

ЭКТОПИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЕТЛЮ ТОНКОЙ КИШКИ У РЕБЕНКА ВОСЬМИ ЛЕТ

© А.М. Шарипов ✉, Х.А. Гиесов, Х.З. Зарифов, И.Д. Сайфуллоев, А.Р. Зоиров, Х.Ч. Гуриев, Н.Д. Содиков

Государственное учреждение Национальный медицинский центр
Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

■ Для цитирования: Шарипов А.М., Гиесов Х.А., Зарифов Х.З., Сайфуллоев И.Д., Зоиров А.Р., Гуриев Х.Ч., Содиков Н.Д. Эктопия поджелудочной железы в петлю тонкой кишки у ребенка восьми лет // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. — 2020. — Т. 10. — № 3. — С. 309–313. <https://doi.org/10.17816/psaic680>

Поступила: 22.06.2020

Одобрена: 15.08.2020

Опубликована: 10.09.2020

Эктопия поджелудочной железы у детей — редкий врожденный порок развития, при котором нормальная ткань поджелудочной железы развивается в других органах, без связи с основной железой в стенке желудка, кишечника, печени, желчного пузыря, дивертикула Меккеля и селезенки. В статье приведен редкий случай эктопии поджелудочной железы в петлю тонкой кишки, которая привела к развитию кишечной непроходимости. Девочка Б., 8 лет, поступила в клинику в экстренном порядке с приступообразными болями в животе. Тошноты и рвоты не было. Было выполнено контрастное исследование желудочно-кишечного тракта с сульфатом бария, которое выявило нарушение эвакуации контрастного вещества. С клиникой низкой кишечной непроходимости была выполнена лапароскопия. При ревизии кишечника обнаружено опухолевидное образование размером 6 × 4 см на расстоянии 60 см от илеоцекального угла. Произведена минилапоротомия. Выполнена резекция 10 см участка подвздошной кишки, несущего опухолевидное образование с наложением анастомоза «конец в конец». Течение послеоперационного периода благоприятное. Девочка выписана из стационара на 8-е послеоперационные сутки. На гистологическом исследовании была обнаружена ткань поджелудочной железы в стенке тонкой кишки, с эктазией протоков. Контрольное обследование через 1 год. Жалоб нет. Растет и развивается нормально. Данное клиническое наблюдение демонстрирует неспецифичность клинической картины и трудность диагностики эктопии поджелудочной железы, а также преимущества минимальных инвазивных вмешательств, позволяющих диагностировать редкую патологию и своевременную адекватную ее коррекцию.

Ключевые слова: эктопия поджелудочной железы; кишечная непроходимость; дети.

ECTOPIA OF THE PANCREAS IN THE LOOP OF THE SMALL INTESTINE IN AN 8-Y-O CHILD

© А.М. Sharipov ✉, Kh.A. Giesov, H.Z. Zariphov, I.D. Sayfulloev, A.R. Zoirov, Kh.Ch. Guriev, N.D. Sodikov

National State of Medical Center, Dushanbe, Republic of Tajikistan

■ For citation: Sharipov AM, Giesov KhA, Zariphov HZ, Sayfulloev ID, Zoirov AR, Guriev KhCh, Sodikov ND. Ectopia of the Pancreas in the Loop of the Small Intestine in an 8-Y-O Child. *Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2020;10(3):309-313. <https://doi.org/10.17816/psaic680>

Received: 22.06.2020

Accepted: 15.08.2020

Published: 10.09.2020

Ectopia of the pancreas in children is a rare congenital malformation in which normal pancreatic tissue develops in other organs, without communication with the main gland in the wall of the stomach, intestines, liver, gallbladder, Meckel's diverticulum, and the spleen. In this article, the authors cite a rare case of ectopia of the pancreas in the loop of the small intestine, which led to the development of intestinal obstruction. Girl B., eight years old, was admitted to the hospital on an emergency basis with paroxysmal abdominal pain. There was no nausea or vomiting. A contrast study of the gastrointestinal tract with barium sulfate

was performed, which revealed a violation of the evacuation of the contrast medium. A laparoscopy was performed with the clinic for low intestinal obstruction. Revision of the intestine revealed a tumor-like formation measuring 6 × 4 cm at 60 cm from the ileocecal angle. A minilaparotomy was performed, a 10 cm section of the ileum was resected, bearing a tumor-like formation with an end-to-end anastomosis. The postoperative period is favorable. The girl was discharged from the hospital on the eighth postoperative day. On histological examination, pancreatic tissue was found in the wall of the small intestine, with duct ectasia. At the follow-up examination after one year, the patient had no complaints with normal growth and development. This clinical observation demonstrates the nonspecificity of the clinical picture and the difficulty of diagnosing pancreatic ectopia, and the advantages of minimally invasive interventions that allow diagnosing a rare pathology and its timely adequate correction.

Keywords: ectopia of the pancreas; intestinal obstruction; children.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эктопия поджелудочной железы (ЭПЖ) у детей — относительно редкий врожденный порок развития, при котором нормальная ткань поджелудочной железы (ПЖ) развивается в других органах, без связи с основной железой в стенке желудка, кишечника, печени, желчного пузыря, дивертикула Меккеля и селезенки [1–3].

Наиболее часто ЭПЖ (от 50 до 70 % случаев) локализуется в гастродуоденальной зоне, однако первые признаки и симптомы клинических проявлений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) могут быть невыраженными и неспецифичными, что затрудняет диагностику заболевания [2, 3].

Крайне редко ЭПЖ локализуется в петле кишки (от 0,5 до 27 % случаев) и чаще она выявляется во время диагностической лапароскопии и хирургического вмешательства на органах брюшной полости по поводу других заболеваний [2].

В данном клиническом наблюдении представлен редкий случай эктопии поджелудочной железы, который протекал под маской кишечной непроходимости тонкой кишки. Точный диагноз был выставлен при гистологическом обследовании.

Девочка Б., 8 лет, поступила в клинику детской хирургии Государственного учреждения Национальный медицинский центр Республики Таджикистан (ГУ НМЦ РТ) 07.09.2017 с жалобами на приступообразные боли в животе, вялость. Из анамнеза: ребенок болеет длительное время, неоднократно получала стационарное лечение в отделении детской хирургии районной больницы, но без положительного эффекта. В связи с чем девочка была направлена в клинику детской хирургии ГУ НМЦ РТ с целью обследования и решения вопроса о тактике дальнейшего лечения.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Отмечаются приступообразные боли в животе. Кожа и видимые слизистые чистые, без патологии. Дыхание через нос свободное, в легких при аускультации везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не выслушивается. Живот не вздут, мягкий, при пальпации болезненный в области пупка и ниже. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочится свободно. Стула не было.

Больная обследована в стационаре. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости отмечаются нечеткие уровни. Учитывая вышеперечисленное, было решено провести антеградное контрастирование органов ЖКТ, где отмечалась задержка большого количества контрастного вещества (бариевая взвесь) в петлях тонкой кишки, через 8 ч исследования.

С диагнозом острой тонкокишечной непроходимости после предоперационной подготовки в экстренном порядке 08.09.17 произведена операция — лапароскопия, минилапаротомия, резекция петли тонкой кишки с наложением анастомоза «конец в конец». При выполнении оперативного вмешательства установлено, что в подвздошной кишке (расстояние 60 см от илеоцекального угла) имеется опухолевидное образование размером 6 × 4 см. Ближе к образованию петли кишки взята на зажим, произведен переход на мини-лапаротомию. Умбиликальный разрез расширен до 4 см, петля кишки выведена из брюшной полости (рис. 1).

Учитывая характер поражения кишки, произведена циркулярная резекция участка подвздошной кишки, несущего опухолевидное образование, с наложением прямого межкишечного анастомоза «конец в конец» однорядным непрерывным швом (викрил 4/0). Продолжительность оперативного вмешатель-

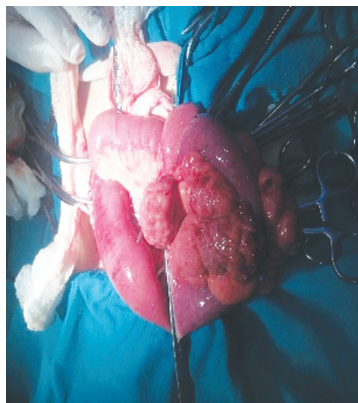


Рис. 1. Резецированный участок тонкой кишки, вокруг петли тонкого кишечника определяется образование размером 3×4 см

Fig. 1. A resected area of the small intestine, around the loop of the small intestine, is determined by the formation of a size of 3×4 cm

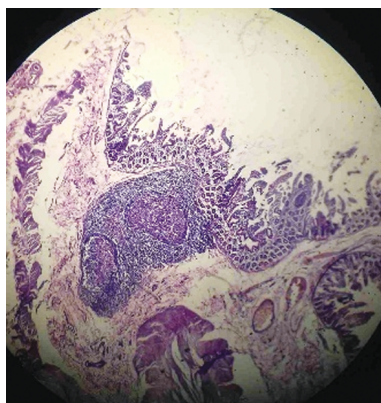


Рис. 2. Гистологическое исследование — фрагмент тонкой кишки, окраска гематоксилином и эозином, определяются клетки долек добавочной поджелудочной железы

Fig. 2. The histological examination — a fragment of the small intestine, stained with hematoxylin and eosin, cells of the accessory pancreatic lobules are determined

ство составила 80 мин. Течение послеоперационного периода благоприятное.

На гистологическое исследование было представлено образование с тканью поджелудочной железы в стенке тонкой кишки, с эктазией протоков (рис. 2).

17.09.2017 девочка выписана в удовлетворительном состоянии для амбулаторного наблюдения с рекомендациями контрольного обследования через 1 год. Жалоб нет.

ОБСУЖДЕНИЕ

Литературные данные об эктопии поджелудочной железы свидетельствуют о редкости данного порока развития, что зачастую ведет к диагностическим и лечебно-тактическим ошибкам. Сложность диагностики и лечения ЭПЖ заключается в скудности и неспецифичности клинических проявлений заболевания [1–4].

Не вызывает сомнений, что эктопия ткани поджелудочной железы является врожденным состоянием. По данным аутопсии его обнаруживают в диапазоне 0,11–0,21 %, при этом соотношение мужчин и женщин 3:1 [5]. Эктопия поджелудочной железы может локализоваться в любом месте брюшной полости и чаще всего это верхние отделы желудочно-кишечного тракта — желудок, двенадцатиперстная или тощая кишка (до 90 % случаев). Реже — толстая кишка, селезенка или печень [5]. Эктопию поджелудочной железы обычно обнаруживают в подслизистой оболочке кишечной трубки, поэтому ее трудно обнаружить при эндоскопических исследованиях [5]. Размеры

эктопированной ткани поджелудочной железы обычно составляют 1–2 см [5]. В исследованиях Z. Zhao и соавт. [6] обнаружено, что лишь 14 из 60 обследованных пациентов были в возрасте до 18 лет, а подавляющее большинство — взрослые [6].

В нашем наблюдении ЭПЖ в петле тонкой кишки стало интраоперационной находкой. Дооперационное обследование девочки (рентгенография органов брюшной полости и контрастирование органов ЖКТ) позволило выявить лишь частичную тонкокишечную непроходимость. Сложность диагностики таких больных также определяется относительно редкой встречаемостью данного порока развития [7, 8].

Клинические признаки ЭПЖ во многом обусловлены развитием осложнений, таких как: кровотечение, малигнизация, приступообразный болевой синдром или стенозирование просвета кишки. В отсутствие осложнений ЭПЖ может длительное время протекать бессимптомно и выявляться лишь при диагностической лапароскопии или открытом оперативном вмешательстве по поводу другой патологии органов брюшной полости [9–11], аналогично представленному в данном наблюдении. Отсутствие специфических клинических проявлений, сложность диагностики в некоторых случаях становятся причиной позднего выявления порока развития, которое в дальнейшем выявляется у взрослых пациентов [4, 12, 13]. Диагностика ЭПЖ у детей на основании клинических и рентгенологических данных весьма сложна. Основным методом верификации диагноза — гистологическое

исследование [2]. Не следует забывать, что эктопированная поджелудочная железа может стать причиной для малигнизации, исходящей из этой ткани [6, 14]. Поэтому к этой группе пациентов следует относиться с онкологической настороженностью и полностью резецировать измененные отделы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данное клиническое наблюдение демонстрирует неспецифичность клинической картины и трудность диагностики эктопии поджелудочной железы у детей, а также преимущества минимальных инвазивных вмешательств, позволяющих диагностировать редкую патологию и своевременно проводить ее адекватную коррекцию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Конфликт интересов. Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов и финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Conflict of interest. The authors of this article confirmed the lack of interest and financial support, which should be reported.

Литература

1. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. Детская хирургия. В 3 томах. Том 2. — СПб.: Хардфорд, 1997. — 211 с. [Ashcraft KC, Kholdet TM. *Pediatric surgery*. Vol. II. Saint Petersburg: Hardford; 1997. 211 p. (In Russ.)]
2. Винокурова Н.В., Цап Н.А., Дружинин Ю.В., и др. Особенности диагностики и определение лечебной тактики при эктопии поджелудочной железы у детей // Детская хирургия. — 2008. — № 2. — С. 33–36. [Vinokurova NV, Tsap NA, Druzhinin YV, et al. Features of diagnosis and curative tactics determination in children of ectopic pancreas. *Russian Journal of Pediatric Surgery*. 2008;(2):33–36. (In Russ.)]
3. Румянцева Г.Н., Минько Т.Н., Трухачев С.В., и др. Диагностика и лечение эктопированной поджелудочной железы у детей // Детская хирургия. — 2013. — № 1. — С. 34–36. [Rumyantseva GN, Min'ko TN, Trukhachev SV, et al. Diagnosis and

treatment of ectopic pancreas in children. *Russian Journal of Pediatric Surgery*. 2013;(1):34–36. (In Russ.)].

4. Persano G, Cantone N, Pani E, et al. Heterotopic pancreas in the gastrointestinal tract in children: a single-center experience and a review of the literature. *Ital J Pediatr*. 2019;45(1):142–149. <https://doi.org/10.1186/s13052-019-0738-3>
5. Yuan Z, Chen J, Zheng Q, et al. Heterotopic pancreas in the gastrointestinal tract. *World J Gastroenterol* 2009;15(29):3701–3703. <https://doi.org/10.3748/wjg.15.3701>
6. Zhao Z, Sim Ch K, Mantoo S. Heterotopic pancreas in the omphalomesenteric duct remnant in a 9-month-old girl: a case report and literature review. *Diagnostic Pathology*. 2017;12:49–54. <https://doi.org/10.1186/s13000-017-0643-2>
7. Ogata H, Oshio T, Ishibashi H, et al. Heterotopic pancreas in children: review of the literature and report of 12 cases. *Pediatr Surg Int*. 2008;24(3):271–275. <https://doi.org/10.1007/s00383-007-2098-0>
8. Seifarth FG, Ryan ML, Triana J, Knight CG. Diagnosis and laparoscopic treatment of ileoileal intussusceptions secondary to heterotopic pancreas in an infant: case report and review of the literature. *J Pediatr Surg*. 2011;46(2):e33–e36. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2010.10.025>
9. Smith J, Fox SM. Pediatric abdominal pain: an emergency medicine perspective. *Emerg Med Clin North Am*. 2016;34:341–361. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2015.12.010>
10. Balachandran B, Singhi S, Lal S. Emergency management of acute abdomen in children. *Ind J Pediatr*. 2013;80:226–234. <https://doi.org/10.1007/s12098-013-0991-1>
11. Mollitt DL, Golladay ES. Symptomatic gastroduodenal pancreatic rest in children. *J Pediatr Surg*. 1984;19:449–450. [https://doi.org/10.1016/S0022-3468\(84\)80273-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3468(84)80273-0)
12. Zhang Y, Sun X, Gold JS, et al. Heterotopic pancreas: a clinicopathological study of 184 cases from a single high-volume medical center in China. *Hum Pathol*. 2016;55:135–142. <https://doi.org/10.1016/j.humpath.2016.05.004>
13. Betzler A, Mees ST, Pump J, et al. Clinical impact of duodenal pancreatic heterotopia—is there a need for surgical treatment? *BMC Surg*. 2017;17:53–59. <https://doi.org/10.1186/s12893-017-0250-x>
14. Yang X, Wang X. Imaging findings of pancreatoblastoma in 4 children including a case of ectopic pancreatoblastoma. *Pediatr Radiol*. 2010;40:1609–1614. <https://doi.org/10.1007/s00247-010-1776-6>

Информация об авторах

Асламхон Махмудович Шарипов — д-р мед. наук, заведующий отделением детской торакоабдоминальной хирургии, Национальный медицинский центр Республики Таджикистан, Душанбе; e-mail aslam72@list.ru.

Information about the authors

Aslamhon M. Sharipov — Dr. Sci. (Med.), Head of the Department of Pediatric Thoracoabdominal Surgery, National Medical Center of the Republic of Tajikistan, Dushanbe. E-mail: aslam72@list.ru.

Информация об авторах

Холназар Амонович Гиезов — заместитель директора, Национальный медицинский центр Республики Таджикистан, Душанбе. E-mail: aslam72@list.ru.

Холмурод Зардакович Зарипов — заведующий приемным хирургическим отделением, Национальный медицинский центр Республики Таджикистан, Душанбе. E-mail: aslam72@list.ru.

Иматихудо Додович Сайфуллоев — ординатор в отделении торакоабдоминальной хирургии, Национальный медицинский центр Республики Таджикистан, Душанбе. E-mail: aslam72@list.ru.

Алишер Раджабович Зоиров — врач, отделение ультразвуковой диагностики, Национальный медицинский центр Республики Таджикистан, Душанбе. E-mail: aslam72@list.ru.

Холид Чонмахмадович Гуриев — ординатор в отделении торакоабдоминальной хирургии, Национальный медицинский центр Республики Таджикистан, Душанбе. E-mail: aslam72@list.ru.

Назир Давлатович Содиков — ординатор в отделении торакоабдоминальной хирургии, Национальный медицинский центр Республики Таджикистан, Душанбе. E-mail: aslam72@list.ru.

Information about the authors

Kholnazar A. Giesov — Deputy director, National Medical Center of the Republic of Tajikistan, Dushanbe. E-mail: aslam72@list.ru.

Holmurod Z. Zaripov — Head of the surgical department, National Medical Center of the Republic of Tajikistan, Dushanbe. E-mail: aslam72@list.ru.

Imatihudo D. Sayfulloev — Resident at the Department of Thoracoabdominal Surgery, National Medical Center of the Republic of Tajikistan, Dushanbe. E-mail: aslam72@list.ru.

Alisher R. Zoirov — Doctor of the ultrasound diagnostics department, National Medical Center of the Republic of Tajikistan, Dushanbe. E-mail: aslam72@list.ru.

Kholid Ch. Guriev — Resident at the Department of Thoracoabdominal Surgery, National Medical Center of the Republic of Tajikistan, Dushanbe. E-mail: aslam72@list.ru.

Nazir D. Sodikov — Resident at the Department of Thoracoabdominal Surgery, National Medical Center of the Republic of Tajikistan, Dushanbe. E-mail: aslam72@list.ru.