

Ю.С. Зыгман

АБЕРРАНТНАЯ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА У ПАЦИЕНТКИ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Научный руководитель: ассист. Е.В. Чеченкова

Кафедра педиатрии

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

Y.S. Zyhman

ABERRANT PANCREAS IN A PATIENT WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA. CLINICAL CASE

Tutor: assist. E.V. Chechenkova

Department of Pediatrics

Gomel State Medical University, Gomel

Резюме. В данной статье описывается клинический случай aberrантной поджелудочной железы, протекающей бессимптомно и обнаруженной при эндоскопическом исследовании в режиме узкоспектральной визуализации (NBI) у пациентки 15 лет с железodefицитной анемией.

Ключевые слова: aberrантная поджелудочная железа, узкоспектральная визуализация, железodefицитная анемия.

Resume. This article describes a clinical case of an aberrant pancreas, asymptomatic and detected by endoscopic narrow band imaging (NBI) in a 15-year-old female patient with iron deficiency anemia.

Keywords: aberrant pancreas, narrow band imaging, iron deficiency anemia.

Актуальность. Аберрантная поджелудочная железа — порок развития поджелудочной железы, определяется как гетеротопия панкреатической ткани за пределы поджелудочной железы, которая не имеет анатомической и сосудистой непрерывности с этим органом. Является редким патологическим образованием, которое представляет собой клиническую дилемму для диагностики и лечения. Она несет в себе риск развития серьезных доброкачественных и злокачественных осложнений. Эктопированная ткань поджелудочной железы может быть обнаружена в желудке, двенадцатиперстной, поперечной ободочной кишках, желчевыводящих путях, селезенке, брыжейке. Наиболее частая локализация — в гастродуоденальной зоне (от 63 до 70%) с преимущественной локализацией в пилорическом отделе желудка. [1] Чаще всего течение aberrантной поджелудочной железы бессимптомное.

Установить диагноз достаточно трудно и, как правило, aberrантную поджелудочную железу выявляют случайно, часто во время планового обследования пациентов и в ходе оперативных вмешательств. На сегодняшний день описано немного случаев выявления гетеротопии поджелудочной железы при эндоскопическом, рентгенологическом исследовании, эндоскопическом ультразвуковом исследовании или проведении компьютерной томографии.

На базе ГОДКБ возможно выполнение эндоскопического исследования в режиме узкоспектральной визуализации, что позволило достичь точной оценки поражений желудочно-кишечного тракта, а также раннего выявления неопластических процессов и изменений слизистых оболочек.

Цель: описать клинический случай aberrантной поджелудочной железы в

стенке желудка у пациентки с железододефицитной анемией.

Задачи:

1. Выявить связь между наличием aberrантной поджелудочной железы и развитием железододефицитной анемии.
2. Оценить возможности эндоскопии в режиме узкоспектральной визуализации для диагностики aberrантной поджелудочной железы.

Материалы и методы. В ходе работы была проанализирована медицинская карта стационарного пациента форма №003/у-07.

Результаты и их обсуждение. Пациентка 15 лет самостоятельно обратилась к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на плохой аппетит, головокружение, общую слабость, повышенную утомляемость, судороги в икроножной мышце и мышцах стопы. Жалобы предъявляет последние 6 месяцев. Проводилось обследование у гематолога, был выставлен диагноз железододефицитная анемия (ЖДА) легкой степени (уровень гемоглобина 110 г/л), назначено лечение. Наследственный анамнез отягощен, имеются случаи ЖДА по материнской линии. Аллергологический анамнез: последние 6 месяцев периодически наблюдается аллергическая сыпь на теле. Наблюдается у кардиолога по поводу диагноза: малые аномалии развития сердца: аномальная хорда левого желудочка, недостаточность кровообращения 0.

Состояние пациентки при поступлении средней степени тяжести вследствие анемического синдрома и дефицита массы тела (ДМТ), сознание ясное. При осмотре физическое развитие среднее дисгармоничное, имеется дефицит массы тела (рост 157 см, вес 45 кг, ИМТ по Кетле 18), кожные покровы чистые, бледные. Язык влажный, незначительно обложен налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 14/минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 64/минуту. Артериальное давление 110/68 мм рт ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не выходит за край реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул регулярный 1 раз в сутки, диурез в норме.

Были проведены общеклинические исследования, включая ультразвуковое исследование органов брюшной полости, патология не выявлена. В ходе лабораторных исследований выявлено повышение уровня антител к тиреопероксидазе – 836 (референсные значения до 5,61), уровень гормонов щитовидной железы в норме, в связи с чем пациентке рекомендована консультация эндокринолога для исключения аутоиммунного тиреоидита.

Для исключения источников внутреннего кровотечения пациентке была проведена эзофагогастродуоденоскопия с биопсией в режиме узкоспектральной визуализации (NBI), которая выявила aberrантную поджелудочную железу в стенке желудка. Эндоскопическое заключение: Катаральный рефлюкс-эзофагит. Эритематозная гастропатия. Aberrантная поджелудочная железа.

Aberrантная поджелудочная железа является самостоятельной находкой и в данном случае не является причиной развития ЖДА.

На основании жалоб, анамнеза жизни и заболевания, данных объективного осмотра и результатов лабораторно-инструментальных методов исследования вы-

ставлен клинический диагноз: ЖДА. ДМТ. Гастроэзофагеальный рефлюкс с неэрозивным эзофагитом, легкое течение. Хронический неатрофический неактивный слабовыраженный гастрит, *Helicobacter pylori* отрицательный, период ремиссии. Аберрантная поджелудочная железа. Малые аномалии развития сердца: аномальная хорда левого желудочка, недостаточность кровообращения 0.

Пациентке рекомендована диета с ограничением острого, жирного, жареного, соленого, копченого, пряностей, шоколада, газированных напитков. Режим частого дробного питания. После еды не занимать горизонтальное положение в течение 1,5 часов. Из медикаментозного лечения были назначены омепразол, магне В6 (вследствие жалоб на общую слабость, повышенную утомляемость и судороги в икроножной мышце и мышцах стопы). Контроль уровня витамина D в организме, темпов роста и веса 1 раз в 3 месяца. ЭГДС с биопсией из антрального отдела желудка 1 раз в 2 года. Динамическое наблюдение у гематолога, лечение ЖДА препаратами железа (тардиферон 80 мг по 1 таблетке 1 раз в день).

Выводы:

1. Аберрантная поджелудочная железа является самостоятельной находкой и в данном случае не является причиной развития ЖДА. Наиболее частыми осложнениями данного порока развития являются воспалительные поражения, механическая желтуха, некроз и перфорация органов, в стенке которых она расположена, малигнизация, кровотечения.

2. Таким образом, эзофагогастродуоденоскопия в режиме узкоспектральной визуализации (NBI) позволяет диагностировать бессимптомное течение аберрантной поджелудочной железы и провести дифференциальную диагностику со злокачественными новообразованиями.

Литература

1. Маев И. В., Кучерявый Ю. А. Болезни поджелудочной железы: практическое руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 736 с.
2. Клинические рекомендации МЗРФ «Железодефицитная анемия». 2021. 24 с.
3. LeCompte, Michael T.; Mason, Brandon; Robbins, Keenan J.; Yano, Matoya; Chatterjee, Deyali; Fields, Ryan C.; Strasberg, Steven M.; and Hawkins, William G., "Clinical classification of symptomatic heterotopic pancreas of the stomach and duodenum: A case series and systematic literature review." *World journal of gastroenterology*. 28,14. (2022)
4. Noh JH, Kim DH, Kim SW, Park YS, Na HK, Ahn JY, Jung KW, Lee JH, Choi KD, Song HJ, Lee GH, Jung HY. Endoscopic submucosal dissection as alternative to surgery for complicated gastric heterotopic pancreas. *World J Clin Cases* 2020; 8: 4708-4718 [PMID: 33195638 DOI: 10.1016/j.gie.2019.03.1288].