

ДВОЙНАЯ ЭКТОПИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЖЕЛУДОК

Казакова Е.И.¹, Румянцева Г.Н.¹, Бревдо Ю.Ф.², Минько Т.Н.², Трухачев С.В.², Светлов В.В.²

¹ Тверской государственный медицинский университет, Тверь

² Детская областная клиническая больница, Тверь

Введение. Эктопированная поджелудочная железа (ЭПЖ) является пороком развития, который представляет собой гетеротопию панкреатической ткани за пределы обычно расположенной железы с полным разобщением кровоснабжения и иннервации.

Описание клинического наблюдения. Ребенок Т. 12 лет, поступила в 1-е хирургическое отделение с выраженным и длительно некупируемым болевым абдоминальным синдромом. Со слов матери ребенка последние два года стали беспокоить боли в животе, тошнота и снижение аппетита. Амбулаторно лечение было малоэффективным, от проведения ФГДС родители ребенка отказывались. Длительно некупируемый болевой синдром, тошнота, снижение веса послужили поводом к повторному обследованию. Была проведена эзография с водной нагрузкой и прецизионной оценкой желудка, на которой в антральном отделе по передней поверхности в стенке желудка было выявлено гипозоногенное образование с неровными, выступающими за поверхность желудка, четкими контурами и размерами 18,9 × 9,0 × 12,1 мм. Затем под наркозом выполнена ФЭГДС — в средней 1/3 тела желудка по большой кривизне определялось полиповидное округлое образование около 1,0 см в диаметре с неизменной слизистой и втяжением. В антральном отделе по большой кривизне на передней стенке было обнаружено аналогичное образование полиповидной формы размерами 1,5 × 1,0 см, в центре которого определялось отверстие протока до 0,1 см в диаметре. Учитывая сохраняющийся болевой синдром, некупируемый консервативным лечением, наличие двух эктопированных участков поджелудочной железы проведена лапароскопическая сегментарная резекция стенок желудка, несущих образования с использованием «якорных» швов через переднюю брюшную стенку и интракорпоральным ушиванием ран желудка. В ближайшем послеоперационном периоде ребенок находился в отделении реанимации. На вторые сутки, по стабилизации состояния, пациентку перевели в 1-е хирургическое отделение, удалили назогастральный зонд. Энтеральное кормление проводилось с третьих суток, явлений диспепсии не отмечалось. Швы сняли на седьмые сутки, раны зажили первичным натяжением. Боли в животе не беспокоили, аппетит хороший, девочка была выписана на десятые сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Клиническое наблюдение показывает сложность и вариабельность диагностического поиска у ребенка с абдоминальным, диспепсическим синдромами и дефицитом веса. ЭГДС остается единственным методом диагностики эктопированной поджелудочной железы, которая может определить локализацию и тип образования, объективно оценить состояние слизистой оболочки желудка. Лапароскопическая полнослойная резекция образования желудка является методом выбора хирургического лечения эктопированной поджелудочной железы у детей, обеспечивая раннюю активизацию пациента и хороший косметический результат.