

Случай из практики

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 616.33-007.2

Артамонов Р.Г.¹, Алиева Э.И.², Глазунова Л.В.², Поляков М.В.¹

КАСКАДНЫЙ ЖЕЛУДОК У ДЕВОЧКИ 11 ЛЕТ

¹РНМУ им. Н.И. Пирогова, 117997, г. Москва; ²Морозовская городская детская клиническая больница, 119049, г. Москва, Россия

♦ В статье приведено наблюдение случая каскадного желудка, сопровождавшегося рядом диспепсических явлений и болью в животе, у девочки 11 лет.

Ключевые слова: каскадный желудок; девочка; диспепсические симптомы; боль в животе.

Для цитирования: Артамонов Р.Г., Алиева Э.И., Глазунова Л.В., Поляков М.В. Каскадный желудок у девочки 11 лет. *Российский медицинский журнал*. 2016; 22(2): 222—224. DOI 10.18821/0869-2106-2016-22-4-222-224.

Для корреспонденции: Артамонов Рудольф Георгиевич, доктор мед. наук, профессор кафедры педиатрии лечебного факультета «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», 117997, г. Москва, E-mail: konovalov@mail.ru

Artamonov R.G.¹, Alieva E.I.², Glazunova L.V.², Polyakov M.V.¹

THE CASCADE STOMACH IN GIRL 11 YEARS OLD

¹The N.I. Pirogov Russian national research medical university, 117997, Moscow, Russia;²The Morozovskaya children clinical hospital, 119049, Moscow, Russia

♦ The article presents observation of case of cascade stomach being accompanied with number of dyspeptic phenomena and abdominal pain in girl of 11 years old.

Keywords: cascade stomach; girl; dyspeptic symptoms; abdominal pain.

For citation: Artamonov R.G., Alieva E.I., Glazunova L.V., Polyakov M.V. The cascade stomach in girl 11 years old. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal (Medical Journal of the Russian Federation, Russian journal)*. 2016; 22(4): 222—224 (In Russ.) DOI 10.18821/0869-2106-2016-22-4-222-224.

For correspondence: Rudol'f G. Artamonov, doctor of medical sciences, professor of chair of pediatrics of medical faculty. E-mail: konovalov@mail.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Received 22.03. 16

Accepted 24.05.16

Известны разнообразные аномалии формы желудка. Некоторые из них не сопровождаются симптомами, отягчающими самочувствие их обладателя. При других имеет место разнообразная клиническая симптоматика. Каскадная аномалия у одних не вызывает каких-либо неприятных ощущений, но может стать причиной дискомфорта других. Приводим наше наблюдение, в котором каскадный желудок (КЖ) сочетался с гастритом у ребенка, гастро-эзофагеальным рефлюксом.

Мария (11 лет) поступила в 12-е гастроэнтерологическое отделение Морозовской городской детской клинической больницы 25 ноября 2014 г. с жалобами на боли в животе. Анамнез жизни без особенностей. Психомоторное развитие по возрасту. Наследственность не отягощена. Из анамнеза болезни: с начала 2014 г. стали беспокоить боли в верхней части живота. Периодически рвота — как до, так и после еды. Была обследована амбулаторно: УЗИ органов брюшной полости, ФЭГДС в возрасте 10 лет. По результатам исследования поставлен диагноз: дистальный эзофагит, антральный гастрит, бульбит, дуоденит. Получала дюспаталин, креон, хофитол, маалокс, мотилиум. Улучшения не отмечалось. В последние месяцы перед поступлением участились случаи тошноты до и после еды. Появились боли в животе, стала жаловаться на головную боль. Стул со склонностью к запорам.

Пациентка поступила в отделение в состоянии средней тяжести. Жалобы на тошноту, рвоту, боли в животе,

слабость. Зев чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, шумы не выслушиваются. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, не вздут, при перкуссии передней брюшной стенки отмечалась болезненность в верхней половине живота. При пальпации болезненность в эпигастрии, мезогастррии. При глубокой пальпации болезненность в пилородуоденальной области. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптомы Ортнера, Кера, Мерфи — положительные. Болезненность в точках Дежардена, Мэйо—Робсона и в зоне Шоффара. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. В неврологическом статусе — левосторонняя гемиплегия. В отделении были проведены лабораторные исследования: общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи — отклонений не выявлено. Анализ мочи на диастазу — 301,6 Ед/л (референсное значение < 500).

УЗИ органов брюшной полости от 27 ноября 2014 г. Печень: топография не изменена, размеры не увеличены. Паренхима обычной эхогенности, однородная. Сосудистый рисунок не изменен, воротная вена шириной до 14 мм, желчные протоки не расширены, не деформированы. Холедох в проекции ворот не расширен. Желчный пузырь: лабильный перегиб в теле. Это можно определить только при исследовании буферной функции желчного пузыря, размеры 52 × 12 мм, стенки не уплотнены и не утолщены. Содержимое пузыря однородное.



Рис. 1. Рентгенограмма желудка с контрастом. Начало заполнения желудка контрастной массой.

Поджелудочная железа: топография не изменена, контуры четкие, ровные. Размеры не увеличены. Паренхима неоднородная, повышенной эхогенности. Селезенка: топография не изменена, контуры четкие, ровные. Паренхима обычной эхогенности. Размеры не увеличены. Селезеночная вена в проекции ворот 5 мм. Свободной жидкости нет. Патологических объемных образований в брюшной полости не определяется. Заключение: косвенные признаки дисфункции желчевыводящих путей, дуоденогастральный рефлюкс.

ФЭГДС от 27 ноября 2014 г. Слизистая оболочка пищевода розовая, сосудистый рисунок четко прослеживается, зубчатая линия на уровне диафрагмального сужения. Розетка кардии плотно смыкается. В желудке слизистое содержимое. Складки тела желудка равномерно извиты, расправимы, слизистая оболочка ярко-розовая. В антральном отделе слизистая оболочка пестрая, с линейной гиперемией по складкам привратника. Привратник сомкнут, округлой формы, луковица двенадцатиперстной кишки не деформирована, слизистая оболочка ее розовая, рыхлая, в постбульбарном отделе складки расположены циркулярно, слизистая оболочка розовая. Заключение: поверхностный гастрит.

Поскольку выявленные при УЗИ и ФЭГДС изменения не могли объяснить упорный характер симптомов и отсутствовала заметная положительная динамика от терапии (стол № 5, алмагель, мотилиум), было решено провести рентгеноконтрастное исследование верхних отделов органов пищеварения.

Рентгенография и рентгеноскопия пищевода и желудка от 1 декабря 2014 г. (рис. 1—3). Акт глотания не нарушен. Пищевод обычно расположен, эластичен, стенки с четким, ровным контуром. Контрастное вещество проходит по пищеводу свободно. Области физиологических сужений пищевода без особенностей, кардия смыкается полностью. Желудок обычно расположен, имеет форму крючка, натошак содержит жидкость. Определяется каскадная деформация желудка. Наружные контуры по малой кривизне ровные, по большой кривизне зазубренные. Складки слизистой оболочки располагаются обычно, нормальных размеров, стенки желудка эластичные. Перистальтические волны средней глубины, вялые. Подвижность желудка обычная. Эвакуация с небольшой задержкой. Луковица двенадцатиперстной кишки обычно расположена, ее форма и размеры не изменены. Тонкая

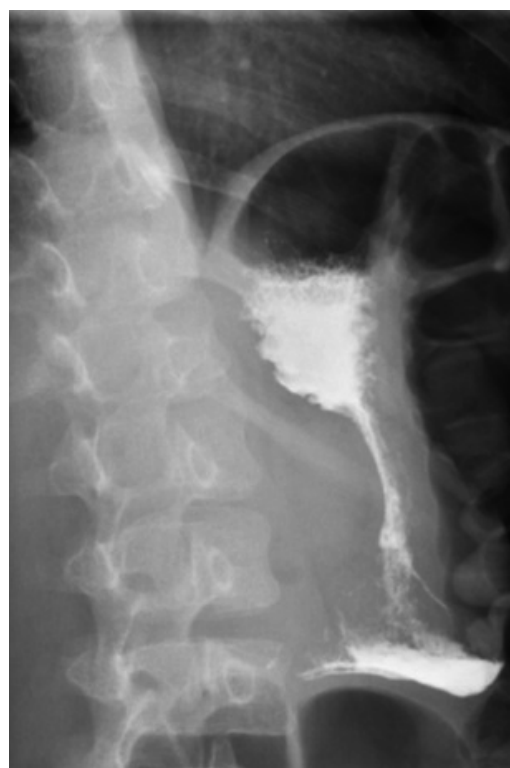


Рис. 2. Рентгенограмма желудка с контрастом, выполненная через 15 мин от начала исследования.



Рис. 3. Рентгенограмма желудка с контрастом спустя 40 мин от начала исследования.

кишка контрастируется на значительном протяжении, рисунок ее прерывистый. Во время проведения водно-сифонной пробы заброса контрастного вещества из желудка в пищевод не обнаружено. Заключение: рентгенологические признаки каскадной деформации желудка, гастрита.

При дополнительном расспросе пациентки выяснилось, что иногда девочке удается облегчить боль в живо-

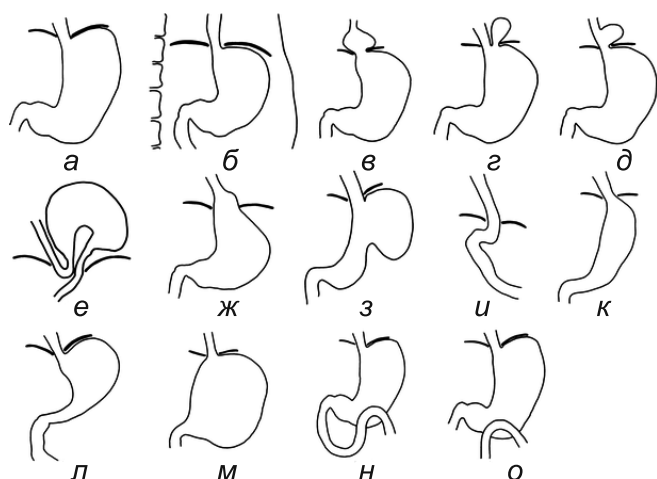


Рис. 4. Анатомические варианты желудка: типичная форма (а), порок развития (б), скользящая диафрагмальная грыжа (в), параэзофагальная диафрагмальная грыжа (г), смешанная форма диафрагмальной грыжи (д), перевернутая вверх дном (upside-down) грыжа (е), врожденный короткий пищевод (ж), каскадный желудок (з), недоразвитие органа (и), недоразвитие дна желудка (к), короткое тело желудка (л), расширение желудка (м), врожденная гастро-дуоденальная (н), и гастро-илеальная (о) фистула.

те и избежать тошноты при перемене положения тела, в постели — лечь на правый бок.

Клинический диагноз: основной — «хронический поверхностный гастрит», сопутствующий — «каскадная деформация желудка, левосторонняя гемиплегия».

Проведено лечение по поводу поверхностного гастрита (описано ранее). Больная выписана в удовлетворительном состоянии 4 декабря 2014 г. с рекомендациями наблюдения гастроэнтеролога и консультации врача по ЛФК.

Обсуждение

Одна из первых публикаций о КЖ относится к 1940 г. [1]. Этот анатомический феномен выявлен при рентгеноконтрастном исследовании желудка, проведенном для подтверждения диагноза язвенного дефекта в двенадцатиперстной кишке. Год спустя [2] авторы статьи приводят историю болезни 35-летнего мужчины, госпитализированного с жалобами на затруднение при глотании, боль в животе и вздутие живота. При рентгенологическом исследовании с барием они описывают следующую форму желудка: контрастное вещество заполнило дно желудка, представлявшего собой большой мешок с одним уровнем, такой же резервуар в теле желудка. Последующие работы по КЖ выполнены рентгенологами [3]. Спустя десятилетия появляется обширное рентгенологическое исследование [4], в котором представлено описание различных вариантов формы желудка, в том числе КЖ (рис. 4). Несмотря на то что уже в первых публикациях отмечали наличие у обладателей этого анатомического феномена ряда желоб и симптомов, в последующие годы появилось мнение, что КЖ — «не болезнь» (nondisease) и не диагноз [5].

Ряд последующих работ не подтвердил такой взгляд на КЖ. Отмечено, что при КЖ имеет место замедленное опорожнение желудка [6]. В ряде работ у обладателей КЖ были выявлены такие симптомы, как диспепсические, боли в эпигастральной области, эндоскопические

признаки гастроэзофагеального рефлюкса [7, 8]. Причина возникновения КЖ не известна. Sirakov V. и соавт. [9] считают, что КЖ может развиваться при спайках реберно-диафрагмального синуса. Они же, обследовав 396 больных с болями в желудке, пришли к выводу, что частота КЖ составляет 13,6%.

Дифференциальный диагноз КЖ можно проводить с заворотом желудка, когда имеет место его хроническая форма [10]. Иногда применяется термин «удвоение (duplication) желудка» [11]. Отклонений в результатах лабораторных анализов, как правило, нет [6].

Лечение неосложненного КЖ не показано, в цитированных публикациях оно не рассматривается. Редко рекомендуется хирургическое вмешательство для коррекции рефлюкса [2].

В нашем наблюдении у больной при наличии КЖ были клиническо-эндоскопические признаки поверхностного гастрита. Тошнота, по-видимому, вызвана невысоким гастроэзофагеальным рефлюксом, выявленным при УЗИ.

Выводы

1. КЖ нередко выявляют как случайную находку при рентгеноконтрастном исследовании верхнего отдела органов пищеварения, поводом для которого становится стремление установить причину жалоб пациента на боли в животе и/или диспепсические явления.

2. Наличие у больного устойчивости к общепринятой терапии, не купируемая обычными средствами тошнота и особенно облегчение неприятных ощущений, включая боль в животе, при перемене положения тела, в частности лежа на правом боку, могут служить подозрением на КЖ. Последний из перечисленных симптомов можно считать специфическим для КЖ.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Benedict E.B. Gastroscopic Examination. *N. Engl. J. Med.* 1940; 222(11): 427—34.
- Schaffner V.D., Kentville N.S., Burton G.V., Yarmouth N.S. Cascade Stomach. *Can. Med. Assoc. J.* 1941; 45(1): 52—6.
- Feldman M. Clinical Roentgenology of the Digestive Tract. *Am. J. Dis. Child.* 1946; 71(2): 198.
- Burdan F., Rozylo-Kalinowska I., Szumilo J., Zinkiewicz K., Dworzanski W., Krupski W. et al. Anatomical classification of the shape and topography of the stomach. *Surg. Radiol. Anat.* 2012; 34: 171—8.
- Meador C.K. The Art and Science of Nondisease. *N. Engl. J. Med.* 1965; 272: 92-5.
- Catanzaro F.P., Merlino A., Palumbo J.A. Aneurysm occurring in the pancreaticoduodenal arteries treated by excision. *N. Engl. J. Med.* 1957; 256 (18): 847.
- Gulsen M.T., Koruk I., Dogan M., Beyazit Y. Diagnostic accuracy of cascade stomach by upper gastrointestinal endoscopy in patients with obscure symptoms: a multi-center prospective trial. *Clin. Res. Hepatol. Gastroenterol.* 2011; 35(6—7): 489—93.
- Kusano M., Hosaka H., Moki H., Shimoyama Y., Kawamura O., Kuribayashi S. et al. Cascade stomach is associated with upper gastrointestinal symptoms: a population-based study. *Neurogastroenterol. Motil.* 2012; 24(5): 451—5.
- Sirakov V., Stefanov R., Shipkov C. The most common cause of cascade stomach. *Folia Med. (Plovdiv).* 1994; 36(3): 37—9.
- Cribbs R.K., Gow K.W., Wulkan M.L. Gastric volvulus in infants and children. *Pediatrics.* 2008; 122(3): e752-62.
- Galloway W.H., Sutherland A.M., Williams A.W. Duplication of the stomach. *Arch. Dis. Child.* 1956; 31(159): 422—5.