

ДВОЙНОЙ ПРИВРАТНИК: РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДОЛГОЖИТЕЛЯ

Д. Б. Дегтерев, Д. К. Савченков

СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», Санкт-Петербург (начальник — проф. М. Ю. Кабанов)

Согласно определению, утвержденному Российской гастроэнтерологической ассоциацией, язвенная болезнь (ЯБ) представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии; ведущим проявлением язвенной болезни служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки (ДПК). Под влиянием неблагоприятных факторов возможно развитие осложнений — возникновение кровотечения, перфорации и пенетрации язвы, формирование рубцово-язвенного стеноза, малигнизация язвы [1].

Пенетрация язвы антрального отдела желудка в крайне редких случаях происходит в стенку прилегающей ДПК, формируя свищевой гастродуodenальный ход. Эндоскопическая картина эпителилизированного гастродуodenального свища идентична врожденной аномалии развития — двойному привратнику.

Врожденный двойной привратник встречается крайне редко; считается, что первый случай врожденного двойного привратника был опубликован G. Christien и соавт. в 1971 году [2, 3]. Приобретенный двойной привратник формируется несколько чаще; в литературе описано около 100 случаев выявления данного состояния [3, 4].

Клиническое наблюдение. Пациент В., 90 лет, в январе 2019 года госпитализирован в СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» в кардиологическое отделение в связи нарастанием сердечной недостаточности, с диагнозом: «ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Гипертоническая болезнь 3-й стадии, риск 4. Цереброваскулярная болезнь (ЦВБ):

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) 2 ст. ХСН 2Б ст., 3 ф.кл. Хронический бронхит, вне обострения. ДН 1 ст. Язвенная болезнь желудка, вне обострения. Хронический билиарнозависимый панкреатит, вне обострения. Аденокарцинома толстой кишки. Левосторонняя гемиколиктомия от 1996 г. Спаечная болезнь органов брюшной полости. Хроническая железодефицитная анемия средней степени тяжести. Хронический пиелонефрит, латентное течение. Кисты почек. Диффузно-узловой зоб, эутиреоз. Деформирующий артроз коленных суставов. Дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника (ДДЗП)».

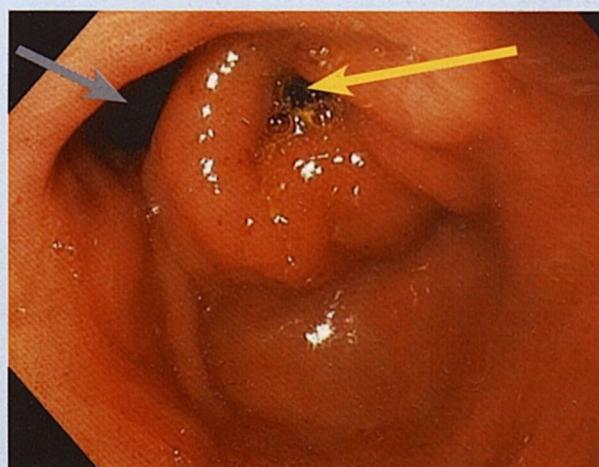
В связи с анемией пациенту выполнена эзофагогастроуденоскопия (ЭГДС). Эндоскопическая картина пищевода и кардиоэзофагеального перехода соответствовала норме. Желудок обычной формы, в просвете секрет с примесью желчи в умеренном количестве, слизистая оболочка диффузно атрофичная, в препилорической зоне на передней стенке визуализировался второй вход в луковицу ДПК, слизистая оболочка стенок с регулярным рисунком, не изменена (рис. 1 и рис. 2); слизистая оболочка ДПК не изменена.

Оба хода свободно проходимы для гастроскопа диаметром 9,8 мм. С целью уточнения топографо-анатомического строения при ЭГДС в привратник (отмечен желтой стрелкой на рисунке 2) заведены биопсийные щипцы — при проведении дистальнее в луковицу ДПК визуализируются через дополнительный вход в ДПК (отмечен белой стрелкой на рисунке 2).

Углубленный сбор анамнеза пациента с изучением архивной медицинской документации позволил установ-



Эндофото 1. Антральный отдел желудка (дополнительный вход в луковицу ДПК отмечен стрелкой)



Эндофото 2. Антральный отдел желудка (дополнительный вход в луковицу ДПК отмечен белой стрелкой, привратник отмечен желтой стрелкой)

вить, что ЯБ впервые диагностирована в 2008 году, протекала с редкими обострениями. Доступная изучению медицинская документация не содержала протоколы предыдущих ЭГДС, однако подтверждала факт ранее проведенного лечения язвы желудка; отсутствовали данные о наличии двойного привратника, что позволяет нам трактовать данное состояние как приобретенное.

Согласно данным, полученным при анализе схожих случаев, формирование двойного привратника (гастродуоденального свища) наиболее часто обусловлено течением ЯБ с поражением малой кривизны антрального отдела желудка [5]. Патогенез окончательно не ясен, однако отмечается высокая роль системных заболеваний, включая сахарный диабет, хроническую почечную недостаточность, болезни соединительной ткани, хроническую обструктивную болезнь легких; отягощающими факторами является прием кортикоステроидов и нестероидных противовоспалительных препаратов, употребление алкоголя [5, 6]. При динамическом наблюдении Т.Н. Ни и соавторы установили, что сформированный ход остается неизменным у большинства пациентов, закрывается у 9% пациентов, у 27% пациентов в отдаленном периоде происходит объединение свищевого хода с привратником посредством истончения тканевой перемычки [7].

По нашему мнению, у представленного пациента развитию пенетрации способствовала совокупность отягощающих факторов: угнетение репаративных процессов на фоне высокой коморбидности долгожителя – сочетание ишемической болезни сердца и гипертонической болезни, хронической анемии, хронического бронхита, хронического пиелонефрита, наличие атеросклеротических изменений сосудов желудка и др.; помимо поражения *H. pylori* и кислотно-пептического фактора, важна роль приема нестероидных противовоспалительных препаратов (пациент страдает деформирующим артрозом коленных суставов), снижающих защитные свойства слизистой оболочки желудка. В 1996 г. пациенту была выполнена левосторонняя гемиколэктомия в связи с выявленной adenокарциномой сигмовидной кишки; в дальнейшем он перенес несколько операций на органах брюшной полости в связи с развитием послеоперационной вентральной грыжи и кишечной непроходимости, обусловленной спаечной болезнью. Вероятно, послеоперационный рубцово-спаечный процесс в брюшной полости способствовал более устойчивому прилеганию выходного отдела желудка к луковице ДПК, создал анатомические предпосылки к формированию гастродуоденального свища, защитив пациента от перфорации язвы в брюшную полость.

На момент проведения обследования пациент не предъявлял жалоб на боли в верхних отделах живота, не было тошноты, чувства переполнения после приема пищи и других признаков нарушения эвакуаторной функции желудка. Гастродуоденальный свищ выстлан неизмененной слизистой, не требует проведения дополнительного

обследования (биопсии данной зоны, выполнения лучевых методов диагностики и др.), нет показаний к хирургическому лечению. Планируется выполнение ЭГДС через один год с целью динамического контроля.

При проведении эндоскопического исследования и последующей трактовке полученных данных необходимо учитывать, что двойной привратник может формироваться не только при осложненном течении ЯБ, но и в редких вариантах течения болезни Крона, а также при запущенном онкологическом процессе в желудке и ДПК. Двойной привратник имеет характерный внешний вид, однако схожие черты эндоскопической картины имеют свищи желудка с другими полыми органами (тонкой и толстой кишкой, билиарным трактом), возможна неправильная интерпретация дивертикула желудка и крупных складок слизистой оболочки.

Дифференциальный диагноз выявленной эндоскопической картины необходимо проводить с врожденным состоянием, для которого характерны: наличие в стенках обоих каналов нормального мышечного слоя; наличие сопутствующей врожденной аномалии — гетеротопии ткани поджелудочной железы, удвоение поджелудочной железы или желудка (т. к. аномалия, наиболее вероятно, возникает во время раннего эмбрионального развития); отсутствие в анамнезе язвенной болезни и других заболеваний, приводящих к формированию гастродуоденального свища; нормальная гистологическая картина обоих каналов [8].

Диаметр гастродуоденального свища может варьироваться от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, наиболее типично сообщение малой кривизны антрального отдела желудка с верхней стенкой луковицы ДПК [7]. Однако известны случаи формирования гастродуоденального свища между антральным отделом желудка и дистальной частью ДПК [9], а также с тонкой кишкой [10], что необходимо учитывать при дифференциальной диагностике.

Прогрессирующее течение онкологического процесса также может привести к формированию fistулы между желудком и тонкой или толстой кишкой, однако в таких случаях эндоскопическая картина более специфична для этиологии процесса — края дефекта слизистой (формирующегося свища) высокие, бугристые, неровные, контактно кровоточащие, чаще всего грязно-серого или бурого цвета, с обширными участками некроза, что упрощает проведение диагностики [11]. Рядом характерных патологических изменений характеризуется и картина гастродуоденального свища, обусловленного осложненным течением болезни Крона, — сегментарное поражение слизистой в виде афтозных эрозий и язв с гиперемированными в виде ободков границами, отделяющими их от полей малоизмененной слизистой оболочки, язвы многочисленные, сливные, чаще попеченные, слизистая утолщена [13]. Стоит отметить, что

эндоскопическая картина рака желудка и ДПК, а также сициевой формы болезни Крона отчетливо различается с картиной эпителилизированного гастроуденального сицища, вызванного язвенной болезнью, однако потребует дополнительной верификации на стадии формирования сицища, при наличии неэпителилизированного язвенного дефекта слизистой с возможным перифокальным воспалением.

Эндоскопическая картина эпителилизированного гастроуденального сицища может быть схожа и с такой еще более редкой патологией, как дивертикул желудка [13] и гастроилиарный сицищ [14]; в таких случаях необходимо прослеживание хода обоих каналов, при малом диаметре помогает использование дополнительных

инструментов (биопсийных щипцов, катетеров и др.), окрашивание ходов растворами.

Наше наблюдение демонстрирует довольно редкий случай варианта течения широко распространенного и, казалось бы, такого «рутинного» заболевания, как язвенная болезнь. При выявлении двойного привратника необходимо помнить о необходимости исключения других причин развития данной патологии. При планировании эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и эндосонографии у пациентов с язвенной болезнью в анамнезе необходимо помнить о возможности наличия редкого осложнения – двойного привратника, что позволит избежать ошибок и осложнений при использовании эндоскопа с боковой оптикой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В. Т. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни / В. Т. Ивашкин, А. А. Шептулин, И. В. Маев, Е. К. Баранская, А. С. Трухманов, Т. Л. Лапина, С. Г. Бурков, А. В. Калинин, А. В. Ткачев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.– 2016.– № 26, Т. 6.– С. 40–54.
2. Christien, G. Pylore double: Malformation congenitale / G. Christien, J. Branthomme, L. Volny, et al. // Sem Hop.– 1971.– № 47.– P. 1485–1488.
3. Fattahi, M. R. Double pylorus in a cirrhotic patient: a case report and review of the literature / M. R. Fattahi, K. Homayoon, L. Hamidpour // Middle East Journal of Digestive Diseases.– 2012.– № 4, V. 2.– P. 130–132.
4. Atiq, O. Case study in gastroenterology & hepatology: An uncommon complication of peptic ulcer disease / O. Atiq, G. A. Abrams // Gastroenterology & hepatology.– 2014.– № 10, V. 5.– P. 333–334.
5. Arhan, M. A rare endoscopic finding: acquired double pylorus / M. Arhan, E. Oztas, M. Ibis, S. Sezgin, Y. Ozin // Surgical Endoscopy.– 2010.– № 24.– P. 244–245.
6. Czajkowski, A. Double pylorus: strong evidence for the acquired etiology of this rare abnormality / A. Czajkowski, M. Rosolowski, A. Lukaszyk // Endoscopy.– 2007.– № 39.– Suppl. 1: E84.
7. Hu, T.H. Clinical characteristics of double pylorus / T.H. Hu, T.L. Tsai, C.C. Hsu, S.N. Lu, M. Hsiao, C.S. Changchien // Gastrointestinal Endoscopy.– 2001.– № 54.– P. 464–470.
8. Mylonas, A. Congenital double pyloric ostium in the adult / A. Mylonas, B. Papaziogas, G. Paraskevas, E. Fragos, P. Gigis, T. Papaziogas // Surgical Endoscopy.– 2002.– № 16.– P. 1639.
9. Sufian, S. Congenital double pylorus: a case report and review of the literature / S. Sufian, S. Ominsky, T. Matsumoto // Gastroenterology.– 1977.– № 73, V. 1.– P. 154–157.
10. Culafic, D. M. Spontaneous gastrojejunal fistula is a complication of gastric ulcer / D. M. Culafic, O. D. Matejic, V. S. Dukic, M. D. Vukcevic, M. D. Kerkez // World Journal of Gastroenterology.– 2007.– № 13.– P. 483–485.
11. Choi, S.W. A case of combined gastrojejunal and gastrocolic fistula secondary to gastric cancer / S.W. Choi, J.M. Yang, S. S. Kim, S. H. Kang, H. J. Ro, K. S. Song, H. K. Ha, K. W. Lim, J. S. Kim // Journal of Korean Medical Science.– 1996.– № 11, V. 5.– P. 437–439.
12. Yamamoto, T. Gastroduodenal fistulas in Crohn's disease: clinical features and management / T. Yamamoto, I. M. Bain, A. B. Connolly, M. R. Keighley // Diseases of the Colon and Rectum.– 1998.– № 41, V. 10.– P. 1287–1292.
13. Bhattacharya, K. Gastric diverticulum – 'Double pylorus appearance' / K. Bhattacharya // Journal of Minimal Access Surgery.– 2005.– № 1, V. 1.– P. 39.
14. Chwiesko, A. A rare spontaneous gastrobiliary fistula / A. Chwiesko, G. Jurkowska, B. Kedra, B. Okulczyk, Z. Kamocki, A. Dabrowski // Euroasian Journal of Hepato-Gastroenterology.– 2014.– № 4, V. 2.– P. 101–103.

КОНТАКТЫ

Дегтярев Денис Борисович, к. м.н., заведующий отделением эндоскопии, e-mail: ddb@gpb.ru, тел: 8 (911) 215 72 79
Соавтор: Савченков Дмитрий Константинович, к. м.н., врач-эндоскопист ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», тел: +7 (911) 264 29 62, e-mail: jadmitrij@ya.ru