

УДВОЕНИЕ ЖЕЛУДКА У РЕБЁНКА 4 ЛЕТ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Никуленков А.В., Мустайкин С.Н., Гусак А.В.

Учреждение здравоохранения «Минская областная детская клиническая больница», п. Лесной, Минский р-н, Минская область

Целью данного сообщения является демонстрация редкого случая удвоения пищеварительного тракта у детей – удвоения желудка, трудно диагностируемого заболевания, ввиду отсутствия абсолютных патогномичных клинических и рентгенологических симптомов.

Удвоение желудка у ребёнка было впервые описано W.Lions в 1916 году. Термин «удвоение желудка» предложил W.Ladd в 1937.

Согласно данным разных авторов, частота случаев удвоения желудка среди всех дубликатур пищеварительного тракта колеблется от 3,8 до 10% [2].

Удвоения желудка могут быть полными (наличие дополнительного желудка) или неполными (кистозные, дивертикулярные), сообщающиеся или не сообщающиеся с просветом желудка. Кистозное удвоение желудка встречается наиболее часто и составляет от 80 до 90% случаев. Эта патология чаще встречается у девочек и сочетается с другими пороками, преимущественно с удвоением других отделов пищеварительного тракта (до 35%) и вертебральными аномалиями (до 5%) [1].

Наиболее часто удвоение является закрытой кистой (не сообщающейся с просветом желудка) со стороны большой кривизны желудка и антральной области, в которой скапливается жидкость. Внутренняя часть выстлана слизистой желудка, тощей, подвздошной ил толстой кишки. В 10% случаев в ней обнаруживается эктопическая панкреатическая ткань. Четыре критерия позволяют отнести образование к кистозному удвоению желудка: 1) внутренняя выстилка эпителием пищеварительного тракта; 2) наличие наружного гладкомышечного слоя; 3) кровоснабжение от желудочных сосудов; 4) связь с желудком — киста является как бы его продолжением [1].

В нашем сообщении представлен клинический случай кистозной формы удвоения желудка у ребенка 4-х лет.

Пациентка Л., 02.12.2010 г.р., находилась в хирургическом отделении для детей учреждение здравоохранения «Минская областная детская клиническая больница» (далее – УЗ МОДКБ) с диагнозом: «ВПП: кистозная форма удвоения желудка с эктопией ткани поджелудочной железы и изъязвлением».

Из анамнеза. С начала декабря 2014 года мама начала наблюдать у ребенка приступы болей в животе после еды и в ночное время. При прохождении стационарного лечения в ЦРБ в декабре 2014 года по поводу ОРИ, острого правостороннего евстахеита, выполнено УЗИ брюшной по-

лости, на котором выявлено кистозное образование в проекции привратника 68x30 мм. Ребёнок был направлен в УЗ «МОДКБ».

При поступлении жалобы мамы на приступы болей в животе у ребенка после еды и в ночное время. Рвота не наблюдалась. Объективно: пальпаторно в эпигастрии определяется эластичное, мало смещаемое, безболезненное, перистальтирующее при пальпации образование, до 6,0 см в диаметре.

В отделении проведено обследование: УЗИ органов брюшной полости – печень обычной структуры и размеров, желчный пузырь сокращён, холедох 2,6 мм, портальная вена 4 мм, поджелудочная железа, селезёнка и почки – без структурных изменений; в области эпигастрия, в проекции желудка, лоцируется анэхогенное овальной формы образование с чёткими ровными контурами, однородным содержимым, аваскулярным в режиме ЦДК, размерами 68x28x48 мм (объем 50 мл); определить органную принадлежность образования по данным УЗИ не представляется возможным. Рентгенография органов грудной клетки: лёгкие, средостение и диафрагма без патологических изменений. Компьютерная томограмма брюшной полости от: в передних отделах брюшной полости, под печенью (её передними отделами), книзу и кпереди от дистальных отделов желудка определяется овальной формы кистозное образование, в капсуле, с однородным содержимым (около +10 едХ), не накапливающее контрастное вещество при контрастном усилении. Петли кишечника оттеснены по периферии образования; печень выступает из-под рёберной дуги на 3 см, однородной структуры. Поджелудочная железа гомогенна, обычных размеров и положения. Почки, селезёнка – без видимых изменений. Забрюшинные лимфатические узлы не увеличены. Фиброгастроскопия: пищевод свободно проходим, нижний пищеводный сфинктер сомкнут. Желудок воздухом расправляется, слизистая розовато-красная, блестит, складки продольные извитые, привратник проходим; луковица двенадцатиперстной кишки: содержимое отсутствует, слизистая в постбульбарном отделе гиперемирована, умеренная лимфангиэктазия. Заключение: дуоденопатия эритематозная. Лабораторно: в общих анализах крови и мочи показатели в норме. В биохимическом анализе крови показатели так же в пределах возрастной нормы.

По данным обследования у ребенка заподозрено удвоение верхних отделов ЖКТ. Установлены показания к оперативному лечению.

Пациентка оперирована 09.02.2015 г.: диагностическая лапароскопия, при ревизии брюшной полости по большой кривизне желудка имеется его удвоение, кистозной формы с общей стенкой, без сообщения с просветом желудка (при нагнетении воздуха в желудок, форма образования и объём не изменяло). Со стороны других органов брюшной полости при ревизии патологии не выявлено. Конверсия. Верхне-срединная лапаротомия. После рассечения желудочно-ободочной связки киста ревизирована – имеется эктопированная ткань поджелудочной железы по задней стенке кисты 3,0x2,0см. Размеры кисты 7,0x6,0 см. Пункция кисты – получена муциноз-

ная жидкость. Киста вскрыта – просвет её с желудком не сообщается, имеется каллёзная язва стенки 1,0x1,5 см в проекции эктопированного участка поджелудочной железы. После лигирования и рассечения питающих сосудов выполнено иссечение стенок кистозного удвоения по свободному краю с последующей демукозацией задней (общей с желудком) стенки. Выполнено ушивание серозно-мышечного слоя над демукозированной поверхностью с восстановлением передней стенки сальниковой сумки.

Гистологическое исследование №7803-10 от 12.02.2015 г.: стенка кистозного образования имеет строение стенки желудка, с отёком, очаговыми кровоизлияниями в слизистую и серозную оболочки, эктопия ткани поджелудочной железы в серозную оболочку и межмышечные слои.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением. УЗИ контроль от 16.02.2015 г.: патологии не выявлено. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 9 сутки после операции.

Данное сообщение иллюстрирует редкую патологию желудка, точное распознавание которой часто возможно лишь интраоперационно и после гистологического исследования. Операцией выбора в данных случаях, на наш взгляд, является субмукозная резекция удвоения.

Литература:

1. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия. – СПб.: ИЧП «Хардфорд», 1996. –Т. 1. – С. 329.
2. Григович И. Н. Редкие хирургические заболевания пищеварительного тракта у детей. – Л.: Медицина, 1985. – С. 115.
3. Журило И.П., Фоменко С.А., Литовка В.К., Перунский В.П., Лепихов П.А., Гунькин А.Ю. Редкие варианты удвоения пищеварительного тракта у детей. – «Вестник неотложной и восстановительной медицины». – 2011. – №2. – С.177–182.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Новицкая С.К.², Дегтярев Ю.Г.¹, Никифоров А.Н.²

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск

²РНПЦ детской хирургии, Минск, Беларусь

Введение. Кистозная дилатация желчных протоков является редкой врожденной аномалией неизвестной этиологии, чаще встречается у девочек, с распространенностью 1 на 100–150 000 живорожденных.

Цель исследования – для определения закономерностей клинического проявления, диагностических ошибок, и отдаленных результатов проведен анализ лечения 38 детей кистами общего желчного протока,