



В. В. Бойко, В. В. Макаров,  
Р. М. Смачило,  
А. Л. Сочнева,  
Е. В. Мишенина

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ УДВОЕНИЯ ХВОСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГУ «Институт общей  
и неотложной хирургии  
им. В. Т. Зайцева НАМНУ»,  
г. Харьков

© Коллектив авторов

**Резюме.** Удвоение поджелудочной железы (pancreas divisum) — казуистика, частичное удвоение в виде расщепления хвоста также изредка наблюдается при синдроме Патау. В доступной литературе отсутствует подробное описание вышеуказанной аномалии. Нами обнаружено удвоение хвоста при одной головке и теле поджелудочной железы у мужчины 55 лет, который находился на обследовании и лечении в клинике ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМНУ». Случай был расценен нами как частичное удвоение хвоста поджелудочной железы. Учитывая крайнюю редкость данной патологии, хотелось бы поделиться собственным опытом.

**Ключевые слова:** удвоение хвоста поджелудочной железы, синдром Патау.

Удвоение поджелудочной железы (pancreas divisum) — очень редкий порок развития. Открытие удвоенной поджелудочной железы обычно связывают с именем анатома J. Hyrtl (1810-1894), хотя первые упоминания об этой аномалии развития датируются XVII столетием. Такой вариант, при котором не произошло соединение дорсального и вентрального панкреатического протоков в эмбриональном периоде. Данная особенность наблюдается у 5 % населения и в целом, если она не имеет клинических проявлений, считается вариантом нормы. Чаще всего встречается расщепление хвоста поджелудочной железы [3, 5]. Согласно общей классификации пороков развития поджелудочной железы удвоение поджелудочной железы может иметь следующие варианты:

- 1) протоков;
- 2) тотальное;
- 3) частичное (хвоста, тела);
- 4) добавочного сосочка.

Сложности диагностики и дифференциальной диагностики с объемными образованиями поджелудочной железы, а также ошибки в выборе тактики лечения заставили нас обратить внимание на эту проблему. Приводим клиническое наблюдение из собственной практики.

Больной П., 55 лет, находился в клинике ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМНУ» с 23.01.16 г. по 08.02.16 г. За 1,5 года до поступления в клинику, больного начали беспокоить боли в верхних отделах живота, больше в эпигастральной области и левом подреберье, тошнота, периодическая рвота недавно съеденной пищей, общая слабость, потеря массы тела за этот период на 10-12 кг. Первые 6-8 месяцев больной за медицинской помощью не обращался, лечился са-

мостоятельно нетрадиционными средствами по совету родственников и соседей. В августе 2015 года с диагнозом: острый панкреатит лечился в ЦРБ по месту жительства. Отметил улучшение состояния — подобные приступы перестали беспокоить в течение 6 месяцев. После чего жалобы возобновились. Для уточнения диагноза больной поступил в нашу клинику. Во время обследования у него сохранялись те же жалобы, было найдено увеличение уровня А-амилазы в сыворотке крови почти в 2 раза и в моче до 1,5 раз, стеаторея. По данным ультразвукового исследования в хвосте поджелудочной железы визуализируется объемное образование 45×38 мм с нечеткими контурами. Вирсунгов проток не расширен. Парапанкреатические, порталые, аортокавальные лимфатические узлы не изменены. Больной был направлен на позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ-КТ). По данным ПЭТ-КТ — в брюшной полости визуализируется объемное образование, которое плотно прилегает к хвосту поджелудочной железы высокой интенсивности, патологической гиперметаболической активности  $SUV_{max}=7,0$ , округлой формы с относительно четкими контурами, метаболическим размером 43,8×32,7 мм. В S5 и S7 печени визуализируются аметаболические образования округлых форм с нечеткими контурами, размерами 14×14,5 и 13,5×15 мм. В верхнеампулярном отделе прямой кишки визуализируется участок с накоплением РФП высокой интенсивности патологической гиперметаболической активности  $SUV_{max}=10,5$ , неправильной формы с нечеткими контурами, метаболическим размером 18,9×24,2 мм.

**Заключение:** на момент обследования больного выявлено ПЭТ/КТ признаки патологи-

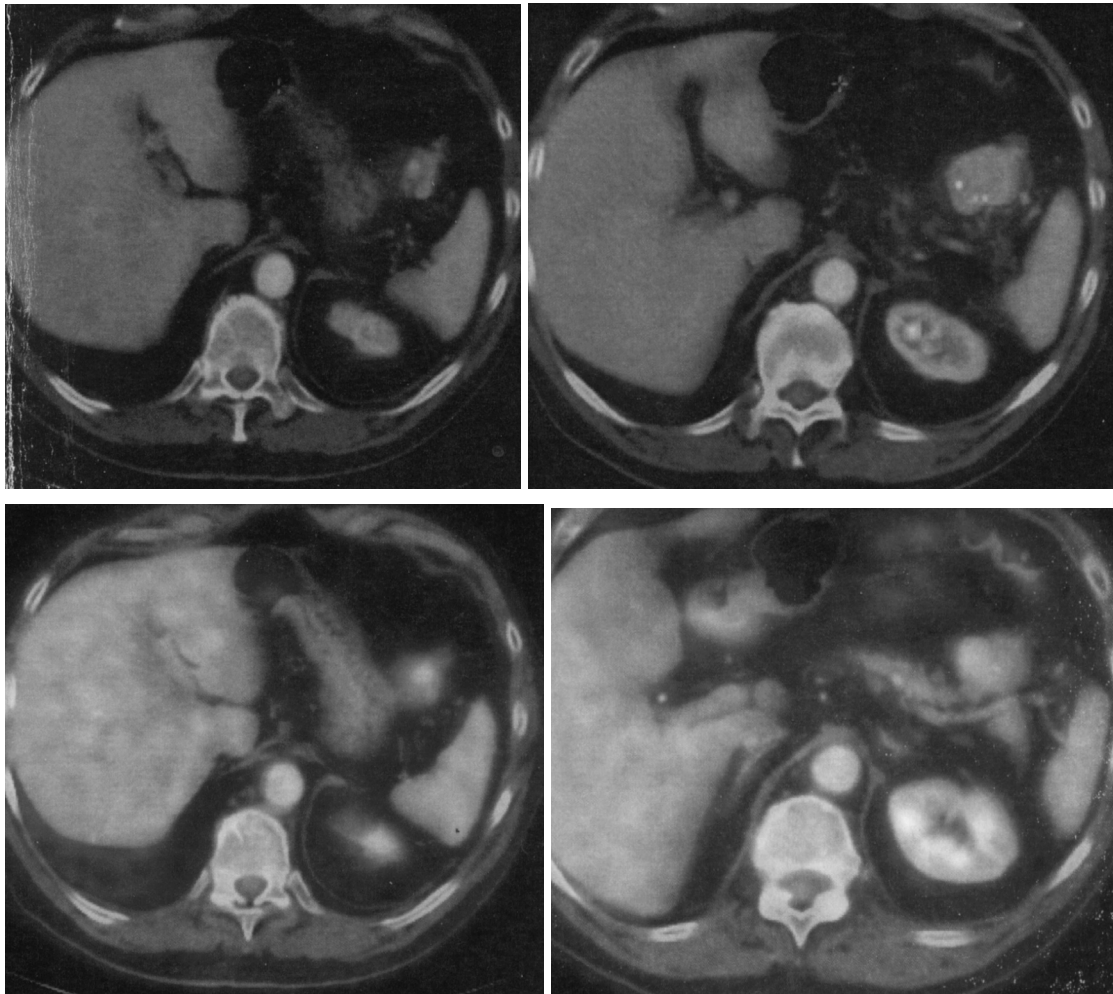


Рис. Объемное образование брюшной полости, которое плотно прилегает к хвосту поджелудочной железы высокой интенсивности, патологической гиперметаболической активности  $SUV_{max}=7,0$ , округлой формы с относительно четкими контурами, метаболическим размером  $43,8 \times 32,7$  мм. В S5 и S7 печени визуализируются аметаболические образования округлых форм с нечеткими контурами, размерами  $14 \times 14,5$  мм и  $13,5 \times 15$  мм. В верхнеампулярном отделе прямой кишки участок с накоплением РФП высокой интенсивности патологической гиперметаболической активности  $SUV_{max}=10,5$ , неправильной формы с нечеткими контурами, метаболическим размером  $18,9 \times 24,2$  мм

ческого накопления РФП в объемном образовании в проекции хвоста поджелудочной железы, что характерно для злокачественного процесса. Гемангиомы печени. Патологическое накопление РФП в прямой кишке требует дообследования (колоноскопия), для исключения вторичного поражения. Диагноз: рак поджелудочной железы T3N0M1. Иллюстрации прилагаются.

Больной дообследован. По данным колоноскопии – полип прямой кишки. Удален. Биопсия. Гистологическое заключение – аденоматозный полип.

Случай расценен нами как рак хвоста поджелудочной железы T3N0M0. Больному было предложено оперативное лечение. На которое он дал согласие. 25.01.2016 года под общим обезболиванием больному выполнена верхне-

срединная лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости в области хвоста поджелудочной железы, по передней его стенке, отмечается плотное, бугристое образование размерами  $6 \times 7 \times 6$  см, плотно спаянное (исходящее из?) с тканью поджелудочной железы. Поджелудочная железа фиброзно изменена на всем остальном протяжении. Регионарная лимфаденопатия отсутствует. В паренхиме печени на висцеральной ее поверхности в S5 и S7 печени определяются гемангиомы размерами 1 и 1,5 см в диаметре. Другой патологии не выявлено. Мобилизовать опухоль от хвоста поджелудочной железы не представилось возможным, поскольку хвост и опухоль представляют единый патологический конгломерат, легко кровоточащий при любой попытке манипуляций с ним. Учитывая риск развития кровотечения из селе-



зеночной артерии, выполнена дистальная резекция поджелудочной железы в одном блоке с селезенкой, дренирование брюшной полости.

Послеоперационный период протекал гладко, у больного исчезли боли в эпигастральной области, тошнота и рвота, уменьшилась слабость, исчезла стеаторея, нормализовался уровень А-амилазы в сыворотке крови.

Согласно данным патогистологического заключения удаленного образования известно, что имеет место удвоение хвоста поджелудочной железы. В микро- и макропрепарате определяется ткань поджелудочной железы.

С учетом клинической картины панкреатита, подтвержденного лабораторными методами исследования, улучшения состояния больной после операции, нормализации уровня ферментов поджелудочной железы патология в данном наблюдении расценена как удвоение хвоста поджелудочной железы.

Существуют варианты строения и расположения поджелудочной железы. Из наиболее часто встречающихся аномалий это кольцевидная, булавовидная, молоткообразная формы головки поджелудочной железы, удвоение ее хвоста и другие [1, 2, 3]. В доступной литературе подробного описания такой аномалии как удвоение хвоста поджелудочной железы нами

не выявлено. Частота этого порока развития составляет от 3 до 10 % в общем народонаселении [5]. Как правило, он не имеет негативных последствий. Только при слишком узком малом протоке может возникнуть хронический или острый панкреатит. Что мы и наблюдали у нашего больного. Лечение проводится в виде эндоскопического расширения протока и оставления в нем стента обычно это приносит лишь временный успех [4]. Обструктивный хронический панкреатит, обусловленный *pancreas divisum*, является показанием к резекции пораженной части поджелудочной железы [2, 6]. Наблюдаемый нами больной выразил крайнюю благодарность по поводу своего выздоровления и того, что диагноз рака не подтвердился.

Таким образом, приведенное наблюдение демонстрирует трудности верификации такой аномалии как удвоение поджелудочной железы, даже при наличии таких высокоинформативных инструментальных методов исследования, как ПЭТ-КТ, и подчеркивает значимость тщательного анализа клинической картины, показателей лабораторных методов исследования, интраоперационной картины. В тоже время хирург всегда должен помнить и предусматривать все возможные варианты аномалии органа, на котором выполняет операцию.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Хирургическая анатомия поджелудочной железы / В. М. Копчак, А. Ю. Усенко, К. В. Копчак, А. И. Зелинский // Изд. Дом «Аскания», Киев 2011.- 141с.
2. Хирургическое лечение хронического панкреатита / В. М. Копчак, К. В. Копчак, Л. А. Перерва, А. В. Дувак // Здоров'я України. – Лютий 2012 р.
3. Beger H.G., Warshaw A.L., Buchler M.W. [et al.] //Ed. The Pancreas. Oxford: Blackwell Science 1998; 1215.
4. Chronic pancreatitis: diagnosis, classification, and new genetic developments / Etemad B, Whitcomb DC. // Gastroenterology. 2001 Feb;120 (3): 682–707.
5. Beger H. G. Diseases of the Pancreas / H. G. Beger, S. Matsuno, J. L. Cameron — Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2008. — 905 p
6. Strobel O. Surgical therapy of chronic pancreatitis: indications, techniques and results / O. Strobel, M. W. Buchler, J. Werner // Int. J. Surg. 2009 Aug; 7(4): 305–12.



КЛІНІЧНЕ  
СПОСТЕРЕЖЕННЯ  
ПОДВОЄННЯ ХВОСТА  
ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

*V. V. Boiko, V. O. Makarov,  
P. M. Smachilo,  
A. L. Sochneva,  
K. V. Mishenina*

**Резюме.** Подвоєння підшлункової залози (pancreas divisum) — є казуїстикою, часткове подвоєння у вигляді розщеплення хвоста також зрідка спостерігається при синдромі Патау. У доступній літературі відсутня докладний опис вищевказаної аномалії. Нами виявлено подвоєння хвоста при одній голівці тілі підшлункової залози у чоловіка 55 років, який знаходився на обстеженні та лікуванні у клініці ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ». Випадок було розцінено нами як часткове подвоєння хвоста підшлункової залози. З огляду на крайню рідкість даної патології, хотілося б поділитися власним досвідом.

**Ключові слова:** *подвоєння хвоста підшлункової залози, синдром Патау.*

CLINICAL OBSERVATION  
OF THE DOUBLING OF THE  
TAIL OF THE PANCREAS

*V. V. Boiko, V. V. Makarov,  
R. M. Was Smachilo,  
L. A. Sochneva,  
E. V. Mishenina*

**Summary.** Doubling of the pancreas (pancreas divisum) — casuistry, partial doubling as a splitting of the tail is also occasionally observed with Patau syndrome. In the accessible literature, is absent detailed description of this anomaly. We have now found doubling of the tail with one head and body of the pancreas in a man 55 years old, who was examined and treated in the clinic Zaytsev Institute of General and Emergency Surgery NAMS of Ukraine. The case was regarded by us as a partial doubling of the tail of the pancreas. Given the extreme rarity of this disease, we would like to share their own experiences.

**Key words:** *doubling of tail of pancreas, Patau syndrome.*