

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

УДК 616.37-002-07

<https://doi.org/10.23946/2500-0764-2026-11-1-58-64>



ПАРАДУОДЕНАЛЬНЫЙ (GROOVE) ПАНКРЕАТИТ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

КАРЯГИНА М. С.¹, СМАКОТИНА С. А.¹ ✉, КЛИМОВА М. А.²

¹ Кемеровский государственный медицинский университет,
ул. Ворошилова, д. 22А, г. Кемерово, 650056, Россия

² Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи
имени М. А. Подгорбунского, ул. Н. Островского, д. 22, Кемерово, 650099, Россия

Основные положения

Парадуоденальный (groove) панкреатит представляет собой редкую форму хронического панкреатита, локализуящегося в панкреатодуоденальной борозде с формированием фиброза, утолщения стенки двенадцатиперстной кишки и кистозных включений. Диагностика парадуоденального панкреатита требует комплексного применения клинических, визуализационных методов и гистологической верификации вследствие сходства с опухолью головки поджелудочной железы.

Резюме

Цель. Представить клиническое наблюдение парадуоденального панкреатита с анализом дифференциальной диагностики, особенностей ведения пациента и обоснованием выбора лечебной тактики. **Материалы и методы.** Проведен анализ клинического случая мужчины 48 лет с болевым синдромом в эпигастрии, рецидивирующим в течение пяти лет. Использованы общеклинические, лабораторные методы (в том числе исследование онкомаркеров, панкреатической эластазы-1), методы лучевой и эндоскопической диагностики (эндоскопическое ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография, фиброгастроуденоскопия), гистологическое исследование операционного материала, а также динамическое наблюдение в течение 5 лет. Пациент дал письменное добровольное информированное согласие на публикацию данных. **Результаты.** У пациента выявлен сегментарный кистообразующий парадуоденальный панкреатит с утолщением медиальной стенки двенадцатиперстной кишки, кистозными включениями и сужением просвета кишки. Нормальный уровень онкомаркеров, данные гистологического исследования (хронический панкреатит

с фиброзом) и стабильность процесса при динамическом наблюдении позволили исключить аденокарциному. Выполнена органосохраняющая операция (резекция головки поджелудочной железы с панкреатоэнтероанастомозом), последующая консервативная терапия оказалась эффективной без развития внешнесекреторной недостаточности. **Заключение.** Парадуоденальный панкреатит остается диагностической проблемой из-за редкости и сходства с опухолевыми поражениями головки поджелудочной железы. Ключевыми элементами верификации диагноза является интеграция методов лучевой диагностики, уровня онкомаркеров и морфологического исследования. Органосохраняющие хирургические вмешательства в сочетании с консервативной терапией могут быть эффективной альтернативой панкреатодуоденэктомии при подтвержденной доброкачественной природе процесса. С учетом отсутствия стандартизированных протоколов ведения пациентов с данным типом панкреатита решение вопроса о лечебной тактике должно приниматься индивидуально.

Ключевые слова: бороздчатый панкреатит, аденокарцинома поджелудочной железы, кистозная трансформация двенадцатиперстной кишки, groove-панкреатит

Корреспонденцию адресовать:

Смакотина Светлана Анатольевна, 650029, Россия, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22А, E-mail: smak67@mail.ru

© Карягина М.С. и др.

Соответствие принципам этики. Пациент дал согласие на публикацию представленной статьи «Парадуоденальный (groove) панкреатит: описание клинического случая» в журнале «Фундаментальная и клиническая медицина».

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования:

Карягина М. С., Смакотина С. А., Климова М. А. Парадуоденальный (groove) панкреатит: описание клинического случая. *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2026;11(1):58-64. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2026-11-1-58-64>

Поступила:

26.05.2025

Поступила после доработки:

29.10.2025

Принята в печать:

27.02.2026

Дата печати:

31.03.2026

Сокращения

ДПК – двенадцатиперстная кишка

МРТ – магнитно-резонансная томография

МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография

УЗИ – ультразвуковое исследование

СА 19-9 – Carbohydrate Antigen 19-9

CASE REPORT
INTERNAL MEDICINE

PARADUODENAL (GROOVE) PANCREATITIS: CASE REPORT

MARIA S. KARYAGINA¹, SVETLANA A. SMAKOTINA¹ ✉, MARINA A. KLIMOVA²¹Kemerovo State Medical University

Voroshilova Street, 22A, Kemerovo, 650056, Russia

²Kuzbass Clinical Hospital of Emergency Medical Care named after
M.A. Podgorbunsky, N. Ostrovsky Street, 22, Kemerovo, 650099, Russia

HIGHLIGHTS

Paraduodenal (groove) pancreatitis is a rare form of chronic pancreatitis localized in the pancreatoduodenal groove with the formation of fibrosis, thickening of the duodenal wall, and cystic inclusions. The diagnosis of paraduodenal pancreatitis requires a comprehensive application of clinical, imaging methods, and histological verification due to its similarity to a pancreatic head tumor.

Abstract

Aim. To present a clinical observation of paraduodenal pancreatitis with an analysis of differential diagnosis, patient management features, and justification of treatment tactics.

Materials and methods. A clinical case of a 48-year-old man with recurrent epigastric pain syndrome over a period of five years was analyzed. The study used general clinical and laboratory methods (including the examination of cancer markers and pancreatic elastase-1), methods of radiological and endoscopic diagnostics (endoscopic ultrasound, computed tomography and magnetic resonance imaging, fibrogastroduodenoscopy), histological examination of surgical material, and dynamic observation over a period of 5 years. The patient provided written voluntary informed consent for the publication of the data. **Results.** The patient was diagnosed with segmental cystic para-duodenal pancreatitis with thickening of the medial wall of the duodenum, cystic inclusions, and narrowing of the duodenal lumen. The normal level of cancer markers, the results of the histological examination

(chronic pancreatitis with fibrosis), and the stability of the process during dynamic observation allowed for the exclusion of adenocarcinoma. An organ-preserving surgery (resection of the pancreatic head with pancreatojejunostomy) was performed, and subsequent conservative therapy proved to be effective without the development of exocrine insufficiency. **Conclusion.** Paraduodenal pancreatitis remains a diagnostic challenge due to its rarity and similarity to pancreatic head tumors. The key elements of diagnosis verification include the integration of imaging techniques, the level cancer markers, and morphological studies. Organ-preserving surgical interventions, combined with conservative therapy, can be an effective alternative to pancreatoduodenectomy in cases where the process is confirmed to be benign. Given the lack of standardized protocols for managing patients with this type of pancreatitis, treatment decisions should be made on a case-by-case basis.

Keywords: groove pancreatitis, trough pancreatitis, pancreatic adenocarcinoma, cystic transformation of the duodenum

Corresponding author:

Dr. Svetlana A. Smakotina, Voroshilova Street, 22A, Kemerovo, 650056, Russia

E-mail: smak67@mail.ru

© Maria S. Karyagina, et al.

Ethics statements. Consent statement. Patient has consented to the submission of this clinical case "Paraduodenal (groove) pancreatitis: case report" in the "Fundamental and Clinical Medicine".

Conflict of interest. The authors declare that there is no conflict of interest.

Financing. The study had no sponsorship (own resources).

For citation: Maria S. Karyagina, Svetlana A. Smakotina, Marina A. Klimova. Paraduodenal (groove) pancreatitis: case report. *Fundamental and Clinical Medicine*. 2026;11(1):58-64. (In Russ.). <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2026-11-1-58-64>

Received:

26.05.2025

Received in revised form:

29.10.2025

Accepted:

27.02.2025

Published:

31.03.2026

Введение

Парадуоденальный панкреатит – редкий вариант панкреатита, поражающий панкреатодуоденальную борозду, которая представляет собой небольшое анатомическое пространство между головкой поджелудочной железы, медиальной стенкой двенадцатиперстной кишки и общим желчным протоком [1]. Этиология парадуоденального панкреатита остается недостаточно изученной, диагностика часто затруднена, что может быть фактором, способствующим его относительно редкому выявлению. Возможными механизмами развития заболевания считаются блокада малого дуоденального сосочка и гиперплазия желез Бруннера, приводящие к задержке панкреатического секрета в области дорсального отдела поджелудочной железы [2]. Другим возможным механизмом развития является нарушение оттока панкреатического сока из малого сосочка, вызванное злоупотреблением алкоголем либо наличием эктопированной ткани поджелудочной железы, что приводит к увеличению давления внутри протока Санторини, формированию псевдокист и последующему выходу содержимого протоков наружу [3]. Поскольку подобная локализация патологического процесса характерна для рака поджелудочной железы, важно учитывать возможность данного заболевания при обследовании пациентов с патологическими изменениями головки поджелудочной железы или признаками стеноза двенадцатиперстной кишки, чтобы предотвратить неоправданно обширное оперативное вмешательство [4]. Представлен клинический случай парадуоденального панкреатита, диагностированного у пациента более чем через пять лет от начала заболевания, подвергшегося оперативному вмешательству и находящегося под динамическим наблюдением в настоящее время. Решающую роль в диагностике имели данные эндоскопического ультразвукового исследования (УЗИ) и рентгенологических методов. Ранее нами было опубликовано описание данного случая, к настоящему времени появились дополнительные сведения [5].

Описание случая

Пациент С., 48 лет, обратился в приемное отделение ГАУЗ «Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи» (ККБСМП) в ноябре 2019 года с жалобами на интенсивные боли в эпигастрии, тошноту. Боли в верхних отделах живота беспокоят более трех лет, отме-

чал их усиление после погрешности в питании, в связи с чем неоднократно был госпитализирован в хирургическое отделение по месту жительства. Злоупотребление алкоголем отрицает, курит более 20 лет. Настоящее ухудшение – за сутки до обращения после приема жирной пищи, принимал различные спазмолитики, анальгетики, без эффекта. При обследовании в приемном отделении отмечалась гиперамилаземия – 218 Е/л (референтный диапазон 0–53), анемии, воспалительных изменений в общем анализе крови не было. УЗИ брюшной полости выявило увеличение головки поджелудочной железы до 41*62 мм, в ее структуре два кистозных образования до 14–16 мм и кальцинаты, контуры неровные, структура неоднородная. По данным фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФГДС), в желудке большое количество желчи, слизистая двенадцатиперстной кишки (ДПК) с очаговой гиперемией. Пациенту был установлен диагноз хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы, госпитализирован в хирургическое отделение №2. На фоне консервативной терапии (спазмолитическая, антисекреторная (октреотид, 5-фторурацил), ингибиторы протонной помпы) гиперамилаземия регрессировала, болевой синдром уменьшился, но полностью не купирован. Учитывая рецидивирующее течение панкреатита и изменения в головке поджелудочной железы, подозрительные на опухолевый процесс, пациенту запланировано оперативное лечение: лапаротомия, ревизия, при резектабельности – панкреатогастродуоденальная резекция, при нерезектабельности – продольная цистопанкреатоэюностомия. Проведена верхнесрединная лапаротомия, резекция головки поджелудочной железы, продольная цистопанкреатоэюностомия 12.12.2019. Интраоперационно: вся поджелудочная железа увеличена, больше головкой до 50 мм, плотная, объемных образований не содержит, вирсунгов проток на всем протяжении до 3 мм, вскрыт. Выполнена резекция головки поджелудочной железы с кистами до 10 мм диаметром, продольная панкреатоэюностомия на петле по Ру. Результаты гистологического исследования ткани поджелудочной железы: хронический панкреатит, слабо выраженный междольковый и перидуктальный фиброз. Пациент выписан с улучшением через месяц после операции.

В мае 2023 года пациент госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с жалоба-

ми на интенсивные приступообразные боли в эпигастрии в течение 2 месяцев, похудание на 15 кг. При УЗИ: признаки воспаления и отека стенки ДПК, поджелудочная железа диффузно увеличена, контуры неровные, структура диффузно-неоднородная, повышенной эхогенности, отек и инфильтрация тканей в области головки. Лабораторно вновь гиперамилаземия (314 Е/л).

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов брюшной полости с болюсным контрастированием: состояние после панкреатитовирсунгоэюностомии, определяется неравномерное утолщение стенки верхней горизонтальной и нисходящей частей ДПК до 17,4 мм с кистозными единичными включениями до 20*11 мм. Поджелудочная железа обычной формы, головка 35 мм, тело 12 мм, хвост 15 мм. Контуры головки, прилегающей к измененной стенке ДПК нечеткие. Контуры остальных отделов железы четкие, неровные, проток не расширен.

ФГДС: луковица ДПК обычной формы, проходима, переход в постбульбарный отдел конусовидно сужен до 3-4 мм, за счет мелкобугристой ткани красного цвета плотной консистенции, без четких границ преимущественно по задней стенке, гистологически – дуоденит, фиброзная ткань. Эндоскопическое УЗИ: инфильтративные изменения стенки ДПК, области большого дуоденального сосочка, регионарная лимфаденопатия без признаков метастазирования. Исследован уровень онкомаркеров: СА 19-9 в пределах референсных значений.

На основании данных анамнеза, проведенных исследований был установлен диагноз парадуоденального панкреатита. На фоне консервативной терапии (спазмолитики, ингибиторы протонной помпы, ферментные препараты, индукторы простагландина E2) болевой абдоминаль-

ный синдром значительно уменьшился.

В течение последних полутора лет после погрешности в питании болевой абдоминальный синдром периодически рецидивирует, но госпитализации не требовалось. С целью исключения дисфункции сфинктера Одди, сопровождающегося транзиторным холестазом, как причиной приступов болевого абдоминального синдрома и преходящей билиарной гипертензии, исследованы маркеры холестаза (ЩФ, ГГТ) и желчные кислоты в сыворотке крови, отклонений от референсных значений не выявлено (содержание желчных кислот 6.6 мкмоль/л при норме менее 10). Для оценки внешнесекреторной функции поджелудочной железы исследована панкреатическая эластаза в кале, данных за недостаточность поджелудочной железы не выявлено (более 200 мкг/г). Проведены контрольные лучевые исследования: МРТ органов брюшной полости (**рисунок 1**) в ноябре 2024 года и МСКТ органов брюшной полости (**рисунок 2**) в мае 2025 года.

По заключению МРТ, сохраняются изменения в медиальной стенке ДПК с наличием кистозных включений, данных за прогрессирование процесса нет.

Обсуждение

Термин «бороздчатый панкреатит» впервые появился в 1982 году. В различных источниках эта патология известна под различными наименованиями, такими как кистозная дистрофия гетеротопической поджелудочной железы, панкреатическая гамартома двенадцатиперстной кишки, парадуоденальная муральная киста, миоаденоматоз.

О точной частоте бороздчатого панкреатита говорить сложно в связи с ограниченностью эпидемиологических данных. Имеющиеся сведения основаны преимущественно на результа-

Рисунок 1.

МР-томограммы пациента С. На T2 В1 в аксиальной и коронарной проекции определяется утолщение мягких тканей панкреатодуоденальной борозды и медиальной стенки ДПК с умеренным гипointенсивным сигналом с кистами в структуре с гиперинтенсивным сигналом на T2 В1

Figure 1. MRI scans of patient S. T2-weighted in axial and coronal projections shows thickening of the soft tissues of the pancreatoduodenal groove and the medial wall of the duodenum with a moderate hypointense signal with cysts in the structure with a hyperintense signal on T2-weighted

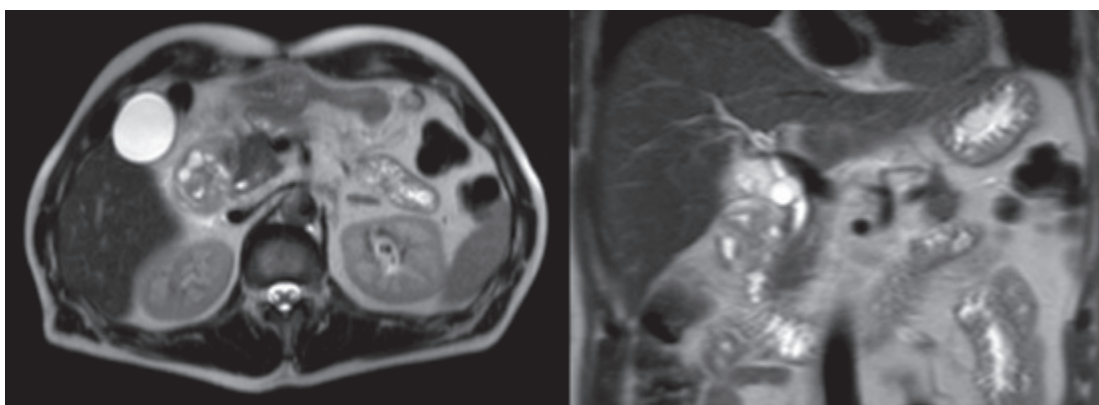
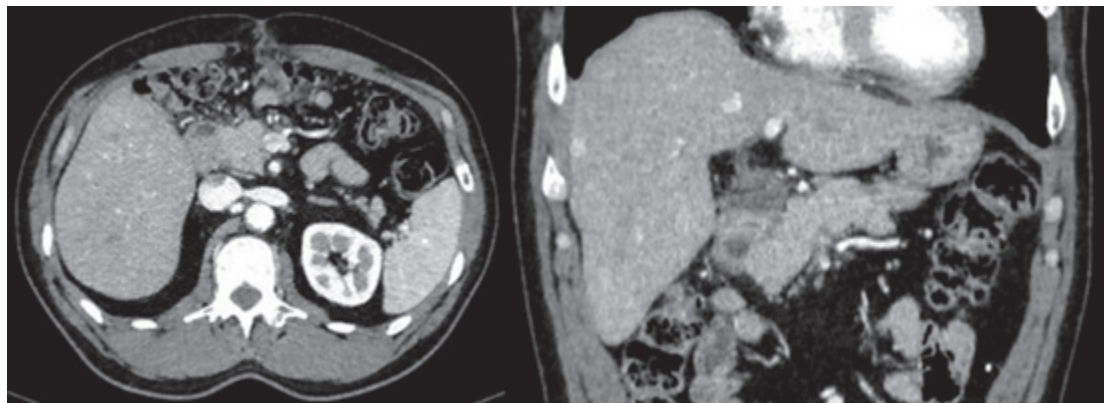


Рисунок 2.

Компьютерные томограммы пациента С. На аксиальной и корональной КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием определяется утолщение медиальной стенки двенадцатиперстной кишки с сужением ее просвета с наличием кистозных включений

**Figure 2.**

Computer tomograms of patient S. Axial and coronal CT of the abdominal organs and retroperitoneal space with contrast reveals thickening of the medial wall of the duodenum with narrowing of its lumen and the presence of cystic inclusions

тах хирургического лечения хронических форм панкреатита и свидетельствуют о том, что заболеваемость варьирует от 3 % до 24 % среди оперированных пациентов. Систематический обзор, охватывающий публикационный период с 1 января 1990 года по 31 августа 2022 года, включил 44 исследования. Общее число пациентов, представленных в этих исследованиях, составило 1404 человека [6]. Систематический обзор Kager LM et al., включающий 8 исследований и 335 пациентов с парадуоденальным панкреатитом, выявил 90 % пациентов, злоупотребляющих алкоголем, и 94% пациентов сообщали о курении [7]. В другом исследовании процент потребителей алкоголя и курильщиков был высоким (78,2 % и 73,9 % соответственно), большинство включенных пациентов были мужчинами (95,6 %) [8].

Выделяют две основных разновидности бороздчатого панкреатита: чистый тип, при котором воспалительные изменения локализованы исключительно в области борозды, и сегментарный тип, сопровождающийся вовлечением не только борозды, но и головки поджелудочной железы [9]. Также известен диффузный вариант, характеризующийся распространением воспалительных процессов за пределами цефалопанкреатической зоны, захватывая весь орган и формируя клинику хронического панкреатита с признаками поражения борозды [4]. По морфологическим признакам его можно классифицировать на три типа: кистообразующая форма, массообразующая форма, имеющая плотную опухольподобную структуру, и комбинированная солидно-кистозная форма. Характерной чертой бороздчатого панкреатита является стеноз ДПК, который при прогрессировании приводит к обструктивным симптомам. В то время как стеноз холедоха является распространенным явлением, обструктивная желтуха наблюдается редко и проявляется позже

по сравнению со случаями аденокарциномы поджелудочной железы [9]. Рентгенологические признаки groove-панкреатита могут различаться в зависимости от того, является ли это сегментарной или чистой формой процесса. Сегментарная форма может включать как панкреатодуоденальную бороздку, так и части поджелудочной железы, тогда как в чистой подгруппе поражается только бороздка. МСКТ и магнитно-резонансная томография (МРТ) могут выявить воспаление, жировые тяжи, кистозные изменения и фиброз мягких тканей при чистой форме. При сегментарной форме заболевания возможно увеличение головки поджелудочной железы, которое затрудняет визуализацию панкреатодуоденальной бороздки. Такие изменения создают сложности при проведении дифференциальной диагностики с использованием рентгенологических методов, так как визуально бороздчатый панкреатит бывает трудно отличить от объёмного образования головки поджелудочной железы; в связи с этим пациенты подвергаются значительным хирургическим вмешательствам, несмотря на успешность медикаментозной терапии [10]. Для исключения рака используется исследование уровня онкомаркера СА 19-9, чувствительность, специфичность и точность которого составляют 83,1 %, 73 % и 75 % соответственно [11], вероятен ложноположительный результат при развитии механической желтухи. Дифференциальный диагноз бороздчатого панкреатита может также включать лимфому двенадцатиперстной кишки, аутоиммунный панкреатит, эозинофильный дуоденит и хронический панкреатит, вызывающий воспалительную стриктуру ДПК [12]. Таким образом, у нашего пациента имелся сегментарный тип бороздчатого панкреатита, кистообразующая форма. Нормальный уровень СА 19-9, результаты гистологического исследования операционного материала и дальнейшее

динамическое наблюдение позволили исключить аденокарциному поджелудочной железы и другие более редкие заболевания.

Эффективность и своевременность различных методов лечения остается предметом дискуссий в настоящее время. По данным систематического обзора Ukegijini K. и соавт., пациентам в первую очередь рекомендовано консервативное лечение, включающее заместительную терапию ферментами, анальгетиками и октреотидом, при этом указывается на малоэффективность данного вида терапии, поскольку полного облегчения боли удаётся достичь редко. Эндоскопическое лечение (дренирование или стентирование протока поджелудочной железы) эффективно приблизительно у половины пациентов, его рекомендуется применять при рецидиве болей, устойчивых к лекарственной терапии, а также при значительных структурных изменениях или противопоказаниях к хирургическому лечению. При этом результаты эндоскопического лечения нестабильные, требуются повторные процедуры. Хирургическое вмешательство показано, если консервативные и эндоскопические меры оказались неэффективны, имеется подозрение на злокачественный процесс или имеются локальные осложнения (например, обструкция протоков). Важным аспектом успеха операции является оптимально выбранное время для её проведения: наилучшие результаты достигаются, если хирургическое лечение выполняется в пределах первых 2–6 месяцев после начала приема опиоидов и до четырёх эндоскопических процедур [6, 12]. Другие авторы выступают за раннюю агрессивную хирургическую тактику в объеме панкреатодуоденэктомии, особенно при отсутствии полной уверенности в доброкачественности патологического процесса [13]. В представленном нами описании клинического случая пациенту было

проведено малотравматичное хирургическое вмешательство с сохранением головки поджелудочной железы, что не привело к развитию внешнесекреторной панкреатической недостаточности и сопутствующих осложнений. Дальнейшая консервативная медикаментозная терапия остается эффективной.

Заключение

Низкая осведомленность врачей об этом, относительно редком, заболевании приводит к поздней диагностике: часть больных изначально ошибочно воспринимается как страдающие обычным хроническим панкреатитом и проходит соответствующее поддерживающее лечение. Другие проходят длительные периоды обследований, направленные на исключение возможного наличия ракового процесса. Следствием позднего установления диагноза бороздчатого панкреатита, особенно с формированием стеноза двенадцатиперстной кишки, является ухудшение пищевого статуса пациентов ко времени госпитализации и предстоящего оперативного лечения, а также необходимость парентерального питания до завершения основного курса лечения. С другой стороны, агрессивное хирургическое вмешательство в виде панкреатодуоденэктомии при гипердиагностике аденокарциномы поджелудочной железы может привести к тяжелой панкреатической недостаточности с соответствующими осложнениями. Стандартизированных протоколов по ведению пациентов с парадуоденальным панкреатитом в настоящее время нет, вероятно, решение вопроса о тактике лечения должно приниматься индивидуально, в зависимости от клинических проявлений, выраженности изменений в двенадцатиперстной кишке и эффективности предшествующих методов лечения.

Вклад авторов

М. С. Карягина: сбор и анализ данных, подготовка текста рукописи.

С. А. Смакотина: подготовка текста рукописи, критический просмотр рукописи с внесением ценного интеллектуального содержания.

М. А. Климова: сбор и анализ данных, подготовка текста рукописи.

Все авторы утвердили окончательную версию статьи.

Author contributions

Maria S. Karyagina: collected and processed the data; performed the data analysis; wrote the manuscript.

Svetlana A. Smakotina: wrote the manuscript; critical revision of the manuscript with the introduction of valuable intellectual content.

Marina A. Klimova: collected and processed the data; performed the data analysis; wrote the manuscript.

All authors approved the final version of the article.

Литература :

- Gobishangar S., Jenil A.A., Dinoshiga K., Mathuvanathi T., Heerthikan K. Conservative management of groove pancreatitis – A case report with literature review. *Int. J. Surg. Case Rep.* 2023;112:108995. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108995>
- Gábos G., Nicolau C., Martin A., Moşteanu O. Groove Pancreatitis-Tumor-like Lesion of the Pancreas. *Diagnostics (Basel)*. 2023;13(5):866. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13050866>
- Berral Santana A.M., Cedrún Sitges I. Groove pancreatitis and how to differentiate it from pancreatic adenocarcinoma. *Radiologia (Engl. Ed)*. 2023;65(1):81–88. <https://doi.org/10.1016/j.rxeng.2021.07.005>
- Okasha H.H., Gouda M., Tag-Adeen M., Farouk M., Alzamzamy A., Elenin S.A., et al. Clinical, Radiological, and Endoscopic Ultrasound Findings in Groove Pancreatitis: A Multicenter Retrospective Study. *Turk. J. Gastroenterol.* 2023;34(7):771–778. <https://doi.org/10.5152/tjg.2023.22875>
- Карягина М. С., Скипина А. Е., Тихонова Е. К. Клинический случай парадуоденального (groove) панкреатита. *Проблемы медицины и биологии: материалы междунар. науч.-практ. конф. молодых ученых и студентов 24-26 апр. 2024 г. Кемерово : КемГМУ, 2024. С. 168–171.*
- Ukegijini K., Steffen T., Tarantino I., Jonas J.P., Rössler F., Petrowsky H. et al. Systematic review on groove pancreatitis: management of a rare disease. *BJS Open*. 2023;7(5):zrad094. <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrad094>
- Kager L.M., Lekkerkerker S.J., Arvanitakis M., Delhaye M., Fockens P., Boermeester M.A. et al. Outcomes After Conservative, Endoscopic, and Surgical Treatment of Groove Pancreatitis: A Systematic Review. *J. Clin. Gastroenterol.* 2017;51(8):749–754. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000746>
- Balaban M., Balaban D.V., Mănuclu G., Bucurică S.N., Costache R.S., Ioniță-Radu F., et al. Groove Pancreatitis in Focus: Tumor-Mimicking Phenotype, Diagnosis, and Management Insights. *J. Clin. Med.* 2025;14(5):1627. <https://doi.org/10.3390/jcm14051627>
- Stolte M., Weiss W., Völkholz H., Rösch W. A special form of segmental pancreatitis: "groove pancreatitis". *Hepatogastroenterology*. 1982;29(5):198–208. PMID: 7173808
- Rai O., Reddy A.D., Tripathi V., Shaykh N., Marji N., Masri G., et al. Navigating the Groove: A Unique Case of Groove Pancreatitis. *Cureus*. 2024;16(5):e60471. <https://doi.org/10.7759/cureus.60471>
- Pian L.L., Song M.H., Wang T.F., Qi L., Peng T.L., Xie K.P. Identification and analysis of pancreatic intraepithelial neoplasia: opportunities and challenges. *Front. Endocrinol. (Lausanne)*. 2025;15:1401829. <https://doi.org/10.3389/fendo.2024.1401829>
- Ioannidis A., Menni A., Tzikos G., Ioannidou E., Makri G., Vouchara A., et al. Surgical Management of Groove Pancreatitis: A Case Report. *J. Pers. Med.* 2023;13(4):644. <https://doi.org/10.3390/jpm13040644>
- Teo J., Suthanathan A., Pereira R., Bettington M., Slater K. Could it be groove pancreatitis? A frequently misdiagnosed condition with a surgical solution. *ANZ J. Surg.* 2022;92(9):2167–2173. <https://doi.org/10.1111/ans.17939>

References:

- Gobishangar S, Jenil AA, Dinoshiga K, Mathuvanathi T, Heerthikan K. Conservative management of groove pancreatitis – A case report with literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2023;112:108995. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108995>
- Gábos G, Nicolau C, Martin A, Moşteanu O. Groove Pancreatitis-Tumor-like Lesion of the Pancreas. *Diagnostics (Basel)*. 2023;13(5):866. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13050866>
- Berral Santana AM, Cedrún Sitges I. Groove pancreatitis and how to differentiate it from pancreatic adenocarcinoma. *Radiologia (Engl. Ed)*. 2023;65(1):81–88. <https://doi.org/10.1016/j.rxeng.2021.07.005>
- Okasha HH, Gouda M, Tag-Adeen M, Farouk M, Alzamzamy A, Elenin SA, et al. Clinical, Radiological, and Endoscopic Ultrasound Findings in Groove Pancreatitis: A Multicenter Retrospective Study. *Turk J Gastroenterol.* 2023;34(7):771–778. <https://doi.org/10.5152/tjg.2023.22875>
- Karyagina MS, Skipina AE, Tihonova EK. Klinicheskij sluchaj paraduodenalnogo (groove) pankreatita. *Problemy mediciny i biologii: materialy mezhdunar. nauch.-prakt. konf. molodyh uchenyh i studentov 24-26 apr. 2024 g. Kemorovo: KemGMU, 2024. P. 168–171. (In Russ.)*
- Ukegijini K, Steffen T, Tarantino I, Jonas JP, Rössler F, Petrowsky H, et al. Systematic review on groove pancreatitis: management of a rare disease. *BJS Open*. 2023;7(5):zrad094. <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrad094>
- Kager LM, Lekkerkerker SJ, Arvanitakis M, Delhaye M, Fockens P, Boermeester MA, et al. Outcomes After Conservative, Endoscopic, and Surgical Treatment of Groove Pancreatitis: A Systematic Review. *J Clin Gastroenterol.* 2017;51(8):749–754. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000746>
- Balaban M, Balaban DV, Mănuclu G, Bucurică SN, Costache RS, Ioniță-Radu F, et al. Groove Pancreatitis in Focus: Tumor-Mimicking Phenotype, Diagnosis, and Management Insights. *J Clin. Med.* 2025;14(5):1627. <https://doi.org/10.3390/jcm14051627>
- Stolte M, Weiss W, Völkholz H, Rösch W. A special form of segmental pancreatitis: "groove pancreatitis". *Hepatogastroenterology*. 1982;29(5):198–208. PMID: 7173808
- Rai O, Reddy AD, Tripathi V, Shaykh N, Marji N, Masri G, et al. Navigating the Groove: A Unique Case of Groove Pancreatitis. *Cureus*. 2024;16(5):e60471. <https://doi.org/10.7759/cureus.60471>
- Pian LL, Song MH, Wang TF, Qi L, Peng TL, Xie KP. Identification and analysis of pancreatic intraepithelial neoplasia: opportunities and challenges. *Front Endocrinol. (Lausanne)*. 2025;15:1401829. <https://doi.org/10.3389/fendo.2024.1401829>
- Ioannidis A, Menni A, Tzikos G, Ioannidou E, Makri G, Vouchara A, et al. Surgical Management of Groove Pancreatitis: A Case Report. *J Pers Med.* 2023;13(4):644. <https://doi.org/10.3390/jpm13040644>
- Teo J, Suthanathan A, Pereira R, Bettington M, Slater K. Could it be groove pancreatitis? A frequently misdiagnosed condition with a surgical solution. *ANZ J Surg.* 2022;92(9):2167–2173. <https://doi.org/10.1111/ans.17939>

Сведения об авторах

Карягина Мария Сергеевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии и клинической фармакологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
ORCID: 0000-0001-5416-0235

Смакотина Светлана Анатольевна ✉, доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой госпитальной терапии и клинической фармакологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
ORCID: 0000-0003-0304-4263

Климова Марина Андреевна, заведующая рентгенологическим отделением №1 государственного автономного учреждения здравоохранения «Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи имени М.А. Подгорбунского».
ORCID 0009-0005-4244-1247

Authors

Dr. Maria S. Karyagina, MD, Cand. Sci (Medicine), Associate Professor of the Department of Hospital Therapy and Clinical Pharmacology, Kemerovo State Medical University.
ORCID: 0000-0001-5416-0235

Dr. Svetlana A. Smakotina, MD, Dr.Sci/ (Medicine), Associate Professor, Head of the Department of Hospital Therapy and Clinical Pharmacology, Kemerovo State Medical University.
ORCID: 0000-0003-0304-4263

Dr. Marina A. Klimova, MD, Head of the X-ray Department No. 1 Kuzbass Clinical Hospital of Emergency Medical Care named after M.A. Podgorbunsky".
ORCID 0009-0005-4244-1247