной формы на уровне ворот почек; *б* — тот же датчик, тот же скан: содержимое образования гетерогенное; *в* — линейный датчик частотой 8–14 МГц, поперечный скан в эпигастрии: содержимое образования имеет эхографическую консистенцию мелкодисперсной взвеси и гетерогенных неструктурных сгустков

ной взвеси, нитевидных включений и сгустков неправильной формы (рис. 1).

При доплеровском исследовании выявлено, что само образование полностью аваскулярно и расположено непосредственно над магистральными сосудами живота (брюшная аорта и нижняя полая вена), при этом не сдавливает и не оттесняет их. Крупные сосуды эпигастрия огибают образование (рис. 2).

Эхографически точно дифференцировать образование не удалось: проводилась дифференциальная диагностика между кистой малого сальника, кистой холедоха, кистой головки поджелудочной железы и энтерокистой. Все эти варианты были отвергнуты, высказано предположение о геморрагическом характере содержимого в просвете образования и выявлены эхопризнаки высокой кишечной непроходимости с обтурацией просвета 12-ПК, однако определить нозологическую форму находки не удалось. При МРТ подтверждено наличие крупного образования в верхнем отделе

живота. Достоверно судить о природе образования не удалось.

Клинически нарастали явления высокой кишечной непроходимости (постоянное застойное содержимое в желудке), сохранялись жалобы на боли в животе, и через 42 ч пребывания в стационаре ребенок был оперирован: выполнена лапароскопия, эвакуация гематомы (кровь и сгустки), дренирование брюшной полости (рис. 3). Послеоперационный период протекал гладко, на 9-е сутки после операции мальчик выписан домой с выздоровлением.

Обсуждение результатов

Интрамуральные гематомы 12-перстной кишки (12-ПК) — казуистическая редкость во всех возрастных группах. Основным контингентом считаются молодые люди, основная причина — тупая травма живота. Так, повреждения 12-ПК описаны с частотой около 0,3 % от всех случаев тупой травмы живота у детей, из них 2/3 случаев — интрамуральные гема-

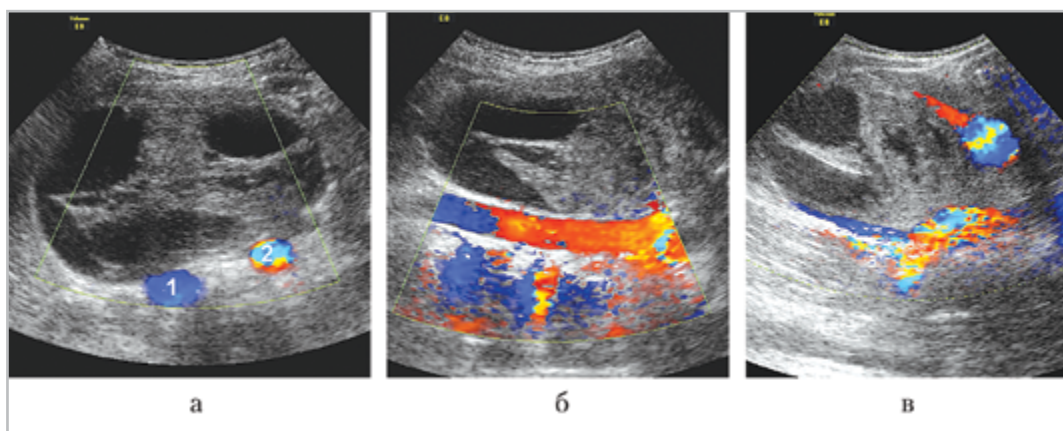


Рис. 2. Результаты УЗИ, цветовое картирование кровотока: 1 — нижняя полая вена; 2 — брюшная аорта; а — поперечный скан; б — продольный скан над аортой; в — косопродольный скан левее средней линии

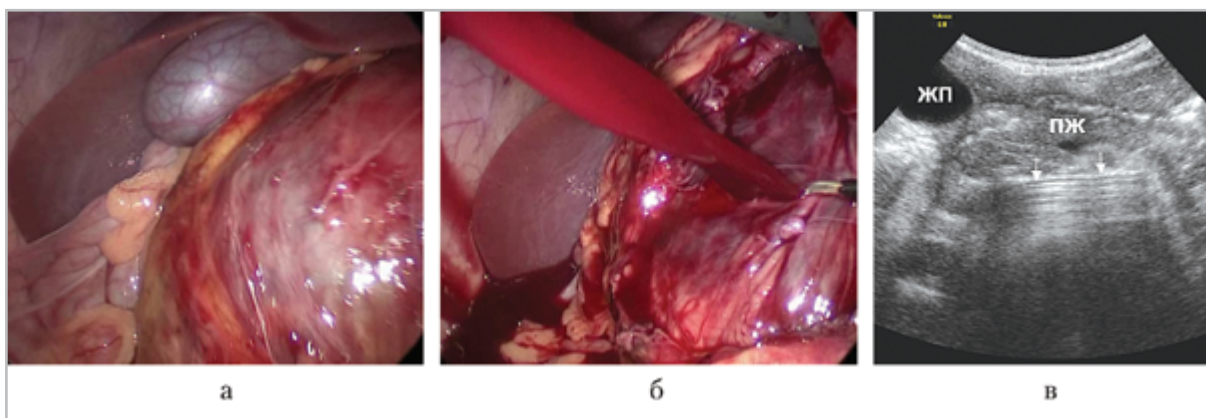


Рис. 3. Интраоперационные фото: а — вид гематомы; б — стенка гематомы рассечена, истечение крови; в — поперечный скан в эпигастрии, дренаж в области опорожненной гематомы

томы, 1/3 — разрывы [2, 3]. Кроме этого, гематомы 12-ПК возникают на фоне нарушений свертывающей системы крови (в том числе при приеме антикоагулянтов) и после ЭГДС с биопсией стенки 12-ПК [2–5]. По данным В. Sahn (2015) интрамуральные гематомы 12-ПК развиваются после ЭГДС с биопсией с частотой 1:1922, при этом статистически значимой зависимости частоты возникновения гематом от применения наркоза или других видов седации и от положения пациента во время процедуры не получено [4]. Также описаны гематомы 12-ПК при

пептических язвах, остром панкреатите, системных васкулитах [2, 4, 5]. Казуистической редкостью являются спонтанные гематомы [2–4].

Диагностика гематом 12-ПК выполняется в основном методом КТ [1, 5]. УЗИ применяется чаще у детей [3, 4]. Клиническая картина полиморфна, постоянными симптомами являются, пожалуй, только жалобы на боли в животе и рвота (чаще — многократная), возможно развитие геморрагического шока, высокой кишечной непроходимости на фоне обтурации просвета 12-ПК [2–5].

Лечение гематом 12-ПК преимущественно консервативное. Только при неэффективности консервативного ведения пациентам выполняется оперативное вмешательство, преимущественно лапароскопическим доступом [2, 3, 5].

Обсуждая сложности диагностики собственного наблюдения, следует отметить, что всех специалистов на этапе диагностики смущало отсутствие травматического анамнеза. Геморрагический

характер содержимого в образовании был зафиксирован при первом же УЗИ и подтвержден при повторном исследовании и при МРТ, однако первоначально высказывалось предположение о кисте поджелудочной железы (постнекротического характера), но отсутствие лабораторных изменений заставило исключить эту патологию. В целом проводился дифференциальный диагноз с целым рядом нозологических форм, представленный в таблице.

Дифференциальный диагноз

Заболевание	УЗ-сходство	УЗ-различие
Киста поджелудочной железы	Форма. Локализация	Отсутствие структурных изменений остальных участков железы. Эхоконсистенция содержимого
Киста малого сальника	Форма. Локализация	Локализация. Эхоконсистенция содержимого
Киста холедоха	Форма. Локализация	Отсутствие структурных изменений желчного пузыря. Эхоконсистенция содержимого
Удвоение желудка/ 12-ПК	Форма. Локализация	Характер стенки образования. Эхоконсистенция содержимого
Забрюшинная гематома	Эхоконсистенция содержимого. Локализация	Форма. Характер стенок. Четкость контуров

Выводы

1. Интрамуральная гематома 12-ПК у ребенка может возникать спонтанно и достигать значительных размеров, обуславливая развитие высокой кишечной непроходимости.
2. УЗИ не уступает МРТ в точности визуализации гематомы 12-ПК, а возможности доплеровских технологий позволяют точно дифференцировать взаиморасположение

гематомы и магистральных сосудов живота.

3. Несмотря на отсутствие точного предоперационного диагноза, тактика ведения пациента была выбрана оптимально на основании клинических проявлений и основных эхографических симптомов.
4. В послеоперационном периоде динамический УЗ-контроль позволил оценивать состояние органов жи-

вота и документировать отсутствие осложнений.

and management review // *Pediatr. Rep.* 2009. V. 8 (1). P. 8–14.

Список литературы

1. Доровских Г. Н., Горлина А. Ю. Лучевая диагностика и лечение политравмы согласно протоколам ATLS (обзор литературы и собственные наблюдения) // *Радиология — практика.* 2014. № 5. С. 73–81.
2. Elmoghazy W., Noaman I., Mahfouz A. E., Elaffandi A., Khalaf H. Surgical management of complicated intramural duodenal hematoma: A case report and review of literature // *Int. J. Surg. Case Rep.* 2015. V. 17. P. 103–105.
3. Peterson M. L., Abbas P. I., Fallon S. C., Naik-Mathuria B. J., Rodriguez J. R. Management of traumatic duodenal hematomas in children // *J. Surg. Res.* 2015. V. 199 (1). P. 126–129.
4. Sahn B., Anupindi S. A., Dadhania N. J., Kelsen J. R., Nance M. L., Mamula P. Duodenal hematoma following EGD: comparison with blunt abdominal trauma-induced duodenal hematoma // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2015. V. 60 (1). P. 69–74.
5. Yeung V. H., Chao N. S., Leung M. W., Kwok W. K. An unusual cause of intestinal obstruction in an adolescent: case report

References

1. Dorovskikh G.N., Gorlina A. Yu. Evaluation and polytrauma treatment according to reports ATLS (review of the literature and own observations). *Radiologija — praktika.* 2014. No. 5. P. 73–81.
2. Elmoghazy W., Noaman I., Mahfouz A. E., Elaffandi A., Khalaf H. Surgical management of complicated intramural duodenal hematoma: A case report and review of literature. *Int. J. Surg. Case Rep.* 2015. V. 17. P. 103–105.
3. Peterson M. L., Abbas P. I., Fallon S. C., Naik-Mathuria B. J., Rodriguez J. R. Management of traumatic duodenal hematomas in children. *J. Surg. Res.* 2015. V. 199 (1). P. 126–129.
4. Sahn B., Anupindi S. A., Dadhania N. J., Kelsen J. R., Nance M. L., Mamula P. Duodenal hematoma following EGD: comparison with blunt abdominal traumainduced duodenal hematoma. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2015. V. 60 (1). P. 69–74.
5. Yeung V. H., Chao N. S., Leung M. W., Kwok W. K. An unusual cause of intestinal obstruction in an adolescent: case report and management review. *Pediatr. Rep.* 2009. V. 8 (1). P. 8–14.

Сведения об авторах

Ольхова Елена Борисовна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры лучевой диагностики ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России.
Адрес: 127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 9а.
Тел.: +7 (495) 611-01-77. Электронная почта: elena-olchova@bk.ru

Ol'khova Elena Borisovna, M. D. Med., Professor of Department of Radiology, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A. I. Evdokimov, Ministry of Healthcare of Russia.
Address: 9a, ul. Vucheticha, Moscow, 127206, Russia.
Phone number: +7 (495) 611-01-77. E-mail: elena-olchova@bk.ru

Соколов Юрий Юрьевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России.
Адрес: 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1.
Тел.: +7 (499) 268-43-53. Электронная почта: sokolov-surg@yandex.ru

Sokolov Yuri Yur'evich, M. D. Med., Professor, Head of Chair of Children Surgeon Russian Medical Academy Postgraduate Education, Ministry of Healthcare Russia.

Address: 2/1, ul. Barrikadnaya, Moscow, 127206, Russia.
Phone number: +7 (499) 268-43-53. E-mail: sokolov-surg@yandex.ru

Аллахвердиев Исраил Садраддинович, детский хирург ГБУЗ «Детская городская клиническая больница Св. Владимира» Департамента здравоохранения г. Москвы.
Адрес: 107014 г. Москва, ул. Рубцовско-Дворцовая, 1/3.
Тел.: 8(499) 268-89-14. Электронная почта: israil7508@mail.ru

Allahverdiev Israil Sadraddinovich, Children Surgeon, Moscow Clinical Municipal Children Hospital St. Vladimir the Department of Public Health.
Address: 1/3, ul. Rubtsovsko-Dvortsovaia, Moscow, 107014, Russia.
Phone number: +7 (499) 268-89-14. E-mail: israil7508@mail.ru

Шувалов Михаил Эдуардович, заведующий отделением абдоминальной хирургии ГБУЗ «Детская городская клиническая больница Св. Владимира» Департамента здравоохранения г. Москвы.
Адрес: 107014, г. Москва, ул. Рубцовско-Дворцовая, д. 1/3.
Тел.: +7 (499) 268-89-14. Электронная почта: 10xo@mail.ru

Shuvalov Mikhail Eduardovich, Chief of Abdominal Surgery, Department of Moscow Clinical Municipal Children Hospital St. Vladimir the Department of Public Health.
Address: 1/3, ul. Rubtsovsko-Dvortsovaya, Moscow, 107014, Russia.
Phone number: +7 (499) 268-89-14. E-mail: 10xo@mail.ru

Пачес Олег Александрович, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ «Детская городская клиническая больница Св. Владимира» Департамента здравоохранения г. Москвы.
Адрес: 107014, г. Москва, ул. Рубцовско-Дворцовая, д. 1/3.
Тел.: +7 (499) 268-84-34.

Paches Oleg Aleksandrovich, Ph. D. Med., Head Physician of the Surgery, Department of Moscow Clinical Municipal Children Hospital St. Vladimir the Department of Public Health.
Address: 1/3, ul. Rubtsovsko-Dvortsovaia, Moscow, 107014, Russia.
Phone number: +7 (499) 268-84-34.

Финансирование исследования и конфликт интересов.

Исследование не финансировалось какими-либо источниками. Авторы заявляют, что данная работа, ее тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.