

АБЕРРАНТНАЯ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА**С.А. ДОМРАЧЕВ, М.А. ЧИНИКОВ**

Кафедра госпитальной хирургии РУДН

Ул. Миклухо-Маклая, д.8, Москва, Россия, 117198. Медицинский факультет

Отделение общей хирургии №2 ЦКБ им. Н.А. Семашко МПС РФ

Ул. Лосиноостровская, влад. 43, Москва, Россия, 107150

В данной работе указаны частота встречаемости и клинические проявления аберрантной поджелудочной железы, а также описан один клинический случай из собственной практики.

Аберрантная (добавочная) поджелудочная железа – достаточно редкий порок развития. По данным литературы на вскрытиях её обнаруживают в 3% случаев [1-3]. Она представляет собой гетеротопию ткани поджелудочной железы в соседние органы. В 90% случаев аберрантная поджелудочная железа локализуется в желудке, 12-перстной кишке, верхнем отделе тонкой кишки; реже она встречается в толстой кишке, в печени, желчном пузыре и желчных путях, в брыжейке, селезёнке, в кистах брюшной полости [3]. Однако клинически её выявляют достаточно редко, в тех случаях, когда возникают воспалительные и некротические изменения в добавочной поджелудочной железе и окружающих тканях. Отмечаются боли, изъязвления слизистой в местах расположения аберрантной поджелудочной железы, энтероррагии, кроме того, в зависимости от локализации, она может служить причиной механической желтухи, непроходимости или перфорации кишечника. У взрослых заболевание протекает под маской язвенной болезни, полипоза, гастрита, хронического панкреатита, холецистита, злокачественной опухоли желудка.

В нашем наблюдении добавочная поджелудочная железа располагалась в антральном отделе желудка.

Больная И., 38 лет поступила во 2-е хирургическое отделение ЦКБ им. Н.А. Семашко МПС РФ с жалобами на ноющие боли в эпигастриальной области и левом подреберье.

Больной себя считает в течение последних 1,5 лет, когда стала отмечать появление ноющих болей в эпигастрии, не связанных с приёмом пищи. За месяц до поступления в нашу клинику боли переместились в левое подреберье. Потери веса не отмечала. При обследовании по месту жительства – подозрение на эктопированный в желудок проток поджелудочной железы. Поступила для уточнения диагноза и определения тактики дальнейшего лечения.

При ЭГДС в антральном отделе желудка по большой кривизне выявлено подслизистое образование размерами 1,4 x 1,0 см, подвижное, слизистая над ним не изменена (лейомиома?, эктопированная поджелудочная железа?).

При рентгенографии желудка в антральном отделе по большой кривизне определяется подслизистое образование (опухоль?) до 1 см в диаметре, растущее экзофитно в просвет желудка с фестончатыми контурами. Образование покрыто нормальной слизистой. Стенки желудка эластичные, перистальтика прослеживается по всем отделам. Эвакуация из желудка не нарушена. 12-перстная кишка не изменена.

Для уточнения диагноза больной также выполнена эндоскопическая ультрасонография панкреатобилиарной зоны: в антральном отделе желудка по передней стенке определяется дополнительно возвышающееся образование, расположенное в подслизистом слое, представленное пониженной эхогенности тканями без четких контуров, содержащее 2 дополнительных анэхогенных включения. Образование общей длины до 2 см. мышечный слой под образованием утолщен. Поджелудочная железа обычных размеров, контуры четкие, ровные, экоструктура не изменена. Патологических образований в ней не выявлено. Заключение: добавочная поджелудочная железа в стенке антрального отдела желудка.

09.12.02 была выполнена операция. При ревизии: в передней стенке антрального отдела желудка, ближе к большой кривизне, пальпаторно определяется образование плотнотканной консистенции с четкими контурами, размером 2,0x2,5 см, сероза не изменена. Произведена клиновидная резекция желудка вместе с добавочной поджелудочной железой.

При гистологическом исследовании препарата: среди фиброзной ткани располагается железистая ткань, напоминающая ткань поджелудочной железы с резко деформированными, расширенными протоками, выстланными цилиндрическим эпителием.

Послеоперационный период протекал гладко, швы сняты на 9-е сутки. Больная выписана из стационара.

В данном клиническом наблюдении описан достаточно редкий порок развития поджелудочной железы, о котором необходимо помнить при проведении дифференциального диагноза между различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Литература:

1. Скуя Н.А. Заболевания поджелудочной железы. – М.: Медицина. - 1986.
2. Справочник по гастроэнтерологии под ред. В.Х. Василенко. – М.: Медицина. - 1976.
3. Панчев Г.З., Радивенска А.К. Детская гастроэнтерология. – София: Медицина и физкультура. - 1986.

THE ADDITIONAL PANCREAS WITH LOCALIZATION IN AN ANTRAL PART OF A STOMACH

S.A. DOMRACHEV, M.A. CHINIKOV

Department of Hospital Surgery PFUR

Miklucho-Maclay st., 8, Moscow, Russia, 117198. Medical faculty

Surgical department №2 of Central Clinic Hospital N.A. Semashko of Railway Transport

Ministry of Russia

Losinoostrovskaya st, 43, Moscow, Russia, 107150

In this article are specified frequency and clinical displays of an additional pancreas and one clinical case from own practice is described.

Key words: additional pancreas, clinical case.