

## Удвоение желудка у детей



**А.Е. Соловьев<sup>1</sup>, Г.С. Мариев<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Запорожский государственный медицинский университет

<sup>2</sup> Запорожская областная клиническая детская больница

В статье представлена классификация удвоений желудка (УЖ), данные о частоте встречаемости и клинических проявлениях патологии. Приведены клинические наблюдения случаев УЖ у детей.

УЖ — редкий порок развития, который может быть выявлен как пренатально, так и в более поздние сроки. Относительно классификации УЖ единого мнения нет. Варианты УЖ: кистозное, трубчатое (дивертикулярное). Киста может сообщаться с просветом желудка. Есть данные о кистах желудка, проникающих в грудную полость через пищеводное отверстие диафрагмы. В случае дивертикулярного УЖ в дне дивертикула иногда обнаруживают ткань поджелудочной железы. Среди клинических проявлений УЖ преобладают: боль в эпигастриальной области, тошнота, рвота, наличие пальпируемого опухолевидного образования. Крайне редко заболевание проявляется желудочно-кишечным кровотечением из-за язв на слизистой. В то же время может быть и полное отсутствие какой-либо симптоматики заболевания. УЖ можно обнаружить случайно. Лечение — оперативное.

В период с 2009 по 2013 г. в Запорожской клинике детской хирургии под наблюдением находилось 7 детей с УЖ в возрасте от 2 мес до 14 лет. Девочек было 5, мальчиков — 2. У всех имелись кистозные формы УЖ: в грудной и брюшной полости — у 1 ребенка, в брюшной полости — у 6 детей. У 1 больного было двойное УЖ. Клинически УЖ протекали некоторое время бессимптомно. У 4 детей порок обнаружили в первые годы жизни из-за возникших осложнений. У 1 ребенка диагноз УЖ поставлен внутритрубно на 20 неделе беременности матери. Всем детям выполнено оперативное удаление кистозного образования желудка. Послеоперационный период протекал без осложнений.

*Ключевые слова:* удвоение желудка, киста желудка, пороки желудочно-кишечного тракта, детская хирургия.

Удвоение желудка (УЖ) — крайне редкая форма порока желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), встречающаяся в 3—10 % случаев всех удвоений ЖКТ [1—3]. Относительно классификации УЖ единого мнения нет. Большинство авторов выделяют такие варианты УЖ:

1. Кистозное удвоение. Встречается в 65—80 % случаев и локализуется чаще в пилорическом отделе [1, 3, 4, 9]. Менее трети кистозных удвоений соединены с просветом желудка. Есть данные о кистах желудка, которые проникают в грудную полость через пищеводное отверстие диафрагмы [7].
2. Трубчатое (дивертикулярное) удвоение. Отмечается в 20—35 % наблюдений [5—7]. Располагается обычно вдоль большой кривизны в препилорической области. Иногда в дне дивертикула замечают ткань поджелудочной железы [9].

Стаття надійшла до редакції 19 листопада 2013 р.

**Соловйов Анатолій Єгорович**, д. мед. н., проф., зав. кафедри дитячої хірургії та анестезіології  
69035 м. Запоріжжя, просп. Леніна, 70. Тел. (061) 764-30-59  
E-mail: zsmu@zsmu.zp.ua

Среди клинических проявлений УЖ преобладают: боль в эпигастральной области, тошнота, рвота, наличие пальпируемого опухолевидного образования [1, 3, 6, 8]. Крайне редко УЖ проявляются желудочно-кишечным кровотечением из-за язв на слизистой [5, 7]. В то же время может быть и полное отсутствие какой-либо симптоматики заболевания. УЖ можно обнаружить случайно [1, 2, 7, 8].

В период с 2009 по 2013 г. под нашим наблюдением находилось 7 детей с УЖ в возрасте от 2 мес до 14 лет. Девочек было 5, мальчиков — 2. У всех имелись кистозные формы УЖ: в грудной и брюшной полости — у 1 больного, в брюшной полости — у 6 детей. У 1 ребенка было двойное УЖ.

Клинически УЖ протекали некоторое время бессимптомно. У 4 детей порок обнаружили в первые годы жизни из-за возникших осложнений. У 1 ребенка диагноз УЖ установлен внутриутробно на 20 неделе беременности матери.

Приводим наблюдения.

1. *Девочка М.*, 2 года (история болезни № 5777), 20.05.2013 г. поступила в Запорожскую клинику детской хирургии с диагнозом «кистозное УЖ».

Из анамнеза известно, что на 20 неделе беременности у плода выявлена киста средостения. В дальнейшем при обследовании на рентгенограммах пищевода и желудка в прямой проекции на фоне газового пузыря желудка в кардиальном отделе замечена дополнительная полусферическая тень размером 15 × 15 мм. Поставлен диагноз: кистозное УЖ. Через 2 года во время ультразвукового исследования (УЗИ) в параэзофагеальной области в непосредственной близости от аорты и хвоста поджелудочной железы определили округлое жидкостное образование 27 × 28 × 20 мм, стенки неравномерны по толщине, кровотоков отсутствует. С просветом пищевода образование не соединяется, расположено на уровне эзофагеального отверстия диафрагмы.

Ребенок наблюдался по месту жительства. В связи с тем, что по данным УЗИ кистозное образование желудка стало увеличиваться и появились

боли в эпигастральной области, принято решение оперировать ребенка.

26.05.2013 г. провели срединную лапаротомию, частичное удаление кистозного УЖ. Часть кистозного образования уходила параллельно пищеводу в грудную полость, и удалить ее было невозможно. Поэтому через 20 дней ребенку провели левостороннюю торакотомия, удалили оставшееся кистозное образование. Гистологический диагноз: в обоих случаях гастрогенная киста.

Таким образом, клинический пример подтверждает возможность кистозного УЖ, которое располагалось одновременно как в брюшной, так и в грудной полости.

2. *Девочка Б.*, 14 лет (история болезни № 8545), находилась в Запорожской клинике детской хирургии с 12.08.2013 по 2.09.2013 г. с диагнозом «двойное УЖ».

При прохождении медосмотра во время УЗИ выявлены опухолевидные образования в левом подреберье. Жалоб нет. На экскреторных урограммах от 14.08.2013 г. патологий со стороны верхних мочевых путей не обнаружили.

15.08.2013 г. проведена компьютерная томография. Заключение: кистоподобные очаги забрюшинного пространства и брюшной полости слева.

21.08.2013 г. выполнили срединную лапаротомию. При ревизии органов брюшной полости по большой кривизне желудка обнаружены 2 кистоподобных образования величиной с куриное яйцо и грецкий орех. Образования клиновидно иссечены. Послеоперационное течение гладкое. Выписали пациентку в удовлетворительном состоянии. Заключение от 28.08.2013 г.: гистологическое строение стенок обеих кист аналогично строению стенок желудка. Отмечается атрофия покрывающего эпителия. Диагноз: кистозное двойное УЖ.

## Выводы

Таким образом, удвоение желудка — редкий порок развития, который может быть выявлен как пренатально, так и в более поздние сроки. Варианты удвоения желудка могут быть разнообразными. Лечение — оперативное.

## Литература

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия.— СПб: Хардфорд, 1996.— 384 с.
2. Григович И.Н. Редкие хирургические заболевания пищеварительного тракта у детей.— Л.: Медицина, 1985.— 287 с.
3. Кривченя Д.Ю., Даньшин Т.І., Сорока В.П. та ін. Подвоєння травного тракту у дітей // Матеріали XXI з'їду хірургів України.— Запоріжжя, 2005.— Т. 2.— С. 124—126.
4. Литовка В.К., Лысенко А.В., Литовка Е.В. Врожденное кистозное удвоение желудка у ребенка, симулировавшее опухоль // Клінічна хірургія.— 2000.— № 8.— С. 56.
5. Москаленко В.З., Журило И.П., Литовка В.К. Редкие случаи в практике детского хирурга.— Донецк: Донеччина, 2004.— 162 с.
6. Ситковский Н.Б., Плотников А.Н. Отдаленные результаты лечения удвоения желудка у детей // Клінічна хірургія.— 1999.— № 6.— С. 47—48.
7. Daher P., Karam L., Riachy E. Prenatal diagnosis of an intrathoracic gastric duplication: a case report // J. Pediatr. Surg.— 2008.— Vol. 43, N 7.— P. 1401—1404.
8. Okamoto T., Takamizawa S., Yokoi A. et al. Completely isolated alimentary tract duplication in a neonate // Pediatr. Surg. Int.— 2008.— Vol. 24, N 10.— P. 1145—1147.
9. Lavine J.E., Harrison M., Heyman M.B. Gastrointestinal duplications causing relapsing pancreatitis in children // Gastroenterology.— 1989.— Vol. 97.— P. 1556—1558.

## Подвоєння шлунка в дітей

А.Є. Соловйов<sup>1</sup>, Г.С. Марієв<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет

<sup>2</sup>Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня

У статті подано класифікацію подвоєнь шлунка (ПШ), дані про поширеність і клінічні вияви патології. Наведено клінічні спостереження випадків ПШ в дітей.

ПШ — рідкісна вада розвитку, яка може бути виявлена як у пренатальному періоді, так і в більш пізні терміни. Варіанти ПШ: кістозне, трубчасте (дивертикулярне). Кіста може сполучатися з просвітом шлунка. Є дані про кісти шлунка, які проникають у грудну порожнину крізь стравохідний отвір діафрагми. У випадку дивертикулярного ПШ в дні дивертикулу інколи виявляють тканину підшлункової залози. Серед клінічних виявів ПШ переважають: біль в епігастральній ділянці, нудота, блювання, наявність пухлиноподібного утворення, що пальпується. Дуже рідко захворювання виявляють завдяки шлунково-кишковій кровотечі через виразки на слизовій. Водночас може бути повна відсутність будь-якої симптоматики захворювання. ПШ можна виявити випадково. Лікування — оперативне.

У період із 2009 по 2013 р. в Запорізькій клініці дитячої хірургії під спостереженням перебували 7 дітей із ПШ віком від 2 міс до 14 років. Дівчаток було 5, хлопчиків — 2. У всіх виявили кістозні форми ПШ: у грудній та черевній порожнинах — в 1 дитини, у черевній порожнині — у 6 пацієнтів. В 1 дитини було подвійне ПШ. Клінічно ПШ перебігали деякий час безсимптомно. У 4 дітей ваду виявили у перші роки життя через ускладнення, що виникли. В 1 дитини діагноз ПШ визначено внутрішньоутробно на 20 тижні вагітності матері. Усім дітям виконано оперативне видалення кістозного утворення шлунка. Післяопераційний період перебігав без ускладнень.

**Ключові слова:** подвоєння шлунка, кіста шлунка, вади розвитку шлунково-кишкового тракту, дитяча хірургія.

## Gastric duplication in children

A.E. Solovyov<sup>1</sup>, G.S. Mariev<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zaporizhzhia State Medical University

<sup>2</sup>Zaporizhzhia Regional Clinical Pediatric Hospital

The classification of gastric duplication, abundance of pathology, clinical manifestation were described in this article. Clinical study of gastric duplication cases in children were also observed.

Gastric duplication is a rare gastric disease, which can be revealed both in prenatal period, and later terms. The variations of gastric duplication are different: cystic or tubular (diverticular). The cyst can communicate with stomach. Gastric cysts, which penetrate in thoracic cavity through the esophageal opening of diaphragm, were also registered. In case of diverticular duplication, the pancreatic tissue can be revealed in a bottom of diverticulum. Pain in epigastrium, nausea, vomiting, presence of palpated mass lesion are the most often symptoms of gastric duplication. It can be difficult to diagnose this disease due to gastrointestinal bleeding, because of ulcers on the mucosa. Clinical manifestations can be absent at the same time. Also gastric duplication can be an unexpected finding. The treatment is operative.

7 children with gastric duplication aged 2 month — 14 years were observed in Zaporizhzhia pediatric surgery clinic during 2009—2013. They included 5 girls and 2 boys. The cystic forms of gastric duplication were manifested in all of them: in thoracic and abdominal cavities — 1 child, only in abdominal cavity — 6 children. One child had double gastric duplication. Asymptomatic clinical course was registered for some period of time. 4 children were diagnosed gastric duplication in first 2 years of life due to complications. The gastric duplication was diagnosed at antenatal period on 20th week of pregnancy in 1 child. All children underwent surgical removing of gastric cyst. Postoperative period was uncomplicated.

**Key words:** gastric duplication, gastric cyst, diseases of gastrointestinal tract, pediatric surgery.