

Клиническое наблюдение гетеротопии слизистой оболочки желудка в прямую кишку под маской ректального пролапса у мальчика 8 лет

Щербакова О.В.¹, Сытьков В.В.^{1,2,3}, Магер А.О.^{1,2}, Батаев С.М.^{1,3,4}

¹ Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства России (115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20)

² Российский университет медицины (127006, Россия, г. Москва, Долгоруковская ул., д. 4)

³ Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна Федерального медико-биологического агентства (123098, Россия, г. Москва, ул. Маршала Новикова, д. 23)

⁴ Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (117513, Россия, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1)

Резюме

Введение. Гетеротопия слизистой оболочки желудка в прямой кишке является крайне редкой врожденной аномалией. В мировой литературе описано не более 30 подобных наблюдений у детей. Клиническая картина неспецифична и чаще всего включает ректальные кровотечения, боль или дискомфорт при дефекации, что затрудняет своевременную диагностику.

Цель работы. Представить клинический случай редкой локализации гетеротопии слизистой оболочки желудка в прямую кишку у ребенка 8 лет и обсудить оптимальную диагностическую и лечебную тактику.

Материалы и методы. Мальчик 8 лет госпитализирован с жалобами на рецидивирующее ректальное кровотечение с 3-месячного возраста и выпадение слизистой прямой кишки с 7 лет. Выполнены физикальное обследование, колоноскопия с биопсией и гистологическое исследование биоптатов, позволившее уточнить диагноз.

Результаты. При колоноскопии в анальном канале визуализировано полиповидное новообразование на широком основании размером до 2,0 см в диаметре. Гистологически выявлена гетеротопия клеток слизистой оболочки желудка. Выполнено трансанальное слизисто-подслизистое иссечение образования. Послеоперационный период протекал без осложнений. Гистологическое исследование удаленного препарата подтвердило диагноз.

Заключение. Гетеротопия слизистой оболочки желудка в прямую кишку, несмотря на редкость, должна быть включена в дифференциально-диагностический поиск при ректальных кровотечениях у детей. Хирургическое иссечение является методом выбора, позволяющим радикально устранить патологический очаг и нивелировать риск возможной малигнизации во взрослом возрасте.

Ключевые слова: гетеротопия слизистой оболочки желудка, прямая кишка, дети, ректальное кровотечение, хирургическое лечение, клинический случай.

Для цитирования: Щербакова О.В., Сытьков В.В., Магер А.О., Батаев С.М. Клинический случай гетеротопии слизистой оболочки желудка в прямую кишку под маской ректального пролапса у мальчика 8 лет. *Архив педиатрии и детской хирургии*. 2026; 4 (2): 55–62. DOI: 10.66825/2949-4664-apps-4-2-55-62.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Щербакова Ольга Вячеславовна, д.м.н., заведующая хирургическим отделением Федерального научно-клинического центра детей и подростков Федерального медико-биологического агентства; e-mail: Shcherbakovaov@kidsfmba.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8514-3080>.

✉ Сытьков Валентин Вячеславович, к.м.н., доцент, врач – детский хирург, колопроктолог хирургического отделения Федерального научно-клинического центра детей и подростков Федерального медико-биологического агентства, доцент кафедры детской хирургии Российского университета медицины, доцент кафедры педиатрии и детской хирургии Федерального медицинского биофизического центра имени А.И. Бурназяна Федерального медико-биологического агентства; e-mail: val-sytkov@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6152-5693>.

Olga V. Shcherbakova, Dr. Sci. (Med.), Head of the Surgical Department at the Federal Scientific and Clinical Center for Children and Adolescents of the Federal Medical Biological Agency; e-mail: Shcherbakovaov@kidsfmba.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8514-3080>.

✉ Valentin V. Sytkov, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Pediatric Surgeon, Coloproctologist at the Surgical Department of the Federal Scientific and Clinical Center for Children and Adolescents of the Federal Medical Biological Agency, Associate Professor at the Department of Pediatric Surgery of Russian University of Medicine, Associate Professor at the Department of Pediatrics and Pediatric Surgery of A.I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center of the Federal Medical Biological Agency; e-mail: val-sytkov@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6152-5693>.

Матер Алена Олеговна, врач – детский хирург хирургического отделения Федерального научно-клинического центра детей и подростков Федерального медико-биологического агентства, лаборант кафедры детской хирургии Российского университета медицины; e-mail: mageral@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2498-0184>.

Батаев Саидхасан Магомедович, д.м.н., профессор, заместитель главного врача по хирургии Федерального научно-клинического центра детей и подростков Федерального медико-биологического агентства, профессор кафедры педиатрии и детской хирургии Федерального медицинского биофизического центра имени А.И. Бурназяна Федерального медико-биологического агентства, главный научный сотрудник отдела пластической и реконструктивной хирургии Российского национального медицинского исследовательского университета имени Н.И. Пирогова; e-mail: khassan-2@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0191-1116>.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Внешнее финансирование не привлекалось.

Alena O. Mager, Pediatric Surgeon at the Surgical Department of the Federal Scientific and Clinical Center for Children and Adolescents of the Federal Medical Biological Agency; Laboratory Assistant at the Department of Pediatric Surgery, Russian University of Medicine; e-mail: mageral@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2498-0184>.

Saidkhasan M. Bataev, Dr. Sci. (Med.), Professor, Deputy Chief Physician for Surgery at the Federal Scientific and Clinical Center for Children and Adolescents of the Federal Medical Biological Agency, Professor at the Department of Pediatrics and Pediatric Surgery, A.I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center of the Federal Medical Biological Agency; Chief Researcher at the Department of Plastic and Reconstructive Surgery, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University; e-mail: khassan-2@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0191-1116>.

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

Funding. No external funding was received.

CLINICAL CASE

Clinical case of gastric mucosa heterotopy in the rectum mimicking rectal prolapse in an 8-year-old boy

O.V. Shcherbakova¹, V.V. Sytkov^{1,2,3}, A.O. Mager^{1,2}, S.M. Bataev^{1,3,4}

¹ Federal Scientific and Clinical Center for Children and Adolescents of the Federal Medical-Biological Agency of Russia (20 Moskvorechye st., Moscow, Russia, 115409)

² Russian University of Medicine (4 Dolgorukovskaya st., Moscow, Russia, 127006)

³ A.I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center of the Federal Medical-Biological Agency (23 Marshal Novikov st., Moscow, Russia, 123098)

⁴ N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (1 Ostrovityanova st., Moscow, Russia, 117513)

Summary

Introduction. Heterotopy of the gastric mucosa in the rectum is an extremely rare congenital anomaly. Fewer than 30 such cases in children have been reported in the global literature. The clinical presentation is nonspecific and most commonly includes rectal bleeding, pain, or discomfort during defecation, which complicates timely diagnosis.

Objective. To present a clinical case of a rare localization of gastric mucosa heterotopy in the rectum in an 8-year-old child and to discuss the optimal diagnostic and treatment strategy.

Materials and methods. An 8-year-old boy was hospitalized with complaints of recurrent rectal bleeding since the age of 3 months and rectal mucosal prolapse since the age of 7 years. Physical examination,

colonoscopy with biopsy, and histological analysis of the biopsy specimens were performed to confirm the diagnosis.

Results. Colonoscopy revealed a polypoid mass on a broad base in the anal canal, up to 2,0 cm in diameter. Histological examination confirmed heterotopy of gastric mucosa cells. Transanal mucosal-submucosal excision of the lesion was performed. The postoperative period was uneventful. Histological analysis of the resected specimen confirmed the diagnosis.

Conclusion. Despite its rarity, gastric mucosa heterotopy in the rectum should be included in the differential diagnosis of rectal bleeding in children. Surgical excision is the treatment of choice: it allows for complete removal of the pathological focus

Keywords: gastric mucosa heterotopy, rectum, children, rectal bleeding, surgical treatment, clinical case.

For citation: : O.V. Shcherbakova, V.V. Sytkov, A.O. Mager, S.M. Bataev. Clinical case of gastric mucosa heterotopy in the rectum mimicking rectal prolapse in an 8-year-old boy. *Archives of Pediatrics and Pediatric Surgery*. 2026; 4 (2): 55–62. DOI: 10.66825/2949-4664-apps-4-2-55-62.

Актуальность

Гетеротопия слизистой оболочки желудка (ГСОЖ) представляет собой врожденное состояние, при котором нормальная желудочная ткань располагается в атипичном для нее месте. Данная аномалия может встречаться на любом участке пищеварительной трубки – от ротовой полости до ануса, однако наиболее частой локализацией являются пищевод и дивертикул Меккеля [1]. По данным литературы, эндоскопическая распространенность гетеротопии желудочной слизистой в проксимальных отделах желудочно-кишечного тракта варьирует от 18–30% в верхней части пищевода до 0,1–10% в 12-перстной и тонкой кишке [2–4]. Локализация ГСОЖ в прямой кишке является исключительно редкой патологией: в доступной мировой литературе описано немногим более 90 наблюдений у взрослых пациентов [5–7], из них около 30 у детей [8–10]. Крайне низкая частота данной врожденной аномалии развития обуславливает отсутствие клинической настороженности у практикующих врачей, что в сочетании с неспецифичными симптомами (ректальное кровотечение, боль, тенезмы, выпадение слизистой прямой кишки) нередко приводит к поздней диагностике и длительному неэффективному лечению.

Таким образом, накопление данных о каждом клиническом наблюдении ГСОЖ прямой кишки у детей представляет научный и практический интерес для улучшения диагностики и выбора оптимальной лечебной тактики.

Цель исследования: представить клинический случай гетеротопии слизистой оболочки желудка прямой кишки в сочетании с ректальным пролапсом у ребенка 8 лет, а также алгоритм обследования и хирургической коррекции данной патологии.

Результаты и обсуждение клинического наблюдения

Мальчик У., 8 лет (2018 года рождения). Ребенок от третьей беременности, протекавшей без

особенностей. Роды самостоятельные, срочные. При рождении вес – 3480 г, рост – 53 см, по шкале Апгар – 8/8 баллов. Пороков развития и родовой травмы не было. Грудное вскармливание до 6 месяцев. Психомоторное развитие по возрасту. В анамнезе – ротавирусный гастроэнтерит. Операций и травм не было. Наследственность не отягощена.

Анамнез заболевания: со слов родителей, с 3-месячного возраста у ребенка отмечались эпизоды выделения алой крови из ануса при дефекации. Симптоматическое лечение (подбор смеси для энтерального питания, пробиотики) и контроль за регулярной дефекацией – с кратковременным эффектом. В лабораторных анализах патологических изменений не выявлялось, дополнительное инструментальное обследование не проводилось.

С мая 2025 года (в возрасте 7 лет) родители стали отмечать периодическое выпадение слизистой оболочки прямой кишки после дефекации, сопровождающееся ректальными кровотечениями различной интенсивности (рис. 1а, б).

В ноябре 2025 года мальчик был впервые госпитализирован в стационар по месту жительства с жалобами на выпадение прямой кишки.

Общеклинический анализ крови (26.11.2025): эритроциты – $4,79 \times 10^{12}$, лейкоциты – $5,2779 \times 10^9$, гемоглобин – 139 г/л, СОЭ – 6,54 мм/ч.

По результатам колоноскопии (27.11.2025): слизистая нижнеампулярного отдела прямой кишки по задней стенке очагово эритематозна, определяется полиповидная гипертрофия складки. Заключение: полиповидная гипертрофия складки нижнеампулярного отдела прямой кишки. Взята биопсия. Гистологическое исследование – желудочная метаплазия?

Поставлен диагноз «выпадение слизистой оболочки прямой кишки». Назначена симптоматическая терапия, даны рекомендации по опорожнению в положении лежа. Назначено комплексное консервативное лечение: медикаментозная терапия («Дюфалак»,



а (a)



б (b)

Рисунок 1. Пациент 8 лет. Клиническая картина гематохезии и выпадения прямой кишки после дефекации: а – в положении сидя, б – в положении лежа

Figure 1. An 8-year-old patient. Clinical presentation of hematochezia and rectal prolapse following defecation: a – patient in a sitting position, b – patient in a supine position

«Нейробион», «Кудесан»), очистительные клизмы, микроклизмы с облепиховым маслом, ванночки, физиотерапия, массаж, иглорефлексотерапия. Эффекта не получено, кровь в стуле и периодические выпадения кишки сохранялись.

В декабре 2025 года ребенок обследован в Детской городской клинической больнице города Москвы, где по результатам эндоскопического и патоморфологического исследования заподозрена гетеротопия слизистой оболочки желудка в прямую кишку.

Проведена илеоколоноскопия (16.12.2025): осмотрены отделы толстой кишки и дистальные отделы подвздошной кишки. В просвете немного полужидкого содержимого. Слизистая во всех отделах розовая, складки обычной формы, сосудистый рисунок четкий. В анальном канале с переходом в нижеампулярный отдел прямой кишки по заднебоковой стенке определяется гиперплазированная складка неправильной вытянутой формы на широком основании с неярко гиперемизированной поверхностью, размером 3,5–4,0 × 1,2–2,0 см. Заключение: гиперплазированная складка нижеампулярного отдела прямой кишки. Взята биопсия. Гистологическое исследование: на микропрепарате фрагменты слизистой оболочки желудочного типа. Поверхностный эпителий представлен зрелым фовеолярным цилиндрическим эпителием со слабыми реактивными изменениями. Железы фундального типа, часть желез кистозно расширена. Собственная пластинка со слабой лимфоплазмоцитарной инфильтрацией. Заключение: морфологическая картина гамартомы.

Консультирован детским колопроктологом в Федеральном научно-клиническом центре (ФНКЦ) детей и подростков ФМБА России, рекомендовано плановое оперативное лечение. При поступлении в ФНКЦ детей и подростков ФМБА России в феврале 2026 года – жалобы на выделения алой крови из ануса, выпадение прямой кишки из ануса после дефекации.

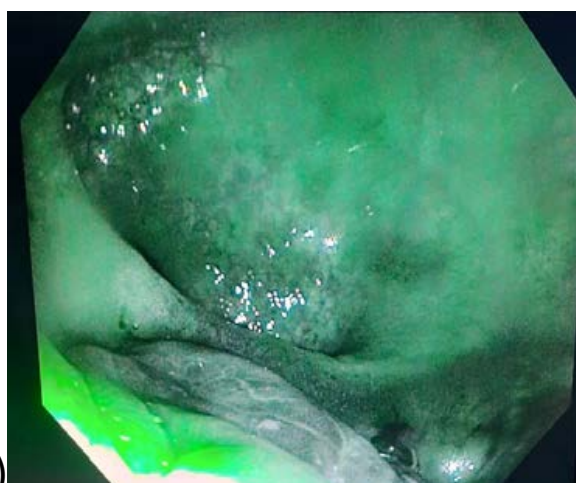
Состояние средней степени тяжести. Температура тела – 36,6 °С. Сатурация – 99%. ЧД – 24 в минуту. Пульс – 84 удара в минуту. АД – 100 на 65 мм рт. ст. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Симптом поколачивания в проекции почек отрицательный с обеих сторон. Мочится самостоятельно. Стул самостоятельный. Местно: анус сомкнут, опрятен, расположен типично. При натуживании отмечается зияние ануса.

Проведена ректороманоскопия. Уровень осмотра – 25 см. Сигмовидная кишка – просвет кишки не деформирован, не расширен, видимая слизистая оболочка бледно-розовая, сосудистый рисунок четкий, складки ровные, тонус удовлетворительный. Прямая кишка – просвет кишки не деформирован, чистый, видимая слизистая оболочка бледно-розовая, блестящая, сосудистый рисунок четкий. Складки ровные. Тонус удовлетворительный. Венозные коллекторы не расширены. В прямой кишке сразу за анальным каналом определяется плоско-приподнятый участок эпителия размером до 1,5 см, рядом с которым небольшой дефект слизистой до 0,2–0,3 см, покрытый гематином. При осмотре в режиме NBI рисунок эпителия регулярный по желудочному типу (рис. 2а, б). Заключение: гетеротопия желудочного эпителия в прямую кишку?

После предоперационной подготовки выполнено хирургическое вмешательство – трансанальная слизисто-подслизистая резекция новообразования (26.02.2026). Под общей анестезией после обработки операционного поля установлено кольцо-ретрактор ануса. В прямую кишку введен ректальный марлевый тампон, фиксирован нитью. При ревизии в нижеампулярном отделе прямой кишки на 0,5 см выше зубчатой линии по заднебоковой поверхности



а (a)



б (b)

Рисунок 2. Пациент 8 лет. Эндоскопическая картина: визуализировано полиповидное образование; а – эндоскопия в белом свете, б – эндоскопия в режиме NBI (узкоспектральная эндоскопия)

Figure 2. An 8 year old patient. Endoscopic findings showing a polypoidlesion; a – whitelight endoscopy, b – narrow band imaging (NBI) endoscopy

с 3 до 5 часов визуализируется полиповидное образование на широком основании до 2–2,5 см в диаметре (рис. 3).

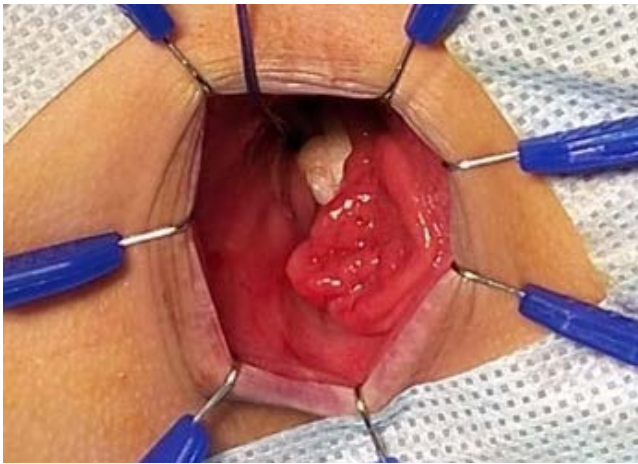


Рисунок 3. Пациент 8 лет. Интраоперационная картина: полиповидное образование на широком основании, в просвете кишки – марлевый тампон

Figure 3. An 8 year old patient. Intraoperative view showing a sessile polypoidlesion; a gauze swab is visible in the intestinallumen

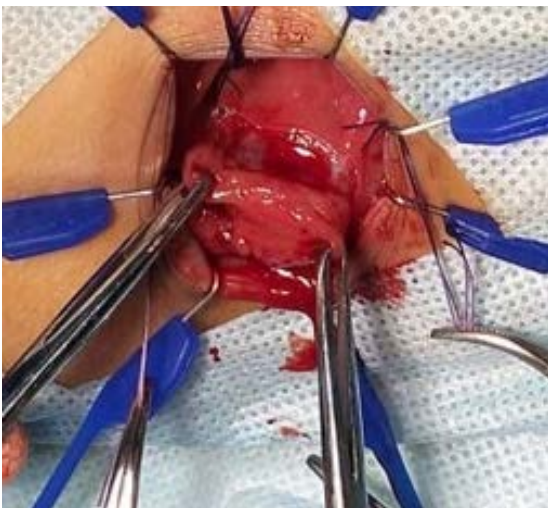
Проведена этапная мобилизация новообразования (с помощью монополярной коагуляции, тупо и остро) – трансанальная слизисто-подслизистая резекция гетеротопии, в пределах визуально неизмененных тканей; гемостаз с помощью биполярной коагуляции, узловые швы на дефект стенки (рис. 4а, б, в, г).

Макропрепарат отправлен на патоморфологическое исследование (рис. 5).

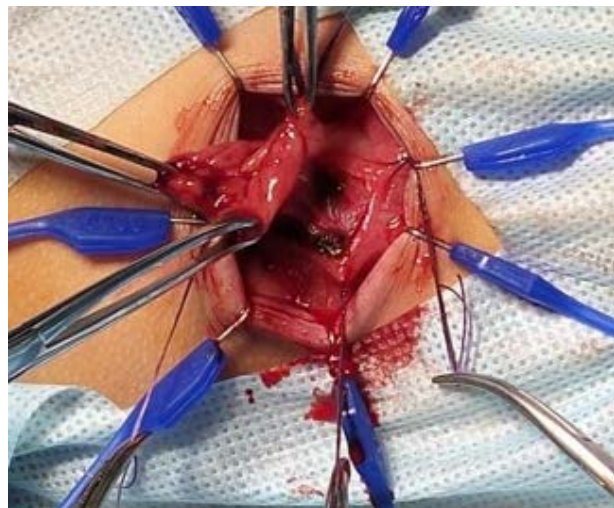
Гистологическое исследование: в препаратах фрагмент слизистой оболочки и подслизистого слоя, на некоторых участках выстланные слизистой оболочкой толстокишечного типа с характерными кишечными криптами, а также отмечаются зоны со слизистой оболочкой желудочного типа с поверхностным эпителием и концевыми отделами главных кислотопродуцирующих желез желудка, содержащих париетальные и главные клетки.

Заключение: гетеротопия слизистой оболочки фундального отдела желудка в слизистую оболочку толстой кишки в области прямой кишки.

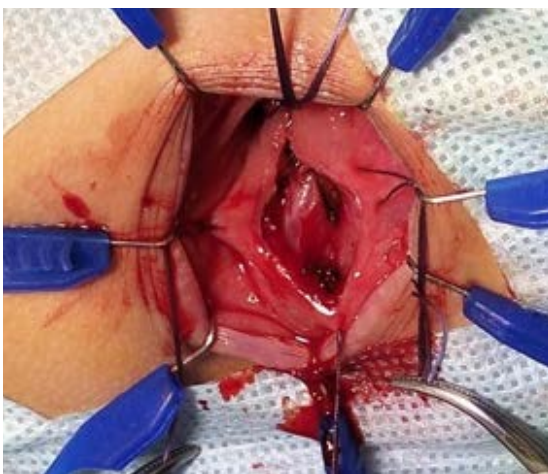
В раннем послеоперационном периоде прово-



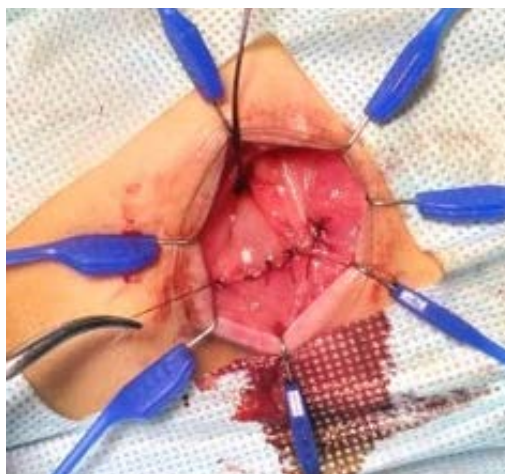
а (a)



б (b)



в (c)



г (d)

Рисунок 4. Пациент 8 лет. Интраоперационная картина: а, б – этапы мобилизации участка гетеротопии; в – дно раны представлено мышечным слоем прямой кишки; г – герметичные узловые швы на слизистой оболочке

Figure 4. An 8 year old patient. Intraoperative view: а and б – show the stages of mobilization of the heterotopic tissue segment; в – the wound bed is represented by the muscular layer of the rectum; г – airtight interrupted sutures placed on the mucous membrane

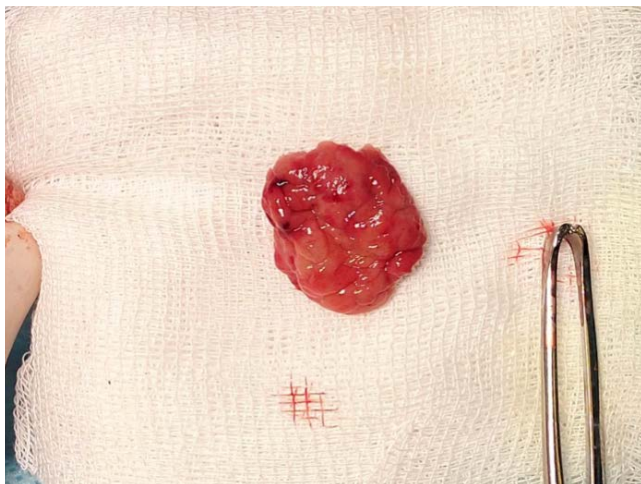


Рисунок. 5. Макропрепарат – участок гетеротопии слизистой оболочки желудка в прямую кишку
Figure 5. Macroscopic specimen showing a segment of gastric mucosa heterotopy within the rectum

дилась антибактериальная, обезболивающая, инфузионная, гемостатическая и симптоматическая терапия. Ректальный тампон удален на 4-е сутки. Питание разрешено на 2-е сутки, энтеральное питание – с 5-х суток. Очистительная клизма проведена на 4-е и 5-е сутки, с 6-х суток – самостоятельный стул, оформленный, без патологических примесей. Пациент выписан на 8-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Катамнез – 1 месяц после операции. Жалоб не предъявляет, стул ежедневный, оформленный. Эпизодов выпадения кишки и примеси крови в стуле нет. Планируется контрольное эндоскопическое обследование через 3 месяца.

Обсуждение

Первый известный случай гетеротопической слизистой оболочки желудка в прямой кишке был описан G.H. Ewell и R.H. Jackson в 1939 году у 6-летнего мальчика [11], и до настоящего времени желудочная гетеротопия остается одним из наиболее редко выявляемых пороков развития, несмотря на широкое внедрение эндоскопических исследований в клиническую педиатрическую практику. Представленное наблюдение демонстрирует характерную для данной патологии позднюю диагностику, обусловленную неспецифичностью клинической картины и недостаточной осведомленностью педиатров и детских хирургов.

В обзоре, подготовленном F. Iacopini *et al.*, отмечено, что у подавляющего большинства (69%) пациентов с ГСОЖ в прямую кишку и анальный канал имелись аноректальные симптомы, такие как гематохезия и анальная боль [5]. У 11% пациентов наблюдались неясные, неспецифические симптомы со стороны брюшной полости (абдоминальные боли и дискомфорт). Вероятнее всего, клиническая

симптоматика зависит от локализации гетеротопии – в 41% наблюдений ГСОЖ располагалась в анальном отверстии и промежностной части прямой кишки, в 33% случаев – в нижней части прямой кишки, в 8% – в средней части и в 18% – в проксимальном отделе прямой кишки.

Исключительно редкой локализацией является ГСОЖ в толстую кишку, что может клинически проявиться перфорацией, инвагинацией и кишечным кровотечением [12].

Такой симптом желудочной гетеротопии прямой кишки, как выпадение слизистой кишки (или участка с гетеротопией), описан в единственной публикации – у ребенка 2-летнего возраста [13].

В нашем клиническом наблюдении эпизоды примеси крови в стуле у ребенка отмечались с грудного возраста, но только в 7 лет появились боли при дефекации и ректальный пролапс, что послужило поводом для проведения инструментальной диагностики.

Эндоскопическая картина ГСОЖ в прямую кишку у детей обычно представлена полиповидными выпячиваниями, у взрослых чаще встречаются плоские неоплазии. Кроме того, большинство плоских образований обнаруживаются случайно у бессимптомных пациентов взрослого возраста [14]. Другим заболеванием, которое может маскировать ГСОЖ в прямую кишку, может являться синдром солитарной язвы прямой кишки [15]. Поскольку диагноз желудочной гетеротопии невозможно поставить эндоскопически, «золотым стандартом» диагностики является патоморфологическое исследование [3].

Консервативные методы лечения желудочной гетеротопии – блокаторы протонной помпы, антибактериальная и противовоспалительная терапия – могут привести к купированию симптомов [2]. Однако, по мнению F. Iacopini *et al.*, в 62% случаев отмечается клинический рецидив и только радикальное удаление очага гетеротопии приводит к клинико-эндоскопической ремиссии [5]. Учитывая, что симптомы могут негативно влиять на качество жизни пациента, а также имеется потенциальный риск злокачественной трансформации участков гетеротопии, не стоит игнорировать выявленные изменения желудочно-кишечного тракта. Выбор оперативного доступа и объема хирургического вмешательства должен учитывать локализацию и размеры гетеротопии [8]. На сегодняшний день предпочтение отдается малоинвазивным методам лечения – эндоскопической резекции слизистой оболочки, аргонплазменной абляции, эндоскопической подслизистой диссекции [5, 9, 14].

В нашем случае участок гетеротопии располагался в нижеампулярном отделе прямой кишки, в зоне хирургического анального канала, что по-

зволило выполнить оперативное вмешательство трансанальным доступом, проведя иссечение образования в пределах здоровых тканей и сохранив интактной зубчатую линию.

Выводы

Данный клинический пример демонстрирует случай поздней диагностики врожденного заболевания, проявлявшегося рецидивирующими ректальными кровотечениями с грудного возраста и эпизодами выпадения прямой кишки в дошкольном возрасте. Сложность гистологической верификации

Участие авторов / Author contribution

Щербак О.В. – определение концепции, анализ данных и литературных источников, окончательное редактирование рукописи.
Сытков В.В. – поиск литературы, анализ данных, написание черновика рукописи, обработка интраоперационных фотографий, подготовка иллюстраций.
Магер А.О. – обработка и анализ медицинских данных, редактирование рукописи.
Батаев С.М. – администрирование проекта, рецензирование рукописи, утверждение окончательного варианта.

Список литературы

1. Wolff M. Heterotopic gastric epithelium in the rectum: a report of three new cases with a review of 87 cases of gastric heterotopia in the alimentary canal. *Am J Clin Pathol.* 1971 May; 55 (5): 604–16. DOI: 10.1093/ajcp/55.5.604.
2. Лохматов М.М., Королев Г.А., Будкина Т.Н. и соавт. Клинический случай: большие участки гетеротопии слизистой оболочки желудка в пищеводе у ребенка. *Доказательная гастроэнтерология.* 2023; 12 (1): 109–113. DOI: 10.17116/dokgastro202312011109.
3. Terada T. Heterotopic gastric mucosa of the gastrointestinal tract: a histopathologic study of 158 cases. *Pathol Res Pract.* 2011 Mar 15; 207 (3): 148–50. DOI: 10.1016/j.prp.2010.12.004.
4. Rodríguez-Martínez A., Salazar-Quero J.C., Tutau-Gómez C., et al. Heterotopic gastric mucosa of the proximal oesophagus (inlet patch): endoscopic prevalence, histological and clinical characteristics in paediatric patients. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2014 Oct; 26 (10): 1139–45. DOI: 10.1097/MEG.000000000000177.
5. Iacopini F., Gotoda T., Elisei W., et al. Heterotopic gastric mucosa in the anus and rectum: first case report of endoscopic submucosal dissection and systematic review. *Gastroenterol Rep (Oxf).* 2016 Aug; 4 (3): 196–205. DOI: 10.1093/gastro/gow006.
6. Dinarvand P., Vareedayah A.A., Phillips N.J., et al. Gastric heterotopia in rectum: A literature review and its diagnostic pitfall. *SAGE Open Med Case Rep.* 2017 Feb 17; (5): 2050313X17693968. DOI: 10.1177/2050313X17693968.
7. Covington J.D., Zong Y., Talat A., et al. Mass-Forming Gastric Heterotopia of the Rectum: A Series of 3 Cases from a Single Tertiary Health Center. *Am J Case Rep.* 2022 Jul 26; (23): e936631. DOI: 10.12659/AJCR.936631.
8. Щербак О.В., Хабибуллина Л.Р. Желудочная гетеротопия в прямую кишку у ребенка. Клиническое

в связи с редкостью патологии и отсутствие опыта детских хирургов также обусловили долгий путь к радикальному хирургическому вмешательству.

Полученные данные подчеркивают необходимость наличия клинической настороженности детских хирургов, педиатров и гастроэнтерологов при появлении неспецифических аноректальных симптомов (гематохезия, выпадение слизистой оболочки прямой кишки и боль при дефекации), вне зависимости от возраста детей. Публикация редких клинических наблюдений способствует накоплению опыта в лечении этой нозологии.

O.V. Shcherbakova – concept definition, data and literature review, final manuscript editing.
V.V. Sytkov – literature search, data analysis, drafting the manuscript, processing intraoperative photographs, preparing illustrations.
A.O. Mager – medical data processing and analysis, manuscript editing.
S.M. Bataev – project administration, manuscript review, approval of the final version.

наблюдение казуистической патологии. *Колонпроктология.* 2021; 20 (4): 87–91. DOI: 10.33878/2073-7556-2021-20-4-87-91.

9. Soares J., Ferreira C., Marques M., et al. Endoscopic Mucosectomy in a Child Presenting with Gastric Heterotopia of the Rectum. *GE Port J Gastroenterol.* 2017 Nov; 24 (6): 288–291. DOI: 10.1159/000478939.
10. Patricia-Rae Meyer B., Nguyen J., Wilsey M., et al. Heterotopic Gastric Mucosa Causing Rectal Bleeding in a Young Child. *JPGN Rep.* 2022; 3 (2): e184. Published 2022 Feb 25. DOI: 10.1097/PG9.0000000000000184.
11. Ewell G.H., Jackson R.H. Aberrant gastric mucosa in the rectum with ulceration and hemorrhage. *Wis Med J.* 1939; 38 (64): 3.
12. Fujiwara S., Nishimura R., Koyamada N. Intussusception of Heterotopic Gastric Mucosa in the Transverse Colon: A Rare Cause of Perforation and Bleeding. *Cureus.* 2024 Mar 14; 16 (3): e56142. DOI: 10.7759/cureus.56142.
13. D'Sa S., Mziray-Andrew C., Porayette P. An Unusual Case of Gastric Heterotopia Presenting as Rectal Prolapse. *ACG Case Rep J.* 2024 Jan 25; 11 (1): e01250. DOI: 10.14309/crj.0000000000001250.
14. Peng D., Qiu T., Chen S., et al. A case report of heterotopic gastric mucosa in the rectum treated by endoscopic submucosal dissection and a systematic review. *Medicine (Baltimore).* 2023 Jul 28; 102 (30): e34491. DOI: 10.1097/MD.00000000000034491.
15. Al-Hussaini A., Lone K., Al-Sofyani M., et al. Gastric heterotopia of rectum in a child: a mimicker of solitary rectal ulcer syndrome. *Ann Saudi Med.* 2014 May-Jun; 34 (3): 245–9. DOI: 10.5144/0256-4947.2014.245.

References

1. Wolff M. Heterotopic gastric epithelium in the rectum: a report of three new cases with a review of 87 cases of gastric heterotopia in the alimentary

- canal. *Am J Clin Pathol*. 1971 May; 55 (5): 604-16. DOI: 10.1093/ajcp/55.5.604.
2. Lokhmatov MM, Korolev GA, Budkina TN, et al. Clinical case: Large areas of gastric mucosa heterotopia in the esophagus in a child. *Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology*. 2023; 12 (1): 109–113 (in Russ). DOI: 10.17116/dokgastro202312011109.
 3. Terada T. Heterotopic gastric mucosa of the gastrointestinal tract: a histopathologic study of 158 cases. *Pathol Res Pract*. 2011 Mar 15; 207 (3): 148–50. DOI: 10.1016/j.prp.2010.12.004.
 4. Rodríguez-Martínez A, Salazar-Quero JC, Tutau-Gómez C, et al. Heterotopic gastric mucosa of the proximal oesophagus (inlet patch): endoscopic prevalence, histological and clinical characteristics in paediatric patients. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2014 Oct; 26 (10): 1139–45. DOI: 10.1097/MEG.0000000000000177.
 5. Iacopini F, Gotoda T, Elisei W, et al. Heterotopic gastric mucosa in the anus and rectum: first case report of endoscopic submucosal dissection and systematic review. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2016 Aug; 4 (3): 196–205. DOI: 10.1093/gastro/gow006.
 6. Dinarvand P, Vareedayah AA, Phillips NJ, et al. Gastric heterotopia in rectum: A literature review and its diagnostic pitfall. *SAGE Open Med Case Rep*. 2017 Feb 17; (5): 2050313X17693968. DOI: 10.1177/2050313X17693968.
 7. Covington JD, Zong Y, Talat A, et al. Mass-Forming Gastric Heterotopia of the Rectum: A Series of 3 Cases from a Single Tertiary Health Center. *Am J Case Rep*. 2022 Jul 26; (23): e936631. DOI: 10.12659/AJCR.936631.
 8. Sherbakova OV, Khabibullina LR. Gastric heterotopia in the rectum in a child: A clinical observation of a casuistic pathology. *Coloproctology*. 2021; 20 (4): 87–91 (in Russ.). DOI: 10.33878/2073-7556-2021-20-4-87-91.
 9. Soares J, Ferreira C, Marques M, et al. Endoscopic Mucosectomy in a Child Presenting with Gastric Heterotopia of the Rectum. *GE Port J Gastroenterol*. 2017 Nov; 24 (6): 288–291. DOI: 10.1159/000478939.
 10. Patricia-Rae Meyer B, Nguyen J, Wilsey M, et al. Heterotopic Gastric Mucosa Causing Rectal Bleeding in a Young Child. *JPGN Rep*. 2022; 3 (2): e184. Published 2022 Feb 25. DOI: 10.1097/PG9.0000000000000184.
 11. Ewell GH, Jackson RH. Aberrant gastric mucosa in the rectum with ulceration and hemorrhage. *Wis Med J*. 1939; 38 (64): 3.
 12. Fujiwara S, Nishimura R, Koyamada N. Intussusception of Heterotopic Gastric Mucosa in the Transverse Colon: A Rare Cause of Perforation and Bleeding. *Cureus*. 2024 Mar 14; 16 (3): e56142. DOI: 10.7759/cureus.56142.
 13. D'Sa S, Mziray-Andrew C, Porayette P. An Unusual Case of Gastric Heterotopia Presenting as Rectal Prolapse. *ACG Case Rep J*. 2024 Jan 25; 11 (1): e01250. DOI: 10.14309/crj.00000000000001250.
 14. Peng D, Qiu T, Chen S, et al. A case report of heterotopic gastric mucosa in the rectum treated by endoscopic submucosal dissection and a systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2023 Jul 28; 102 (30): e34491. DOI: 10.1097/MD.00000000000034491.
 15. Al-Hussaini A, Lone K, Al-Sofyani M, et al. Gastric heterotopia of rectum in a child: a mimicker of solitary rectal ulcer syndrome. *Ann Saudi Med*. 2014 May-Jun; 34 (3): 245–9. DOI: 10.5144/0256-4947.2014.245.

Получена: 02.04.2026

Принята в печать: 07.05.2026