

ГЕТЕРОТОПИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА В ПРЯМОЙ КИШКЕ

Гасанов Э. М., Мальков В. А., Беляков И. А.

СПбГУ, Клиника высоких медицинских технологий им. Н. И. Пирогова, Санкт-Петербург, Россия

С 1939 г. в мировой литературе описано менее 80 наблюдений пациентов с гетеротопией слизистой оболочки желудка в прямой кишке. Гетеротопия — нормальная ткань, которая находится в анатомически «неправильном» месте.

Наличие слизистой оболочки желудка в прямой кишке является очень редким явлением. [1] Впервые о подобном наблюдении сообщили Юэлл и Джексон в 1939 году. [2]

Желудочную гетеротопию можно выявить в любом отделе желудочно-кишечного тракта, от полости рта до аноректальной области, а также в гепатобилиарной системе. [3-6]. В большинстве случаев, желудочная гетеротопия встречается в пищеводе, двенадцатиперстной кишке и дивертикуле Меккеля.

Макроскопически гетеротопия слизистой желудка в прямой кишке может выглядеть как: полиповидные новообразования, язва, дивертикул прямой кишки, эритематозные пятна.

Желудочная гетеротопия различается по размеру и форме в разных анатомических участках, точный диагноз основывается на патоморфологическом исследовании. [7] Этиопатогенез желудочной гетеротопии в прямую кишку до сих пор неясен.

В большинстве случаев ЖГ протекает бессимптомно. Жалобы могут быть на:

- ректальное кровотечение
- боли в животе
- тенезмы
- боли в заднем проходе

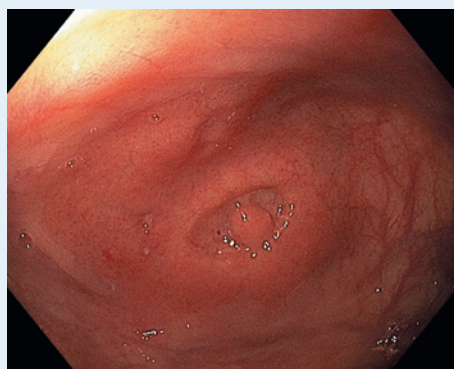


Рис. 1

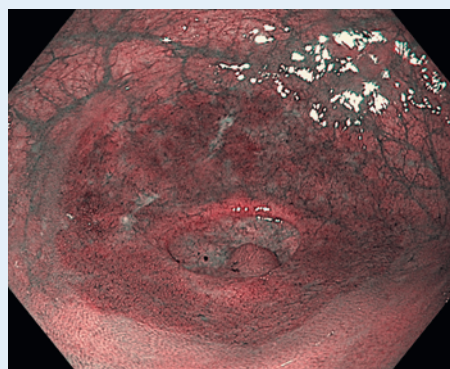


Рис. 2

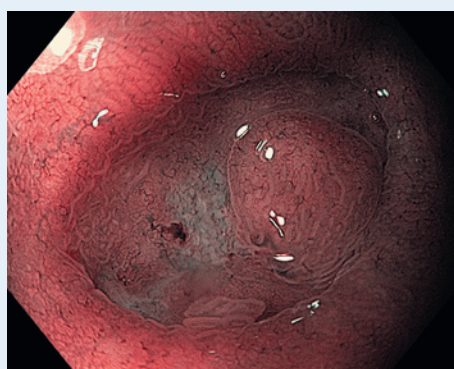


Рис. 3

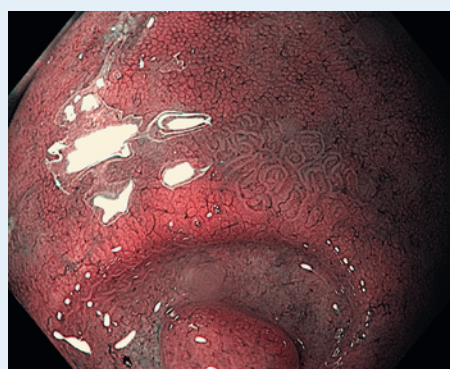


Рис. 4

В отчетах говорится, что желудочная гетеротопия чаще встречается у мужчин 57,5% чем у женщин 42,5%. Средний возраст 32 г. (диапазон: от 2 до 86 лет).

Желудочная гетеротопия в прямой кишке имеет риск малигнизации, однако в литературе описан лишь один случай малигнизации желудочной гетеротопии в поперечно-ободочной кишке. [8,9] .

Обсеменение микроорганизма *Helicobacter pylori* в участке гетеротопии прямой кишки является удивительной особенностью, которую очень редко можно увидеть при патологическом обследовании. Dye KR, Marshall BJ, Frierson HF др. сообщили об успешной эрадикации инфекции *Helicobacter pylori* в прямой кишке, что привело к разрешению болей в животе пациента. [10].

В качестве консервативного лечения используются ингибиторы протонной помпы и блокаторы H-2 гистаминовых рецепторов. В бессимптомных случаях желудочной гетеротопии лечения может не потребоваться. В качестве хирургического лечения выполняется эндоскопическая резекция\диссекция образования, либо трансанальная мукозэктомия.

Хирургическое лечение является единственным методом, связанным с полным регрессом симптомов и полным устранением патологии. [7]. Однако последующее наблюдение является обязательным для всех пациентов. [10].

В СПбГУ, клинику высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова обратилась женщина 56 лет с жалобами на боли в области левого подреберья.

В ходе колоноскопии был обнаружен необычный участок прямой кишки, на котором была видна четкая граница измененной слизистой, углубление с полиповидным компонентом в центре. (рис. 1, 2, 3, 4) Выполнена биопсия. При исследовании биоптатов определяются фрагменты слизистой оболочки желудочного типа без атипии.

Принято решение о повторной биопсии поражения, с последующим гистологическим исследованием с целью уточнения диагноза. Выполнена ректоскопия с повторным множественным забором материала из измененной слизистой и нормальной слизистой прямой кишки.

По данным гистологического исследования: фрагменты слизистой оболочки образованные железами

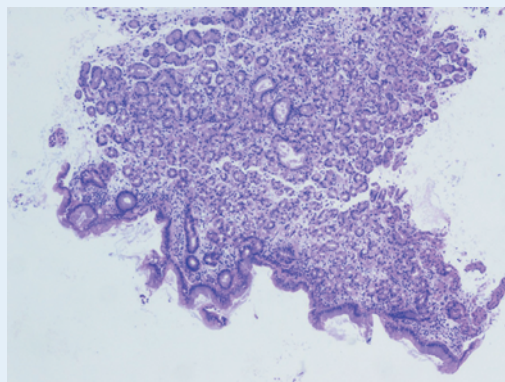


Рис. 5

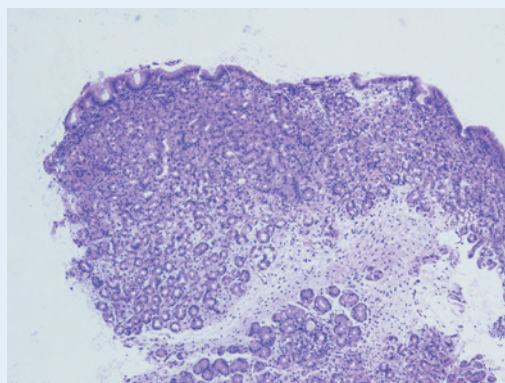


Рис.6

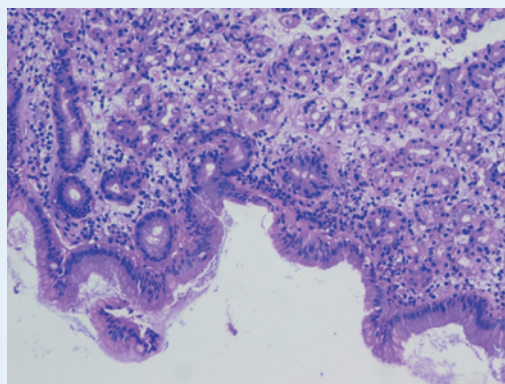


Рис.7

кардиального и фундального типа, типичного гистологического строения, со слабым воспалительным компонентом. Нр—обсеменение (–). Эпителизированная язва с очаговым умеренным фиброзом и липоматозом.

Фон: фрагменты слизистой оболочки прямой кишки типичной гистологической структуры, без воспалительного компонента. Гистологическая картина со-

ответствует гетеротопии слизистой оболочки желудка в прямой кишке. (Рис. 5, 6, 7)

Хочется отметить, что при гистологическом исследовании слизистой желудка данной пациентки, выявлено выраженное обсеменение *Helicobacter pylori*. Также эпизодов желудочно-кишечного кровотечения пациентка никогда не отмечала.

Пациентка получила консервативную терапию, а именно была проведена эрадикация *Helicobacter pylori* по схеме: Амоксициллин 1000мг + Левифлоксацин 500мг + препарат висмута + ИПП (нексиум) 40 мг в течение 14 дней. Курс ИПП был продолжен до 4 недель. На фоне лечения отмечает выраженное улучшение, боли в животе не беспокоят.

Учитывая риски кровотечения и описанные в литературе случаи малигнизации, пациентке было предложено выполнить эндоскопическую резекцию образования методом подслизистой диссекции, однако от операции пациентка категорически отказалась.

Принято решение о динамическом наблюдении. Поскольку в литературе нет четких рекомендаций по динамике наблюдения, нами была рекомендована контрольная колоноскопия через 1 год с забором материала для гистологического исследования со всех подозрительных участков гетеротопии и нормальной окружающей слизистой прямой кишки. Дальнейшая тактика лечения и наблюдения будет принята после контрольной колоноскопии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Srinivasan R, Loewenstine H, Mayle JE. Sessile polypoid gastric heterotopia of rectum: a report of 2 cases and review of the literature. Arch Pathol Lab Med 1999; 123(3): 222-224. [PubMed] [Google Scholar]
2. Ewell GH, Jackson RH. Aberrant gastric mucosa in the rectum with ulceration and hemorrhage. Wis Med J 1939; 38: 641-643. [Google Scholar]
3. Wacrenier A, Fayoux P, Augusto D, et al. Gastric heterotopia in the nasopharynx. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2002; 64(1): 65-67. [PubMed] [Google Scholar]
4. Picard EJ, Picard JJ, Jorissen J, et al. Heterotopic gastric mucosa in the epiglottis and rectum. Am J Dig Dis 1978; 23(3): 217-221. [PubMed] [Google Scholar]
5. Rodriguez-Martinez A, Salazar-Quero JC, Tutau-Gomez C, et al. Heterotopic gastric mucosa of the proximal oesophagus (inlet patch): endoscopic prevalence, histological and clinical characteristics in paediatric patients. Eur J Gastroenterol Hepatol 2014; 26(10): 1139-1145. [PubMed] [Google Scholar]
6. Steele SR, Mullenix PS, Martin MJ, et al. Heterotopic gastric mucosa of the anus: a case report and review of the literature. Am Surg 2004; 70(8): 715-719. [PubMed] [Google Scholar]
7. Vieth M, Kushima R, de Jonge J, et al. Adenoma with gastric differentiation (so-called pyloric gland adenoma) in a heterotopic gastric corpus mucosa in the rectum. Virchows Arch 2005; 446(5): 542-545. [PubMed] [Google Scholar]
8. Ko H, Park SY, Cha EJ, et al. Colonic adenocarcinoma arising from gastric heterotopia: a case study. Korean J Pathol 2013; 47(3): 289-292. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
9. Christensen WN, Sternberg SS. Adenocarcinoma of the upper esophagus arising in ectopic gastric mucosa: two case reports and review of the literature. Am J Surg Pathol 1987; 11(5): 397-402. [PubMed] [Google Scholar]
10. Dye KR, Marshall BJ, Frierson HF, et al. Campylobacter pylori colonizing heterotopic gastric tissue in the rectum. Am J Clin Pathol 1990; 93(1): 144-147. [PubMed] [Google Scholar]