

Канд. мед. наук Ю. В. Астрожников (Владимир-обл.). Поджелудочная железа в тощей кишке в сочетании с аденоматозными полипами желудка

Клиническая диагностика гетеротопий поджелудочной железы представляет большие трудности. У подавляющего большинства таких больных рентгенологические данные напоминают картину полипоза на фоне более спастического характера, сходных с болями при язвенной болезни. По мнению А. Н. Протопопова, о добавочных поджелудочных железах следует думать при солитарных округлых полипах диаметром до 1 см, локализирующихся чаще в антральном и привратниковом отделах и сопровождающихся спастическими болями, напоминающими холецистит. В некоторых случаях устье выводного протока выявляется на рентгенограмме как небольшое скопление бария в центре круглого дефекта.

Р., 24 лет, поступила 13/III-58 г. с жалобами на боли в эпигастриальной области и почти постоянную тошноту. Боли впервые появились год назад и с тех пор все время усиливаются, особенно обострялись через час-полтора после приема жирной пищи. В анамнезе — болезнь Боткина (?).

Упитанность несколько снижена, бледность. Органы грудной клетки без патологии. Язык влажный. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастриальной области. Нерезко выраженные запоры.

Гем.—74%, э.—3950000, Л.—7800, формула без особенностей, РОЭ—5 мм/час. Моча нормальна. Диастаза—16. Желудочный сок: общая кислотность—38, свободная НСІ—24, связанная—6.

Рентгеноскопия (М. Н. Гамарник). Желудок гипотоничен. В препилорическом отделе, ближе к большой кривизне, два овальной формы просветления  $0,8 \times 0,6$  и  $0,6 \times 0,6$  см, окруженных ободком контрастной массы. Рядом расположенные складки огибают указанные образования. Луковица — без изменений. Стаз в двенадцатиперстной кишке.

С предположительным диагнозом полипозной болезни желудка больная 25/III-58 г. оперирована под местной анестезией (Ю. В. Астрожников). При резекции желудка установлены множественные полипы в антральном отделе и серозно-субсерозное полуподвижное мелкодольчатое опухолевидное образование  $2,0 \times 2,5$  см в начальном отделе тощей кишки, по внешнему виду напоминающее ткань поджелудочной железы. Резекция желудка по Финстерер — Гофмейстеру и тощей кишки с наложением анастомоза конец в конец.

Операционный диагноз полипозного гастрита с двумя крупными полипами и гетеродистопией поджелудочной железы в тощей кишке подтвержден при гистологическом исследовании (В. И. Федаш), показавшем, что добавочная поджелудочная железа располагалась в собственном серозном слое кишки и относилась по микроскопическому строению к первому типу по Гейнризу, то есть содержала все компоненты нормальной железы (железистую ткань, протоки, островки Лангерганса).

Послеоперационный период протекал гладко. Больная значительно прибавила в весе и 12/IV-58 г. выписана. Однако через 2 месяца состояние вновь ухудшилось, больная резко похудела (вес—46 кг), появились рвоты, поносы с примесью непереваренной пищи и жира, гипергликемия (сахар крови—200 мг%), потребовавшие упорного пятимесячного медикаментозного (систематический прием панкреатина) и санаторного лечения.

При осмотре в декабре 1958 г. жалоб не предъявляла, окрепла. В апреле 1959 г. состояние вполне удовлетворительное. Периодически принимает панкреатин.

Методом выбора в лечении данного заболевания является резекция части органа, содержащего дистропированную железу. Одно лишь местное иссечение аберрирующих желез не отвечает принципам современной онкологии, поскольку дистропированная ткань поджелудочной железы нередко служит почвой для рака и должна рассматриваться как предрак.

Г. А. Моргунов (Новосибирск). Добавочная поджелудочная железа в стенке тощей кишки

Среди разнообразных аномалий поджелудочной железы большой интерес представляет добавочная поджелудочная железа, которая чаще встречается в желудке и двенадцатиперстной кишке, реже — в тонком кишечнике и желчных путях, может встречаться в брыжейке и селезенке.

Добавочная поджелудочная железа может вызвать диспепсические расстройства, механическое сдавление органа, служить источником болей, а также перерождаться в рак.

Приводим наше наблюдение.

С., 30 лет, поступил в районную больницу 27/IX 1959 г. с жалобами на острые боли в эпигастриальной области 4 часа спустя от начала заболевания. Во время полевых работ внезапно появились острые боли в эпигастрии, тошнота, слабость.

Общее состояние средней тяжести. Пульс—90, АД—120/70. Язык обложен беловатым налетом. Живот участвует в акте дыхания слабо. Резкая болезненность и напряжение мышц в эпигастриальной области.

Подозрение на перфоративную язву желудка.