

УДК 616.37-007.415-053.2

А.В. Налетов, Л.Ф. Чалая, О.Н. Москалюк

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

## АБЕРРАНТНАЯ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Аберрантная поджелудочная железа (ПЖ) (АПЖ, добавочная ПЖ, гетеротопия ПЖ, эктопия ПЖ, хористома) – врожденная аномалия развития ПЖ, которая характеризуется наличием добавочной ПЖ, морфологически не связанной с ортотопическим органом, с полным разобщением с ним кровоснабжения и иннервации [1].

Актуальность исследований АПЖ возросла в последние десятилетия. Благодаря широкому использованию в гастроэнтерологии визуализирующих технологий частота выявления АПЖ у детей и взрослых увеличилась. АПЖ относится к патологии, истоки которой берут начало в детском возрасте. Заболевание не имеет патогномичных симптомов и зачастую выявляется только при развитии осложнений. Секреторная активность АПЖ способствует развитию воспаления в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки. Наличие АПЖ приводит к развитию необратимых патологических изменений в стенке желудка, включая и метаплазию желудочного эпителия.

Первое сообщение о АПЖ принадлежит Шульцу (1727), а первое гистологическое описание – Д. Клобу (1859). В настоящее время частота выявления АПЖ у детей и взрослых составляет 0,2% случаев при оперативных вмешательствах и 0,5-13% – при аутопсиях. В отличие от взрослых, у которых АПЖ является самым частым пороком развития ПЖ, у детей данная аномалия ПЖ выявляется редко. Эктопия ПЖ в стенку желудка (ЭПЖСЖ) встречается в 1,9% случаев всех заболеваний желудка. Чаще всего ЭПЖСЖ обнаруживается у детей возрастной группы 9-16 лет, у девочек в 2 раза чаще, чем у мальчиков [2, 3].

АПЖ является проявлением дизонтогенетической гетеротопии. Код в МКБ 10 – Q 45.3 (другие врожденные аномалии развития ПЖ и протока ПЖ). Механизм возникновения АПЖ до конца не установлен. Согласно общепринятой теории, развитие порока ПЖ связано с нарушением дифференцировки энтодермальных стволовых клеток, адгезией эмбриональных панкреатических клеток к окружающим структурам к моменту их миграции к вентральным зачат-

кам на втором месяце развития эмбриона. Подтверждает данный механизм тот факт, что гетеротопия ПЖ чаще происходит в органы, имеющие с ней общий зачаток или в ткани, взаимодействующие в процессе роста с ПЖ. Согласно другому мнению, эктопия ПЖ происходит при формировании первичной кишечной трубки и разделении ее на отдельные органы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Типичная гетеротопия ткани ПЖ в стенку полых органов ЖКТ: желудка, кишечника, желчного пузыря, дивертикула Меккеля. АПЖ чаще встречается в гастродуоденальной зоне (63-70%) – примерно с одинаковой частотой в желудке и двенадцатиперстной кишке. В желудке АПЖ преимущественно располагается в антральном и пилорическом отделах – 85-95% случаев гетеротопии в желудке. АПЖ редко встречается в печени, внепеченочных желчных протоках, желчном пузыре, толстой кишке и селезенке [4].

В большинстве случаев течение АПЖ бессимптомное, и гетеротопия ПЖ обнаруживается случайно при проведении инструментального обследования. Жалобы чаще всего обусловлены независимым от АПЖ патологическим процессом со стороны верхних отделов ЖКТ: боль в животе, тошнота, изжога, отрыжка [5-8].

Самочувствие пациентов значительно не страдает до появления осложнений: абсцедирования, развития эрозий в слизистой оболочке, желудочно-кишечных кровотечений, формирования язв с риском развития перфорации желудочной или кишечной стенки, стенозирования пилорического отдела желудка, развития кишечной непроходимости, острого панкреатита АПЖ, формирования кист в паренхиме АПЖ и ее малигнизации [9, 10].

Макроскопически АПЖ имеет вид неподвижного полипа на широком основании или представляет собой дольчатое уплотнение овальной или округлой формы, эластичной консистен-

ции, покрытое неизменной слизистой оболочкой. В центре таких полиповидных образований иногда определяется кратерообразное вдавление – устье протока АПЖ. Размеры гетеротопированной ПЖ колеблются от 0,5 см до 6 см в диаметре. Чаще она располагается под слизистой оболочкой полого органа (75%), реже – в его мышечном слое или субсерозно, может «прорастать» все слои стенки.

Эндоскопические признаки ЭПЖСЖ: наличие в стенке пилородуоденального отдела желудка по большой кривизне полиповидного образования без ножки с углублением на вершине. Наиболее информативной в диагностике является эндоскопическая ультрасонография, которая позволяет определить особенности АПЖ и наличие выводящего протока.

Эндоскопическая классификация ЭПЖСЖ по типам строения:

Тип I – полиповидный: образование округлой формы, на широком основании, возвышающееся над поверхностью желудка и покрытое слизистой оболочкой желудка – Ia, иногда с незначительным углублением на вершине – Iv.

Тип II – устьевидный: образование округлой формы, на широком основании, возвышающееся над поверхностью желудка с узким (0,1-0,2 мм) – IIa или широким (0,2-0,5 мм) устьем протока на вершине – IIb.

Тип III – кратерообразный: образование овальной формы в виде полулунной складки слизистой оболочки желудка с кратерообразным углублением в центре.

При рентгенологическом обследовании в центре крупных образований отмечается небольшое скопление контрастного вещества в устье протока АПЖ.

Окончательно установить диагноз позволяет гистологическое исследование, выявляющее особенности строения АПЖ. Существуют 4 морфологических варианта АПЖ (F. Gaspar, 1973):

- I – наличие всех компонентов ПЖ;
- II – наличие только экзокринной части ПЖ;
- III – только островков;
- IV – только протоков (аденомиоз) [7].

Лечебная тактика определяется размерами АПЖ, локализацией, наличием и риском осложнений. В педиатрической практике в большинстве случаев агрессивная тактика обычно не требуется. Необходимым является динамическое наблюдение педиатра и гастроэнтеролога с ежегодным контролем. В случае развития осложнений показано оперативное лечение [1, 7].

Приводим собственное клиническое наблюдение.

Девочка 8 лет поступила в кардиоревматологическое отделение Государственного бюджетного учреж-

дения «Городская детская клиническая больница № 1 г. Донецка» с жалобами на чувство «кома в горле», затруднение вдоха, колющую боль в сердце, тошноту после еды.

Вышеуказанные жалобы имеют непостоянный характер, отмечаются периодически в течение полугода. Ухудшение состояния в течение последней недели.

Ребенок родился от первой беременности, первых родов путем кесарева сечения. Масса при рождении 3600 г, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. Привита по возрасту. Перенесла ветряную оспу, отит, острый бронхит. Острые респираторные заболевания переносит 4-5 раз за год. Аллергологический анамнез неотягощен. Наследственный анамнез: у мамы – эпилепсия, у бабушки – язвенная болезнь желудка.

При поступлении состояние ребенка удовлетворительное. Температура тела 36,7°C, ЧСС – 77 в мин., ЧДД – 20 в мин., АД – 86/68 mmHg, масса – 24,5 кг, рост – 134 см. Ребенок нормостенического телосложения. Кожные покровы бледные, под глазами темные круги. Небные миндалины – гипертрофия 1 степени. Незначительная гиперемия задней стенки глотки. Язык влажный. Периферические лимфоузлы по типу микрополиадении. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Костно-мышечная система: S-образный сколиоз грудопоясничного отдела позвоночника, плоскостопие. При аускультации дыхание в легких везикулярное. Границы относительной сердечной тупости возрастные. Тоны сердца громкие, ритмичные, короткий систолический шум на верхушке без зоны проведения. Живот мягкий, незначительно болезненный при пальпации в эпигастриальной области. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в сутки оформленный. Мочеиспускания свободные, безболезненные.

#### *Результаты лабораторного обследования*

Общий анализ крови: эритроциты – 4,8 Т/л, Hb – 136 г/л, лейкоциты – 6,0 Г/л, э. – 3%, п. – 1%, с. – 40%, л. – 8%, м. – 10%, тромбоциты – 337 Г/л, Ht – 37,9%, СОЭ – 10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, кислотность – слабо-кислая, относительная плотность мочи – 1018, белок – нет, сахар – обнаружен, эпителий плоский – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-3 в поле зрения., эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – нет, бактерий – нет, соли – нет.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 750, эритроциты – 500, цилиндры нет.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,1 ммоль/л, общий белок – 74 г/л, билирубин общий – 9,3 мкмоль/л, прямой – 2,2 мкмоль/л, АСТ – 21 Ед/л, АЛТ – 25 Ед/л, сывороточное железо – 27,4 мкм/л.

Соскоб на энтеробиоз – отрицательный.

Анализ кала на гельминты и простейшие – не обнаружены.

#### *Результаты инструментального обследования*

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 60-85/мин, PQ – 0,12", QT – 0,36", угол альфа – +68, ЭОС – вертикальное положение.

ЭхоКГ: размеры камер и сократительная способность в норме, аберрантная хорда в полости левого желудочка; функциональная регургитация на трикуспидальном клапане и легочной артерии.

УЗИ щитовидной железы: нормальная эхокартина щитовидной железы.

УЗИ почек, надпочечников: нормальная эхокартина почек, в проекции надпочечников патологических образований не выявлено;

УЗИ органов брюшной полости: нормальная эхокартина печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки;

ФЭГДС: в желудке натощак содержится умеренное количество мутного с примесью желчи секрета. По большой кривизне определяется овальное образование до 13 мм в диаметре с углублением до 6 мм. Слабая гиперацидность. URT-Нр тест – отрицательный. Заключение: эритематозная гастропатия, дуоденогастральный рефлюкс, эктопия ПЖ в стенку желудка.

Компьютерная томография органов брюшной полости, забрюшинного пространства с пероральным контрастированием: в проекции антрального отдела на большой кривизне определяется локальное утолщение стенки желудка с ровными, четкими контурами до 15 мм. Окружающая клетчатка не инфильтрирована, регионарные лимфатические узлы не увеличены. Заключение: эктопированная ПЖ?

*Консультации смежных специалистов*

Консультация ЛОР-врача: хронический фарингит.

Консультация невролога: гиперкинетический синдром.

Консультация детского хирурга: аберрантная ПЖ. Учитывая отсутствие признаков малигнизации обра-

зования, рекомендовано динамическое наблюдение (ФГДС – 1 раз в год, компьютерная томография – при необходимости, биопсия образования в случае ухудшения клинической картины).

*Клинический диагноз.* Вегетативно-сосудистая дисфункция. Гиперкинетический синдром. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром. Дисплазия соединительной ткани: аберрантная хорда в полости левого желудочка, дуоденогастральный рефлюкс, S-образный сколиоз груднопоясничного отдела позвоночника, плоскостопие. Эктопированная ПЖ в стенке желудка. Хронический фарингит.

В отделении ребенок получал лечение: «Магне В6», «Глицин», «Персен», тримебутина малеат, «Аципол», курс галотерапии.

## ВЫВОДЫ

Эктопия ПЖ в стенку желудка – редкая в детском возрасте аномалия развития ПЖ. Данная патология не имеет патогномичных симптомов. В данном клиническом случае выявление АПЖ явилось эндоскопической находкой. Поводом для обследования послужили жалобы, обусловленные коморбидной патологией желудочно-кишечного тракта – функциональной диспепсией. Учитывая возможность развития осложнений даже в детском возрасте, данный пациент требует динамического наблюдения педиатра, детского гастроэнтеролога и детского хирурга.

**А.В. Налетов, Л.Ф. Чалая, О.Н. Москалюк**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

### АБЕРРАНТНАЯ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Аберрантная поджелудочная железа относится к патологии, истоки которой берут начало в детском возрасте. Несмотря на увеличение частоты выявления у детей аберрантной поджелудочной железы благодаря широкому использованию в гастроэнтерологии визуализирующих технологий, в детском возрасте патология является редкой. Заболевание не имеет патогномичных симптомов и зачастую выявляется только при развитии осложнений. Наличие аберрант-

ной поджелудочной железы в гастродуоденальной зоне способствует развитию в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки морфофункциональных изменений, вплоть до метаплазии желудочного эпителия. В статье представлен клинический случай пациента, находившегося на лечении в нашей клинике с эктопией поджелудочной железы в стенку желудка.

**Ключевые слова:** аберрантная поджелудочная железа, дети.

A.V. Nalyotov, L.F. Chalaya, O.N. Moskaljuk

SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

**ABERRANT PANCREAS IN PRACTISE OF PEDIATRIST (CLINICAL CASE)**

Aberrant pancreas refers to a pathology, the origins of which originate in childhood. Pathology is rare in childhood, despite the increase in the frequency of detecting an aberrant pancreas in children due to the widespread use of imaging technologies in gastroenterology. The disease does not have pathognomonic symptoms and is often detected only with the development of complications. The presence of an aberrant pancreas in the gastroduodenal

zone contributes to the development of morphological and functional changes in the mucous membrane of the stomach and duodenum, up to the metaplasia of the gastric epithelium. The article presents a clinical case of a patient who was treated in our clinic with ectopia of the pancreas in the stomach wall.

**Key words:** aberrant pancreas, children.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Бельмер С.В., Костырко Е.В., Приворотский Е.Ф. и др. Абerrантная поджелудочная железа у детей. Вопросы детской диетологии. 2013; 11 (3): 49-54.
2. Запруднов А.И., Харитонов Л.А., Григорьев К.И. и др. Современное состояние детской гастроэнтерологии. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2015; 2: 6-13.
3. Henderson L., Nour S., Dagash H. Heterotopic pancreas a rare cause of gastrointestinal in children. Dig. Dis. Sci. 2018; 63 (5): 1363-1365.
4. Лялюкова Е.А. Аномалии панкреато-дуоденальной зоны у пациентов с дисплазией соединительной ткани. Сибирский медицинский журнал. 2011; 26 (3): 74-76.
5. Румянцева Г.Н., Минько Т.Н., Трухачев С.В. и др. Диагностика и лечение эктопированной поджелудочной железы у детей. Детская хирургия. 2013; 1: 34-36.
6. Сварич В.Г., Лисицын Д.А., Ислентоев Р.Н. и др. Особенности диагностики и лечения хористомы желудка у детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2018; 8 (2): 70-74.
7. Хавкин А.И., Борзакова С.Н., Богомаз Л.В. и др. Абerrантная поджелудочная железа (хористома) у ребенка 5 лет. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2016; 1: 102-106.
8. Джулай Г.Е., Бурлаков К.С., Фуks Г.А. Абerrантная поджелудочная железа у пациентки с диспластикозависимым фенотипом. Верхневолжский медицинский журнал. 2019; 18 (2): 51-54.
9. Хлынова О.В., Гирфанова Л.Г., Черемин А.А. Эктопированная поджелудочная железа в стенке двенадцатиперстной кишки как возможная причина желудочно-кишечного кровотечения. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020; 30 (4): 65-69.
10. Rezvani M., Vtnias C., Olpin J.D. et al. Heterotopic pancreas his topathologic features, imaging finding and complications. Radiographics. 2017; 37 (2): 484-499.

**REFERENCES**

1. Bel'mer S.V., Kostyrko E.V., Privorotskii E.F. i dr. Aberrantnaya podzheludochnaya zheleza u detei. Voprosy detskoi dietologii. 2013; 11 (3): 49-54 (in Russian).
2. Zaprudnov A.I., Kharitonova L.A., Grigor'ev K.I. i dr. Sovremennoe sostoyanie detskoi gastroenterologii. Rossiiskii vestnik perinatalogii i pediatrii. 2015; 2: 6-13 (in Russian).
3. Henderson L., Nour S., Dagash H. Heterotopic pancreas a rare cause of gastrointestinal in children. Dig. Dis. Sci. 2018; 63 (5): 1363-1365 (in Russian).
4. Lyalyukova E.A. Anomalii pankreato-duodenal'noi zony u patsientov s displaziei soedinitel'noi tkani. Sibirskii meditsinskii zhurnal. 2011; 26 (3): 74-76 (in Russian).
5. Rumyantseva G.N., Min'ko T.N., Trukhachev S.V. i dr. Diagnostika i lechenie ektopirovannoi podzheludochnoi zhelezy u detei. Detskaya khirurgiya. 2013; 1: 34-36 (in Russian).
6. Svarich V.G., Lisitsyn D.A., Islentoev R.N. i dr. Osobennosti diagnostiki i lecheniya khoristomy zheludka u detei. Rossiiskii vestnik detskoi khirurgii, anesteziologii i reanimatologii. 2018; 8 (2): 70-74 (in Russian).
7. Khavkin A.I., Borzakova S.N., Bogomaz L.V. i dr. Aberrantnaya podzheludochnaya zheleza (khoristoma) u rebenka 5 let. Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. 2016; 1: 102-106 (in Russian).
8. Dzhulai G.E., Burlakov K.S., Fuks G.A. Aberrantnaya podzheludochnaya zheleza u patsientki s displastikozavisimym fenotipom. Verkhnevolzhskii meditsinskii zhurnal. 2019; 18 (2): 51-54 (in Russian).
9. Khlynova O.V., Girfanova L.G., Cheremin A.A. Ektopirovannaya podzheludochnaya zheleza v stenke dvenadtsatiperstnoi kishki kak vozmozhnaya prichina zheludochno-kishechnogo krovotecheniya. Rossiiskii zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2020; 30 (4): 65-69 (in Russian).
10. Rezvani M., Vtnias C., Olpin J.D. et al. Heterotopic pancreas his topathologic features, imaging finding and complications. Radiographics. 2017; 37 (2): 484-499 (in Russian).