

11. Raman S. P., Salaria S. N., Hruban R. H., Fishman E. K. Groove pancreatitis: spectrum of imaging findings and radiology-pathology correlation. *American Journal of Roentgenology*. 2013. Vol. 201. P. W29–39. DOI:10.2214/AJR.12.9956.
12. Rebours V., Levy P., Vullierme M. P., et al. Clinical and morphological features of duodenal cystic dystrophy in heterotopic pancreas. *Am. J. Gastroenterol.* 2007. Vol. 102. P. 871–879.
13. Stolte M., Weiss W., Volkholz H., Rosch, W. A special form of segmental pancreatitis: “Groove pancreatitis.” *Hepato-Gastroenterology*. 1982. Vol. 29. P. 198–208.
14. Usenko O. Yu., Kopchak V. M., Khomiak I. V., Khomiak A. I., Malik A. V. Результати хірургічного лікування парадуоденального (groove) панкреатиту. *Klinicheskaiia khirurgiia*. 2019. Vol. 85. P. 5–8. DOI:10.26779/2522-1396.2018.11.05.
15. Yamaguchi K., Tanaka M. Groove pancreatitis masquerading as pancreatic carcinoma. *The American Journal of Surgery*. 1992. Vol. 163. P. 312–316. DOI:10.1016/0002-9610(92)90009-G.

УДК: 616.37-002.2-007.17-036.1-092

doi: 10.33149/vkrp.2022.01.05

### RU Парадуоденальный панкреатит: патоморфологическая характеристика заболевания и корреляция с клиническим течением

**А. Ю. Усенко, И. В. Хомяк, А. И. Хомяк, В. А. Кропельницкий, И. М. Савицкая, А. В. Малык, М. Э. Кроль**

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, Киев

**Ключевые слова:** парадуоденальный панкреатит, клинико-морфологические формы, патогистологическая характеристика, клиника, течение

**Введение.** Парадуоденальный (groove) панкреатит (ПДП) — отдельная форма хронического панкреатита, характеризующаяся хроническим воспалением, фиброзными изменениями и рубцеванием парадуоденальной зоны. На данный момент не существует единых подходов к патоморфологической и клинической классификации заболевания. Целью нашего исследования было изучение патоморфологических особенностей ПДП на препаратах после панкреатодуоденэктомии и сопоставления соответствующих гистологических изменений с клиническими формами заболевания.

**Материалы и методы.** В исследование включены 16 пациентов с ПДП, которым была выполнена панкреатодуоденэктомия с сохранением пилоруса и без. Верификация патогистологического диагноза выполнялась в соответствии с предложенными ранее критериями. Изменения в ткани поджелудочной железы и области groove изучались отдельно. Дополнительные признаки, которые были изучены, включали наличие микроабсцессов, ретенционных кист и псевдокист, расширенных протоков, перидуктального лимфоплазмозитарного воспаления, сосудистых изменений (фиброз интимы), перифлебита, наличия интралюминальных или интраэпителиальных нейтрофилов в главном панкреатическом протоке. Все патоморфологические образцы изучались независимо от клинической картины и сопоставлялись с последней на следующих этапах исследования.

**Результаты.** Средний возраст пациентов на момент операции составлял 43,8 года (от 33 до 60 лет). Пациентами были в основном мужчины (93,8%) — 15 мужчин и 1 женщина. Значительный процент участников исследования злоупотреблял алкоголем и курил, 81,3% и 75% соответственно. Острое начало заболевания отмечали

у 31,3% пациентов, хроническое течение наблюдалось у 68,7% пациентов. Частыми симптомами на момент операции были боль (93,8%), тошнота и рвота (61,5%), общая слабость (31,3%), потеря массы тела (31,3%), желтуха (20%). Были выделены и проанализированы кистозная (37,5% пациентов), солидная (50% пациентов) и смешанная формы ПДП. Всем формам дана подробная микроскопическая характеристика, выделены характерные клинические особенности.

**Выводы.** ПДП по патоморфологическим признакам может быть разделен на кистозную, солидную и смешанную формы, которые имеют характерные микроскопические морфологические особенности и разное клиническое течение заболевания.

### EN Paraduodenal pancreatitis: pathological characteristics of the disease and correlation with the clinical course

**O. Yu. Usenko, I. V. Khomiak, A. I. Khomiak, V. A. Kropelnitskyi, I. M. Savitska, A. V. Malik, M. E. Krol**

Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv, Ukraine

**Key words:** paraduodenal pancreatitis, clinical and morphological forms, pathological characteristics, clinical picture, clinical course

**Introduction.** Paraduodenal pancreatitis (PD) is a distinct form of chronic pancreatitis characterized by chronic inflammation, fibrotic changes, and scarring of the paraduodenal anatomic area. Currently, no uniform approaches to the pathomorphological and clinical classification of the disease exist. Therefore, the aim of our research was to study the pathomorphological features of PDP using specimens after pancreatoduodenectomy and to correlate the corresponding histological changes to clinical forms of the disease.

**Materials and methods.** This study included 16 patients with PDP who underwent pancreatoduodenectomy with and without pylorus resection. Verification of the histopathological diagnosis was performed according to the previously proposed criteria. Pancreatic tissue and groove area pathomorphological changes were studied separately. Additional features that were studied included the presence of microabscesses, retention cysts and pseudocysts, dilated ducts, periductal lymphoplasmacytic inflammation, vascular changes (intimal

fibrosis), periphlebitis, and the presence of intraluminal or intraepithelial neutrophils in the main pancreatic duct. All pathomorphological samples were reviewed independently of the clinical picture and compared with the latter in the subsequent stages of the study.

**Results.** The average age of patients at the time of surgery was 43.8 years (from 33 to 60 years). The patients were mostly men (93.8%), 15 men and one woman. A significant percentage of study participants abused alcohol and were active smokers, 81.3% and 75%, respectively. Acute onset of the disease was noted in 31.3% of patients, the chronic

course was observed in 68.7% of patients. At the time of surgery, the most common symptoms were pain (93.8%), nausea and vomiting (61.5%), general weakness (31.3%), weight loss (31.3%), and jaundice (20%). Cystic (37.5%), solid (50%) and mixed (12.5%) forms of PDP were differentiated and analyzed. All forms received a detailed microscopic characteristic and correlated to clinical forms.

**Conclusions.** PDP can be divided into cystic, solid and mixed forms. These forms have characteristic microscopic morphological features and discrete disease clinical courses.