

При аналізі факторів, які вплинули на результати внутрішнього ендоскопічного дренування, слід відмітити недостатню ефективність у 5 (1,0%) хворих встановлення лише одного тонкого (7 Fr) м'якого стенту при множинному холедохолітазі, синдромі Mirizzi. При множинному холедохолітазі в одного (2,6%) хворого виявився неефективним і НБД, який ми поставили без папілосфінктеротомії лише після парціальної папілотомії з балонною дилатацією відповідно до рекомендацій Токійського консенсусу 2006 року [6]. У 11 (2,1%) хворих відбулася дислокація стентів через широкий папілотомний розріз (некоректно підібраний розмір стента), а в 3 (7,7%) пацієнтів з холедоха відійшов НБД. Вірогідної різниці у ефективності стентування або НБД нами не виявлено, проте дислокація НБД відбувалася частіше. Хворі з НБД постійно скаржилися на дискомфорт і були обмежені у своїй фізичній активності, а в одного хворого розвинулася пневмонія.

У 32 хворих, в основному старшого віку або з важкою супутною патологією, яка визначала високу ступінь операційного ризику (переважно IV клас за таблицею ASA), ендобілярне стентування або внутрішнє ендоскопічне дренування жовчного міхура виявилось остаточною методом інвазивного лікування хворих з білярною обструкцією, у тому числі й ускладнену гострим холециститом. Із значним покращенням, розриванням механічної жовтяниці, холангіту та гострого холециститу вони виписані з лікарні через $8,3 \pm 3,21$ діб. При тривалому (1-6 років) спостереженні за 26 хворими з цієї групи виявлено, що у п'яти хворих конкременти в холедоха спонтанно розпалися і відійшли, а стенти їм було видалено; трьом хворим пізніше вдалося провести літотрипсію; ще трьох оперували у плановому порядку після повторних ендоскопічних замін стентів; двох хворих померли від ускладнень ЖКК; 13 померли від захворювань, не пов'язаних з ЖКК.

При аналізі ускладнень у хворих, яким проведено ендоскопічне білярне дренування, виявлено, що специфічні для ЕТВ ускладнення розвинулися у 20 (3,6%) пацієнтів: клінічно значима кровотеча з місця папілотомії — 8 (1,5%), панкреатит — 11 (2,0%), ретродуоденальна перфорація — 1 (0,2%) хворий. У двох хворих з гнійним септичним холангітом після білярної декомпресії й лаважу жовчних проток антисептиками виникла маніфестація септичного шоку з вираженою артеріальною гіпотензією, тахікардією, пе-

риферійним вазоспазмом, що вимагало проведення відповідної інтенсивної консервативної терапії.

Таким чином, при порівнянні ефективності білярної декомпресії в умовах неліквідованого холедохолітазу нами не виявлено переваг назобілярного дренування перед ендобілярним стентуванням ні в профілактиці розвитку холангіту, ні в лікуванні вже наявного холангіту. Гіпотетично, переваги назобілярного дренування з постійним лаважем можуть проявитися при великій кількості конкрементів і замазки у холедосі, проте такий самий дренуючий ефект можна отримати при встановленні кількох (2-3) стентів. При парціальній папілотомії та при балонній дилатації папіли НБД слід використовувати з обережністю. При ліквідованій білярній обструкції додаткове білярне дренування взагалі недоцільне: НБД створює значний фізичний і психологічний дискомфорт у пацієнтів і може бути причиною бронхо-легеневих ускладнень.

Література

1. Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Элин А.Ф. с соавт. (2005) Экстренная хирургия желчных путей: руководство для врачей. (Донецк). ООО "Лебедь". 434 с.
2. Назыров Ф.Г., Струцкий Л.П., Девятов А.В. с соавт. (2011) Результаты эндоскопических вмешательств у пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой. Новости хирургии. 19; 4: 36-41
3. Lai J.H., Wang H.Y., Chang W.H. et al. (2012) Recurrent cholangitis after endoscopic lithotripsy of common bile duct stones with gallstones in situ: predictive factors with and without subsequent cholecystectomy. J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. Part A. 22; 4: 324-329
4. Redwan A.A. (2009) Multidisciplinary approaches for management of postcholecystectomy problems (surgery, endoscopy, and percutaneous approaches). Surg. Laparosc. Percutan. Tech. 19; 6: 459-469
5. Stefanidis G., Christodoulou C., Manolakopoulos S., et al. (2012) Endoscopic extraction of large common bile duct stones. World J. Gastrointest. Endosc. 4; 5: 167-179
6. Tsuyuguchi T., Takada T., Kawarada Y. et al. (2007) Techniques of biliary drainage for acute cholangitis: Tokyo Guidelines. J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. 14; 1: 35-45
7. Yang J., Peng J.Y., Chen W. (2012) Endoscopic biliary stenting for irretrievable common bile duct stones: Indications, advantages, disadvantages, and follow-up results. The Surgeon. 10; 4: 211-217

АРТЕРИО-ВЕНОЗНА МАЛЬФОРМАЦІЯ — РЕДКА ПРИЧИНА СКРИТОГО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕННЯ

Крылова Е.А., Кутняк В.Н., Мазур А.В.

Диагностическое отделение, Институт гастроэнтерологии НАМН Украины, клиника "Медісвіт", г. Днепропетровск, Украина

Введение

Одной из причин кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), когда источник кровотечения располагается в кишечнике дистальнее связки Трейтца, являются ангиодисплазии тонкой и толстой кишки (частота кровотечений из них варьирует в зависимости от возраста) [1-8, 10]. Причем причиной массивных кишечных кровотечений в 30% случаев являются кавернозные гемангиомы и ангиодисплазии слизистой оболочки тонкой и толстой кишок (артериовенозные мальформации) [3].

Артериовенозная мальформация (АВМ) — патологическая связь между венами и артериями, обычно врожденная. Эта патология широко известна из-за ее возникновения в центральной нервной системе, но она может сформироваться в любом месте организма. Генетические предрасположенность к АВМ и факты передачи ее по наследству неизвестны, поэтому считается, что АВМ — не наследственное заболевание. В АВМ, чаще всего, отсутствует капиллярная сеть, вследствие чего осуществляется прямое шунтирование крови из артериального бассейна в систему поверхностных и глубоких вен.

Наиболее сложны для диагностики кровотечения из АВМ тонкой кишки. Для выявления их применяют ангиографию ("золотой стандарт" диагностики сосудистых патологий) и сцинтиграфию. При ангиографии с заполнением бассейна верхней и нижней брыжеечных артерий можно обнаружить выход контрастного вещества из кровеносных сосудов (экстравазаты) в просвет кишечника. Метод дает положительные результаты в 40-85% случаев, если объем кровопотери превышает 0,5 мл в 1 мин. Сцинтиграфия с эритроцитами, мечеными ^{99}Tc , или с тромбоцитами, мечеными радиоактивным In , позволяет выявить источник кровотечения, если объем кровопотери превышает 0,05-0,1 мл в 1 мин. Сцинтиграфия считается более чувствительным методом диагностики кишечных кровотечений, чем ангиография, и к тому же относится к неинвазивным методам. Вместе с тем сцинтиграфия требует больше времени для проведения и, кроме того, сопровождается накоплением радиоактивных изотопов в печени и селезенке, что может маскировать экстравазаты дистальной области и, таким образом, затруднять интерпретацию результатов исследования [1, 2].

В последние годы для диагностики заболеваний тонкой кишки, в первую очередь для установления причины скрытого ЖКК, применяется метод капсульной эндоскопии. Нага А.К. с соавт., так же считают АВМ, ангиодисплазии, телеангиоэктазии или ангиоэктазии, наиболее распространенной причиной скрытых ЖКК и выявляли их у 21%-53% пациентов, подвергшихся капсульной эндоскопии [3, 6-10]. Частота их выявления увеличивалась с увеличением возраста больных и при эндоскопии эти образования, в зависимости от размеров, имели вид от паукообразных сосудистых звездочек, не возвышающихся над поверхностью слизистой до узловатых, опухолевидных, выступающих в просвет сосудистых образований.

Материал и методы

Приводим клинический случай диагностики АВМ тонкой кишки методом капсульной эндоскопии с применением системы *Miro-Cam* (Корея), которая включает: капсулу, прибор для записи изображений — ресивер с набором датчиков, прикрепленных на туловище пациента в определенном порядке, и рабочую станцию с программным обеспечением для просмотра и интерпретации полученных данных. Принцип работы заключается в передаче высококачественных цифровых снимков на ресивер, который находится на теле пациента весь период исследования (11 часов) [2].

Результаты исследования

Пациент Л., 1984 года рождения, болен с 1998 года, когда появились жалобы на слабость, головокружение. При обследовании было установлено снижение уровня гемоглобина до 67 г/л, при отсутствии признаков кровотечения. Пациенту проводилась терапия с включением препаратов железа, на фоне которой состояние улучшилось. Такие жалобы возникали 1-2 раза в год, снижались уровень гемоглобина и железа, при этом признаков кровотечения при ЭГДС и колоноскопии не выявляли. После симптоматической терапии состояние улучшалось, уровень железа и гемоглобина приближался к норме.

В октябре 2012 года пациент обратился в ГУ "Институт гастроэнтерологии НАМН Украины" для проведения исследования тонкой кишки с применением капсульной эндоскопии. Состояние пациента было удовлетворительное, жалоб не предъявлял.

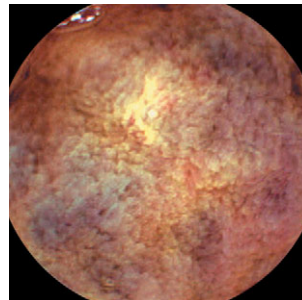


Рис. 1
Участки синюшного цвета слизистой тощей кишки (01:15:16).

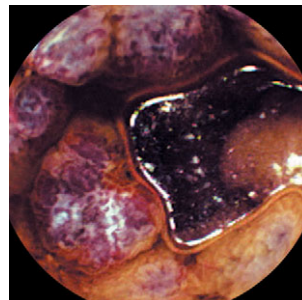


Рис. 2
Экзофитные опухолеподобные узлы синюшного цвета тощей кишки (01:16:36).

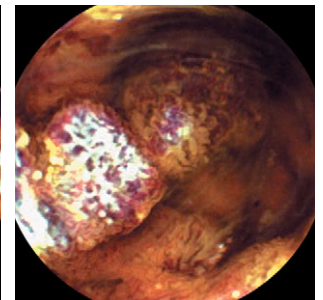


Рис. 3
Экзофитные опухолеподобные узлы синюшного цвета тощей кишки (01:24:41).

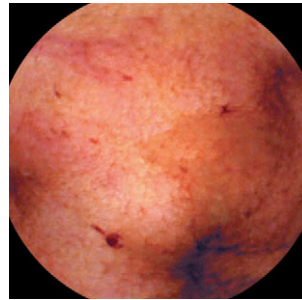


Рис. 4
На фоне утолщенных ворсин слизистой тощей кишки в просвете прожилки крови (04:35:48).

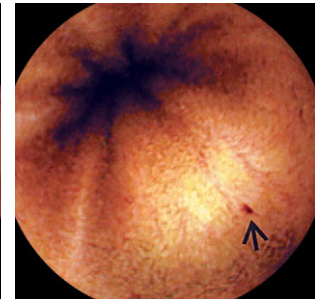


Рис. 5
В просвете подвздошной кишки прожилки крови (05:31:14).

Уровень гемоглобина 125 г/л, железа 7,0 ммоль/л. Последнее снижение уровня гемоглобина до 111 г/л в июне 2012 г., когда отмечал слабость и головокружение, находился на амбулаторном лечении в течение месяца. После подготовки, которая включала голод в течение 12 часов в сочетании с применением раствора полиэтиленгликоля, было выполнено исследование тонкой кишки.

После считывания данных с ресивера и расшифровки полученных изображений выявлено поражение тонкой кишки, а именно начальных отделов тощей кишки. В начальном отделе тощей кишки выявлены участки слизистой синюшного цвета, не выступающие над поверхностью. При продвижении капсулы дистальнее — просвет тощей кишки изменен за счет экзофитных узлов разнообразной формы, синюшного цвета, с ярко-красными пятнами. Протяженность пораженного участка точно определить не представлялось возможным, предположительно протяженность поражения достигала 10 см. Эндоскопическая картина патологического участка тощей кишки, полученная при проведении капсульной эндоскопии, представлена на рис. 1-3 (в скобках — время от начала исследования).

Дистальнее пораженного участка слизистая тощей и подвздошной кишки не имела выраженных изменений, однако ворсинки ее были утолщены, преимущественно в дистальных отделах тощей кишки. На отдельных участках тощей и подвздошной кишки в просвете выявлялись единичные прожилки крови темно-коричневого и красного цвета (рис. 4-5). На основании полученной эндоскопической картины сформировано заключение: Энтеропатия (с преимущественным поражением тощей кишки). Экзофитное образование тощей кишки (вероятно, сосудистое). Нельзя исключить артерио-венозную мальформацию. Признаки гипомоторики тонкой кишки. Рекомендована консультация хирурга.

Больной был направлен в Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова, Киев, где был прооперирован 25/12-2012 г. На операции — протяженность поражения тощей кишки достигала 15 см. Диагноз после операции: Врожденная сосудистая мальформация петли тощей кишки. Рецидивирующее кишечное кровотечение.

СЛУЧАЙ РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ АБЕРРАНТНОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Крылова Е.А., Симонова Е.В., Гончар Г.В.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», Днепрпетровск, Украина

Введение

Аберрантная (добавочная, хористоматозная) поджелудочная железа (АПЖ) — это гетеротопия панкреатической ткани в различные отделы желудочно-кишечного тракта без связи с поджелудочной железой (ПЖ). Частота встречаемости гетеротопии ПЖ составляет до 0,2% случаев при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости и до 13% случаев — при аутопсиях [1, 2]. Наиболее частая локализация АПЖ — в гастродуоденальной зоне (от 63 до 70%), в желудке (25,5%) с преимущественным расположением в антральном отделе желудка, двенадцатиперстной кишке (27,7%), тощей кишке (15,9%) [1-4, 9].

Аберрантная поджелудочная железа чаще встречается у мужчин. Макроскопически добавочная панкреаса имеет вид полипа на широком основании или представляет собой дольчатое уплотнение овальной или круглой формы, эластичной консистенции, покрытое неизменной слизистой оболочкой. В центре таких достаточно крупных полиповидных образований иногда определяется точечное втяжение — это устье протока добавочной поджелудочной железы. Микроскопически преобладают железистые элементы, выводящие протоки, очень редко — островки Лангерганса.

В большинстве случаев АПЖ существует бессимптомно и диагноз устанавливается случайно, что и объясняет временной ник выявляемости АПЖ в возрастном интервале 40-70 лет. При локализации аберрантной поджелудочной железы в гастродуоденальной зоне могут наблюдаться боли в эпигастральной области, тошнота, рвота. При повышенной секреторной активности или значительных ее размерах, АПЖ может быть причиной пептических язв с эрозией сосудов и кишечным кровотечением.

Однако чаще жалобы больных обусловлены независимыми от АПЖ патологическими состояниями верхнего отдела пищеварительного тракта (гастродуоденальной рефлюксной болезнью, хроническим гастритом или гастродуоденитом и др.) [4]. В большинстве случаев самочувствие больных не изменяется до появления осложнений со стороны АПЖ [1, 2, 4]. Среди последних различают воспаление, некроз и перфорацию желудочной или кишечной стенки, обструкцию пилорического отдела, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в участках расположения АПЖ с кровотечением или возникновением кишечной непроходимости, формирование кист и абсцедирование АПЖ, ее малигнизацию [5-9].

Ведущим методом диагностики АПЖ является эндоскопическое исследование. По размерам основы АПЖ может быть от 0,1 до 5 см, макроскопически соответствуя полипу на широком основании. Без визуализации выводного протока АПЖ воспринимается как опухоль — округлое подслизистое образование, которое сложно отличить от лейомиомы, фибромы, карцинома и др. [1, 3]. Окончательно установить характер процесса позволяет лишь гистологическое исследование. По глубине АПЖ чаще всего локализуется в подслизистой области (75%), реже располагается в мышечной и субсерозном слоях, еще реже охватывает все слои стенки желудка [3, 4]. Поэтому провести обычную биопсию сложно, поскольку нужно прокусить щипцами слизистую оболочку над АПЖ или прийти биопсионными щипцами в ее устье [1, 2].

Наиболее информативной в диагностике АПЖ является эндоскопическая ультрасонография [9], которая позволяет определить наличие выводящего протока.

Расположение АПЖ в пищеводе довольно редкое — в англоязычной литературе сообщается о незначительном количестве таких находок (до 20 пациентов) [7].

Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия. Послеоперационный период протекал без особенностей. Больной в удовлетворительном состоянии выписан под наблюдением хирурга по месту жительства.

Таким образом, капсульная эндоскопия — эффективный метод диагностики источника желудочно-кишечного кровотечения, не установленного при гастроскопии и колоноскопии. В приведенном случае результаты капсульной эндоскопии обусловили стратегию лечения пациента (что отмечается в 9-77% случаев желудочно-кишечных кровотечений) [2].

Литература

1. Овчинников А. (2002) Желудочно-кишечные кровотечения. Врач. 2: 11-16
2. Степанов Ю.М., Крылова О.О. (2012) Застосування відеокапсульної ендоскопії в комплексній діагностиці захворювань тонкої кишки. 2 (64): 64-74
3. Шептулин А.А. (2000) Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Лікування та діагностика. 4: 47-58
4. Bollinger E., Raines D., Saitta P. (2012) Distribution of bleeding gastrointestinal angioectasias in a Western population. World J Gastroenterol. 18 (43): 6235-6239
5. Gerson L.B., Baticic M.A., Newsom S.L., et al. (2009) Long-term outcomes after double-balloon enteroscopy for obscure gastrointestinal bleeding. Clin Gastroenterol Hepatol. 7: 664-669
6. Hara A.K., Leighton J.A., Sharma V.K., et al. (2004) Small bowel: preliminary comparison of capsule endoscopy with barium study and CT. Radiology. 230: 260-265
7. Hara A.K., Leighton J.A., Sharma V.K. et al. (2005) Fleischer. Imaging of Small Bowel Disease: Comparison of Capsule Endoscopy, Standard Endoscopy, Barium Examination, and CT. RadioGraphics. 25: 697-711
8. Kameda N., Higuchi K., Shiba M., et al. (2008) A prospective, single-blind trial comparing wireless capsule endoscopy and double-balloon enteroscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding. J Gastroenterol. 43: 434-440
9. Okazaki N., Fujiwara Y., Sugimori S., et al. (2009) Prevalence of mid-gastrointestinal bleeding in patients with acute overt gastrointestinal bleeding: multi-center experience with 1,044 consecutive patients. J Gastroenterol. 44: 550-555
10. Selby W., Faigel D.O., Cave D.R., (2007) Vascular Abnormalities of the Small Bowel. In: editors. Capsule Endoscopy. Philadelphia: Saunders. 165-181

Материал и методы исследования

Приводим клинический случай редкой локализации АПЖ в пищеводе. Исследование проведено аппаратом *Olympus GIF-Q20*.

Результаты исследования

Пациентка М., 41 год, болеет с 2003 года, когда впервые появились болевой и диспепсический симптомы. Лечилась самостоятельно. Ухудшилось состояние летом 2005 г., когда появились тошнота, отрыжка, изжога, сухость во рту, ощущение дискомфорта в подложечной области и боль в подреберьях после еды. В связи с неэффективностью лечения по месту жительства 15/11-2005 поступила в клинику Института гастроэнтерологии НАМН Украины, где была тщательно обследована.

При выполнении гастроскопии в пищеводе над зубчатой линией выявлено полиповидное образование на широком основании, размеры его 3х3х4мм, верхушка его гиперемирована — взята биопсия. Желудок и двенадцатиперстная кишка — без особенностей. В заключении: полип (II типа) дистального отдела пищевода.

Гистологическое исследование: под многослойным плоским покровным эпителием пищевода — добавочная поджелудочная железа с протоком в зоне кардинальных желез желудка. По клиническим данным, выводам лабораторных и инструментальных методов исследования поставлен клинический диагноз: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с эзофагитом; аберрантная поджелудочная железа с локализацией в пищеводе; хронический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori* (фаза обострения); дисфункция желчного пузыря по гипотоническому типу. Проведено лечение, в результате которого состояние больной улучшилось и она выписана из стационара в удовлетворительном состоянии. Находится под наблюдением.

Приведенный пример является довольно характерным для выявления АПЖ. Больная в течение жизни фактически не предъявляла жалоб на пищеварительную систему, т.к. АПЖ была бессимптомной. В данном случае, АПЖ была случайной находкой, как и в большинстве случаев ее выявления. Однако, описанная АПЖ, отличается от многих других своей редкой локализацией — в области желудочно-пищеводного перехода.

Литература

1. Маев И.В., Кучерявый Ю.А. (2005) Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии. 3: 24-30
2. Степанов Ю.М., Шербинина М.Б., Будзак И.Я., с соавт. (2007) Аберрантная поджелудочная железа: современные представления и собственное наблюдение редкой локализации. Сучасна гастроентерологія. 4 (36): 11-15
3. Cho J.S., Shin K.S., Kwon S.T., et al. (2000) Heterotopic pancreas in the stomach: CT findings. Radiology. 217: 139-144
4. Eisenberger C.F., Gocht A., Knoefel W.T., et al. (2004) Heterotopic pancreas — clinical presentation and pathology with review of the literature. Hepatogastroenterology. 51: 854-858
5. Ganapatha S., Hunt D.R. (2005) A unique case of pancreatitis and retention cyst in esophageal heterotopic pancreas. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 15: 345-347
6. Neupert G., Appel P., Braun S., et al. (2007) Heterotopic pancreas in the gallbladder: diagnosis, therapy, and course of a rare developmental anomaly of the pancreas (in German). Chirurg. 78: 261-264
7. Quaila C.M., Rossi T.M., Ullah A. (2007) Heterotopic pancreatic tissue found in the esophagus of a 14-year-old girl. Gastroenterol Hepatol. 3: 939-940
8. Razi M.D. (1966) Ectopic pancreatic tissue of esophagus with massive upper gastrointestinal bleeding. Arch Surg 92: 101-104
9. Temes R.T., Menen M.J., Davis M.S., et al. (2000) Heterotopic pancreas of the esophagus masquerading as Boerhaave's syndrome. Ann Thorac Surg. 69: 259-261