

Казакова Елена Игоревна

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ЭКТОПИРОВАННОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
В ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНУЮ ЗОНУ У ДЕТЕЙ**

3.1.11. Детская хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Тверской государственной медицинской академии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

Румянцева Галина Николаевна, доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Карасева Ольга Витальевна - Доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе, руководитель отдела сочетанной травмы, анестезиологии-реанимации, «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» Департамента здравоохранения г. Москвы

Барская Маргарита Александровна - Доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней детей и взрослых федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарского государственного медицинского университета» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ведущая организация:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»

Защита состоится «15» февраля 2023 года в 12 часов на заседании диссертационного совета 21.3.054.01 на базе ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, по адресу: 125993, Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России по адресу: 125993, Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр.1 и на сайте организации <http://rmaro@rmaro.ru>

Автореферат разослан «___» _____ 202__ г.

Ученый секретарь

диссертационного совета

доктор медицинских наук,

профессор

Зыков Валерий Петрович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

Вопросы причины болей в животе у ребенка остаются неизменно актуальными во все времена педиатрической практики. Несмотря на большое количество накопленного клинического опыта, совершенствование диагностических методов, детские врачи продолжают встречаться с многоликостью и коварством заболеваний, сопровождающихся болями в животе. Особое внимание уделяется врожденным патологиям желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которые зачастую трудны в распознавании и требуют определенной диагностической настороженности. Одной из них является эктопия поджелудочной железы (ЭПЖ) в гастродуоденальную зону. Особый интерес представляют такие формы ЭПЖ, имеющие яркую клиническую картину заболевания ЖКТ (боли, диспепсические расстройства). Однако нередко встречаются бессимптомные формы и варианты со скудными неспецифическими признаками, выявление которых иногда встречается как случайная находка. ЭПЖ в гастродуоденальной зоне (ГДЗ) у детей представляет собой врожденный порок развития с достаточно низкой распространенностью в детской популяции (0,3–13 %), для которого характерно отсутствие патогномичных симптомов и требуются специфические методы исследования, что чревато несвоевременной постановкой диагноза и неадекватным лечением. В связи с поздней выявляемостью практикующие врачи могут сталкиваться с клинической манифестацией хирургических осложнений в виде язвы, перфорации стенки желудка, кровотечения и малигнизации (Винокурова Н.В., Цап Н.А., Дружинин Ю.В. и соавт., 2012.).

Значительное количество публикаций в мировой литературе посвящено вопросам диагностики и лечебной тактики ЭПЖ у взрослых пациентов. Педиатрические аспекты данного заболевания встречаются в исследовательских работах в единичных случаях (Guimarães M., Rodrigues P., Gonçalves G. et al., 2013). Тем не менее, в связи с распространенностью, доступностью эндоскопической техники, совершенствованием методов лучевой диагностики увеличивается число диагностируемых случаев ЭПЖ.

В группу интереса детских хирургов попадают не только пациенты, которым показано хирургическое лечение на основании полученных клинических и инструментальных данных, а также дети с ЭПЖ, протекающей бессимптомно и выявленной случайно при обследовании (Persano G, Cantone N., Pani E. et al., 2019).

Существуют различные способы диагностики, подтверждающие врожденную патологию ЭПЖ в гастродуоденальную зону, однако некоторые из них мало информативны, сопряжены с высокой лучевой нагрузкой или недоступны из-за высокой стоимости оборудования. Оптимальным и высоко достоверным методом в выявлении ЭПЖ в желудке и двенадцатиперстной кишке (ДПК) является эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). (Светлов В.В., Минько Т.Н., Румянцева Г.Н. и соавт., 2020). Тем не менее, остаются открытыми вопросы в целесообразности гистологической верификации обнаруженного образования, выборе оптимальной эндоскопической классификации ЭПЖ. (Винокурова Н.В., Цап Н.А., Дружинин Ю.В. и соавт., 2008).

В настоящий момент представляет научный интерес гипотеза формирования клинических симптомов ЭПЖ, которая, вполне вероятно, связана с размерами, локализацией, типом и ферментативной активностью образования в ГДЗ. Именно различия в манифестации указывают на необходимость поиска дополнительных доказательств о ферментативной активности ЭПЖ (Бельмер С.В., Костырко Е.В., Приворотский В.Ф. и соавт., 2013).

Отсутствие унификации в стратегии ведения пациентов с ЭПЖ приводит к разным, зачастую полярным мнениям в необходимости коррекции данной проблемы. Часть авторов придерживаются активной хирургической тактики, обуславливающей удаление ЭПЖ даже при бессимптомном течении, аргументируя высоким риском малигнизации образования в стенке желудка (Винокурова Н.В., 2008). Однако, принимая во внимание данные мировой литературы, малигнизация ЭПЖ встречается в единичных случаях, и отсутствуют прямые указания на безоперационную хирургическую тактику, которую на современном этапе можно трактовать как необоснованную хирургическую агрессию. Таким образом, учитывая низкий риск малигнизации ЭПЖ и потенциальные риски активной хирургической тактики для ребенка, вопрос о показаниях к оперативному лечению данной категории больных является дискуссионным для детских хирургов (Хавкин А.И., Борзакова С.Н., Богомаз Л.В. и соавт., 2016).

Несмотря на хорошие результаты хирургического лечения ЭПЖ по известным разработанным методикам, детские хирурги продолжают сталкиваться с осложнениями в послеоперационном периоде. Современный малоинвазивный подход в детской хирургии требует оптимизации традиционных методик оперативного лечения и поиска новых технических решений (Сварич В.Г., Лисицын Д.А., Ислентьев Р.Н. и соавт., 2018).

Наличие спорных вопросов относительно морфологических, клинических, диагностических аспектов, тактики оперативного лечения ЭПЖ послужили основой для изучения этиопатогенетических механизмов данной патологии, разработки комплекса научно обоснованных диагностических и лечебных мероприятий, что отражено в цели и задачах исследования.

Степень разработанности проблемы

При анализе современных публикаций обращает на себя внимание дискуссионность вопросов о диагностике, показаниях к оперативному лечению, сроках хирургического вмешательства, рисках малигнизации хористомы. В связи с совершенствованием инструментальных и лучевых методов среди пациентов с ЭПЖ выявляются диагностические особенности, имеющие значимую роль в формировании диагноза и схемы лечения. Так, в доступной литературе нет полной информации о диагностических характеристиках детей с ЭПЖ. В настоящее время использование данных ЭГДС, УЗИ, гистологического исследования, оценки вегетативного статуса, шкалы качества жизни пациентов с хористой позволяет получить наиболее полное представление о заболевании, а также выявить риск-факторы, по наличию которых можно более четко определиться с агрессивностью образования и необходимостью его оперативного лечения.

По данным литературы, вегетативная нервная система оказывает значимое влияние на

секреторную, моторную функцию ЖКТ. Однако исследований вегетативного статуса относительно пациентов с ЭПЖ не проводилось.

В доступной литературе нет предлагаемого алгоритма диагностики и лечения ЭПЖ, согласно которому, ориентируясь на декретированные сроки лечебных мероприятий, риск-факторы, можно было бы определиться с показаниями к оперативному лечению.

В настоящее время не представлено информации об оценке качества жизни пациентов, получавших лечение по поводу ЭПЖ с помощью консервативной терапии либо оперативного метода.

При выполнении хирургических вмешательств все больше предпочтений отдается миниинвазивным эндоскопическим технологиям (Kaufman A. et al., 2007). По литературным данным, в хирургическом лечении приоритет отдается верхнесрединной лапаротомии с использованием гастроскопа в навигационных целях, что свидетельствует об актуальности разработки новых миниинвазивных методик по удалению ЭПЖ (Румянцева Г.Н., Минько Т.Н. и соавт., 2013).

Все вышеперечисленное свидетельствует о необходимости изучения клинических, эндоскопических, морфологических особенностей течения ЭПЖ с оценкой качества жизни пролеченных пациентов для разработки алгоритма обследования и лечения, внедрения новых методов хирургического вмешательства данной патологии. Данные обстоятельства обусловили выбор цели исследования и постановку его конкретных задач.

Цель исследования

Улучшить диагностику и хирургическое лечение детей с эктопией поджелудочной железы.

Задачи исследования

1. Изучить особенности вегетативного статуса, эндоскопической картины, морфологического строения эктопированной поджелудочной железы у детей, выявить возможные риск-факторы, способствующие ее манифестации.
2. Разработать алгоритм диагностики и лечения эктопированной поджелудочной железы у детей.
3. Разработать малотравматичный и эффективный способ удаления клинически агрессивной эктопированной поджелудочной железы.
4. Проанализировать результаты усовершенствованной методики удаления эктопированной поджелудочной железы по данным клинической картины, эзофагогастродуоденоскопии.
5. Оценить качество жизни пациентов, пролеченных согласно разработанному алгоритму диагностики и лечения эктопированной поджелудочной железы с использованием усовершенствованного метода оперативного лечения.

Научная новизна исследования. В ходе проведенного исследования впервые установлен комплекс риск-факторов, являющихся предикторами клинической манифестации ЭПЖ, к которым относятся размеры образования более 1,0 см, протоковое строение, глубокое эндодуodenальное расположение в стенке желудка и ДПК, наличие дуоденогастрального рефлюкса.

Обоснован алгоритм выбора дифференцированной лечебной тактики у детей с ЭПЖ в зависимости от клинической манифестации, эффекта консервативной терапии, локализации, типа строения и наличия сопутствующей патологии ЖКТ.

Предложена усовершенствованная методика малоинвазивного хирургического лечения с использованием транспариетальных тракционных швов и проведен сравнительный анализ с рутинным лапаротомным способом.

Впервые высказана гипотеза об усилении болевой симптоматики в результате стимуляции ферментативной активности и нарушения перистальтики у пациентов с преобладанием парасимпатического типа вегетативной нервной регуляции.

На основании изучения отдаленных результатов качества жизни подростков и лиц молодого возраста, в детстве оперированных по поводу клинически агрессивной ЭПЖ, выявлено отсутствие по всем исследуемым параметрам анкеты-опросника SF-36 статистически значимых отклонений в сравнении со здоровыми детьми и пациентами с бессимптомным течением хористомы.

Теоретическая и практическая значимость

Выявлена причинно-следственная связь между морфологическими особенностями эктопированной поджелудочной железы в виде увеличенных размеров более 1,0 см, глубокого расположения в стенке желудка, протокового типа строения, наличием дуоденогастрального рефлюкса по данным ЭГДС и ее клинически агрессивными формами.

Анализ морфологического исследования эктопированной поджелудочной железы не выявил диспластических изменений в эктопированном участке, что важно учитывать в тактике ведения пациентов.

Разработан алгоритм диагностики и лечения эктопированной поджелудочной железы у детей, с помощью которого осуществляется рациональное распределение по тактике ведения в виде декретированных сроков консервативного и хирургического лечения с учетом выявленных риск-факторов.

Разработанный и внедренный лапароскопический способ с применением транспариетальных тракционных швов создает комфортные условия для выполнения оперативного маневра при резекции эктопированной поджелудочной железы и ушивания дефекта стенки желудка, минимизирует риск подтекания желудочного сока в свободную брюшную полость и исключает возможность повреждения кожи при создании натяжения; полнослойная резекция, позволяет провести адекватное морфологическое исследование удаленного образования (Патент № 2021134470 от 19.09.2022).

Установлено, что усовершенствованная методика способствует более активной реабилитации пациента в раннем послеоперационном периоде в виде уменьшения сроков восстановления полноценной функции желудочно-кишечного тракта, моторно-эвакуаторной функции, начала энтерального питания, сокращения продолжительности назначения обезболивающих препаратов. Разработанная методика показала свою эффективность, что проявилось состоятельностью и

герметичностью послеоперационного рубца на стенке желудка, нивелированием признаков воспаления в слизистой оболочке желудка, исчезновением дуоденогастрального рефлюкса, полным регрессом абдоминального синдрома и диспепсических расстройств.

Преобладание парасимпатического типа вегетативной нервной системы, оказывая стимулирующее воздействие на экзокринную функцию хористомы, может приводить к ее клинической манифестации.

На основании этих фактов выявленные клинико-морфологические, эндоскопические особенности хористомы расширили представление о диагностике и лечении данного заболевания, а разработанный алгоритм диагностики и лечения, усовершенствованная оперативная методика доказали свою эффективность в тактике ведения детей с эктопированной поджелудочной железой, что отражено в послеоперационных результатах, полученных с помощью контрольных осмотров, ЭГДС, опросника SF-36.

Методология и методы исследования

Работа основана на сравнительном анализе результатов лечения у 124 детей с ЭПЖ, из которых 31 ребенок (основная группа) пролечен оперативным способом в связи с наличием клинически агрессивной формой хористомы, 93 — консервативно (контрольная группа). Клинические, эндоскопические, морфологические особенности ЭПЖ были изучены путем сравнительной оценки всех пациентов, сопоставляя с данными контрольной группы детей с хористой, которым успешно выполнено консервативное лечение. Пациенты основной группы разделены на 2 исследуемые подгруппы. Исследуемая подгруппа I — 9 детей, оперированные с помощью стандартной верхнесрединной лапаротомии. Исследуемая подгруппа II — 22 ребенка, которым осуществлена усовершенствованная лапароскопическая методика с применением транспариетальных тракционных швов. На основании разработанного алгоритма диагностики и лечения ЭПЖ, сравнительной оценки результатов оперативного лечения в двух исследуемых группах выделены преимущества и недостатки примененных методик лечения, что позволило оптимизировать тактику ведения детей с хористой.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Клиническая картина в виде абдоминальных болей, диспепсических расстройств, а также наличие эктопии поджелудочной железы, дуоденогастральный рефлюкс, воспаление слизистой оболочки в области образования, по данным эзофагогастродуоденоскопии, могут свидетельствовать о манифестации эктопии поджелудочной железы. Показаниями для хирургического удаления эктопии являются: наличие эктопии поджелудочной железы, поддерживающей длительное воспаление в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишке; крупные размеры (более 1,0 см), локализация образования в 2–3 см от антрального отдела желудка, наличие дуоденогастрального рефлюкса; сохраняющийся некупируемый болевой синдром; наличие диспепсических расстройств, в связи с отсутствием эффекта от этапной гастропротекторной терапии.
2. Разработанный и внедренный лапароскопический способ с применением транспариетальных тракционных швов эргономичен для резекции эктопированной поджелудочной железы, не создает затруднений при ушивании дефекта стенки желудка, минимизирует риск попадания желудочного сока

в свободную брюшную полость и исключает возможность повреждения кожи при создании натяжения; полнослойная резекция позволяет провести адекватное морфологическое исследование удаленного образования. Восстановительный период у оперированных больных по поводу удаления эктопии поджелудочной железы определяется сроками восстановления полноценной функции желудочно-кишечного тракта, моторно-эвакуаторной функции, начала энтерального питания, сокращения продолжительности назначения обезболивающих препаратов, данными эзофагогастродуоденоскопии (состоятельность и герметичность послеоперационного рубца, нивелирование признаков воспаления в слизистой оболочке желудка, исчезновение дуоденогастрального рефлюкса).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.1.11. Детская хирургия. Результаты проведённого исследования соответствуют области исследования специальности 3.1.11. Детская хирургия, а именно: п. 1: Исследование по изучению этиологии, патогенеза и распространенности врожденных и приобретенных хирургических заболеваний и травм детского и подросткового возраста п.2: Исследования по направлениям: общая, гнойная и неотложная хирургия, ортопедия-травматология, хирургическая гастроэнтерология, урология, колопроктология, торакальная хирургия, нейрохирургия, лечение доброкачественных опухолей, пороков развития сосудов, медицина катастроф. п.3: Разработка и усовершенствование методов ранней диагностики и профилактики пороков развития, хирургических заболеваний, травм и их последствий у детей.

Степень достоверности результатов

Достоверность результатов диссертационной работы определяется использованием достаточного количества наблюдений, современных методик исследования и методов статистической обработки полученных результатов.

Основные результаты обсуждены и доложены на следующих конференциях: Международной научно-практической конференции, посвященной 100-летию Белорусского государственного медицинского университета, Беларусь, г. Минск, 1-5.11.2021; IX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Неотложная детская хирургия и травматология», г. Москва, 17-20.02.2021; 12 Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы эндоскопии», г. Санкт-Петербург, 13-14.05.2021; VII Международной научно-практической конференции студентов, магистров, аспирантов, молодых ученых и специалистов «Образы будущего в профессиональной деятельности», г. Тверь, 4-5.04.2022.

Апробация диссертации состоялась на совместном заседании кафедр детской хирургии, детских болезней, педиатрии педиатрического факультета, поликлинической педиатрии и неонатологии, факультетской терапии, хирургии и анестезиологии-реаниматологии, патологической анатомии, лучевой диагностики, травматологии и ортопедии, общей хирургии, топографической анатомии и оперативной хирургии ФГБОУ ВО «ТГМУ» МЗ РФ 23.06.2022

(протокол №15). Проведение диссертационного исследования одобрено Комитетом по этике научных исследований ФГБОУ ВО «ТГМУ» МЗ РФ, заседание от 21.12.2021.

Внедрение результатов в практику

Основные положения диссертационной работы внедрены и используются в клинической практике хирургического отделения № 1 ГБУЗ «Детская областная клиническая больница» г. Твери, в образовательном процессе со студентами, ординаторами и аспирантами ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России.

Личный вклад автора

Автору принадлежит основная работа в определении цели и задач исследования, выборе методов и разработке дизайна, формировании групп и отбора больных, обработке базы данных на пациентов, написании, анализе и обобщении результатов научной работы. Автором сформулированы выводы и практические рекомендации. Автор непосредственно участвовала в обследовании и лечении детей с ЭПЖ в гастродуоденальную зону в проведении хирургического и малоинвазивного вмешательства в качестве ассистента или оператора.

Публикации по теме работы

Опубликовано 10 печатных работ по теме диссертации, из них 3 статьи в отечественных рецензируемых журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией РФ, 2 публикации в журнале, индексируемом в международной базе данных Web of science, Scopus, 1 патент РФ на изобретение.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа изложена на 125 страницах машинописного текста. Состоит из введения, литературного обзора, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и литературы. Библиографический указатель включает 207 источников литературы, из них 100 отечественный и 107 зарубежных. Работа иллюстрирована 28 рисунками, 8 таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Исследование включает анализ результатов обследования и лечения 124 пациентов (мальчики: 66 — 53,2 %, девочки: 58 — 46,8 %) с диагнозом «Эктопия поджелудочной железы в гастродуоденальную зону», в возрасте от 2 месяцев до 17 лет включительно с 2002 по 2021 гг. Преобладали подростки в возрасте 13–15 лет. Для решения основных задач научного исследования были сформированы основная и контрольная группы. Основная группа представлена пациентами (n=31 — 25 %), которым выполнено оперативное лечение двумя способами: 1) традиционная верхнесрединная лапаротомия, гастротомия, удаление ЭПЖ; 2) лапароскопическая резекция стенки желудка, несущей ЭПЖ, с применением транспариетальных тракционных швов у детей (Патент №2021134470 от 24.11.2021). Контрольная группа сформирована из пациентов (n=93 — 75 %) с ЭПЖ, которым успешно проведено консервативное лечение (с 1997 по 2021 гг.). Сформирована

схема дизайна исследования (рисунок 1).



Рисунок 1 – схема дизайна исследования

Все больные соответствовали следующим **критериям включения:**

1. Пациенты в возрасте от 2 месяцев до 17 лет включительно.
2. Подтвержденный диагноз ЭПЖ по данным ЭГДС.
3. Гистологически верифицированный диагноз «хористомы».
3. Катамнез пациента более шести месяцев.

Критерии исключения:

1. Дети с подслизистыми образованиями желудка, не соответствующими эндоскопической картине ЭПЖ.
2. Наличие ранее проведенных абдоминальных операций, других аномалий развития ЖКТ.
3. Психическое заболевание пациента, не позволяющее критично отнестись к своему состоянию.

Общая характеристика групп исследования

В зависимости от примененного подхода к оперативному лечению основная группа разделилась на 2 подгруппы.

Исследуемая подгруппа I включала 9 детей, которые пролечены с 1997 по 2012 гг. согласно общепринятому способу хирургического подхода в лечении детей с ЭПЖ: верхнесрединная лапаротомия, гастротомия и удаление образования. В основе данного метода: интраоперационное выполнение ЭГДС с целью навигации, выведение в операционную рану стенки желудка, после чего пальпаторно по световому пятну определялась локализация хористомы, последняя резецировалась в пределах здоровых тканей. Рану ушивали в поперечном направлении двухрядным швом.

Исследуемая подгруппа II сформировалась из 22 детей, пролеченных в хирургическом отделении с 2013 по 2021 гг. Эти дети оперированы с использованием усовершенствованной

методики: лапароскопической резекции стенки желудка, несущей ЭПЖ, с применением новых технических решений в виде транспариетальных тракционных швов. Этапы данной методики: обзорная лапароскопия, эндоскопическая навигация хористомы с применением транспариетальных тракционных швов и резекция стенки желудка, несущей образование, с последующим ушиванием дефекта интракорпоральными швами.

Предлагаемый способ позволяет улучшить визуализацию операционного поля, значительно снизить риск интраоперационных осложнений, в том числе: минимизируется угроза подтекания желудочного сока в свободную брюшную полость и исключается возможность повреждения (прорезывания) кожи при создании натяжения. Временная фиксация желудка позволяет сделать лапароскопическую резекцию более эргономичной, так как исключается необходимость задействовать инструменты и ассистента для фиксации или тракции органов. В предлагаемом способе в области образования стенки желудка не используется коагуляция, что повышает информативность гистологического исследования относительно участка ЭПЖ.

С учетом преимуществ в виде снижения риска интра- и послеоперационных осложнений, уменьшения хирургической агрессии, минимальных косметических дефектов данный метод позволяет расширить показания к хирургическому лечению ЭПЖ. Смещение приоритетов от традиционной методики в сторону лапароскопической резекции ЭПЖ, дополненной новыми техническими решениями, позволили получить отличные результаты в послеоперационном периоде.

Контрольная группа включала 93 ребенка, которым диагностирована хориста по данным ЭГДС. Данной группе пациентов в условиях стационара и амбулаторном порядке успешно проведена консервативная терапия, что проявилось купированием болевого синдрома, диспепсических расстройств, нивелированием воспалительных изменений слизистой оболочки стенки желудка по данным ЭГДС. Наблюдение за этими пациентами позволило оценить клинические проявления хористомы, проанализировать показатели инструментальных исследований (ЭГДС, УЗИ), определить анатомические и морфологические особенности ЭПЖ у детей. Пациенты из контрольной группы выписывались под наблюдение гастроэнтеролога по месту жительства. С ежегодным мониторингом ЭГДС и УЗИ брюшной полости. Консервативное курсовое лечение подразумевало стандартные схемы гастропротекторной терапии.

Методы исследования

Эзофагогастродуоденоскопия является основным методом диагностики ЭПЖ. В настоящей работе данное исследование проведено всем пациентам обеих групп согласно принятым стандартам. Кроме того, группе больных из основной группы (n=31) ЭГДС выполнялась для оценки результатов хирургического лечения на 8–9 сутки, через 6, 12 месяцев после операции. Эндоскопическое исследование гастродуоденальной зоны осуществляли различными по диаметру гастродуоденоскопами в зависимости от возраста

детей. Для оценки результатов исследования использовали стандартные требования для описания эндоскопической картины: наличие, локализация выявленного новообразования в желудке, его размеры, форму, особые признаки, а также учитывали изменения в прилежащих областях слизистой желудка. На основании полученных статистических данных в связи с большей доступностью ЭГДС, расширением клинических знаний и представлений об эндоскопической картине ЭПЖ примерно в два раза увеличилось число диагностируемых хористом у детей.

Ультразвуковое исследование брюшной полости и забрюшинного пространства проводилось согласно принятым стандартам. Методика включала поисковое эхографическое исследование органов брюшной полости с применением конвексных датчиков частотой от 3,5 до 7,0 МГц. При детализации структуры проводилось тщательное полипозиционное исследование ПЖ линейными датчиками частотой 7,5–12 МГц. Особое внимание уделялось размеру, структуре, плотности основной ПЖ. Среди обследуемых детей ПЖ была расположена в типичном месте, имела ровные, четкие контуры; в 83,1 % случаев (n=103) ее структура была однородна, а в 16,9 % (n=21) отмечалась зернистость. Средние размеры поджелудочной железы соответствовали возрастной норме.

Морфологическое исследование удаленной ЭПЖ выполнено всем оперированным пациентам (n=31). С помощью световой микроскопии (окраска гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизону) определялся тип строения ЭПЖ (оценка строения протокового и экзокринного компонента), дифференцировка и степень выраженности воспаления окружающих тканей, глубина расположения хористомы в слоях стенки желудка.

Оценка вегетативного статуса. В связи с тесным взаимодействием вегетативной нервной системы (ВНС) и тонусом кишечной мускулатуры у 36 детей с ЭПЖ было проведено исследование вариабельности ритма сердца с применением клино-ортостатической пробы, оценкой исходного вегетативного статуса, вегетативной реактивности и индекса напряженности по Р.М. Баевскому. Обследование проводилось с помощью вегетотестера с программой «Полиспектр8Е/88» (2000 Гц, 12 бит) фирмы «Нейрософт». Продолжительность записи фоновой и ортостатической проб составляли по 300 циклов. По данным кардиоинтервалографии изучались показатели вегетативного баланса.

Оценка качества жизни. С использованием опросника SF-36 выполнена сравнительная оценка качества жизни пациентов (n=32), получавших оперативное и консервативное лечение по поводу ЭПЖ. Возраст анкетированных варьировал от 14 до 18 лет. Цель данного исследования — определить по качеству жизни пациента адекватность проведенных лечебных мероприятий на основе разработанного алгоритма диагностики и лечения ЭПЖ, оценить имеющийся уровень адаптации и отношение к своему заболеванию.

Статистическая обработка полученных результатов. Создание базы данных и обработка полученного материала проводились с использованием пакетов программ Microsoft® Office® 2010 (Microsoft Corporation, Tulsa, USA) и WinPEPI© 11.64 (J.H.Abramson).

Величины необходимых размеров выборок определены при помощи WinPEPI© 11.64 (J.H.Abramson) для минимально значимых различий и величин переменных, полученных в пилотных исследованиях и из литературных данных, пороговой величине доверительной вероятности равной 5 % и пороговой статистической возможности 80 %. Статистическая значимость различий между качественными переменными оценивалась при помощи точного критерия Фишера с апостериорным попарным сравнением по Сидак, Различия между средними величинами оценивались при помощи бутстреп-варианта качества пограничного уровня теста Стьюдента для независимых переменных, а также применялся гетероскедастический вариант теста Стьюдента (тест Саттертуайта)

В качестве порогового уровня статистической значимости принимали значение одно или двустороннего $p = 0,05$. Окончательное выверение таблиц и графиков осуществлялось средствами Microsoft® Office® 2010 и LibreOffice 4.2.7.2 (The Document Foundation Debian and Ubuntu ©).

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительное клиническое, инструментальное исследование и оценка эффективности алгоритма диагностики и лечения детей с ЭПЖ основной и контрольной групп

Среди исследуемых пациентов ($n=124$) гендерный состав исследуемых детей был примерно одинаков с незначительным преобладанием мальчиков 66 (53,2 %) по отношению к девочкам (58—46,8 %). Как видно из данных, представленных на рисунке 2, среди пациентов с ЭПЖ преобладали подростки 13–15 лет (29,83 %). Среди оперированных детей несколько преобладали девочки ($n=17$ — 54,84 %). Чаще ЭПЖ диагностировалась у детей старше 7 лет ($n=110$ — 88,71 %).

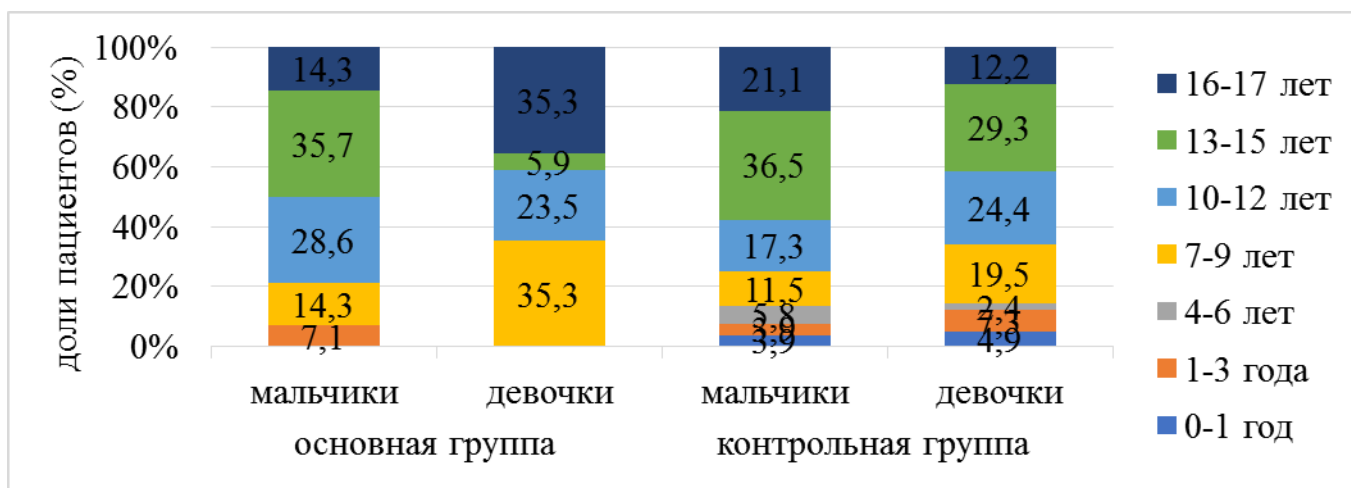


Рисунок 2 — возрастная-половая структура обследованных детей с ЭПЖ

У пациентов младшей возрастной группы (до 6 лет включительно, $n=14$ — 11,29 %) хористомы являлись случайной находкой во время проведения ЭГДС по поводу сопутствующей патологии и носила бессимптомное течение.

При клиническом осмотре у всех пациентов в обеих группах встречался болевой абдоминальный симптом: в основной группе в 100 % случаев, в контрольной — 94,62 %

(таблица 1). Заметим, что пациенты основной группы систематически отличались от больных контрольной (точный тест Фишера, $p < 0,001$). Основную группу характеризовало более тяжёлое течение заболевания, большая частота и выраженность симптомов

Таблица 1 — Распределение клинических признаков ЭПЖ у детей из основной и контрольной групп (%)

Симптомы	Основная группа n=31		Контрольная группа n=93		Итого n=124		P
	abc	%	abc	%	abc	%	
Болевой абдоминальный симптом	31 _a	100	88 _a	94,62	119	95,97	0,231
Изжога	27 _b	87,1	19 _b	20,43	46	37,1	<0,00
Тошнота	22 _b	70,97	26 _b	27,96	48	38,71	<0,00
Эруктация	18 _b	58,06	49 _c	52,69	67	54,03	0,454

Примечание. Для сравнения частоты в столбцах использован точный тест Фишера с апостериорным попарным сравнением по Сидак. Наличие одинаковых буквенных индексов в двух ячейках одного столбца говорит об отсутствии статистически значимых различий между этими ячейками.

Для сравнения основной и контрольной групп по строкам использован точный тест Фишера.

Анализ данных ЭГДС в исследуемых группах выявил некоторые особенности в эндоскопической картине у пациентов с ЭПЖ. Чаще всего образование локализовалось в антральном отделе по большой кривизне желудка в 2–3 см от привратника ($n=86$, 70,96 %). Выявлена вариабельность размеров ЭПЖ, что отражено в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение пациентов в соответствии с размерами ЭПЖ

Размеры ЭПЖ, см	Основная группа n=31		Контрольная группа n=93		Итого n=124	
	abc	%	abc	%	abc	%
0,5–1,0	8	29,03	67	72,04	75	61,29
1,0–2,0	17	54,84	26	27,95	43	34,68
2,0–3,0	6	19,35	–	–	6	4,83

Как видно из таблицы 3, чаще размеры диагностируемой ЭПЖ варьировали в пределах 0,5–1,0 см ($n=76$, 61,29 %). В то же время среди оперированных детей преобладали более крупные формы образования 1,0–2,0 см (54,84 %) и 2,0–3,0 см (19,35 %). Различия в распределениях ЭПЖ по размеру между группами было статистически значимым (точный тест Фишера, $p < 0,001$). Данные факты могут свидетельствовать о корреляции между размером и клинической агрессивностью хористомы, на основании чего размеры образования более 1,0–2,0 см можно рассматривать как риск-фактор манифестации ЭПЖ.

Проведен анализ встречаемости разных типов строения ЭПЖ в исследуемых группах. Распределение по типам основано на классификации, предложенной Н.В. Винокуровой, Н.А. Цап (2009): тип I — полиповидный, тип II — устьеvidный, тип III — кратерообразный (рисунок 2). Чаще встречался I тип строения ЭПЖ — в 69,35 % (n=86), на долю II типа приходилось 21,77 % (n=27) случаев, реже всех встречался кратерообразный III тип — 8,87 % (n=11). Данные различия были статистически значимыми (точный тест Фишера, $p < 0,001$).

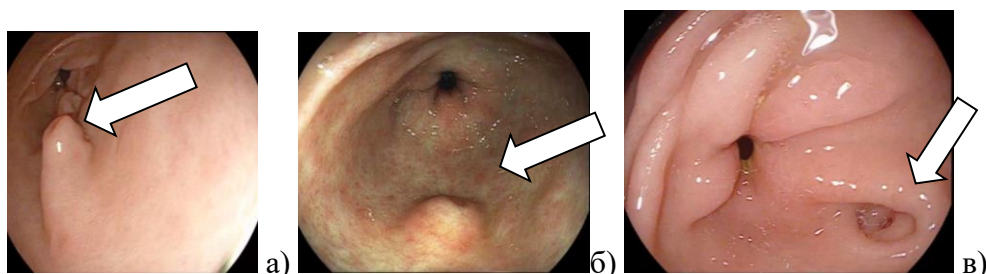


Рисунок 3 — Типы строения ЭПЖ согласно эндоскопической классификации Винокуровой Н.В., Цап Н.А. (2009): а) тип I — полиповидный; б) тип II — устьеvidный; в) тип III — кратерообразный

Анализ данных ЭГДС выявил, что ЭПЖ часто сочетается с различными патологиями ГДЗ, среди которых можно выделить гастродуоденит (72,5 %), дуоденогастральный рефлюкс (25 %), эзофагит (13,71 %). Соответственно, для определения правильной тактики лечения необходимо определиться с первопричиной абдоминального синдрома и диспепсических расстройств, которая может быть связана либо с ЭПЖ, либо с сопутствующим заболеванием. Заметим, что в контрольной группе, где с ЭПЖ сочетались гастродуоденит (74,19 %) и дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) (20,43 %) успешно проведено консервативное лечение, что можно связать с неагрессивностью ЭПЖ. Однако, ДГР в 38,71 % случаев встречался среди оперированных детей, что явилось статистически значимым показателем ($p < 0,05$). Данный факт подтверждает необходимость персонифицированного подхода к оперативному лечению детей с ЭПЖ. Кроме того, при проведении морфологического исследования образования и окружающей слизистой ткани необходимо учитывать, что на состояние последней может оказывать не только экзокринная функция ЭПЖ, но и наличие гастродуоденита, ДГР.

При выполнении морфологического исследования ЭПЖ в соответствии с модифицированной классификацией Н.В. Винокуровой (2009) первый (22,58 %, n=7) и третий (54,84 %, n=17) варианты строения ЭПЖ встречались чаще. Оба этих протоковых варианта (83,87 %) хористомы наиболее приближены к строению основной ПЖ, что может объяснять ее клиническую активность у группы прооперированных пациентов. Так, для 1 варианта характерно наличие экзокринной части и протокового компонента без панкреатических островков, а для 3 варианта — наличие всех структурных компонентов соответствующих нормальной гистологической структуре ПЖ (экзокринный, протоковый компонент и панкреатические островки). На рисунке 4 представлены морфологические особенности вариантов 1 и 3 ЭПЖ.

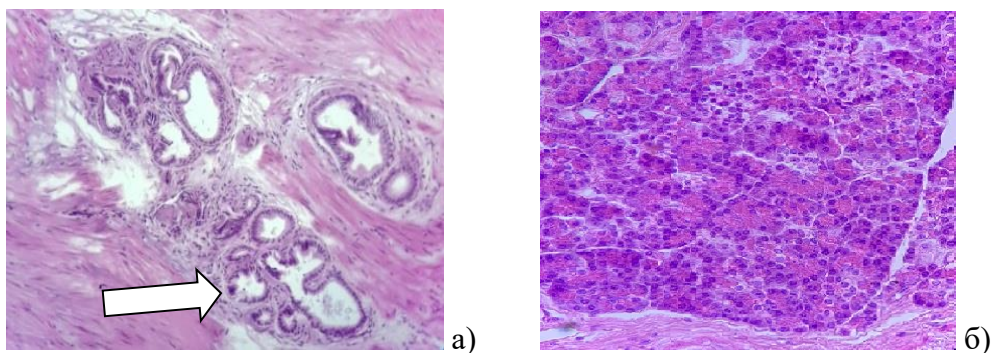


Рисунок 4: — а) — 1 вариант – ЭПЖ локализуется в мышечной оболочке желудка, стрелкой указан выводной проток с ацинусами, эндокринный компонент отсутствует, увеличение x 100; б) — 3 вариант — долька ПЖ (ацинусы и островки), увеличение x 200. Окраска гематоксилин-эозином

Выявлено, что степень активности хористомы может быть связана не только с ее морфологическим строением, но и поверхностной либо глубинной локализацией. ЭПЖ может располагаться в пределах одного-трех слоев стенки желудка. Распределение случаев по локализации ЭПЖ в стенке желудка представлено в таблице 3.

Таблица 3 — Распределение по локализации ЭПЖ в стенке желудка

Слой стенки желудка	Основная группа n=31		%	
Слизистый и подслизистый	2 _a		6,45	
Подслизистый и мышечный	15	22 _b	48,39	71
Мышечный	7		22,58	
Слизистый, подслизистый, мышечный	7 _a		22,58	

Примечание. Использован точный тест Фишера с апостериорным попарным сравнением по Сидак. Наличие одинаковых буквенных индексов в двух ячейках говорит об отсутствии статистически значимых различий между этими ячейками.

Выявлено, что чаще ЭПЖ располагалась в глубоких слоях стенки желудка с преимущественной локализацией в подслизистом и мышечном слоях (71 %, n=22), сопровождаемая гистологической картиной слабовыраженного продуктивного воспаления с развитием перидуктального и перилябулярного фиброза.

Алгоритм диагностики и лечения ЭПЖ

До настоящего времени обсуждается вопрос о сроках и рациональности консервативной терапии и значимых показаниях к хирургическому лечению для пациентов с ЭПЖ. Так, только отдельные формы хористомы клинически агрессивны и требуют хирургического вмешательства. В нашем исследовании выявлены риск-факторы, способствующие манифестации ЭПЖ, к ним относятся: крупные размеры (более 1,0 см — 74,19 %), протоковое строение (83,87 %) образования, его локализация в 2–3 см от антрального отдела желудка, наличие ДГР (38,71 %), глубокое

расположение в стенке желудка (71%), выраженные воспалительные изменения в слизистой оболочке желудка. Таким образом, для выбора оптимальной стратегии ведения пациентов с ЭПЖ, разработан лечебно-диагностический алгоритм, который персонализирует подход к пациентам с данной проблемой (рисунок 5).



Рисунок 5 — алгоритм диагностики и лечения ЭПЖ

Хирургическое лечение ЭПЖ

Показания для оперативного лечения:

- наличие ЭПЖ, поддерживающей длительное воспаление в слизистой оболочке желудка и ДПК;
- крупные размеры (более 1,0 см), локализация образования в 2–3 см от антрального отдела желудка, наличие ДГР, что является риск-фактором для клинически агрессивной ЭПЖ;
- сохраняющийся некупируемый болевой синдром;
- наличие диспепсических расстройств в связи с отсутствием эффекта от этапной гастропротекторной терапии.

Стандартная методика хирургического лечения ЭПЖ: после верхнесрединной лапаротомии в операционную рану выводили желудок и пальпаторно находили образование. Место нахождения хористомы также подтверждалось по световому пятну от введенного в желудок эндоскопа. Образование резецировали через все слои в пределах здоровых тканей. Рану ушивали в поперечном направлении двухрядным швом. Послеоперационный период у

всех детей (n=9) протекал гладко. По итогам контрольных исследований через 8–9 суток, 6 и 12 месяцев стандартная методика показала высокую результативность, которая проявилась полным регрессом болевого синдрома, диспепсических расстройств, отсутствием воспалительных изменений, а также ДГР по данным ЭГДС у 7 пациентов (77,78 %). У 2 детей в течение 6 месяцев отмечались периодические боли в животе, что объяснялось погрешностями питания, не соблюдением диеты, в связи с чем отмечались рецидивы гастродуоденита и у одного пациента диспепсические расстройства.

Недостатки стандартной методики: необходимость в проведении верхнесрединной лапаротомии (операционный разрез длиной 6–7 см), что создавало риск спаечных процессов в брюшной полости, травмировало мышцы передней брюшной стенки, наносило косметический дефект пациенту.

Усовершенствованная методика хирургического лечения ЭПЖ

Описание операционной техники. В условиях общей анестезии по нижнему краю пупочного кольца устанавливается оптический троакар, а в правой и левой мезогастральных областях троакары с манипуляторами. Проводится интраоперационная эндоскопическая навигация образования, которая подтверждает локализацию и размеры образования. Затем собирают устройство, включающее атравматичную иглу с нитью и фиксатор. Конец нити с иглой прокалывают через край фиксатора и трансперитонеально низводят в брюшную полость. Лапароскопическим иглодержателем захватывают иглу с нитью и прокалывают стенку желудка, отступая от образования около 2 см с последующим выведением иглы с нитью через брюшную стенку и фиксатор, удерживая свободные концы нити зажимом. Аналогичным способом накладывается транспариетальный тракционный шов с фиксатором с контрлатеральной стороны. Фиксатор с зажимом плотно прилегает к коже, равномерно распределяя давление по всей площади, которое возникает в результате натяжения желудка, и обеспечивает органостатическую функцию (рисунок ба). Затем биполярным коагулятором вскрывается просвет желудка, окаймляется участок ЭПЖ, резецируется стенка желудка с образованием (рисунок бб). Дефект ушивается в поперечном направлении двухрядными интракорпоральными швами (рисунок бв). Таким образом, происходит полнослойное удаление образования желудка.

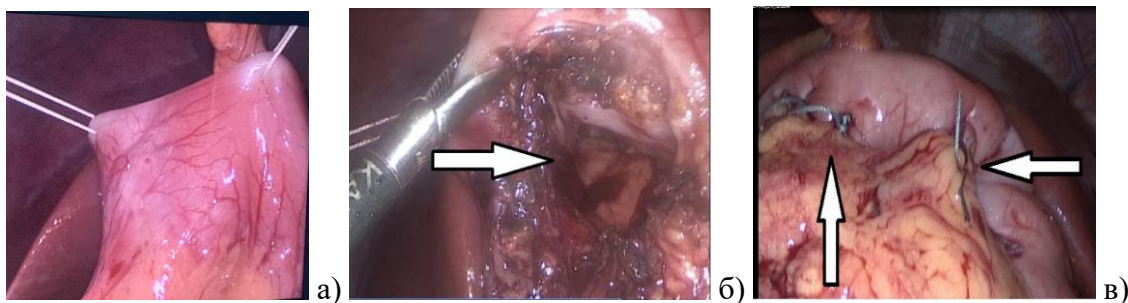


Рисунок 6 — а) — использование транспариетальных тракционных швов; б) — дефект стенки желудка перед ушиванием (стрелкой указана слизистая желудка); в- дефект желудка ушит двухрядными швами в поперечном направлении, проведена оментопексия на линию швов (указана стрелками).

Преимущества усовершенствованной методики: выполнение лапароскопической резекции стенки желудка с применением транспариетальных тракционных швов исключает необходимость использования дополнительных лапаропортов. Простота и экономичность устройства, с помощью которого осуществляется создаваемое непрерывное натяжение стенки желудка посредством нити, проведенной через фиксатор, обеспечивает органостатическую функцию необходимую для выполнения оперативного маневра при резекции образования и ушивания дефекта, что также сокращает время оперативного вмешательства. Минимизируется риск подтекания желудочного сока в свободную брюшную полость и исключается возможность повреждения кожи при создании натяжения. Важно заметить, что полнослойная резекция, отсутствие воздействия коагуляции непосредственно на образование, не повреждает макропрепарат и позволяет провести адекватное морфологическое исследование последнего. По данным катамнеза, у всех пациентов (n=22) ЭПЖ удалена полностью, рубцовая деформация желудка не отмечалась.

Сравнительный анализ ранних послеоперационных результатов

На основании представленных данных в таблице 4 можно сделать вывод, что усовершенствованная методика способствует более активной реабилитации пациента в раннем послеоперационном периоде, что подтвердилось сокращением продолжительности назначения обезболивающих препаратов за счет снижения травматичности операционного доступа и уменьшением сроков восстановления полноценной функции ЖКТ.

Таблица 4 — Сравнительный анализ ранних послеоперационных результатов пациентов, оперированных с использованием стандартной и усовершенствованной методик

Признаки	Верхнесрединная лапаротомия подгруппа 1 (n=9) (сутки)	Лапароскопическая усовершенствованная методика подгруппа 2 (n=22) (сутки)	P
Восстановление моторно-эвакуаторной функции	2,7 ± 0,3	1,0 ± 0,2	<0,001
Продолжительность болевого синдрома с последующим назначением анальгетиков	4,1 ± 0,5	2,2 ± 0,3	0,002
Продолжительность инфузионной терапии	4,8 ± 0,4	3,1 ± 0,3	0,004
Начало энтерального	3,4 ± 0,5	2,2 ± 0,3	0,043

питания			
---------	--	--	--

Примечание. Использован гетероскедастический вариант теста Стьюдента (тест Саттертуайта)

Всем оперированным больным (n=31) через 9 суток после оперативного лечения назначалась контрольная ЭГДС, по результатам которой у всех пациентов отмечалось наличие состоятельного послеоперационного рубца. У 28 детей (90,32 %) — значительное нивелирование признаков воспаления в слизистой оболочке желудка. У 3 пациентов наблюдались умеренные признаки гастродуоденита, которые затем регрессировали на фоне гастропротекторной терапии.

У 12 больных (38,71 %) наличие ДГР, выявленного до операции, на контрольной ЭГДС не определялось, что возможно связано с устранением механического фактора в области антрального отдела желудка, оказывающего влияние в том числе и на перистальтическую функцию мышечного слоя желудка.

Сравнительный анализ отдаленных результатов лечения детей с ЭПЖ

Выполнен контрольный осмотр пациентам из основной (n=31) и контрольной (n=37) групп через 6 месяцев после проведенного лечения, на основании которого осуществлен сравнительный анализ отдаленных результатов способов лечения (таблица 5). Более высокие показатели регресса абдоминального синдрома, диспепсических расстройств были характерны для пациентов контрольной и второй подгруппы, что можно связать с адекватным отбором пациентов, согласно разработанному алгоритму диагностики и лечения ЭПЖ у детей. У всех оперированных пациентов на контрольной ЭГДС через 6 месяцев не выявлен ДГР, что значительно снижает риск воспалительных изменений слизистой оболочки ДГЗ. При сравнении двух методик выявлено преимущество усовершенствованной перед стандартной, что проявилось полным регрессом абдоминального синдрома и диспепсических расстройств в 90,91 %.

Таблица 7 — Сравнительный анализ результатов лечения пациентов контрольной, 1 и 2 групп, оперированных стандартным и усовершенствованным способами удаления ЭПЖ, через 6 месяцев после проведенного лечения

Клинические симптомы	Контрольная группа n=93		Подгруппа 1 n=9		Подгруппа 2 n=22		P
	абс	%	абс	%	абс	%	
Полный регресс абдоминального синдрома	84	90,32	7	77,78	20	90,91	0,327
Периодические боли в животе	9	9,68	2	22,22	3	9,09	0,458
Отсутствие диспепсических расстройств	87	93,55	8	88,89	20	90,91	0,657
Диспепсические расстройства периодического характера	5	6,45	1	11,11	2	9,09	0,657

Воспалительные изменения по данным ЭГДС	6 _a	6,45	1 _b	11,11	1 _a	4,54	0,001
Наличие ДГР по данным ЭГДС	3 _a	3,23	- _b	-	- _b	-	0,019

Примечание. Использован точный тест Фишера с апостериорным попарным сравнением по Сидак. Наличие одинаковых буквенных индексов в двух ячейках одной строки говорит об отсутствии статистически значимых различий между этими ячейками.

Оценка вегетативного статуса у пациентов с ЭПЖ

С учетом тесного взаимодействия ВНС и ферментативной активности структур ЖКТ у 36 пациентов из основной (n=15) и контрольной (n=21) групп было проведено исследование variability ритма сердца с применением клино-ортостатической пробы, оценкой исходного вегетативного статуса, вегетативной реактивности и индекса напряженности по Р.М. Баевскому (2017–2021 гг.). По результатам данного исследования среди оперированных детей с ЭПЖ в 66,67 % случаев преобладал парасимпатический тип ВНС, в условиях которого может повышаться функциональная активность и клиническая агрессивность хористомы.

Оценка качества жизни

С помощью опросника SF-36 выполнена сравнительная оценка качества жизни детей с ЭПЖ из контрольной (n=20) и основной (n=12) групп. Анкетирование проводилось через 6 месяцев после проведенного консервативного либо оперативного лечения. Оперативное лечение было выполнено по новой разработанной методике. Оценка качества жизни обследуемых детей из контрольной и основной групп показала высокие результаты, приближенные к показателям здоровых детей. По шкалам ВР (интенсивность боли), РF (физическое функционирование), РР (ролевое функционирование) статистических различий между группами не отмечалось (p>0,05). На основании полученных данных можно сделать вывод, что тактика ведения пациентов, проведенная согласно разработанному алгоритму диагностики и лечения пациентов с ЭПЖ, новый внедренный метод оправданы и способствуют высокому качеству жизни.

ВЫВОДЫ

1. Для пациентов с клинически агрессивной формой эктопией поджелудочной железы, которая сопровождается выраженным абдоминальным синдромом, диспепсическими расстройствами, отсутствием эффекта от консервативной терапии, характерны размеры образования более 1,0 см (74,19 %), протоковое строение (83,87 %), глубокое расположение (71 %) в слоях стенки желудка, наличие дуоденогастрального рефлюкса (38,71 %), преобладание парасимпатического типа вегетативной нервной системы у 66,67 % детей.
2. Согласно разработанному алгоритму диагностики и лечения эктопии поджелудочной железы у детей осуществляется рациональное распределение по тактике ведения в виде декретированных сроков консервативного и хирургического лечения с учетом выявленных риск-факторов.
3. Предлагаемый лапароскопический способ с применением транспариетальных тракционных

швов создает комфортные условия для выполнения оперативного маневра при резекции эктопированной поджелудочной железы и ушивания дефекта стенки желудка, минимизирует риск подтекания желудочного сока в свободную брюшную полость и исключает возможность повреждения кожи при создании натяжения; полнослойная резекция, позволяет провести адекватное морфологическое исследование удаленного образования.

4. Усовершенствованная методика способствует более активной реабилитации пациента в раннем послеоперационном периоде в виде уменьшения сроков восстановления полноценной функции желудочно-кишечного тракта, моторно-эвакуаторной функции ($1,0 \pm 0,2$ суток), начала энтерального питания — $2,2 \pm 0,3$ суток, сокращения продолжительности назначения обезболивающих препаратов ($2,2 \pm 0,3$ суток). Усовершенствованная методика показала свою эффективность, что проявилось состоятельностью и герметичностью послеоперационного рубца на стенке желудка, нивелированием признаков воспаления в слизистой оболочке желудка (90,32 %), исчезновением дуоденогастрального рефлюкса, полным регрессом абдоминального синдрома и диспепсических расстройств в 90,91 % (через 6 месяцев после хирургического вмешательства).
5. Оценка качества жизни обследуемых детей из контрольной и основной групп показала высокие результаты, приближенные к показателям здоровых детей. По шкалам ВР (интенсивность боли), РР (физическое функционирование), РР (ролевое функционирование) статистических различий между группами не отмечалось ($p < 0,05$), что свидетельствует об адекватности разработанного алгоритма диагностики и лечения пациентов с эктопией поджелудочной железы, эффективности новой оперативной методики, которые способствуют высокому качеству жизни.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Эзофагогастродуоденоскопия является методом выбора в диагностике ЭПЖ, обеспечивающая высокую точность в выявлении, определении типа строения, размеров, локализации образования и определения степени воспалительных изменений слизистой оболочки вокруг него.
2. Соблюдение алгоритма диагностики и лечения, выявление риск-факторов, применение декретированных сроков консервативного лечения обеспечивает персонифицированный подход в выборе оперативной тактики, что минимизирует хирургическую агрессию.
3. Лапароскопическую резекцию стенки желудка с применением транспариетальных тракционных швов, которая позволяет эффективно удалить образование в гастродуоденальной зоне, следует считать методом выбора в хирургическом лечении ЭПЖ у детей. Лапаротомный доступ должен быть оставлен в связи с более длительным сроком

восстановления в раннем послеоперационном периоде и значимым косметическим дефектом на передней брюшной стенке.

4. Для выявления группы риска всем детям с длительным болевым синдромом следует расширять показания к выполнению ЭГДС, а при обнаружении ЭПЖ в гастродуоденальной зоне следует учитывать состояние вегетативного статуса нервной системы как предиктора ферментативной активности последней.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Румянцева Г.Н., Минько Т.Н., Бревдо Ю.Ф., Светлов В.В., Трухачев С.В., Казакова Е.И. Результаты оперативного лечения детей с эктопированной поджелудочной железой в гастродуоденальную зону у детей // Молодежь и медицинская наука: материалы VIII межвузовской научно-практической конференции молодых ученых с международным участием. — 2020. — С. 37. Л. вклад: 0,16.
2. Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Минько Т.Н., Бревдо Ю.Ф., Светлов В.В., Трухачев С.В., Казакова Е.И. Современный подход к диагностике и оперативному лечению неэпителиальных образований желудка у детей // Российский электронный журнал лучевой диагностики: материалы конгресса. — 2021. — Т. 11, № 2. — С. 44. Л. вклад: 0,14.
3. Румянцева Г.Н., Трухачев С.В., Бревдо Ю.Ф., Светлов В.В., Минько Т.Н., Казакова Е.И. К вопросу оперативного лечения эктопии поджелудочной железы в гастродуоденальную зону у детей. // Детская хирургия. Приложение. — 2021. — Т. 25, № 1. — С. 64. Л. вклад: 0,16.
4. Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Бревдо Ю.Ф., Минько Т.Н., Трухачев С.В., Светлов В.В., Юриков Д.А., Казакова Е.И. Роль эндоскопии в диагностике и лечении детей с эктопированной поджелудочной железой // Актуальные вопросы эндоскопии: материалы XII Всероссийской научно-практической конференции. — 2021. — С. 179. Л. Вклад 0,13.
5. Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Минько Т.Н., Трухачев С.В., Светлов В.В., Казакова Е.И. Двойная эктопия поджелудочной железы в желудок // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. — 2021. — Т. 11, № 3S. — С. 60. Л. вклад: 0,16.
6. **Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Бревдо Ю.Ф., Минько Т.Н., Трухачев С.В., Светлов В.В., Казаков А.Н., Казакова Е.И. Редкий случай успешного лечения двойной эктопии поджелудочной железы в стенку желудка у ребенка // Вопросы практической педиатрии. — 2021. — № 16 (5). — С. 141–146. Л. вклад: 0,875. ИФ РНИЦ – 0.62**
7. Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Минько Т.Н., Бревдо Ю.Ф. Диагностика и лечение эктопии поджелудочной железы // Неотложная детская хирургия и травматология: материалы X Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Москва 16–19 февраля 2022 г. // Детская хирургия. — 2022. № 26 (1, Приложение). Л. вклад: 0,2.

8. Румянцева Г.Н, Бревдо Ю.Ф., Казаков А.Н., Казакова Е.И. Современный взгляд на лечение эктопированной поджелудочной железы в гастродуоденальную зону у детей (обзор литературы) // Детская хирургия. — 2022. — № 26(1). — С. 18–23. Л. вклад: 1,5. ИФ РНИЦ – 0.342
9. Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Бревдо Ю.Ф., Минько Т.Н., Трухачев С.В., Светлов В.В, Казаков А.Н., Казакова Е.И. Диагностика подслизистых новообразований гастродуоденальной зоны у детей, современный взгляд на проблему: материалы XIII Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии, 27–29 апреля, Казахстан // Евразийский онкологический журнал. — 2022. — № 10(2) (приложение). — С. 628–629. Л. вклад 0,13.
10. Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Минько Т.Н., Трухачев С.В., Светлов В.В., Казаков А.Н., Казакова Е.И. 20-летний опыт диагностики и лечения эктопированной поджелудочной железы в гастродуоденальную зону у детей // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2022. — № 200(4). — С. 119–125. Л. вклад: 0,875. ИФ РНИЦ – 0.602
11. Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В, Казаков А.Н., Казакова Е.И. Патент на изобретение РФ «Способ лапароскопической резекции стенки желудка, несущей эктопированную поджелудочную железу, с применением транспариетальных тракционных швов у детей». №2021134470 от 19.09.2022.

СПИСОК УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ И СОКРАЩЕНИЙ

- ВНС — вегетативная нервная система
ГДЗ — гастродуоденальная зона
ДГР — дуоденогастральный рефлюкс
ДПК — двенадцатиперстная кишка
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
ПЖ — поджелудочная железа
УЗИ — ультразвуковое исследование
ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия
ЭПЖ — эктопия поджелудочной железы