

Сварич В.Г., Лисицын Д.А., Ислентьев Р.Н., Перевозчиков Е.Г., Каганцов И.М.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХОРИСТОМЫ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

Республиканская детская клиническая больница, г. Сыктывкар

Vyacheslav G. Svarich, Dmitriy A. Lisitsyn, Ruslan N. Islentiev, Evgeniy G. Perevozchikov, Ilya M. Kagantsov

FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GASTRIC HORISTOMA IN CHILDREN

Republican children's clinical Hospital, Syktyvkar

Для корреспонденции: Сварич Вячеслав Гаврилович, Республиканская детская клиническая больница, заведующий хирургическим отделением. 167004, Сыктывкар, ул. Пушкина, 116/6. E-mail: svarich61@mail.ru, тел.: (8212) 22-98-44, факс: (8212) 22-98-59

For correspondence: Svarich Vyacheslav Gavrilovich, Republican children's clinical hospital, head of the surgical department. 167004, Syktyvkar, St. Pushkin, 116/6. E-mail: svarich61@mail.ru, phone: +7 (8212)22-98-44, fax: +7 (8212)22-98-59

Для цитирования: Сварич В.Г., Лисицын Д.А., Ислентьев Р.Н., Перевозчиков Е.Г., Каганцов И.М. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХОРИСТОМЫ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, 2018; 8(2):70-74
doi:10.30946/2219-4061-2018-8-2-70-74

For citation: Vyacheslav G. Svarich, Dmitriy A. Lisitsyn, Ruslan N. Islentiev, Evgeniy G. Perevozchikov, Ilya M. Kagantsov. FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GASTRIC HORISTOMA IN CHILDREN

Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care, 2018; 8(2):70-74
doi:10.30946/2219-4061-2018-8-2-70-74

Резюме

За период с 2014-го по 2018 год в хирургическом отделении Республиканской детской клинической больницы г. Сыктывкара находились на лечении 7 детей с хористоймой желудка. Эндоскопическая картина у всех пациентов оказалась достаточно специфической. В препилорическом отделе желудка по его большой кривизне визуализировалось полиповидное образование размерами 0,8–1,0 см, с втяжением в центре, напоминающее выводной проток поджелудочной железы. У шести пациентов выполнена лапароскопическая атипичная клиновидная резекция желудка. У одного пациента лапароскопически операцию завершить не удалось, так как хористомы располагалась по задней стенке желудка. После выполнения конверсия операция была завершена открытым способом. У одного пациента в первые сутки после лапароскопической операции возникла частичная несостоятельность швов на желудке, потребовавшая проведения экстренной релапароскопии и дополнительной герметизации раны узловыми швами.

Ключевые слова: хористомы желудка, диагностика, лечение

Abstract

For the period from 2014 to 2018 years in surgical Department of the Republican children's Clinical Hospital in Syktyvkar were treated children with stomach's horistoma. Endoscopic picture of all patients appeared to be rather specific. In the stomach was determined by education dimensions 0,8–1,0 cm, deepening in the centre, resembling the excretory duct of the pancreas. Six patients have performed laparoscopic atypical wedge resection of the stomach. One patient was unable to complete the operation laparoscopically, as horistoma was located on the back wall of the stomach. After you perform the conversion operation was completed. One patient in the first 24 hours after laparoscopic surgery emerged partial dehiscence of sutures on the stomach and carry out emergency necessitating additional sealing wounds nodal joints.

Key words: stomach's horistoma, diagnosis, treatment

Введение

Хористома желудка, или абберантная поджелудочная железа, достаточно редкое заболевание. Она представляет собой порок развития поджелудочной железы, при котором ее эктопированные ткани располагаются в других органах. Эктопия может встречаться в разных отделах желудочно-кишечного тракта, но чаще всего – в стенке желудка, реже – в стенке тонкой кишки, дивертикуле Меккеля [1, с. 16]. Существующие работы в основном посвящены морфологической сути данной патологии [2, с. 293; 3, с. 220]. Также недостаточно четко освещены вопросы диагностики хористомы желудка [4, с. 34]. Существенным является и то, что подавляющее число исследований посвящено различным аспектам этой патологии у взрослых пациентов [5, с. 98; 6, с. 76]. Освещению вышеуказанной патологии у детей посвятили свои работы единичные авторы [7, с. 33; 8, с. 95; 9, с. 269]. Таким образом, актуальность данной темы представляется очевидной.

Цель исследования

На основе накопленного клинического материала редко встречающейся патологии у детей осветить особенности диагностики и лечения хористомы желудка у детей.

Материалы и методы

За период с 2014-го по 2018 год в хирургическом отделении Республиканской детской клинической больницы г. Сыктывкара находились на лечении 7 детей с хористой желудка. Все пациенты были в возрасте от 14 до 16 лет. Распределение по полу было примерно одинаковым – 4 мальчика и 3 девочки. Основные жалобы, предъявляемые пациентами, не имели специфического характера: периодические боли в эпигастриальной области, иногда усиливавшиеся после приема пищи, отрыжка, тошнота. Трое детей находились на лечении у педиатра или гастроэнтеролога по поводу хронического гастрита. Еще у двоих был установлен диагноз дискинезии желчевыводящей системы. Один пациент получал лечение по поводу гастродуоденита. На догоспитальном этапе у 5 пациентов была проведена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), при которой эндоскопистами были выявлены признаки поверхностного гастродуоденита, дуоденогастрального рефлюкса. При ультразвуковом исследовании гепатобилиарной и мочевыделительной системы у всех

пациентов было отмечено незначительное повышение эхогенности поджелудочной железы. Все пациенты получали консервативное лечение по установленному диагнозу, без особого эффекта, в сроки от 6 месяцев до 3 лет.

При поступлении на стационарный этап в структуре комплексного обследования всем детям была проведена ФГДС. Эндоскопическая картина у всех пациентов оказалась достаточно специфической. В препилорическом отделе желудка по его большой кривизне визуализировалось полиповидное образование размерами 0,8–1,0 см, с втяжением в центре, напоминающее выводной проток поджелудочной железы (рис. 1).

У всех пациентов эндоскопическими щипцами были взяты участки образования с отправкой на последующее гистологическое исследование. Результаты этого исследования показали только наличие нормальной слизистой оболочки желудка. Это связано с тем, что в желудке хориста находится достаточно глубоко в его стенке и при ФГДС чисто технически не представляется возможным взять более глубокие слои для морфологического исследования.

После установления диагноза всем пациентам было проведено оперативное лечение. У шести пациентов выполнена лапароскопическая атипичная клиновидная резекция желудка. Под эндотрахеальным наркозом в брюшную полость устанавливались 3 троакара. С помощью интраоперационной ФГДС визуализировалась хориста. Далее этот участок стенки желудка освобождался от большого сальника (рис. 2).

С помощью аппарата «LigaSure» клиновидно иссекался участок стенки желудка с хористой (рис. 3).

Благодаря одновременной резке и коагуляции края разреза «заваривались» и содержимое желудка не попадало в брюшную полость (рис. 4).

Дефект стенки ушивался узловыми швами эндокорпорально. В настоящее время с этой целью мы стали использовать однорядный обвивной непрерывный шов рассасывающейся нитью 3/0 (рис. 5).

С целью дополнительной герметизации линии швов отдельными узловыми швами к ней фиксировали прядь большого сальника (рис. 6).

У одного пациента лапароскопическую операцию выполнить не удалось, так как хориста располагалась по задней стенке желудка. После выполнения конверсии операция была завершена открытым способом.



Рис. 1. Эндоскопическая картина хористомы желудка
Fig. 1. Endoscopic picture of gastric choristoma

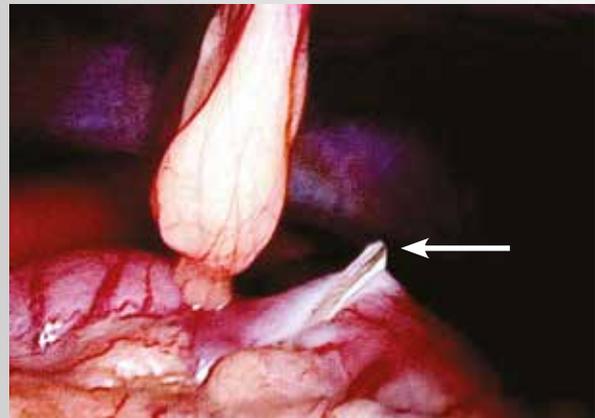


Рис. 4. Вид раны желудка после удаления хористомы
Fig. 4. Type of a stomach wound after choristoma removal



Рис. 2. Освобождение стенки желудка от большого сальника
Fig. 2. Releasing the gastric wall from the greater omentum



Рис. 5. Ушивание дефекта стенки желудка
Fig. 5. The gastric wall defect



Рис. 3. Клиновидное иссечение хористомы
Fig. 3. Wedge excision of choristoma



Рис. 6. Укрепление линии швов большим сальником
Fig. 6. Strengthening the suture line with the greater omentum

Результаты и обсуждение

Послеоперационный период протекал гладко, и пять пациентов через 7 суток после лапароскопического вмешательства были выписаны по месту жительства. Один ребенок, оперированный с использованием лапаротомии, был выписан на 10-е сутки после операции. У одного пациента в первые сутки после лапароскопической операции возникла частичная несостоятельность швов на желудке, потребовавшая проведения экстренной релапароскопии и дополнительной герметизации раны узловыми швами. Нами была подмечена особенность течения послеоперационного периода у тех пациентов, у которых рана желудка ушивалась отдельными узловыми швами без подведения сальника. У трех таких детей после операции в течение 3–4 суток был выражен болевой синдром, плохо купируемый введением анальгетиков, в том числе и наркотических. У остальных пациентов, у которых ушивание раны желудка проводилось непрерывным обвивным швом с герметизацией линии последних прядью большого сальника, болевой синдром практически отсутствовал. На наш взгляд, отдельные узловые швы

на желудке не обеспечивают идеальную герметичность последнего.

Через шесть месяцев после операции жалобы отсутствуют у всех пациентов. При контрольной ФГДС у четырех пациентов слизистая оболочка желудка без патологических изменений: явлений воспаления нет, рубцовых изменений слизистой не выявлено.

Выводы

1. Лапароскопическая клиновидная резекция может являться методом выбора при лечении хористомы желудка у детей.

2. Единственным достоверным дооперационным способом диагностики хористомы желудка у детей является ФГДС. Эндоскопическая биопсия в данной ситуации является неинформативной.

3. С целью обеспечения приемлемой герметичности раны желудка после удаления хористомы может использоваться однорядный непрерывный обвивной шов с дополнительной герметизацией прядью большого сальника.

4. При локализации хористомы желудка по задней стенке предпочтительно выполнение открытой операции.

Литература

1. Шумова Е.Н., Шумов Н.Д., Бородачев А.В., Степанов А.Э., Васильев К.Г., Ашманов К.Ю., Мызин А.В., Фокин Н.В. Хористомы желудка у детей // Детская хирургия. 2004. №3. С. 16–19.
2. Василенко В.Х., Рапопорт С.И., Сальман С.И., Соколов Л.К., Цодиков Г.В. Опухоли желудка: клиника, диагностика. Москва: Медицина, 1989. С. 293.
3. Фрейнд Г.Г., Соколов Ю.Ю. Морфогенез дуоденопанкреатобилиарных аномалий у детей. Пермь: Изд-во ПГМА Минздрава России, 2003. С. 220.
4. Румянцева Г.Н., Минько Т.Н., Трухачев С.В., Бревдо Ю.Ф., Светлов В.В., Галахова Д.Г. Диагностика и лечение эктопированной поджелудочной железы у детей // Детская хирургия. 2013. №1. С. 34–36.
5. Карагюлян Р.Г., Юрченко С.В., Милехин В.И. Аберрантная поджелудочная железа // Клиническая медицина. 1987. №2. С. 98–100.
6. Ибадов И.Ю. Добавочная поджелудочная железа в сочетании с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Клиническая хирургия. 1982. №8. С. 76–77.
7. Винокурова Н.В., Цап Н.А., Дружинин Ю.В., Шовкоплас С.В., Медведева С.Ю., Пономарева С.Ю. Особенности диагностики и определения лечебной тактики при эктопии поджелудочной железы у детей // Детская хирургия. 2008. №2. С. 33–37.
8. Исмаилов А.А. Добавочная поджелудочная железа у ребенка // Вестник хирургии им. Грекова. 1986. №8. С. 95.
9. Ueno S., Ishida H., Hayashi A. Heterotopic pancreas as a rare cause of gastrointestinal hemorrhage in the newborn // *Surgery today*. 1993. Vol. 23. P. 269–272.

References

1. Shumova E.N., Shumov N.D., Borodachev A.V., Stepanov A.E., Vasiliev K.G., Ashmanov K.Y., Myzin A.V., Fokin N.V. Horistoma of stomach in children // *Pediatric Surgery*. 2004. No. 3. P. 16–19 (in Russ.).

2. *Vasylenko V.Kh., Rapoport S.I., Salman S.I., Sokolov, L. K., Codikov G. V.* Stomach tumors: clinical picture, diagnosis. Moscow: Meditsina, 1989. P. 293 (in Russ.).
3. *Freund G. G., Sokolov Y.Y.* Morphogenesis of anomalies of the duodenal and pancreatic and biliar zone in children. Perm: Publishing House of the Ministry of health of Russia PGMA, 2003. P. 220 (in Russ.).
4. *Rumyantsev G.N., Minko T.N., Trukhachev S.V., Brevdo Y.F., Svetlov V.V., Galakhov D.G.* Diagnosis and treatment of pancreatic`s ectopia in children // *Pediatric Surgery*. 2013. № 1. P. 34–36 (in Russ.).
5. *Karagjulan R. G., Yurchenko S. V., Milekhin V.I.* Additional pancreas // *Clinical medicine*. 1987. № 2. P. 98–100 (in Russ.).
6. *Ibadov I. Y.* Additional pancreas combined with duodenal ulcer // *Clinical surgery*. 1982. № 8. P. 76–77 (in Russ.).
7. *Vinokurova N. V., Tsap N.A., Druzhinin Y.V., Shovkoplyas S. V., Medvedev S. Y., Ponomareva S. Y.* Features of diagnosis and determination of treatment with ectopia of the pancreas in children // *Pediatric Surgery*. 2008. № 2. P. 33–37 (in Russ.).
8. *Ismaylov A.A.* Incremental pancreas in a child // *Herald of the surgery*. Grekov. 1986. № 8. P. 95 (in Russ.).
9. *Ueno S., Ishida H., Hayashi A.* Heterotopic pancreas as a rare cause of gastrointestinal hemorrhage in the newborn // *Surgery today*. 1993. Vol. 23. P. 269–272.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи. Источник финансирования не указан.

Information on funding and conflict of interest

The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article. Source of funding is not specified

Получена 16.05.2018. Принята к печати: 20.06.2018 г.

Received 16.05.2018. Adopted for publication: 20.06.2018 г.

Авторы**СВАРИЧ****Вячеслав Гаврилович****SVARICH****Vyacheslav Gavrilovich**

Доктор медицинских наук, профессор, Республиканская детская клиническая больница, заведующий хирургическим отделением

Republican children's clinical hospital, head of the surgical department

ЛИСИЦЫН**Дмитрий Александрович****LISITSYN****Dmitriy Aleksandrovich**

Республиканская детская клиническая больница, заведующий эндоскопическим отделением

The Republican children's clinical Hospital, head of the endoscopic department

ИСЛЕНТЬЕВ**Руслан Николаевич****ISLENTIEV****Ruslan Nikolaevich**

Республиканская детская клиническая больница, врач хирургического отделения

The Republican children's clinical hospital, physician surgical department

ПЕРЕВОЗЧИКОВ**Евгений Георгиевич****PEREVOZCHIKOV****Evgeniy Georgievich**

Республиканская детская клиническая больница, врач хирургического отделения

The Republican children's clinical hospital, physician surgical department

КАГАНЦОВ**Илья Маркович****KAGANTSOV****Ilya Markovich**

Доктор медицинских наук, профессор, Республиканская детская клиническая больница, заведующий уронефрологическим отделением

Republican children's clinical hospital, MD, Head of the Uronefrological department