

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, хористоста) 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 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 соответствия 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