

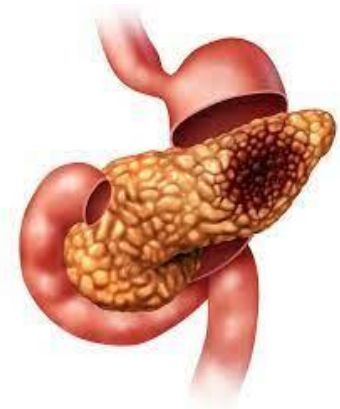


ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО
Кафедра педиатрии №2
Кафедра пропедевтики педиатрии
ГБУ «ГДКБ № 1 г. Донецка»

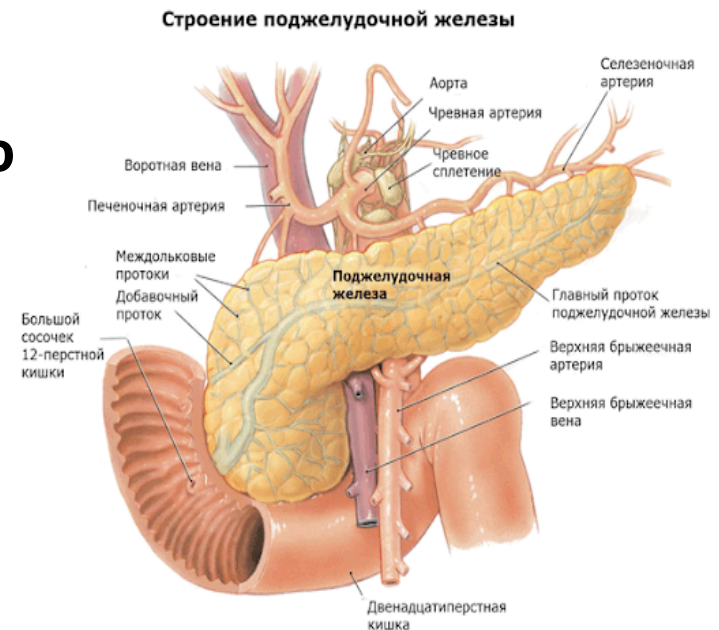
ЭКТОПИРОВАННАЯ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Заведующий кафедрой педиатрии № 2, д.мед.н, профессор Налетов А.В.
Доцент кафедры педиатрии №2 Чалая Л.Ф.
Доцент кафедры пропедевтики педиатрии Москалюк О.Н.

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



- **Аберрантная ПЖ (АПЖ)** 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 АПЖ приводит к развитию необратимых патологических изменений в стенке желудка, включая и **перерождение желудочного эпителия.**



- ❖ 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 – самый частый порок 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.

❖ Аберрантная ПЖ является проявлением дизонтогенетической гетеротопии.

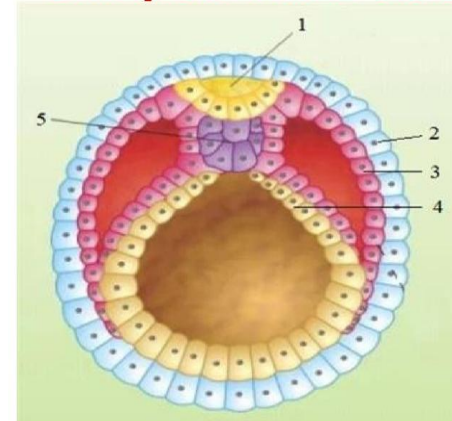
❖ Развитие порока ПЖ связано с нарушением дифференцировки энтодермальных стволовых клеток, адгезией эмбриональных панкреатических клеток к окружающим структурам к моменту их миграции к вентральным зачаткам на 2-м месяце развития эмбриона.

❖ 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).

Эмбриогенез ПЖ



1. Нервная трубка
2. Эктодерма
3. Мезодерма
4. Первичная кишка
5. Хорда

- Типичная гетеротопия ткани ПЖ – в стенку полых органов пищеварительного тракта: 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 его отделах – 85-95% случаев гетеротопии в желудке.

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



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- ❖ 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: 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 АПЖ 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 АПЖ 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 – устьеvidный: 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.**

СОБСТВЕННОЕ 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.**

СОБСТВЕННОЕ 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.

СОБСТВЕННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- ❖ **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.

СОБСТВЕННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- ❖ **ФГДС.** В желудке натощак 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.
- ❖ **КТ 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?



СОБСТВЕННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- ❖ **ЭКГ:** ритм синусовый, ЧСС 60-85/мин, PQ 0,12", QT 0,36"., QTc- 0,40, угол альфа-+68, ЭОС - вертикальное положение.
- ❖ **ЭхоКГ:** размеры камер и сократительная способность в норме, абберантная 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.

СОБСТВЕННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- ❖ **Консультация хирурга:** АБЖ. 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.

СОБСТВЕННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Клинический диагноз: 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 грудопоясничного отдела позвоночника, плоскостопие.

Гиперкинетический синдром.

Хронический фарингит.

Вегетативно-сосудистая дисфункция.

СОБСТВЕННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Терапия:

- ❖ 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!

