

С. В. Каплунов, О. Н. Лутков

Детский онко-гематологический центр Волгоградского областного клинического онкологического диспансера

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ УДВОЕНИЯ ЖЕЛУДКА

УДК 616.33-089

Представлено сообщение о диагностическом этапе и хирургической тактике при редкой патологии желудка — несообщающемся кистозном удвоении желудка.

Ключевые слова: удвоение желудка.

S. V. Kaplunov, O. N. Lutkov

ARARE CASE OF STOMACH DUPLICATION

The article reports on the diagnostic stage and surgical tactics in rare gastric pathology, namely, non-communicating cystic duplication of stomach.

Key words: stomach duplication.

Удвоения желудка могут быть полными (второй — удвоенный желудок) или неполными (кистозные, дивертикулярные), сообщающиеся или не сообщающиеся с просветом желудка.

Удвоения желудка составляют 3,8 % всех желудочно-кишечных удвоений [3].

Наиболее часто встречаются кистозные удвоения, не сообщающиеся с просветом желудка [1, 2].

Киста обычно представляет собой продолжение стенки желудка и расположена, как правило, в области большой кривизны, но порой она отделена от желудка и прикрепляется к поджелудочной железе [1].

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].

И. Н. Григович в своей книге «Редкие хирургические заболевания пищеварительного тракта у детей» упоминает, что из 93 случаев различных удвоений желудка, собранных им к 1981 году, только однажды (Nissan S., 1960) у ребенка было найдено 3 кистозные дубликатуры одновременно.

Описаны отдельные случаи обнаружения в желудке 2—3 кист [Зима П. И., 1965; Шишлов В. П., Кучкин Н. В., 1970; Волобуев Н. Н., 1980].

В нашем наблюдении представлен случай наличия 4 кист желудка, относящихся к кистозной форме удвоения.

Пациент А. 29.07.1991 г.р. находился в детском онко-гематологическом центре Волгоградского областного клинического онкологического диспансера с 31.03.08 по 30.04.08 с диагнозом: кистозная форма удвоения желудка (кистозная дубликатура).

Из анамнеза. При прохождении медицинского осмотра в детской поликлинике (по направлению райвоенкомата) по месту жительства выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости от 12.03.08 г: выявлено неоднородной кистозной структуры образование в средней части селезенки размерами 58х30 мм, и ребенок направлен в детскую онкологию.

При поступлении жалоб нет, клинически соматический статус без патологических изменений.

В отделении проведено обследование:

УЗИ от 21.03.08: печень обычной структуры и размеров, желчный пузырь гомогенный, холедох = 0,3 см, портальная вена = 1,1 см, поджелудочная железа и почки — без структурных изменений, селезенка = 11х5 см обычной эхогенности, в области ворот селезенки определяется неоднородное образование смешанной структуры (преимущественно кистозного строения) общим размером 6х4 см, увеличение забрюшинных л/узлов не определяется.

Ro органов грудной клетки от 02.04.08: легкие, средостение и диафрагма без патологических изменений.

Компьютерная томография брюшной полости с контрастом от 08.04.08: слева между куполом диафрагмы, проксимальным отделом желудка и селезенкой определяются 4 кистозных образования размерами от 2,5 до 4,0 см в диаметре, каждое из которых имеет собственную тонкую капсулу, граница между стенкой желудка и двумя из данных кист — нечеткая; капсулы кист умеренно накапливают контрастное вещество, селезенка имеет подковообразную форму, структурных изменений внутренних органов брюшной полости не выявлено, увеличенных л/узлов не выявлено, костно-деструктивных изменений не отмечено. Заключение: кистозные образования брюшной поло-

сти без четкой органной принадлежности (эхинококк? мезотелиома? кистозная лимфангиома?).

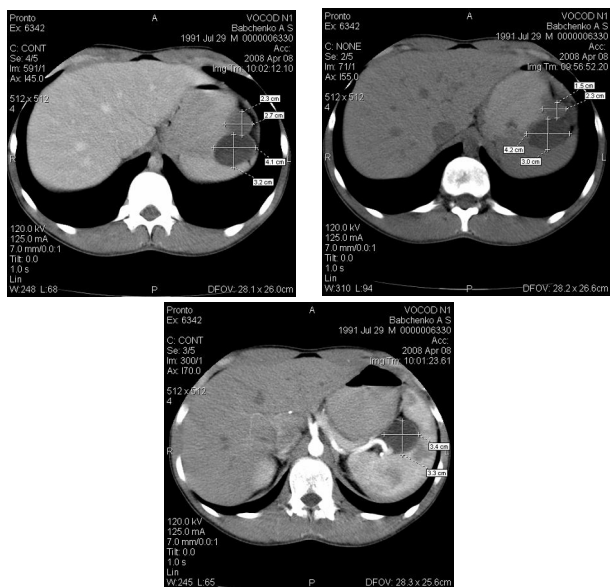


Рис. 1. На компьютерно-томографических срезах представлены кистозные образования, интимно располагающиеся между желудком и селезенкой

Лабораторно: Hb = 143 г/л, Le = $5,1 \times 10^9$ /л, Эр = $5,06 \times 10^{12}$ /л, Тр = 184×10^9 /л, СОЭ = 5 мм/ч, ретикулоциты = 2 ‰, п-1, с-46, э-1, л-45, м-7; амилаза крови = 8 ед, общий белок = 50,8 г/л, сахар крови = 4,4 ммоль/л, билирубин = 11,6 ммоль/л, мочевины = 5,4 ммоль/л, остаточный азот = 21,5 ммоль/л, креатинин = 94 мкм/л, АСТ = 0,2 ммоль/мл, АЛТ = 0,2 ммоль/мл, щелочная фосфатаза = 0,8 мкат/л, ЛДГ = 348 Ед/л.

Антитела к эхинококку — отрицательны.

Группа крови 0(I), Rh положительный.

Фиброгастроскопия от 14.04.08: пищевод проходим, кардия смыкается, в желудке складки слизистой ровные, слизистая в антральном отделе очагово гиперемирована, привратник проходим, луковица 12-перстной кишки и постбульбарный отдел без особенностей. Заключение: хронический антрум-гастрит.

Пациент оперирован 16.04.08: срединная лапаротомия, при ревизии брюшной полости в области дна и тела желудка по большой кривизне и задней стенке желудка имеются 3 кистозных образования, интимно спаянные друг с другом, размерами около 3, 4 и 5 см в диаметре — имеющие общий серозный покров со стенкой желудка, вверху кисты прилежат к левому куполу диафрагмы, сле-

ва — к зоне ворот селезенки и ее сосудам, снизу — граничат с хвостом поджелудочной железы. Еще одна киста диаметром 3 см располагается рядом в желудочно-ободочной связке. В просвете кист содержится киселеобразное светло-желтоватое с наличием детритоподобных белых масс. Стенка кист состояла из серозной оболочки и наружного мышечного слоя стенки желудка. С просветом желудка кисты не сообщались. Произведено иссечение всех 4 кист в пределах мышечного слоя желудка. На десерозированную стенку желудка после удаления кист наложены отдельные швы.

Гистологическое исследование № 13802 от 21.04.08: стенка кистозных образований имеет строение стенки желудка с наличием мышечного слоя, слизистая гипоплазирована и с очаговым миксоглобулезом.

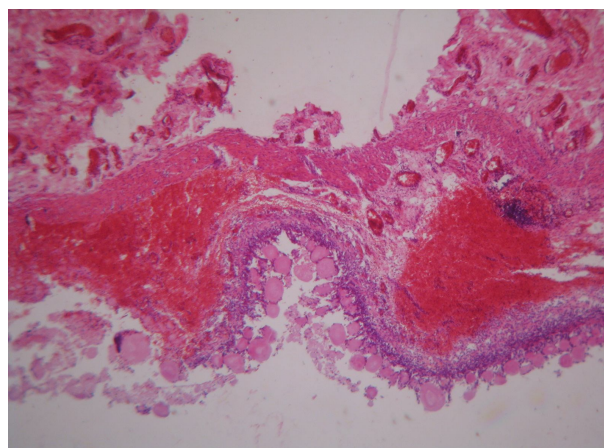


Рис. 2. Гистологическая структура стенки кистозной формы удвоения желудка

Заживление п/о раны первичным натяжением.

УЗИ-контроль от 24.04.08: патологических образований в брюшной полости не найдено.

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Данное сообщение иллюстрирует редкую патологию желудка, распознавание которой возможно лишь интраоперационно и после гистологического исследования.

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. Bartels R. J. // Am Surgeon. — 1967. — № 33. — P. 747.