

Трудности дифференциальной диагностики хронического панкреатита и рака поджелудочной железы (клинический случай)

Д.А. Черных¹, Л.М. Мяукина¹, В.Г. Неустроев²,
А.С. Прядко¹, С.Н. Медников¹, А.В. Филин¹

¹ ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург, Россия

² ГБУЗ Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр, Иркутск, Россия

В настоящее время частота встречаемости хронического панкреатита в популяции составляет от 0,04% в США и странах Европы до 5% в России. На долю рака поджелудочной железы приходится около 3% от числа злокачественных опухолей [2, 3]. Дифференциальная диагностика локального хронического панкреатита и рака поджелудочной железы может быть затруднена, так как оба заболевания сопровождаются сходными симптомами и признаками [8].

Для диагностики очаговых образований поджелудочной железы (ПЖ) применяются ультразвуковые, рентгенологические и эндоскопические методы исследования, причем «золотым стандартом» признана трансгастральная и трансдуоденальная эндоскопическая ультрасонография (ЭУС), позволяющая исключить артефакты и получить детализированное изображение как паренхимы, так и протоковой системы ПЖ.

Описан ряд ультразвуковых критериев хронического панкреатита [5]: эхогенные фокусы, ограниченные области пониженной эхогенности, усиление дольчатости структуры паренхимы ПЖ, кисты, утолщение и повышение эхогенности стенки ГПП, его нерегулярный контур и расширение. Опухоли поджелудочной железы также отличаются рядом признаков: постоянно встречающихся – локальное увеличение размеров, неровность контуров и изменение эхоструктуры ПЖ; и непостоянно – билиарная гипертензия; расширение ГПП; сдавление НПВ, ВВ, СВ, ВБВ, ВБА; смещение ВБВ и ВБА; дуоденостаз; метастазы в печень [5].

Несколько отличаются ультразвуковые критерии воспалительного и метастатического лимфатического узла [5]. В первом случае – это его гипоэхогенность, гомогенная структура, чёткие контуры, овальная форма и размеры более 5 мм. Во втором случае – это изоэхогенность или пониженная эхогенность лимфатического узла, его гомогенная структура, чёткие контуры, округлая форма и размеры более 10 мм.

Очевидно, что возможны трудности в верификации выявленного очага поджелудочной железы, так как хронический панкреатит и опухоль не имеют существенных различий получаемого ЭУС-изображения, гарантирующих проведение их дифференциальной диагностики [1, 6, 7]. Кроме того, возможные сложности связаны с тем, что рак поджелудочной железы часто сопровождается вторичным воспалением [7, 8].

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентка Х., 48 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение ГБУЗ ЛОКБ с жалобами на схваткообразные боли в эпигастриальной области через 10–15 минут после еды, тошноту в течение 2 месяцев, похудание на 17 кг за предыдущий год. При поступлении состояние удовлетворительное, пониженное питание, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В биохимическом анализе крови отмечено повышение трансаминаз крови (АЛТ – 120,6 Е/л, АСТ 150,8 Е/л), при нормальном уровне общего и прямого билирубина (5,9 и 2,4 мкмоль/л соответственно).

По результатам ультразвукового исследования брюшной полости: структура печени однородная; конкременты в желчном пузыре не определяются; общий желчный проток (ОЖП) 0,5 см, в проекции терминального отдела ОЖП определяется образование с нечёткими контурами умеренно повышенной эхогенности, размером 27х26 мм; структура поджелудочной железы однородная, очаговые образования не визуализируются. Заключение: объёмное образование терминального отдела общего желчного протока, УЗИ-признаки билиарной гипертензии.

По данным МРХПГ визуализированы расширенные внутри- и внепечёночные желчные протоки (диаметр долевых протоков 5,5 мм, сегментарных до 3,5 см, общего печёночного протока 9,5 мм, проксимальных отделов ОЖП 10 мм); на уровне панкреатического отдела ОЖП стойко конически сужен, дистальные отделы

его прослеживаются фрагментарно, диаметром до 1,5 мм; общий панкреатический проток визуализируется на всём протяжении, диаметром 1,5 мм; головка поджелудочной железы неоднородная по интенсивности, с наличием участков повышения МР-сигнала (рис. 1).



Рис. 1. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография. Визуализируется расширение внутрипечёночных желчных протоков и коническое сужение панкреатического отдела холедоха

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

МР-признаки билиарной гипертензии с затруднением оттока желчи на уровне интрапанкреатического отдела общего желчного протока – опухоль? стриктура?

Для уточнения диагноза выполнена эндоскопическая ультрасонография: по ходу интрапанкреатического отдела ОЖП выявлено дополнительное гипоэхогенное образование размерами до 16–25х15–16 мм в разных плоскостях сканирования (рис. 2). Выше очага ви-

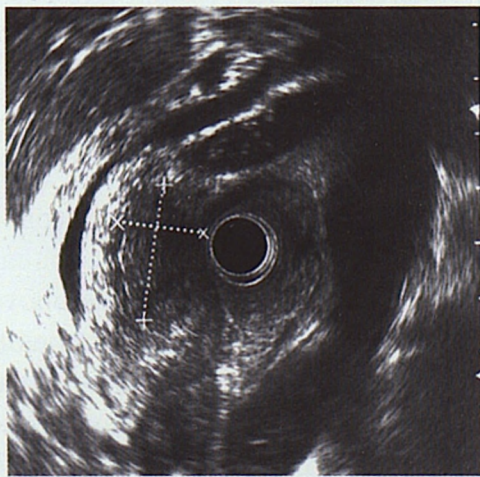


Рис. 2. Эндосонография радиальным датчиком. Образование головки поджелудочной железы, холедох

зуализирован ОЖП (до 10 мм), при этом дистальный его конец «обрублен» (рис. 3). Образование умеренно неоднородное за счёт наличия анэхогенного компонента с нечёткими, неровными, преимущественно заострёнными контурами. Панкреатический рисунок в образовании не прослеживается. Со стенкой двенадцатиперстной кишки образование контактирует на протяжении 12 мм, отделено полоской паренхимы



Рис. 3. Эндосонография радиальным датчиком. Эндосонограмма холедоха

от верхней брыжеечной вены и артерии. Дистальнее образования ОЖП прослежен до 15 мм, шириной до 2–3 мм. В проекции гепатобилиарной связки визуализирован изоэхогенный лимфатический узел размерами 20х12 мм, с нечёткими неровными контурами (рис. 4). **Заключение:** ЭУС-картина характерна для объёмного образования головки поджелудочной железы с ростом в общий желчный проток (возможно, только с его сдавлением) без полного перекрытия просвета, с умеренно выраженной билиарной гипертензией, с регионарной лимфаденопатией, без признаков инвазии в окружающие сосуды; по ЭУС-критериям можно думать о умеренно-низкой степени дифференцировки опухоли; нельзя до конца исключить воспалительный характер очагового образования.

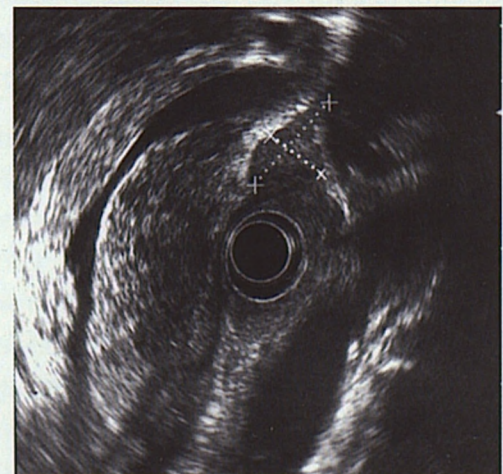


Рис. 4. Эндосонография радиальным датчиком. Лимфатический узел гепатобилиарной связки

Под ЭУС-контролем проведена пункция образования головки через заднюю стенку луковицы двенадцатиперстной кишки по бессосудистой траектории тремя проходами иглы с использованием аспирации (рис. 5). При втором проходе иглы получена желчь в умеренном количестве, при третьем – умеренное количество крови.

По результатам цитологического исследования материала получены элементы крови, небольшие участки клеток фиброцитарного ряда, единичные пласты кле-



Рис. 5. Эндосонография конвексным датчиком. Тонкоигольная пункция под контролем ЭУС

ток с полиморфными ядрами, крайне подозрительные в отношении железистого рака.

Больная переведена в хирургическое отделение, где после подготовки выполнена операция — лапароскопически ассистированная панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника (рис. 6).

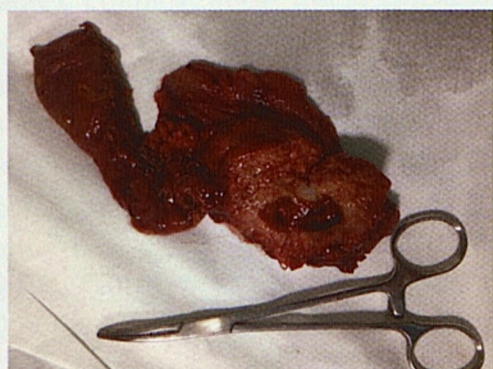


Рис. 6. Операционный препарат

По результатам гистологического исследования операционного препарата выявлен хронический фиброзный очаговый панкреатит (некальцифицирующий) (рис. 7, 8). В присланных на исследование поджелудочной железе и лимфатических узлах опухолевого роста не выявлено.

В послеоперационном периоде наблюдались: выраженный болевой синдром, потребовавший анальгетической и противовоспалительной терапии; подтекание желчи по контрольному дренажу желчного

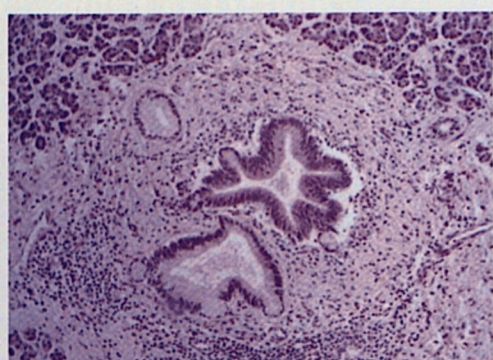


Рис. 7. Микрофото x 100, окр. гематоксилин-эозином. Перидуктулярный фиброз

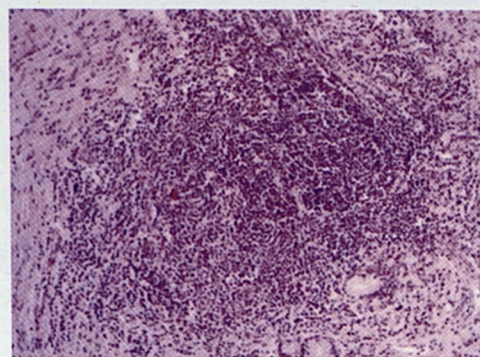


Рис. 8. Микрофото x 100, окр. гематоксилин-эозином. Лимфатический узел

анастомоза; нарушение сна и транзиторная нейропения, вероятнее всего, в результате токсического действия НПВС. После купирования описанных явлений, на 26-е сутки после операции пациентка в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение.

Мы вправе задать себе следующие вопросы. Какие дополнительные методы или методики можно было использовать, чтобы избежать ошибки при установке предоперационного диагноза? Правильно ли был выбран объём хирургического вмешательства? И возможно ли было избежать столь травматичной для пациентки операции?

По нашему мнению, использован оптимальный набор доступных в большинстве клиник методов диагностики. Ещё одной методикой, которую мы не применили, является интраоперационная пункция с экспресс-биопсией полученного материала. Однако, по мнению группы авторов, точность интраоперационной тонкоигольной аспирационной биопсии достигает 91,5% только у больных с опухолью более 3 см. При меньшем размере новообразования правильный диагноз установлен лишь в четырёх случаях из девяти [4].

При выполнении тонкоигольной пункции под контролем ЭУС следует придерживаться рекомендаций Европейского общества гастроэнтерологической эндоскопии (ESGE) «Learning, techniques, and complications of endoscopic ultrasound (EUS)-guided sampling in gastroenterology» (2012): использование непрерывной аспирации с помощью шприца в процессе пункции; проводить забор материала из всех частей солидных поражений или лимфатических узлов и из любых солидных компонентов внутри кисты поджелудочной железы и её стенки; проводить 3 прохода иглы для лимфатических узлов, по крайней мере, 5 проходов для солидных образований поджелудочной железы, и один проход для кист поджелудочной железы. В нашем случае забор материала удалось произвести только при первом проходе иглы, так как в последующем была получена желчь и кровь, в связи, с чем от продолжения процедуры было принято решение отказаться.

Учитывая низкую продолжительность жизни у больных с установленным диагнозом рака поджелудочной железы без операции (от 4 до 8 месяцев), посчитали неправильным выполнять отсроченные контрольные исследования.

Что же касается выбора объема хирургического вмешательства, то изолированное удаление головки поджелудочной железы сопровождается большим числом осложнений, чем панкреатодуоденальная резекция [4]. Известно также, что у 3–15% больных хроническим панкреатитом единственным возможным вариантом устранения симптомов и осложнений заболевания является выполнение ПДР [4].

ВЫВОДЫ

1. Для верификации очагового поражения поджелудочной железы необходим комплексный анализ данных всех лабораторных и инструментальных методов, в том числе эндоскопической ультрасонографии с тонкоигльной пункцией и последующим цитологическим исследованием.
2. При неудовлетворительном результате гистологического исследования необходимо выполнить повторную процедуру забора материала.
3. Окончательный диагноз в ряде случаев возможно установить лишь после планового гистологического изучения удаленного органокомплекса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Захарова О.П., Кармазановский Г.Г. Возможности МСКТ и других методов инструментального обследования в диагностике и оценке распространенности рака поджелудочной железы: на что

влияют ошибки диагностики? // Медицинская визуализация. – 2012. – № 6. – С. 51–56.

2. Климов А.Е., Иванов В.А., Габоян А.С., Малюга В.Ю.1, Фёдоров А.Г.1, Давыдова С.В., Аладе Майкл, Черепанова О.Н., Бархударов А.А., Бабаев Ф.А. Дифференциальная диагностика рака головки поджелудочной железы и хронического головчатого панкреатита // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2006. – №2. – С. 160–165.

3. Лазебник Л.Б., Винокурова Л.В., Яшина Н.И., Быстровская Е.В., Бордин Д.С., Дубцова Е.А., Орлова Ю.Н. Хронический панкреатит и рак поджелудочной железы // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2012. – №7. – С. 3–9.

4. Путов Н.В., Артемьева Н.Н., Коханенко Н.Ю. Рак поджелудочной железы. – СПб.: Питер, 2005. – 416 с.

5. Старков Ю.Г., Шишин К.В. Интраоперационное ультразвуковое исследование в эндоскопической хирургии. – М.: Русский путь, 2006. – 120 с.

6. Степанов С.О., Сидоров Д.В., Скрепцова Н.С., Прозорова Э.В. Роль ультразвукового исследования и малоинвазивных вмешательств под контролем сонографии в диагностике рака поджелудочной железы // Лучевая диагностика и терапия. – 2013. – № 3(4). – С.59–65.

7. Darwin L.C., Bechien U.W. Chronic pancreatitis: making the diagnosis // Clinical gastroenterology and hepatology. – 2012. – № 10. – P. 1088–1095.

8. Van Gulik T.M., Moojen T.M., Van Geener R., Rauws E.A.J., Obertop H., Gouma D.J. Differential diagnosis of focal pancreatitis and pancreatic cancer // Annals of oncology. – 1999. – Vol.10., № S6. – P. 85–88.

КОНТАКТЫ

Черных Дмитрий Андреевич – к.м.н., ординатор
отделения эндоскопии Ленинградской областной
клинической больницы
194291, Санкт-Петербург, пр. Луначарского,
45/47, endoscopy@mail.ru

