



ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО
Кафедра педиатрии №2
Кафедра пропедевтики педиатрии
ГБУ «ГДКБ № 1 г. Донецка»

ЭКТОПИРОВАННАЯ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Доцент кафедры педиатрии №2 Чалая Л.Ф.

Зав. кафедрой педиатрии №2, профессор Налетов А.В.

Доцент кафедры пропедевтики педиатрии Москалюк О.Н.

Зав. Кардиоревматологическим отделением Котова О.В.

Врач КТ Бычков Д.В.

Врач-эндоскопист Разгонов В.И.

Донецк 2022 г.

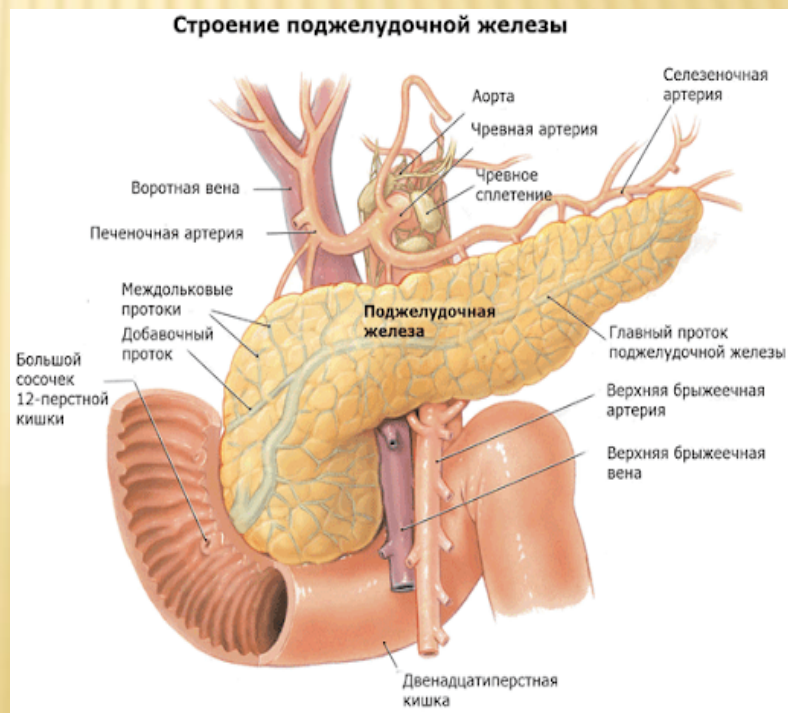
АКТУАЛЬНОСТЬ



Эктопированная поджелудочная железа (ПЖ) – (аберрантная ПЖ, добавочная ПЖ, гетеротопия ПЖ, хористома) – врожденная аномалия развития поджелудочной железы, характеризующаяся наличием добавочной ПЖ, морфологически не связанной с ортотопическим органом, с полным разобщением с ним кровоснабжения и иннервации.

АКТУАЛЬНОСТЬ

- **Аберрантная ПЖ** относится к патологии, истоки которой берут начало в детском возрасте.
- Заболевание **не имеет патогномоничных симптомов** и зачастую выявляется только при развитии осложнений.
- Секреторная активность аберрантной ПЖ **способствует развитию воспаления в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки.**
- Наличие аберрантной ПЖ приводит к развитию необратимых патологических изменений в стенке желудка, включая и **перерождение желудочного эпителия.**



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

- ❖ В настоящее время частота выявления эктопированной ПЖ у детей и взрослых составляет **0,2%, случаев при оперативных вмешательствах и 0,5-13% при аутопсиях.**
- ❖ В отличие от взрослых, у которых эктопированная ПЖ – самый частый порок развития ПЖ, **у детей эта аномалия ПЖ выявляется редко.**
- ❖ **Эктопия ПЖ в стенку желудка 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.**

ЭМБРИОПАТОГЕНЕЗ

- ❖ Аберрантная ПЖ является проявлением **дизонтогенетической гетеротопии.**
- ❖ Развитие порока ПЖ связано с **нарушением дифференцировки энтодермальных стволовых клеток, адгезией эмбриональных панкреатических клеток к окружающим структурам к моменту их миграции к вентральным зачаткам на 2-м месяце развития эмбриона.**
- ❖ Эктопия ПЖ происходит при **формировании первичной кишечной трубки.**
- ❖ Код в МКБ 10 – Q 45.3
(**другие врожденные аномалии развития поджелудочной железы и протока поджелудочной железы).**)



ЛОКАЛИЗАЦИЯ

- Типичная гетеротопия ткани ПЖ – в стенку полых органов пищеварительного тракта: желудка, кишечника, желчного пузыря, дивертикула Меккеля.
- Аберрантная ПЖ чаще встречается в **гастродуоденальной зоне (63-70%)** – примерно с одинаковой частотой в желудке и двенадцатиперстной кишке.
- В желудке аберрантная ПЖ преимущественно располагается в **антральном и пилорическом его отделах** – 85-95% случаев гетеротопии в желудке.



- Аберрантная ПЖ редко встречается в печени, внепеченочных желчных протоках, желчном пузыре, толстой кишке и селезенке

КЛИНИКА

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

ОСЛОЖНЕНИЯ

- ✘ Абсцедирование
- ✘ Развитие эрозий в слизистой оболочке
- ✘ Желудочно-кишечные кровотечения
- ✘ Формирование язв с риском развития перфорации желудочной или кишечной стенки
- ✘ Обструкция пилорического отдела желудка
- ✘ Развитие кишечной непроходимости
- ✘ Развитие острого панкреатита АПЖ
- ✘ Формирование кист в паренхиме АПЖ
- ✘ Малигнизация

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- ❖ Макроскопически аберрантная ПЖ имеет вид **неподвижного полипа на широком основании** или представляет собой **дольчатое уплотнение овальной или округлой формы**, эластичной консистенции, покрытое неизменной слизистой оболочкой.
- ❖ В центре таких полиповидных образований иногда определяется кратерообразное втяжение – **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 «прорасти» все слои стенки.



ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКТОПИРОВАННОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТЕНКУ ЖЕЛУДКА

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 - Ib.

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.



ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКТОПИРОВАННОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТЕНКУ ЖЕЛУДКА

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



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.**

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Девочка, 8 лет, поступила в кардиоревматологическое отделение Государственного бюджетного учреждения «Городская детская клиническая больница № 1 г. Донецка» с жалобами на чувство «комка в горле», затруднения вдоха, колющие боли в сердце, тошноту после еды.

Вышеуказанные жалобы непостоянные, отмечаются периодически в течение полугода. Ухудшение в течение последней недели.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

При поступлении состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°, ЧСС 77/мин, ЧД 20/мин, АД 86/68 мм рт. ст, масса 24,5 кг, рост 134 см. Нормостенического телосложения.

Кожные покровы бледные, под глазами темные круги. Небные миндалины гипертрофированы 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 в эпигастральной области. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в день, оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- ✘ **Клинический анализ крови:** эритроциты 4,81 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, лейкоциты – 1-3 в поле зрения., эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – нет, бактерий – нет, соли – 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.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

ФГДС. В желудке натошак содержится умеренное количество мутного, с примесью желчи, секрета. На 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 поджелудочной железы в стенку желудка.

Компьютерная томография органов брюшной полости, забрюшинного пространства с per os контрастированием.

В проекции антрального отдела на большой кривизне определяется локальное утолщение стенки желудка с ровными, четкими контурами до 1,5 см. Окружающая клетчатка не инфильтрирована, регионарные лимфатические узлы не увеличены. Заключение: эктопированная поджелудочная железа?

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 60-85/мин, PQ 0,12", QT 0,36", QT с- 0,40, 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.

КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Консультация хирурга: Аберрантная поджелудочная железа. Учитывая отсутствие признаков малигнизации образования, рекомендовано динамическое наблюдение (ФГДС 1 раз в год, компьютерная томография при необходимости, биопсия образования в случае ухудшения клинической картины).

Консультация Лор-врача: хронический фарингит.

Консультация невролога: гиперкинетический синдром.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Вегетативно-сосудистая дисфункция.

Эктопированная поджелудочная железа в стенку желудка

Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром.

Дисплазия соединительной ткани: аберрантная хорда в полости левого желудочка, дуоденогастральный рефлюкс, S-образный сколиоз груднопоясничного отдела позвоночника, плоскостопие.

Гиперкинетический синдром.

Хронический фарингит.

ЛЕЧЕНИЕ

- ❑ Магне В6
- ❑ Глицин
- ❑ Персен
- ❑ Тримедат
- ❑ Аципол
- ❑ Спелеотерапия

ВЫВОДЫ

- ❖ **Эктопия поджелудочной железы в стенку желудка – редкая в детском возрасте аномалия развития поджелудочной железы.**
- ❖ **Данная патология не имеет патогномоничных симптомов.**
- ❖ **В данном клиническом случае выявление аберрантной поджелудочной железы 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, гастроэнтеролога, хирурга.**

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

