

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 плотное 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 пик 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