

**ГЕМАНГИОМЫ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ**

© А.Е. Соловьев, В.Н. Шатский, О.А. Кульчицкий, Е.Е. Шатская

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,  
Рязань, Российская Федерация

Гемангиомы органов брюшной полости встречаются редко. Чаще имеют место гемангиомы тонкого кишечника, реже – гемангиомы толстого кишечника, желудка, печени, селезенки. Кровотечение в просвет кишечной трубки и свободную брюшную полость являются основными симптомами гемангиом органов брюшной полости. Диагностика остается трудной. Лапароскопия и лапаротомия у большинства детей позволяют поставить окончательный диагноз. Лечение гемангиом органов брюшной полости – оперативное. Наблюдали 26 детей с гемангиомами органов брюшной полости. У 18 детей имелись гемангиомы тонкого кишечника, у 3 – толстого, у 2 – желудка, у 2 – печени и у 1 ребенка – гемангиома селезенки. В клинике у всех детей имелись симптомы кровотечения, боли в животе, потери массы тела, рвота с примесью крови. В работе использовали анамнез, осмотр, гастроскопию, ректоскопию, лапароскопию, лабораторные методы, УЗИ и рентгенологические методы исследования. Окончательный диагноз был поставлен только во время операции. Все 26 детей с гемангиомами органов брюшной полости оперированы: у 23 детей произведена резекция кишки вместе с гемангиомой, у 1 ребенка с гемангиомой левой доли печени произведена резекция левой доли, у 1 – с гемангиомой селезенки произведена спленэктомия. Если при гемангиомах желудка основным симптомом была рвота с кровью, то у детей с гемангиомами тонкого кишечника в поисках источника кровотечения хирурги испытывали определенные трудности. Кровь из фатерова сосочка может быть как при гемангиоме, так и при глубокой травме печени. Прорыв внутripеченочных гемангиом в желчевыводящие пути сопровождается синдромом гемобилии, для которого типичны печеночная колика, кровотечение в кишечник и желтуха.

**Ключевые слова:** гемангиома, брюшная полость, дети, оперативное лечение, желудочно-кишечный тракт.

**HEMANGIOMAS OF ABDOMINAL ORGANS IN CHILDREN**

A.E. Soloviev, V.N. Shatsky, O.A. Kulchytsky, E.E. Shatskaya

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation

Hemangiomas of the abdominal cavity are rare. Hemangiomas of the small intestine are more common, less common are hemangiomas of the large intestine, stomach, liver, spleen. Bleedings into the lumen of the intestinal tube and the free abdominal cavity are the main symptoms of hemangiomas of the abdominal organs. Diagnosis remains to be difficult. The final diagnosis in most children is made by laparoscopy and laparotomy. Treatment of hemangiomas of the abdominal organs is surgical. Twenty-six children with hemangiomas of the abdominal organs were observed. 18 Children had hemangiomas of the small intestine, 3 – of large intestine, 2 – of stomach, 2 – of liver and 1 child – hemangioma of spleen. The clinical picture in all children was

characterized by such symptoms as hemorrhages, pain in the abdomen, loss of body mass, vomiting with admixture of blood. In the work, history, examination, gastroscopy, rectoscopy, laparoscopy. The final diagnosis was made only intraoperatively. All 26 children with hemangiomas of the abdominal cavity organs were operated on: in 23 children a gut resection together with a hemangioma was performed, in 1 child with a hemangioma of the left lobe of the liver the left lobe resection was performed, in 1 with a hemangioma of the spleen splenectomy was performed. While in hemangiomas of the stomach the main symptoms was vomiting blood, surgeons faced certain difficulties in identification of the source of bleeding in children with hemangiomas of the small intestine. Bleeding from bile papilla may be present both in hemangioma and in case of a deep trauma of the liver. Burst of intrahepatic hemangiomas into the bile ducts is accompanied by hemobilia syndrome characterized by hepatic colic, hemorrhage into the intestine, and jaundice.

**Keywords:** *hemangioma, abdominal cavity, children, surgical treatment, gastrointestinal tract.*

Гемангиомы органов брюшной полости у детей относят к хирургической казуистике [1-3].

За 50 лет нами наблюдались 26 детей с гемангиомами органов брюшной полост-

ти. Из них у 18 детей имелись гемангиомы тонкого кишечника, у 3 – толстого, у 2 – желудка, у 2 – печени и у 1 ребенка гемангиома селезенки (табл. 1).

Таблица 1

*Локализация гемангиом органов брюшной полости*

Орган	Число больных
Желудок	2
12-перстная кишка	-
Тощая и подвздошная кишка	18
Толстая кишка	3
Печень	2
Селезенка	1
Всего	26

2 ребенка с гемангиомой желудка наблюдались в возрасте 1,8 и 2,5 лет. Оба оперированы экстренно: произведена резекция желудка. Расположение гемангиомы в желудке – на обеих стенках и по обеим линиям кривизны. В клинике у них имелись симптомы кровотечения. Родители детей обращались к врачам по поводу болей в животе, потери массы тела, рвоту с примесью крови. Окончательный диагноз был поставлен на операции. Приводим наблюдение.

Девочка В., 1 год 8 месяцев (ист. бол. №2128) поступила в клинику детской хирургии 24.02.09 с жалобами на рвоту с примесью крови, боли в животе, ограни-

чение объема приема пищи.

Ребенок от здоровых родителей, роды протекали нормально. Вес при рождении 2500 г. Грудное вскармливание до 8 месяцев. Рвота с кровью шестой раз.

При поступлении состояние средней тяжести. Отстает в развитии, вес 11 кг. Ребенок бледен, пульс – 130 уд/мин, А/Д – 50/20 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, болезненный. Печень и селезенка не увеличены.

УЗИ от 25.02.09: в проекции левой доли печени определяется новообразование размерами 109x55 мм, достигает ворот левой почки и селезенки, неправильной формы, с неровными контурами, по-

вышенной экзогенности, структура неоднородная (с экзогенными включениями от 4 до 34 мм в диаметре, овоидной, грушевидной и продолговатой формы).

02.03.09 гастрография: объем желудка минимальный. Весь контраст депонируется в расширенной двенадцатиперстной кишке. Пассаж бария по тракту не нарушен.

Со стороны анализа крови – выраженная анемия.

Диагноз: опухоль левой доли печени?, фиброзно-кистозная дисплазия левой доли печени?

Ребенок оперирован 05.03.09 – срединная лапаротомия. Обнаружено опухолевидное образование желудка, занимающее большую часть стенок желудка по большой и малой кривизне размерами 16х8 см, бугристое, багрово-красного цвета в виде конгломератов величиной с вишню. Опухоль (кистозная гемангиома) не поражает дно и привратник желудка. Произведена субтотальная резекция желудка вместе с опухолью. Наложена прямая анастомоз между дном желудка и привратником.

13.03.09 патогистологическое заключение: смешанная гемангиома (венозная и кавернозная) стенок желудка с участком кистозной лимфангиомы.

Выписана на 14 сутки в удовлетворительном состоянии. Осмотрена через 5 лет. Жалоб нет. Рентгенологически – желудок принял нормальный вид. Здорова.

С гемангиомами тонкого кишечника находились под наблюдением 18 детей. Девочек было 11, мальчиков – 7, в возрасте от 3 месяцев до 18 лет. 6 детей до поступления оперированы в связи с тяжелым кишечным кровотечением, но источник его так и не был найден.

Основным клиническим проявлением гемангиом тонкого кишечника является кишечное кровотечение, в поисках источника которого хирурги испытывают определенные трудности. У 7 детей стул был темно-вишневого цвета, у 11 – дегтеобразным. Дети поступали в тяжелом состоянии с признаками коллапса и требовали экстренной помощи. Все 18 детей были

прооперированы. На операциях были найдены различных размеров гемангиомы (от 0,3х0,3 см до 6,0х3,0 см). У 6 детей гемангиомы были множественными (чаще плоскими, реже кавернозными).

Выполненные операции не отличались большим разнообразием [4-6]. 14 детям произведена резекция кишки вместе с опухолью. У 4 детей с множественными гемангиомами проводилась энтеротомия над каждой опухолью, ее иссечение, электрокоагуляция. Приводим наблюдение.

Ребенок В., 7 лет, (ист. бол. №1842) поступил в областную клиническую больницу 16.05.08 с жалобами на слабость, бледность, тошноту, черный стул.

Ребенок от 1 беременности, возраст матери 30 лет. Грудное вскармливание до 7 месяцев. Отмечалось отставание в весе, анемия. Неоднократно находился на стационарном лечении в детских больницах. В связи с низкими цифрами гемоглобина и эритроцитов многократно проводилось переливание крови. 2 года назад ребенок оперирован в детской клинической больнице в связи с желудочно-кишечным кровотечением: источник кровотечения не был установлен.

При поступлении состояние тяжелое, истощен, обезвожен, отстаёт в развитии. В анализах крови – тяжелая анемия. Диагноз при поступлении: язва 12-перстной кишки?, желудочно-кишечное кровотечение.

16.05.08 операция – релапаротомия. При ревизии на расстоянии 1 метра от баугиневой заслонки обнаружено опухолевидное образование тонкого кишечника багрового цвета размерами 5,0х2,5 см, инфильтрующее кишку. В подвздошной кишке и толстом кишечнике – сгустки крови. Диагноз: гемангиома тонкой кишки, кишечное кровотечение. Произведена резекция тонкой кишки вместе с опухолью, анастомоз конец в конец.

28.05.08 патологоанатомическое заключение: гемангиома тонкой кишки (пациент В.К. Степановский).

Ребенок выздоровел, кишечного кровотечения в течение 6 лет не было.

Как пишет И.А. Григорович, 1985, среди доброкачественных новообразований толстого кишечника у детей чаще наблюдается гемангиома на различных участках толстой кишки.

Под наблюдением находилось 3 детей с гемангиомой толстого кишечника. У всех имелись схваткообразные боли в животе, по поводу которых они обращались неоднократно. Периодически стул был черным. Ректоскопия и ирригография результата не дали. Приводим наблюдение.

Девочка Е., 4 года (ист. бол. №8394), поступила 17.11.93 с жалобами на слабость, боли в животе, стул с примесью крови.

Родилась с весом 2700 г, роды без осложнений. Выписана из роддома на 5 сутки. Грудное вскармливание до 10 месяцев. Перенесла ОРВИ, корь. В течение последнего года отмечались периодические боли в животе и черный стул.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и слизистые бледные. Истощена. Живот мягкий, болезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. При ректальном исследовании – патологии не обнаружено, на пальце кал с примесью темной крови. При УЗИ и ирригоскопии: данных на инвагинацию не найдено. 22.11.93 фиброколоноскопия: патологии со стороны толстого кишечника не обнаружено. С диагнозом: «язва дивертикула Меккеля?, кишечное кровотечение» ребенок оперирован. На операции 23.11.93 на поперечно-ободочной кишке обнаружено опухолевидное образование розового цвета 3,0x2,0 см, инфильтрующее стенку кишки. Произведена резекция толстой кишки вместе с опухолью, анастомоз конец в конец.

03.10.93 патологоанатомическое заключение: гемангиома толстого кишечника (патанатом В.К. Степановский).

Гемангиомы печени – редкое заболевание у детей [7-9]. Гемангиомы могут быть небольшими и могут достигать очень больших размеров, быть красного, синего цвета, бугристыми, консистенция плотная или мягко-эластичная. Достигая больших размеров гемангиома печени вы-

зывает у детей чувство тяжести в эпигастральной области, общую слабость, иногда рвоту [10-12]. При пальпации определяется бугристая, плотная, безболезненная опухоль. Помогает диагностика УЗИ и компьютерная томография.

Мы наблюдали 2 детей с гемангиомой печени в возрасте 9 месяцев и 3 лет. Приводим наше наблюдение.

Девочка К., 3 лет (ист. бол. №4143), поступила в клинику детской хирургии 26.05.89 с жалобами на рвоту с кровью, головокружение, черный стул.

Ребенок от первой, нормально протекавшей беременности. Вес при рождении 2650 г. Со слов матери у девочки был плохой аппетит. Перенесла ОРВИ, дважды воспаление легких.

При поступлении состояние средней тяжести, температура 37,5°C. Девочка бледная, пониженного питания. Кожа и слизистые бледные. Пульс 130 уд. в мин., А/Д – 60/20 мм рт. ст. Живот мягкий при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Per rectum – патологии нет. В анализах крови выраженная анемия. Диагноз: язва желудка?, желудочно-кишечное кровотечение. Назначена гемостатическая терапия. Однако в стационаре у ребенка повторилась рвота кровью со сгустками. Р – 160 уд. в минуту, А/Д – 30/0 мм. рт. ст. Анализ крови: Hb – 76 г/л, эр –  $1,2 \times 10^{12}$ . По жизненным показаниям решено ребенка оперировать.

28.05.89 операция (проф. А.Е. Соловьев) – срединная лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости обнаружены остатки крови в желудке, тонком и толстом кишечнике. Патологических образований в желудке и кишечнике не обнаружено. Произведена гастротомия – патологии нет. Печень и селезенка не увеличены. Брюшная полость ушита наглухо.

В течение 3 суток ребенок находился в отделении реанимации, где проводилось переливание крови, плазмы, гемостатическая терапия.

На 4 сутки у ребенка вновь появилась рвота со сгустками крови. А/Д сни-

зились до 30/0 мм рт. ст., пульс – 160 уд. в минуту. Нб – 70 г/л, эр –  $2,0 \times 10^{12}$ . 02.06.89 ребенок в срочном порядке взят в операционную. При ревизии органов брюшной полости со стороны желудка, тонкого и толстого кишечника патологии не найдено. Произведена дуоденотомия: при ревизии 12-перстной кишки из фатерова сосочка поступает струйкой кровь. Обследование и осмотр печени ничего не дали: печень обычного цвета, патологических образований не найдено. Желчный пузырь переполнен кровью. В холедох через фатерова сосочек введен хлорвиниловый дренаж. На операционном столе выполнена ретроградная холангиография: патологии не обнаружено. Дренаж выведен через дополнительный разрез в правом подреберье. В него 3 раза в день вводился раствор аминокaproновой кислоты. Кровотечения в течение 7 дней не было, дренаж удален.

Ребенок осмотрен через 1, 2, 5 и 12 лет. Здоров. Кровотечения не было. На УЗИ патологии со стороны печени нет.

Мы полагаем, что у ребенка была гемангиома печени, которую было трудно диагностировать клинически, рентгенологически и по данным УЗИ. Поэтому мы остановились на диагнозе гемангиома печени.

Некоторые авторы считают, что кровь из фатерова сосочка может быть и при глубокой травме печени. После травмы образуются полости, заполненные обрывками печеночной ткани, крови и желчи. Прорыв внутрипеченочных гематом в желчевыводящие пути сопровождается развитием синдрома гемобилии, для которого типичны боль, кровотечение в кишечник и желтуха. Боль при гемобилии является следствием закупорки желчных ходов сгустками крови и имеет характер печеночной колики. Кровотечения могут повторяться и быть обильными (кровавая рвота или мелена). Однако в анамнезе таких больных присутствует эпизод тяжелой травмы печени. У наблюдаемого нами ребенка травмы печени не было.

Гемангиомы селезенки у детей встречаются редко. При этом гемангиомы

образуют узелки эластичной консистенции размером от просяного зерна до величины детской головы. Опухоль напоминает пещеристые полости различной формы. Доказано образование тромбов в полостях опухоли с последующей организацией их и обызвествлением. Клинически гемангиомы долгое время могут себя ничем не проявлять. Они могут быть причиной самопроизвольного разрыва селезенки и кровотечения в брюшную полость. Приводим наблюдение.

Мальчик Ю., 16 лет, доставлен в клинику детской хирургии спустя 6 часов после удара ногой в область левого подреберья. При поступлении жаловался на боли в области левого подреберья и левой половины живота. Отмечает иррадиацию болей в левое плечо. Состояние при поступлении тяжелое. Бледен, вял. Пульс – 120 уд./минуту, А/Д – 70/30 мм рт. ст. При внешнем осмотре телесных повреждений не отмечено. Обращает на себя внимание ригидность мышц в левой половине живота. Притупления перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости нет. На УЗИ разрыв селезенки в верхнем полюсе и области ворот. На операции (07.02.12) обнаружена опухоль селезенки 6,0x4,0 см в области тела и верхнего полюса мягкоэластичной консистенции и состоящей из пещеристых полостей. Имеются два глубоких разрыва опухоли в области верхнего полюса и области ворот селезенки (3,5x0,75 см; 2,0x2,0 см), которые прикрыты сгустками крови. В брюшной полости около 1 литра крови. Произведена спленэктомия, удаление крови и сгустков из брюшной полости.

Патогистологическое заключение: разрыв кавернозной гемангиомы селезенки (патанатом В.К. Степановский).

#### **Заключение**

Гемангиомы органов брюшной полости встречаются редко. Чаще имеют место гемангиомы тонкого кишечника, реже – гемангиомы толстого кишечника, желудка, печени, селезенки. Кровотечение в просвет кишечной трубки и свободную

брюшную полость являются основными симптомами гемангиом органов брюшной полости. Диагностика остается трудной. Лапароскопия и лапаротомия у большинства детей позволяют поставить оконча-

тельный диагноз. Лечение гемангиом органов брюшной полости – оперативное.

### Дополнительная информация

**Конфликт интересов:** отсутствует.

### Литература

1. Валькович Э.П. Общая и медицинская эмбриология. СПб.: ФОЛИАНТ; 2003.
2. Григович И.Н. Редкие хирургические заболевания пищеварительного тракта у детей. М.: Медицина; 1985.
3. Исаков Ю.Ф., Разумовский А.Ю. Детская хирургия. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015.
4. Куликов Е.П., Рязанцев М.Е., Зубарева Т.П. Динамика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в Рязанской области в 2004-2014 гг. // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2015. Т. 24, №4. С. 109-115.
5. Маматкулов Б.М., Аvezова Г.С. Врожденные аномалии как причины детской инвалидности // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2015. Т. 3, №2. С. 110-115.
6. Разумовский А.Ю., Дронов А.Ф. Детская хирургия. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
7. Соловьев А.Е. Клиническая онкология детского возраста. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018.
8. 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 // Clin Endosc. 2015. Vol. 48, №4. P. 340-344. doi:10.5946/ce.2015.48.4.340
9. Fox V.L. New therapies for vascular anomalies of the gastrointestinal tract // Minerva Pediatr. 2018. Vol. 70, №3. P. 303-307. doi:10.23736/S0026-4946.18.05207-6
10. Han E.C., Kim S.H., Kim H.Y., et al. Gastrointestinal hemangioma in childhood: a rare cause of gastrointestinal bleeding // Korean J. Pediatr. 2014. Vol. 57, №5. P. 245-9. doi: 10.3345/kjp.2014.57.5.245
11. Natawidjaja R., Wang E. Treatment of complex infantile haemangioma in a resource-poor setting // BMJ Case Rep. 2014. pii: bcr2014205330. doi:10.1136/bcr-2014-205330
12. Youn J.K., Park S.H., Han J.W., et al. Intestinal obstruction due to kaposiform hemangioendothelioma in a 1-month-old infant: A case report // Medicine (Baltimore). 2017. Vol. 96, №37. P. e6974. doi:10.1097/MD.0000000000006974

### References

1. Val'kovich JeP. *Obshhaya i meditsinskaya embriologiya*. Saint-Peterburg: PHOLIANT; 2003. (In Russ).
2. Grigovich IN. *Redkie khirurgicheskie zabolovaniya pishhevaritel'nogo trakta u detej*. Moscow: Medicine; 1985. (In Russ).
3. Isakov JuF, Razumovskij AJu. *Detskaya khirurgiya*. Moscow: GEOTAR-Media; 2015. (In Russ).
4. Kulikov EP, Rjazancev ME, Zubareva TP. Dynamics of morbidity and mortality from malignant neoplasms in the Ryazan region in 2004-2014. *I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2015; 24(4):109-15. (In Russ).
5. Mamatkulov BM, Avezova GS. Congenital anomalies as a cause of childhood disability (according to the materials of Tashkent, Uzbekistan). *Nauka molodykh (Eruditio Juvenium)*. 2015;3(2): 110-15. (In Russ).
6. Razumovskij AJu, Dronov AF. *Detskaya khirurgiya. Natsional'noe rukovodstvo*. Moscow: GEOTAR-Media; 2016. (In Russ).
7. Solov'ev AE. *Klinicheskaya onkologiya detskogo vozrasta*. Moscow: GEOTAR-Media; 2018. (In Russ).
8. Bae SJ, Hwang G, Kang HS, et al. Single Cavernous Hemangioma of the Small Bowel Diagnosed by Using Capsule Endoscopy in a Child with Chronic Iron-Deficiency Anemia. *Clin Endosc*. 2015;48(4):340-4. doi:10.5946/ce.2015.48.4.340
9. Fox VL. New therapies for vascular anomalies of the gastrointestinal tract. *Minerva Pediatr*. 2018;70(3):303-7. doi: 10.23736/S0026-4946.18.05207-6
10. Han EC, Kim SH, Kim HY, et al. Gastrointestinal hemangioma in childhood: a rare cause of gastrointestinal bleeding. *Korean J Pediatr*. 2014;57(5): 245-9. doi:10.3345/kjp.2014.57.5.245
11. Natawidjaja R, Wang E. Treatment of complex infantile haemangioma in a resource-poor setting. *BMJ Case Rep*. 2014. pii: bcr2014205330. doi:10.1136/bcr-2014-205330
12. Youn JK, Park SH, Han JW, et al. Intestinal obstruction due to kaposiform hemangioendothelioma in a 1-month-old infant: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(37):e6974. doi:10.1097/MD.0000000000006974

**Информация об авторах [Authors Info]**

**Соловьев Анатолий Егорович** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской хирургии, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань, Российская Федерация.

SPIN: 1503-4023, ORCID ID: 0000-0001-8785-3628.

**Anatoly E. Soloviev** – MD, PhD, Professor, Head of the Department of Pediatric Surgery, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation.

SPIN: 1503-4023, ORCID ID: 0000-0001-8785-3628.

**Шатский Владимир Николаевич** – доцент кафедры детской хирургии, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань, Российская Федерация.

ORCID ID: 0000-0001-5069-2883.

**Vladimir N. Shatsky** – Associate Professor of the Department of Pediatric Surgery, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation.

ORCID ID: 0000-0001-5069-2883.

**Кульчицкий Олег Александрович** – ассистент кафедры детской хирургии, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань, Российская Федерация. e-mail: beerzombie@rambler.ru

SPIN: 7378-4731, ORCID ID: 0000-0003-1176-4850.

**Oleg A. Kulchitsky** – Assistant of the Department of Pediatric Surgery, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation. e-mail: beerzombie@rambler.ru

SPIN: 7378-4731, ORCID ID: 0000-0003-1176-4850.

**Шатская Елена Евгеньевна** – к.м.н., доцент кафедры детских болезней с курсом госпитальной педиатрии, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань, Российская Федерация.

SPIN: 5077-4965, ORCID ID: 0000-0003-3414-8153.

**Elena E. Shatskaya** – PhD, Associate Professor of the Department of Children's Diseases with a Course of Hospital Pediatrics, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation.

SPIN: 5077-4965, ORCID ID: 0000-0003-3414-8153.

---

**Цитировать:** Соловьев А.Е., Шатский В.Н., Кульчицкий О.А., Шатская Е.Е. Гемангиомы органов брюшной полости у детей // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2019. Т. 7, №1. С. 122-128. doi:10.23888/HMJ201971122-128

**To cite this article:** Soloviev AE, Shatsky VN, Kulchitsky OA, Shatskaya EE. Hemangiomas of abdominal organs in children. *Science of the young (Eruditio Juvenium)*. 2019;7(1):122-8. doi:10.23888/HMJ201971122-128

**Поступила / Received:** 21.09.2018  
**Принята в печать / Accepted:** 20.03.2019