

Federacii / P.K. Yablonskij, O.A. Suhovskaya // Zdravooohranenie Rossijskoj Federacii. – 2014. – № 1. – S. 30–33.

8. *Von Holzf, K.* Progression of atherosclerosis in the ApoE–/– model: 12-month exposure to cigarette mainstream smoke combined with high-cholesterol/fat diet / K. Von Holzf, S. Lebrun, W. Stinn [et al.] // Atherosclerosis. – 2009. – Vol. 205. – P. 135–143.

9. *Mottillo, S.* Behavioral interventions for smoking cessation: a metanalysis of randomized controlled trials / S. Mottillo, K.B. Filion, R. Belisle [et al.] // Eur Heart J. – 2009. – Vol. 30. – P. 718–730.

10. *Fraser, D.* Five population based interventions for smoking cessation: a MOST trial / D. Fraser, K. Kobinsky, S.S. Smith [et al.] // Trans. Behav. Med. – 2014. – Vol. 4. – P. 382–390.

11. *Tran, K.* Pharmacologic-based Strategies for Smoking Cessation: Clinical and Cost-Effectiveness Analyses / K. Tran, K. Asakawa, K. Cimon [et al.] // CADTH Technol Overv. – 2012. – Vol. 2, № 3. – P. e2303.

12. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary // Respir Care. – 2008. – Vol. 53, № 9. – P. 1217–1222.

13. *Piper, M.E.* A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies /

M.E. Piper, S.S. Smith, T.R. Shlam [et al.] // Arch. Cen. Psychiatry. – 2009. – Vol. 66. – P. 1259–1262.

14. *Stead, L.F.* Nicotin replacement therapy for smoking cessation / L.F. Stead, R. Perera, C. Bullen [et al.] // Cochrane Database Syst. Rev. – 2012. – Vol. 4. – CD 000146.

15. *Cahill, K.* Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation / K. Cahill, L.F. Stead, T. Lancaster // Cochrane Database Syst Rev. – 2008. – 3. – CD 006103.

16. *Rigotti, N.A.* Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial / N.A. Rigotti, A.L. Pipe, N.L. Benowitz [et al.] // Circulation. – 2010. – Vol. 121. – P. 221–229.

17. *Singh, S.* Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis / S. Singh, Y.K. Loke, J.G. Spangler, C.D. Furberg // CMAJ. – 2011. – Vol. 183. – P. 1359–1366.

*Колбасников Сергей Васильевич (контактное лицо) – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой общей врачебной практики (семейной медицины) ФДПО и ординатуры ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России; 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4. Тел. (4822) 56-19-8; e-mail: kabinet208@mail.ru.*

УДК 616.37-007.256-071

Т.Е. Джулай, К.С. Бурлаков, Г.А. Фукс

## АБЕРРАНТНАЯ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА У ПАЦИЕНТКИ С ДИСПЛАСТОЗАВИСИМЫМ ФЕНОТИПОМ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

*Кафедра факультетской терапии ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России*

Представлен случай бессимптомного течения aberrантной поджелудочной железы, обнаруженной при эндоскопическом исследовании у пациентки молодого возраста с множественными висцеральными стигмами соединительно-тканной дисплазии.

**Ключевые слова:** aberrантная поджелудочная железа, диспластозависимый фенотип.

## ACCESSORY PANCREAS IN THE PATIENT WITH CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA-DEPENDENT PHENOTYPE: CLINICAL OBSERVATION

T.Ye. Dzhulay, K.S. Burlakov, G.A. Fuks

*Tver State Medical University*

A case of the asymptomatic aberrant pancreas detected during endoscopic examination in a young patient with multiple visceral stigmas of connective tissue dysplasia is presented.

**Key words:** accessory pancreas, connective tissue dysplasia-dependent phenotype.

### Введение

Несмотря на значительный прогресс эндоскопических технологий, применяемых для дифференциальной диагностики неэпителиальных опухолей верхних отделов пищеварительного тракта, существуют сложности в интерпретации подслизистых образований стенки желудка [1–2].

Одним из подслизистых новообразований желудка может выступать aberrантная поджелудочная железа (АПЖ). Она представляет собой врожденную аномалию развития поджелудочной железы (ПЖ), характеризующуюся наличием добавочной ПЖ, не связанной с основным органом. Для обозначения АПЖ в литературе встречается также термин «хористом», предложенный С.А. Рейнбергом [3–6].

Считается, что первое описание добавочной ПЖ принадлежит Шульцу (1727), который обнаружил ее в дивертикуле Меккеля. Первое гистологическое описание гетеротопии ПЖ принадлежит Дж. Клоб (1859). К 1927 году, за 200 лет со времени первого упоминания в литературе, по данным И.И. Генкина, было описано всего 60 хористом желудка, а в последующие 20 лет – еще 415. В отечественной литературе к 1967 году Б.А. Берлинских и С.З. Клецкин (1969) насчитали описание 56 АПЖ и добавили к этой статистике 5 своих наблюдений (всего 61) [7–8].

В настоящее время благодаря широкому использованию визуализирующих технологий в гастроэнтерологии частота выявления гетеротопии ПЖ у детей и взрослых значительно увеличилась и определяется в среднем в 0,2% случаев при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости и в 0,5–13,0% – при аутопсиях. Такой существенный разброс статистических данных объясняется особенностями исследования секционного материала. Аберрантная ПЖ примерно вдвое чаще встречается у мужчин, чем у женщин, и поскольку является одним из проявлений дисплазии соединительной ткани, выявляется у лиц с диспластозависимым фенотипом [5].

Типична гетеротопия ткани ПЖ в стенку полых органов пищеварительного тракта – желудка, кишечника, желчного пузыря, дивертикул Меккеля. Аберрантная ПЖ чаще встречается в гастродуоденальной зоне (63–70% наблюдений), желудке (25,5%), двенадцатиперстной (27,7%), тощей и подвздошной кишках (15,9%). В желудке АПЖ преимущественно располагается в антральном и пилорическом его отделах (85–95% случаев гетеротопии ПЖ в желудке). Редко встречается в печени, внепеченочных желчных протоках и желчном пузыре, толстой кишке и селезенке.

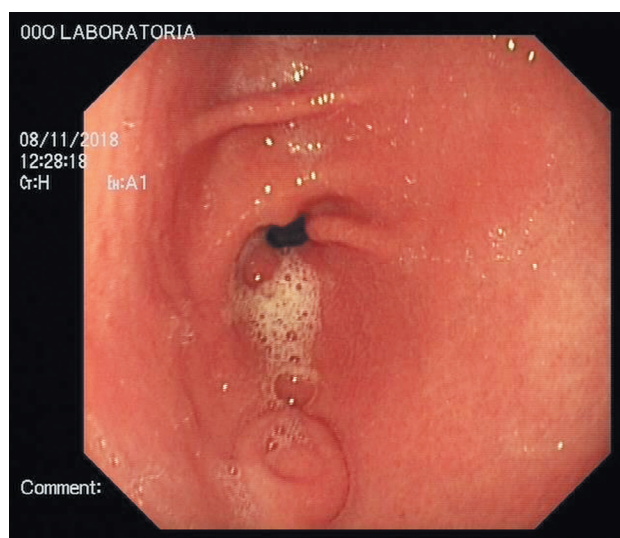


Рис. В антральном отделе желудка по большой кривизне ближе к привратнику округлое образование 0,6–0,7 см с валикообразными краями, вдавлением в центре – эктопированная ПЖ (наблюдение врача С.В. Щелоченкова)

Макроскопически АПЖ имеет вид неподвижно-го полипа на широком основании или представляет собой дольчатое уплотнение овальной или округлой формы, эластичной консистенции, покрытое неизменной слизистой оболочкой [4, 7]. В центре таких достаточно крупных полиповидных образований иногда определяется кратерообразное вдавление – устье протока АПЖ (рис.). Микроскопически имеет место комбинация железистых элементов ПЖ, выводных протоков, очень редко – островков Лангерганса.

Размеры гетеротопированной ПЖ колеблются от 0,5 до 6 см в диаметре. Чаще она располагается под слизистой оболочкой полого органа (75% наблюдений), реже – в его мышечном слое или субсерозно, может «прорастать» все слои стенки и изъязвляться [4, 8].

В большинстве случаев течение АПЖ бессимптомное и обнаруживается случайно при проведении инструментальных исследований, чаще всего эндоскопии [3–4]. Однако чаще жалобы больных обусловлены независимыми от АПЖ патологическими состояниями верхних отделов пищеварительного тракта – гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, хроническим гастритом или гастродуоденитом и др.

Самочувствие больных не страдает до появления осложнений, в их числе воспаление добавочного органа, абсцедирование АПЖ, формирование кист в ее паренхиме и малигнизации. При локализации АПЖ в гастродуоденальной зоне могут наблюдаться эпигастральные боли, тошнота, рвота. При повышенной секреторной активности желудка или значительных размерах АПЖ могут развиваться пептические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки с риском кровотечений. Редкими осложнениями могут выступать некроз и перфорация желудочной или кишечной стенки, обструкция пилорического отдела желудка, развитие кишечной непроходимости [6, 9].

Типичным эндоскопическим признаком, позволяющим врачам-эндоскопистам предположить наличие АПЖ, является наличие полиповидного образования с вдавлением на его вершине. Рентгенологически в центре достаточно крупных образований, в ряде случаев также отмечается небольшое скопление контрастного вещества в устье протока АПЖ. Наиболее информативной в диагностике АПЖ является эндоскопическая ультрасонография (ЭУС), которая позволяет определить особенности структуры АПЖ и наличие выводящего протока. Ценным диагностическим методом в клинической практике стала компьютерная томография органов брюшной полости, дающая возможность оценить состояние окружающих тканей [2, 4, 6, 9]. Окончательно установить характер процесса позволяет полноценное гистологическое исследование, выявляющее строение ПЖ с типичной ацинарной тканью обычного долькового строения.

Лечебная тактика определяется размерами АПЖ, ее локализацией, наличием и риском осложнений.

Разрабатываются методы трансэндоскопической хирургии при обнаружении хористом с осложненным течением и с высоким риском осложнений [10–11].

### Клиническое наблюдение

*Больная М., 34 года, впервые обратилась к врачу-гастроэнтерологу 20.02.2018 с жалобами на выраженную изжогу, отрыжку пищей, вздутие, неустойчивый стул с чередованием запоров и диареи, метеоризм. Самочувствие ухудшалось при психоэмоциональном стрессе.*

*При осмотре обращало внимание астеническое телосложение (рост 173 см, вес 55 кг, ИМТ по Кетле 18,3), кожа легко растяжимая с множественными родинками, легкой венозной сетью на нижних конечностях, миопия средней степени тяжести. Язык географический. Пальпация живота безболезненна во всех отделах, асимметрия пальпаторной чувствительности в подреберьях (D > S). Печень и селезенка не пальпируются.*

*Рабочим диагнозом явились «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Обострение хронического гастродуоденита. СРК, смешанная форма». В план инструментального обследования включены УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия, контрастная рентгеноскопия желудка.*

*ЭГДС (26.02.2018): пищевод свободно проходим, просвет свободный. Стенки эластичные, слизистая розового цвета. Кольцо Шацкого. Кардия выше ножки диафрагмы на 0,5 см, сомкнута неплотно. Желудок обычных размеров, содержит умеренное количество слизи, примесь желчи. Складки приподняты, извиты, при инсуффляции полностью расправляются. Перистальтика равномерная, прослеживается во всех отделах. Слизистая с умеренной диффузной гиперемией, мелкоочечной в антральном отделе. Угол желудка острый. Антральный отдел широкий. Слизистая его с очагами умеренной атрофии. По большой кривизне, ближе к привратнику, полиповидное образование 0,4 см с неизменной слизистой и устьем протока на вершине. Привратник слегка приоткрыт, проходим. Луковица 12-перстной кишки не деформирована, в просвете следы желчи. Слизистая ее и постбульбарных отделов без особенностей. Большой дуоденальный сосочек не визуализируется. Хелпил-тест® отрицательный.*

*Заключение: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; эритематозная гастроскопия; очаговая атрофия антрального отдела желудка; аберрантная поджелудочная железа (хористомы); дуоденогастральный рефлюкс.*

*Контрастная рентгеноскопия желудка от 10.03.2018 подтвердила наличие аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.*

*В протоколе УЗИ органов брюшной полости от 28.02.2018 отмечено: со стороны печени, селезенки, почек – без структурных особенностей. Желчный пузырь расположен типично с перегибом в теле, деформирован. Содержимое гомогенное. Общияк желчный проток диаметром 4 мм, на визуализируемом*

*участке без патологических включений. Поджелудочная железа обычных размеров (головка – 17 мм, тело – 9 мм, хвост – 16 мм). Контуры ровные, эхогенность паренхимы обычная, хоструктура неоднородная. Вирсунгов проток не расширен.*

*Отклонений в клиническом анализе крови и биохимических тестах (фракции билирубина, трансаминазы) не обнаружено.*

*Консультативное заключение хирурга по тактике ведения хористомы рекомендовало динамическое ежегодное эндоскопическое наблюдение при условии отсутствия осложнений в ее течении, при их наличии – оперативное лечение, направленное на удаление АПЖ.*

*Проводимая терапия включала комбинацию ингибитора протонной помпы пантопразола (контроль 40 мг/сут), цитопротектора висмута трикалия дицитрата (де-нол 480 мг/сут), желчегонного и спазмолитического средства гимекромона (одестон 600 мг/сут), полиферментного препарата (креон 10 тысяч ЕД).*

*Положительный клинический эффект в виде исчезновения диспепсического синдрома был достигнут в течение месяца.*

### Обсуждение

Данное клиническое наблюдение представляет случай достаточно типичного течения хористомы, впервые выявленной при эндоскопическом исследовании с учетом совокупности диагностических признаков – полиповидное образование под неизменной слизистой в антральном отделе желудка с центральным кратерообразным углублением. Течение заболевания бессимптомное, неосложненное, выявление аберрантной поджелудочной железы фактически явилось инструментальной находкой квалифицированного врача-эндоскописта. Поводом для обращения к гастроэнтерологу явилась пищеводная, желудочная и кишечная диспепсия, обусловленная коморбидной патологией желудочно-кишечного тракта.

В то же время обращает на себя внимание диспластозависимый фенотип молодой женщины с множественными фенотипическими (астенический тип телосложения, кожно-мышечные и краниальные стигмы дисплазии соединительной ткани) и висцеральными проявлениями (аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, аномалия формы желчного пузыря, совокупно формирующие дуоденогастральный и гастроэзофагеальный рефлюксы). В этом смысле и эктопированная в стенку желудка аберрантная мини-*pancreas* должна расцениваться как висцеральный диспластозависимый признак [12–13]. Сам же факт наличия множественных фенотипических и висцеральных стигм соединительно-тканых дисплазий у лиц молодого возраста при скрининговых исследованиях должен служить поводом для углубленного поиска и других потенциально опасных диспластозависимых состояний, таких как



врожденные пороки и малые аномалии сердца, бронхолегочной системы, почек и других систем органов.

### Литература/References

1. Стариков, Ю.Г. Подслизистые образования желудочно-кишечного тракта в эндоскопической практике / Ю.Г. Стариков, Е.Н. Солоднина, А.В. Новожилова // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – № 2. – С. 51–59.

*Starikov, Yu.G. Podslizisty'e obrazovaniya zheludchno-kishechnogo trakta v e'ndoskopicheskoy praktike / Yu.G. Starikov, E.N. Solodnina, A.V. Novozhilova // Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova. – 2010. – № 2. – S. 51–59.*

2. Эндосонаграфия в диагностике неэпителиальных опухолей пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки / П.Л. Щербakov [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 10. – С. 29–31.

*E'ndosonografiya v diagnostike nee'pitelial'ny'kh opukholej pishhevoda, zheludka i dvenadczatiperstnoj kishki / P.L. Shherbakov [i dr.] // E'ksperimental'naya i klinicheskaya gastroe'nterologiya. – 2010. – № 10. – S. 29–31.*

3. Маев, И.В. Абerrантная поджелудочная железа / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2005. – № 3. – С. 52–53.

*Maev, I.V. Aberrantnaya podzheludochnaya zheleza / I.V. Maev, Yu.A. Kucheryavy'j // Klinicheskie perspektivy' gastroe'nterologii, gepatologii. – 2005. – № 3. – S. 52–53.*

4. Клинико-эндоскопические и морфологические особенности эктопированной поджелудочной железы в стенку желудка у детей / Н.В. Винокурова [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2012. – № 7. – С. 68–72.

*Kliniko-e'ndoskopicheskie i morfologicheskie osobennosti e'ktopirovannoj podzheludochnoj zhelezy' v stenku zheludka u detej / N.V. Vinokurova [i dr.] // Ural'skij mediczinskij zhurnal. – 2012. – № 7. – S. 68–72.*

5. Лялюкова, Е.А. Аномалии панкреатодуоденальной зоны у пациентов с дисплазией соединительной ткани / Е.А. Лялюкова // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – Т. 26, № 3-2. – С. 74–76.

*Lyalyukova, E.A. Anomalii pankreatoduodenal'noj zony' u paczientov s displaziej soedinitel'noj tkani / E.A. Lyalyukova // Sibirskij mediczinskij zhurnal. – 2011. – T. 26, № 3-2. – S. 74–76.*

6. Henderson, L. Heterotopic pancreas: a rare cause of gastrointestinal bleeding in children / L. Henderson, S. Nour, H. Dagash // Dig. Dis. Sci. – 2018. – Vol. 63, № 5. – P. 1363–1365.

*Henderson, L. Heterotopic pancreas: a rare cause of gastrointestinal bleeding in children / L. Henderson, S. Nour, H. Dagash // Dig. Dis. Sci. – 2018. – Vol. 63, № 5. – P. 1363–1365.*

7. Rizzo, R.J. Congenital abnormalities of the pancreas and biliary tree in adults / R.J. Rizzo, R.A. Szucs, M.A. Turner // Radiographics. – 1995. – Vol. 15, № 1. – P. 49–68.

*Rizzo, R.J. Congenital abnormalities of the pancreas and biliary tree in adults / R.J. Rizzo, R.A. Szucs, M.A. Turner // Radiographics. – 1995. – Vol. 15, № 1. – P. 49–68.*

8. Бельмер, С.В. Абerrантная поджелудочная железа у детей / С.В. Бельмер, Е.В. Костырко, В.Ф. Приворотский, Н.Е. Луппова // Вопросы детской диетологии. – 2013. – Т. 11, № 3. – С. 49–54.

*Bel'mer, S.V. Aberrantnaya podzheludochnaya zheleza u detej / S.V. Bel'mer, E.V. Kostyrko, V.F. Privorotskij, N.E. Luppova // Voprosy' detskoj dietologii. – 2013. – T. 11, № 3. – S. 49–54.*

9. Yüksel, M. Endosonographic features of lesions suggesting gastricectopic pancreas: experience of a single tertiary center / M. Yüksel [et al.] // Turk. J. Med. Sci. – 2017. – Vol. 47, № 1. – P. 313–317.

*Yüksel, M. Endosonographic features of lesions suggesting gastricectopic pancreas: experience of a single tertiary center / M. Yüksel [et al.] // Turk. J. Med. Sci. – 2017. – Vol. 47, № 1. – P. 313–317.*

10. Сварич, В.Г. Особенности диагностики и лечения хористомы желудка у детей / В.Г. Сварич [и др.] // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2018. – Т. 8, № 2. – С. 73–78.

*Svarich, V.G. Osobennosti diagnostiki i lecheniya khoristomy' zheludka u detej / V.G. Svarich [i dr.] // Rossijskij vestnik detskoj khirurgii, anesteziologii i reanimatologii. – 2018. – T. 8, № 2. – S. 73–78.*

11. Румянцева, Г.Н. Диагностика и лечение эктопированной поджелудочной железы у детей / Г.Н. Румянцева [и др.] // Детская хирургия. – 2013. – № 1. – С. 34–36.

*Rumyanczeva, G.N. Diagnostika i lechenie e'ktopirovannoj podzheludochnoj zhelezy' u detej / G.N. Rumyanczeva [i dr.] // Detskaya khirurgiya. – 2013. – № 1. – S. 34–36.*

12. Кадурина, Т.И. Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей / Т.И. Кадурина, В.Н. Горбунова. – СПб.: Элби-СПб, 2009. – 704 с.

*Kadurina, T.I. Displaziya soedinitel'noj tkani. Rukovodstvo dlya vrachej / T.I. Kadurina, V.N. Gorbunova. – SPb.: E'lb'i-SPb, 2009. – 704 s.*

13. Арсентьев, В.Г. Дисплазия соединительной ткани у детей как конституциональная основа полиорганных нарушений: вопросы классификации, критерии диагностики / В.Г. Арсентьев, Н.П. Шабалов // Вопросы практической педиатрии. – 2011. – Т. 6, № 5. – С. 59–65.

*Arsent'ev, V.G. Displaziya soedinitel'noj tkani u detej kak konstituczional'naya osnova poliorganny'kh narushenij: voprosy' klassifikaczii, kriterii diagnostiki / V.G. Arsent'ev, N.P. Shabalov // Voprosy' prakticheskoy pediatrii. – 2011. – T. 6, № 5. – S. 59–65.*

*Джулай Татьяна Евгеньевна (контактное лицо) – к. м. н., ассистент кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинской университет Минздрава России; 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4. Тел. 8 (4822) 44-47-67; e-mail: tdzhulay@mail.ru.*