

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 выводящего 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 эпигастральной 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 эпигастральной 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 эпигастральной 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 эпигастральной области.

Подозрение на перфоративную язву желудка.

28/IX 1959 г. операция (Г. А. Моргунов). Со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки патологии не найдено. На расстоянии 35 см от трехпоясной связки в стенке тощей кишки обнаружен узел  $1,5 \times 1,5 \times 2$  см, который клиновидно иссечен с участком стенки кишки. Послеоперационное течение без осложнений; в препарате оказалась добавочная поджелудочная железа в стенке тощей кишки.

Выписан 7/X 1959 г. без жалоб.

#### **Д. В. Усов (Кронштадт). Добавочная поджелудочная железа в стенке двенадцатиперстной кишки**

П. в 1955 г. в возрасте 25 лет перенес прободение «немой» язвы привратника. Произведено ушивание.

Уже через полгода появились жалобы на резкие боли в эпигастриальной области с иррадиацией в поясницу. Отчетливой взаимозависимости появления болей с приемом пищи не отмечалось. Неоднократно лечился амбулаторно и в стационаре, что давало кратковременные ремиссии.

Под нашим наблюдением находился с 23/V по 21/VI 1958 г.

Изменений со стороны крови и мочи не обнаружено, сахара в крови — 83 мг%, билирубина по Меуленграхту — 5 ед., диастазы в моче — 16 ед. Общая кислотность желудочного сока — 56—64, свободной HCl — 30—42. При рентгеноскопии желудка найдены явления перидуоденита. Упитанность больного хорошая.

Произведена операция, во время которой обнаружены значительно выраженные шнуровидные спайки в области перенесенного оперативного вмешательства, язва передней стенки привратника, отчетливо выраженное уплотнение латерального кармана луковицы двенадцатиперстной кишки. Послеоперационный период после резекции  $1/2$  желудка протекал гладко.

При гистологическом исследовании (М. О. Резников) на месте уплотнения двенадцатиперстной кишки обнаружена массивная инфильтрация слизистой лимфоидными клетками, а в мышечной оболочке кишки — дольки поджелудочной железы с многочисленными протоками.

После операции самочувствие больного резко улучшилось и остается хорошим уже более 2 лет.

#### **В. И. Кузьмин (Чувашская АССР). Случай аскаридозной кишечной непроходимости с нарушением целостности стенки кишечника паразитами**

Г., 13 лет, поступил в 6 ч. утра 9/IV-59 г. с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, рвоту, отсутствие газов и стула.

Заболел утром 8/IV-59 г., почувствовал резкие боли в животе, которые к 20 ч. усилились, приняли схваткообразный характер. Была неоднократная рвота, три раза жидкий стул.

Общее состояние тяжелое, ведет себя беспокойно, часто хватается за живот. Телосложение правильное, кожные покровы бледные. Язык сухой. Пульс — 102, слабого наполнения, АД — 90/65. Живот вздут, болезнен во всех отделах, определяется жидкость в брюшной полости, выслушивается перистальтика.

Диагноз: острая кишечная непроходимость.

Гем.— 60%, Л.— 15700, э.— 1%, п.— 3%, с.— 80%, л.— 12%, м.— 4%, РОЭ — 20 мм/час.

Через 1,5 ч. после поступления под местной анестезией произведена срединная лапаротомия. В брюшной полости серозный выпот (около 0,7 л). Заворот петли подвздошной кишки с длиной 80 см темно-синего цвета с поворотом на  $180^\circ$  по ходу часовой стрелки, прощупывается масса аскарид, закупоривающая просвет указанного отдела кишки. Листки брыжейки в области прикрепления последней к стенке завернувшегося отдела тонкой кишки на участке размером  $6 \times 6$  см отслоились, здесь опухолевидное образование величиной с куриное яйцо, непосредственно переходящее в прилежащую часть стенки кишки; поверхность его серовато-черного цвета, покрыта фибринозными налетами. Внутри опухолевидного образования прощупываются масса и жидкость. При легком надавливании жидкость уходит в просвет кишки и возвращается обратно как только прекращается давление, что свидетельствует о сообщении между просветом кишки и полостью образования.

После раскручивания и согревания физиологическим раствором перекрученной петли кишки последняя порозовела, за исключением опухолевидного образования.

Произведена резекция части тонкого кишечника, набитой, как оказалось, аскаридами; опухолевидное образование удалено вместе с резецированным участком кишки, наложен анастомоз бок в бок, отверстие в брыжейке ушито.

В просвете удаленной части кишки оказалось 64 аскариды. В области опухолевидного образования в стенке кишки обнаружено отверстие размером  $0,4 \times 0,5$  см. В полости образования обнаружены 2 аскариды.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан 26/IV 1959 г. в хорошем состоянии. При осмотре 1/VI-59 г. никаких жалоб не предъявляет.