

---

---

# СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

---

---

УДК:616.37–073

## ГЕТЕРОТОПИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Е.Н. Самцов, М.В. Вусик, М.Б. Каракешишева**

*НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск  
634028 г. Томск, пер. Савиных 12/1, email: clinica@oncology.tomsk.ru*

Представлено редкое клиническое наблюдение – aberrantная поджелудочная железа с локализацией в антральном отделе желудка. Описаны дифференциально-диагностические возможности лучевых и эндоскопических методов исследования. Ключевые слова: гетеротопия поджелудочной железы, лучевая диагностика, фиброгастроскопия.

### PANCREATIC HETEROTOPY

*E.N. Samtsov, M.V. Vusik, M.B. Karakeshisheva  
Cancer Research Institute, Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences, Tomsk  
12/1 Savinykh Street, 634028-Tomsk, e-mail: clinica@oncology.tomsk.ru*

A rare clinical case, namely, aberrant pancreas located in the antral part of the stomach, has been presented. Differentially-diagnostic potentials of radiological and endoscopic examination methods have been described.

Key words: pancreatic heterotopy, diagnostic imaging, fibrogastroscopy.

Гетеротопия поджелудочной железы (ПЖ) встречается у больных любого возраста, у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин, и не имеет клинических проявлений. У большинства пациентов она является случайной находкой во время гастроскопии, на операции или на аутопсии. Наиболее частой локализацией aberrantной поджелудочной железы является антральный отдел желудка. В большинстве случаев гетеротопия ПЖ носит одиночный характер. Элементы ткани поджелудочной железы чаще всего выявляются в подслизистом, реже – в мышечном и субсерозном слоях стенки желудка [1].

Макроскопически и при эндоскопическом исследовании aberrantная поджелудочная железа представляет собой опухолевидное образование округлой или овальной формы, размером от нескольких миллиметров до 4–5 см, на широком основании, располагающееся в подслизистом слое желудочной стенке. На его вершине имеется выводной проток в виде пуповидного вдавления, открывающийся на слизистой оболочке желудка. При инструментальной пальпации aberrantная поджелудочная железа имеет плотную консистенцию [2].

При гистологическом исследовании биопсийного материала гетеротопия тканей поджелудочной железы может быть представлена всеми ее компонентами в виде типичной ацинарной ткани обычного долькового строения, протоков (часто множественных, извитых, неравномерно расширенных, анастомозирующих) и панкреатических островков. При этом протоки большей своей частью располагаются вне ацинарной ткани, иногда обнаруживаются множественные скопления, выстланы высоким призматическим однослойным эпителием без признаков атипии. Элементы островкового аппарата часто можно обнаружить вне основного узла. Различают четыре варианта эктопии поджелудочной железы [3]:

- 1) определяются все компоненты поджелудочной железы;
- 2) имеется только экзокринная часть органа;
- 3) определяется только островковый аппарат;
- 4) имеются одни протоки (аденомиоз).

С точки зрения лучевого диагноста, гетеротопия поджелудочной железы представляет

интерес прежде всего как объект дифференциальной диагностики, поскольку рентгенологически чаще всего диагностируется как опухоль или язва желудка, требующие определения адекватной тактики лечения [4]. Собственно, гетеротопия поджелудочной железы в большинстве случаев не предполагает выполнения серьезных медицинских мероприятий, в связи с чем установление правильного диагноза приобретает особую актуальность.

Большая редкость встречаемости гетеротопии, схожесть лучевой семиотики с экзофитным раком желудка создают объективные трудности в проведении дифференциальной диагностики и выборе единой тактики лечения. Располагая небольшим клиническим материалом (5 наблюдений), мы хотели познакомить врачей-диагностов с особенностями комплексной диагностики гетеротопии.

*Больная Д., 35 лет, обратилась самостоятельно в амбулаторно-поликлиническое отделение НИИ онкологии СО РАМН с жалобами на умеренные боли в эпигастриальной области, не связанные с приемом пищи, в связи с чем была направлена на рентгенологическое исследование желудка.*

*При рентгеноскопии желудка, в антральном отделе на задней стенке определялось экзофитное объемное образование до 32 мм в диаметре с распадом в центре. Задняя стенка в области поражения ригидная, подвижность желудка ограничена. На основании полученных данных был заподозрен экзофитный рак желудка с распадом и для определения распространенности опухолевого процесса назначено компьютерно-томографическое и эндоскопическое исследования.*

*При компьютерной томографии органов брюшной полости на задней стенке антрального отдела желудка также было выявлено экзофитное объемное образование, протяженностью до 35 мм, имеющее в центральной части полость распада. Образование сливалось с телом поджелудочной железы и имело одинаковые с ней денситометрические показатели. Кроме этого, было обращено внимание на положение контуры вала инфильтрации и наличие изъязвления, не характерного для опухолевого поражения (рис. 1). Полученные данные за-*

*ставили усомниться в опухолевом поражении желудка, хотя полностью его исключить не представлялось возможным. В плане дифференциальной диагностики высказано предположение о гетеротопии поджелудочной железы.*

*При ЭГДС выявлены явления очагового антрального катарального гастрита и наличие объемного образования по задней стенке антрального отдела по типу полипа III типа, диаметром до 30 мм, с глубоким втяжением в центре, из которого выделялась светлая жидкость. Был выполнен забор биопсийного*

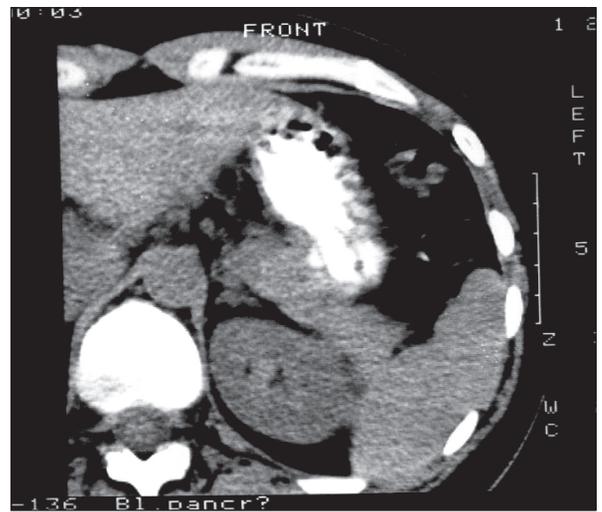


Рис. 1. КТ желудка. В антральном отделе желудка определяется экзофитное образование



Рис. 2. Эндосфото. На задней стенке антрального отдела желудка определяется объемное образование по типу полипа III типа, диаметром до 30 мм, с глубоким втяжением в центре – aberrантная поджелудочная железа

материала для гистологического исследования и жидкости для лабораторного анализа. Эндоскопическое заключение: очаговый катаральный антральный гастрит. Данные за выводной проток aberrантной поджелудочной железы (рис. 2).

Гистологическое заключение: ацинарная ткань поджелудочной железы.

Лабораторное исследование показало, что полученная жидкость является панкреатическим соком.

После противовоспалительного лечения по поводу катарального гастрита и хронического холецистита пациентка оставлена под динамическое наблюдение.

Таким образом, комплексное лучевое и эндоскопическое исследование позволило в короткий срок установить правильный диагноз и определить лечебный алгоритм. Следует отметить, что гетеротопия ПЖ не имеет патогномоничных рентгенологических и компьютерно-томографических симптомов, что требует проведения дифференциальной диагностики с экзофитными, прежде всего

злокачественными, новообразованиями. При дифференциальной диагностике гетеротопии поджелудочной железы и опухоли желудка необходимо учитывать такие признаки, нехарактерные для неопластического поражения, как молодой возраст пациентов, плавность контуров и ровную поверхность в области, имитирующей полость распада, идентичные денситометрические показатели «вала инфильтрации» и паренхимы поджелудочной железы. Основным методом уточняющей диагностики гетеротопии ПЖ является фиброгастроскопия, при которой выявляются эндоскопические признаки, специфические для данной патологии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Чернеховская Н.Е. Современные технологии в эндоскопии. М.: ООО «Экономика и информатика», 2004.
2. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Чепреянцев Д.П., Павлиев А.В. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. М.: МЕДпресс-информ, 2006.
3. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М.: Триада – X, 1998.
4. Портной Л.М., Казанцева И.А., Ветчинин О.В. и др. Рак верхнего отдела желудка: современные проблемы его диагностики // Вестник рентгенологии и радиологии. 2003. № 1. С. 4–12.

Поступила 4.05.08