

ID: 2013-02-8-A-2297

Клинический случай

Гуляева Н.Ю., Логинов С.В.

К вопросу о диагностике дуоденальной эктопии поджелудочной железы

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра поликлинической терапии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Губанова Г.В.

Резюме

В статье приводится случай посмертной диагностики дуоденальной эктопии ткани поджелудочной железы. При этом данная патология маскировалась язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, что затруднило ее своевременное прижизненное выявление. Дуоденальная эктопия поджелудочной железы послужила причиной рецидивирования язвенной болезни, тяжелого ее течения и развития пилородуоденального стеноза. При диагностике заболеваний двенадцатиперстной кишки следует принимать во внимание существование такой аномалии, каковой является эктопическая поджелудочная железа и связанные с ней изменения в этих органах.

Ключевые слова: эктопия поджелудочной железы, пилородуоденальный стеноз

Актуальность проблемы

В отечественной литературе имеются лишь единичные наблюдения дуоденальной эктопии ткани поджелудочной железы [1, 2, 3], в связи с чем лечащие врачи не всегда владеют полной информацией о данной проблеме.

Цель исследования - демонстрация клинического случая ретроспективной диагностики дуоденальной эктопии ткани поджелудочной железы.

Материалы и методы

Больной С., 77 лет находился на обследовании и лечении в отделении гастроэнтерологии НУЗ ДКБ города Саратова дважды за 2011 год. В первую госпитализацию 02.02.11г. пациент поступил с жалобами на тупые, ноющие боли в эпигастрии, возникающие натощак, преимущественно в ночное время, уменьшающиеся после приема пищи или антацидов, тошноту, тяжесть в области желудка после приема пищи, задержку стула до трех дней, общую слабость. Из анамнеза было известно, что считает себя больным с 14 лет, когда на фоне нерационального питания появились интенсивные, тупые, «голодного» характера боли в эпигастрии, в связи с чем обратился к врачу. На фоне проведенного лечения (название препаратов уточнить не может) болевой синдром купировался. В дальнейшем в весенне-осенний период отмечал вновь появление тупых болей в эпигастрии, по данному поводу принимал альмагель с эффектом. В феврале 2002 года, вновь появились интенсивные боли «голодного» характера в эпигастрии, уменьшающиеся после приема алмагеля. В связи с этим был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение НУЗ ДКБ, где впервые был поставлен диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, субкомпенсированный стеноз; эрозивный рефлюкс-эзофагит. При рентгеноскопии желудка: язва двенадцатиперстной кишки, стеноз желудка, при УЗИ умеренные диффузные изменения в поджелудочной железе. На фоне проведенного лечения (метоклопрамид, метронидазол, ампициллин, омепразол) болевой синдром купировался и в дальнейшем не беспокоил. Ухудшение 17.01.11 года, когда после погрешности в диете появилась многократная рвота «черного цвета», по данному поводу был госпитализирован в ЦРБ по месту жительства. При ЭГДС атрофический гастрит, язва луковицы двенадцатиперстной кишки, состоявшееся кровотечение. После выписки в течение нескольких дней чувствовал себя удовлетворительно, затем, появились вышеперечисленные жалобы. По этому поводу был направлен на стационарное обследование и лечение в гастроэнтерологическое отделение НУЗ ДКБ. В стационаре проводилось обследование: ОАК: эр. $4,28 \cdot 10^{12}/л$, Нб 125 г/л, лейкоц. $7,6 \cdot 10^9/л$, тр. $162 \cdot 10^9/л$, СОЭ 34-41 мм/ч, БАК: протеины 80,4 г/л, альбумины 44 ед/л, креатинин 102 мкмоль/л, АЛТ 16 ед/л, АСТ 27 ед/л, α -амилаза 51 ед/л, билирубин общ. 21,2 мкмоль/л, амилаза мочи: 504 ед/л. Копрограмма: реакция Грегерсена слабо-положительная, амилорея, небольшая креаторея, крови, слизи не найдено. Гастроскопия: эрозивный эзофагит, декомпенсированный стеноз пилородуоденальной зоны. Рентгеноскопия желудка: картина распространенного гастрита, бульбита, дискинезии по гипотоническому типу, дивертикул двенадцатиперстной кишки, данных за стеноз пилородуоденальной области не выявлено. Ирригоскопия: долихоколон, признаки атонического колита, данных за неопластический процесс не выявлено. УЗИ органов брюшной полости: незначительные диффузные изменения поджелудочной железы без увеличения размеров. Пациент был консультирован хирургом: данных за острую хирургическую патологию нет, инфекционистом – данных за инфекционную патологию нет. Был выставлен диагноз: Осн.: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, тяжелое течение, обострение. Хронический поверхностный гастрит, обострение. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эрозивный рефлюкс-эзофагит. Хронический панкреатит, паренхиматозный, обострение. Хронический атонический колит, обострение. Осл.: Состоявшееся кровотечение из эрозий пищевода. Состоявшееся дуоденальное кровотечение от 17.01.11г. Соп.: Дивертикул двенадцатиперстной кишки. Долихоколон. Аномалия формы желчного пузыря. На фоне проводимого лечения (антисекреторные препараты, прокинетики, ферменты, антибактериальные препараты и др.) симптоматика купировалась, пациент выписывался в удовлетворительном состоянии с рекомендациями: контроль общего анализа крови (учитывая, что на протяжении всей госпитализации уровень СОЭ был повышен - 34-41 мм/ч), плановая госпитализация через 2 месяца с целью динамического наблюдения, прием антисекреторных препаратов, ферментов, антацидов, противорецидивная противорецидивная терапия. После выписки принимал назначенные препараты, соблюдал диету, чувствовал себя удовлетворительно, изредка беспокоила изжога, отрыжка, тяжесть после еды в области желудка. 1 марта 2011г. был на контрольном осмотре, в контрольных анализах крови сохранялось повышение СОЭ до 42 мм/ч. В плановом порядке 05.04.11г. пациент был госпитализирован для динамического обследования в гастроэнтерологическое отделение НУЗ ДКБ. В ходе обследования: ОАК: эр. $5,09 \cdot 10^{12}/л$, Нб 144 г/л, лейкоц. $8,2 \cdot 10^9/л$, тр. $228 \cdot 10^9/л$, СОЭ 27 мм/ч, БАК: протеины 81,2 г/л, альбумины 41 ед/л, АЛТ 16 ед/л, АСТ 19 ед/л, γ -ГТП 69 ед/л, α -амилаза 72 ед/л, билирубин общ. 19,9 мкмоль/л. Копрограмма: реакция Грегерсена - отрицательная, стеаторея. Гастроскопия:

поверхностный гастрит, сужение залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки, Рентгеноскопия желудка: картина распространенного гастродуоденита, дивертикул двенадцатиперстной кишки. Данных за стеноз пилорoduоденальной области не выявлено, УЗИ: уплотнение внутрипеченочных протоков, расширение леводолевых, пневмобилия, расширение холедоха (низкий блок), диффузные изменения поджелудочной железы, пациент был осмотрен хирургом: не исключено наличие пео холедоха, необходимо выполнить компьютерную томографию билиарной системы. Был выставлен диагноз: Осн. Неэрозивная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь без эзофагита. Хронический катаральный гастрит, обострение. Хронический катаральный дуоденит, обострение. Соп. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ремиссия. Хронический панкреатит, паренхиматозный, ремиссия. Хронический атонический колит, ремиссия. Дивертикул двенадцатиперстной кишки. Долихоколон. Аномалия формы желчного пузыря. На фоне проводимого лечения (метоклопрамид, омепразол, эрсефурил, маалокс) симптоматика купировалась, пациент выписывался в удовлетворительном состоянии с рекомендациями: наблюдение гастроэнтеролога, контроль общего анализа крови, выполнить компьютерную томографию органов брюшной полости с акцентом на билиарную систему, после чего, осмотр хирурга, поддерживающая, противорецидивная терапия. 02.06.11г. пациент был на контрольном осмотре с результатами МРТ брюшной полости, при которой данных за онкопатологию не получено, было рекомендовано: соблюдение диеты, наблюдение гастроэнтеролога, осмотр раз в 6 месяцев (УЗИ-контроль билиарного тракта, общий анализ крови, онкомаркеры - РЭА, СА 19.9), прием прокинетики до 6 месяцев, фитожелчегонные по 20 дней раз в квартал, алгинаты в режиме по требованию, противорецидивная противоязвенная терапия. В течение полугода пациент чувствовал себя удовлетворительно, жалоб не было. В декабре 2011 года пациент в экстренном порядке был оперирован в хирургическом отделении №1 НУЗ ДКБ по поводу кровотечения и декомпенсированного стеноза двенадцатиперстной кишки. На вторые сутки, в связи с несостоятельностью швов и перитонитом повторно выполнена релапаротомия с ушиванием анастомоза, дренирование брюшной полости. Тяжесть состояния, возраст пациента, несостоятельность швов, развившийся перитонит привели к полиорганной недостаточности, в том числе и почечной, от которой на 7 сутки больной скончался.

Результаты

При аутопсии выявлена эктопия ткани поджелудочной железы в стенку двенадцатиперстной кишки.

Что же это такое? Заглянем в справочник. Эктопией поджелудочной железы называется необычная локализация панкреатической ткани, имеющей собственное кровоснабжение и протоковую систему, без сосудистого, нервного или анатомического контакта с обычно расположенной (ортотопической) поджелудочной железой. Аберрантная панкреатическая ткань - это наиболее частая гетеротопия в желудочно-кишечном тракте.

Эктопическая поджелудочная железа нередко располагается в органах брюшной и грудной полостей, чаще всего в желудке (25-60%) и двенадцатиперстной кишке (25-35%) [3].

Заболевание может быть самостоятельным, с развитием эктопического панкреатита, прогрессирование которого (обычно в вертикальной ветви двенадцатиперстной кишки) может приводить к сдавлению протока поджелудочной железы и развитию обструктивного панкреатита в ортотопической железе.

Клинически заболевание проявляется такими неспецифическими симптомами, как боли в эпигастриальной области или правом подреберье, потеря в массе, тошнота и рвота, вызываемые дуоденальным стенозом, что и отмечалось у нашего больного. Дуоденальная эктопия поджелудочной железы послужила причиной рецидивирования язвенной болезни, тяжелого ее течения и развития пилорoduоденального стеноза.

Выводы

Таким образом, при диагностике заболеваний двенадцатиперстной кишки следует принимать во внимание существование такой аномалии, каковой является эктопическая поджелудочная железа и связанные с ней изменения в этих органах.

Литература

1. Губанова Г.В., Коновалова М.Н., Логинов С.В., Рябошапка А.И. Случай ретроспективной диагностики дуоденальной эктопии поджелудочной железы // Материалы XVIII Российской Гастроэнтерологической Недели. Москва, 8-10 2012г. - С.61.
2. Должиков А.А., Тверской А.В. Морфология эктопии поджелудочной железы в большой сосочек двенадцатиперстной кишки // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье", 2006, № 1. - С. 11-20.
3. Егоров В.И., Кубышкин В.А., Кармазановский Г.Г., Щеголев А.И. Гетеротопия ткани поджелудочной железы как причина хронического панкреатита // Типичный и редкий варианты. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2006. №11. - С. 58-62.