

УДК 616.37-006.6-079.4

## ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПСЕВДОТУМОРОЗНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

А.И. Кадырова, А.А. Абдуллаева

Приведено клиническое наблюдение, указывающее на трудности дифференциальной диагностики псевдотуморозного хронического панкреатита и рака головки поджелудочной железы. Наблюдались некоторые клинические, лабораторные, соно- и рентгенологические особенности течения псевдотуморозного хронического панкреатита.

*Ключевые слова:* псевдоопухоль; гиперпластический хронический панкреатит; рак головки поджелудочной железы.

---

## PROBLEMS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PANCREATIC HEAD CANCER AND PSEUDOTUMOROUS CHRONIC PANCREATITIS

A. I. Kadyrova, A.A. Abdullayeva

The article conducted a clinical observation, indicating the difficulties of differential diagnosis of pseudotumorous chronic pancreatitis and pancreatic head cancer. The authors have identified some clinical, laboratory, sonographic and X-ray features of the course of pseudotumorous chronic pancreatitis.

*Keywords:* pseudotumoral; chronic hyperplastic pancreatic mass; pancreatic cancer of the head.

**Введение.** Дифференциальная диагностика псевдотуморозного панкреатита и рака поджелудочной железы представляет собой сложную проблему. Трудности возникают в связи с: идентичностью клинических симптомов данных заболеваний [1]; ошибочной интерпретацией начальных изменений в поджелудочной железе, полученных при УЗИ, РКТ, МРТ; отсутствием специфических лабораторных показателей, специфичных для рака головки и воспаления поджелудочной железы [2, 3]. Клинико-лабораторные, инструментальные дооперационные [2, 4] и даже интраоперационные [5] морфологические данные [6] не всегда позволяют точно определить природу очагового поражения поджелудочной железы, а ошибки диагностики могут привести к неадекватной тактике хирургического лечения больного. По данным зарубежной литературы у 9,6 % больных с опухолями поджелудочной железы, подвергшихся панкреатикодуоденэктомии, гистологическое исследование показывает доброкачественные опухоли, в связи с чем некоторые авторы, при выявлении дисплазий в срезе поджелудочной железы, рекомендуют воздерживаться от панкреатэктомии в связи с ее выраженными метаболическими последствиями

и возможностью благоприятного течения процесса [6, 7].

Для улучшения дифференциальной диагностики рака головки поджелудочной железы и головчатого хронического панкреатита некоторые авторы предлагают проводить чрескожную пункционную биопсию псевдо/опухолей поджелудочной железы [8]. Однако В.В. Виноградов и соавт. [9] считают, что следует воздерживаться от выполнения чрескожной прицельной пункционной биопсии патологических очагов в поджелудочной железе в связи с опасностью развития осложнений и высоким процентом ложных результатов (до 35 %). Другие авторы считают, что данная процедура нецелесообразна, так как отсутствие в цитологическом материале атипичных клеток достоверно не исключает неопластический процесс, поскольку существуют ситуации, когда рак головки поджелудочной железы и хронический панкреатит сосуществуют у одного пациента одновременно [10, 11]. Третьи же авторы предлагают применять интраоперационное УЗИ поджелудочной железы у пациентов, которым показано хирургическое лечение, производить многократные аспирационные пункционные биопсии из различных участков

подозрительных на опухоль со срочными цитологическими и гистологическими исследованиями с целью окончательного определения природы поражения поджелудочной железы.

О.Н. Черепанова отмечает, что при раке головки поджелудочной железы наиболее информативными лабораторными показателями являются онкомаркеры CD 16 и CA 19-9 (чувствительность до 88,6 и 90,9 %, соответственно), тогда как при хроническом панкреатите данные онкомаркеры остаются в пределах допустимых норм [8].

Тактика лечения больных с патологией поджелудочной железы, конечно же, зависит от результатов дифференциальной диагностики, распространенности морфологических изменений в поджелудочной железе и соматического состояния больных. Так, при подтвержденном раке головки поджелудочной железы тактика лечения определяется стадией опухолевого процесса, которую характеризуют ее размер, прорастание в соседние анатомические структуры, в частности в магистральные сосуды (воротную, брыжеечные вены, чревный ствол), вовлечение регионарных лимфатических узлов и отдаленное метастазирование [12]. При псевдотуморозном панкреатите до настоящего времени не сформированы единые подходы в выборе метода хирургического лечения [9, 12–14]. Многие авторы при данной патологии продолжают выполнять те же операции, что и при раке головки поджелудочной железы, в частности панкреатодуоденальную резекцию [15]. Вместе с тем эта операция сопровождается снижением качества жизни более чем у 50 % пациентов из-за серьезных внешне- и внутрисекреторных нарушений [7]. Изолированные дренирующие операции в большинстве случаев оказываются малоэффективными [2, 16]. В последние годы появились работы, указывающие на целесообразность сочетания дренирующих и органосохраняющих операций при головчатом хроническом панкреатите [2, 15, 17, 18]. Тем не менее, хирургическая тактика во многом зависит от опыта хирурга онколога, гистолога и их тесного взаимодействия, так как недостаточное их сотрудничество во время операций по поводу опухолей железы и псевдоопухолевого процесса приводит к неадекватному хирургическому вмешательству. По данным зарубежной литературы, у 9,6 % больных с опухолями поджелудочной железы, подвергшихся панкреатикодуоденэктомии, гистологическое исследование показывает доброкачественные опухоли. Поэтому некоторые авторы, рекомендуют воздерживаться от панкреатэктомии при выявлении дисплазий в срезе поджелудочной железы в связи с ее выраженными

метаболическими последствиями и возможностью благоприятного течения процесса [6, 7].

Все вышеизложенные проблемы очень часто встречаются в клинической практике.

**Клиническое наблюдение.** Пациент Б., 1975 г. р. в 2016 г. обратился в Национальный центр онкологии при МЗ КР с жалобами на желтушность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, потемнение мочи, общую слабость. При обследовании (УЗИ и РКТ органов брюшной полости) было выявлено образование в головке поджелудочной железы 83,1 × 77,6 мм с четкими бугристыми контурами, истонченными дегенеративными полостями до 35,6 мм и очагами диффузной кальцификации, уплотнение и тягистость паранкреатической клетчатки вокруг головки поджелудочной железы. В толще тела и хвоста поджелудочной железы – множественные кальцификаты. Были выявлены признаки биллиарной гипертензии: увеличение желчного пузыря, расширение внутривенных желчных протоков до 3,4 мм, значительное расширение общего желчного и панкреатического протоков до 15,0 и 8,0 мм соответственно.

Произведена чрескожная прицельная пункционная биопсия опухоли головки поджелудочной железы под УЗИ-контролем.

При цитологическом исследовании полученного материала злокачественного роста обнаружено не было.

При поступлении в биохимических показателях крови не отмечалось резких изменений: общий белок – 77 г/л, общий билирубин – 46 мкм/л, прямой билирубин – 36 мкм/л, непрямого билирубин – 10 мкм/л, сахар крови – 3,8 ммоль/л. Онкомаркеры были в пределах допустимых норм: СА 19-9 – 4,8 Ед/мл, РЭА – 4,6 Ед/мл. Больному был выставлен предварительный диагноз: рак головки поджелудочной железы Т3N × M0 без морфологического подтверждения, механическая желтуха.

01.11.2016 на I этапе хирургического лечения, с целью разрешения механической желтухи, была произведена холецистостомия. Интраоперационно получено 200 мл бесцветной прозрачной желчи. Послеоперационный период протекал без осложнений, проводилась антибактериальная, гепатопротекторная, инфузионная, общеукрепляющая и симптоматическая терапия. Желчь приобрела ярко-желтый цвет. За сутки выделялось до 200 мл. При фистулохолангиографии было выявлено расширение общего желчного протока в проксимальном отделе до 1,5 см, дистальный отдел резко сужен за счет сдавления извне. Внутривенные протоки не изменены. Контрастированная 12-перстная кишки также сдавлена извне.

Через 2 недели больному было произведено хирургическое лечение. При ревизии поджелудочной железы на всем протяжении была увеличена, уплотнена, с участками кальцификации. В головке поджелудочной железы обнаружена плотная неподвижная (вколоченная), розово-серого цвета опухоль до 9,0 см, неоднородной структуры за счет наличия очагов кистозной дегенерации и кальцинатов в ее толще. Опухоль оттесняла 12-перстную кишку вправо, инфильтрируя ее стенку. Брыжейка поперечной ободочной кишки, парапанкреатическая клетчатка, малый сальник и гепатодуоденальная связка были инфильтрированы. Полноценно произвести ревизию магистральных сосудов (воротной вены, верхних брыжеечных сосудов) не представлялось возможным. Опухоль признана нерезектабельной, в связи с чем были сформированы холецисто-энтеро-гастроэнтеро-, и энтеро-энтероанастомозы. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Гистологическое исследование интраоперационного биопсийного материала показало: пролифераты клеток без признаков атипии. Дополнительное лечение не назначалось в связи с отсутствием морфологического подтверждения о злокачественной природе образования головки поджелудочной железы. Больному было рекомендовано находиться под наблюдением онколога по месту жительства.

Через год, при контрольном обследовании пациента в нашем центре по данным УЗИ и РКТ органов брюшной полости была отмечена положительная динамика течения заболевания. Опухоль головки поджелудочной железы уменьшилась в размерах до 50,0 × 39,1 мм (почти в 2 раза) с уменьшением размеров и количества полостей кистозной дегенерации, общий желчный и панкреатический протоки сократились до 6,7 и 5,9 мм, соответственно (почти в 1,5 раза). Клинико-лабораторные показатели были в пределах норм. На этом основании, учитывая продолжительность течения заболевания, регресс опухолевого процесса, общее удовлетворительное состояние пациента, нами был выставлен следующий клинический диагноз: Псевдотуморозный хронический панкреатит, состояние после хирургического лечения в 2016 г.

Таким образом, данное клиническое наблюдение свидетельствует о сложности дооперационной и интраоперационной дифференциальной диагностики псевдотуморозного панкреатита и рака головки поджелудочной железы, так как имелись сходные клинические, эхографические, рентгенологические и макроскопические признаки. В нашем клиническом случае псевдотуморозный про-

цесс был расценен как злокачественная опухоль головки поджелудочной железы на основании большого объема опухоли, инфильтрации и инвазии ее в окружающие органы и магистральные сосуды забрюшинного пространства, несмотря на результаты интраоперационного гистологического исследования. На 100 % исключить диагноз “Рак головки поджелудочной железы” удалось только через год после лечения на основании регрессирующего течения опухолевого процесса (по данным инструментальных и лабораторных исследований) и удовлетворительного соматического состояния больного. Данный клинический случай также показательно свидетельствует о том, что при отсутствии морфологического подтверждения злокачественного образования в головке поджелудочной железы необходимости в радикальной операции нет. После выполнения дренирующей операции, проведения консервативного лечения и соблюдения мер профилактики панкреатита заболевание имело благоприятный исход.

При анализе данного клинического случая нами отмечены некоторые особенности клинико-лабораторной, сонографической и рентгенологической картин псевдотуморозного хронического панкреатита, отличающие его от рака головки поджелудочной железы: молодой возраст пациентов (в нашем случае 38 лет), чаще диагностируется у мужчин, злоупотребляющих алкоголем. Желтуха имеет регрессирующий характер течения, с умеренным повышением общего билирубина и его фракций. Несоответствие больших размеров опухоли головки поджелудочной железы и клинико-лабораторной картины механической желтухи. Онкомаркеры остаются в пределах нормы. При УЗИ, РКТ и МРТ обнаруживается диффузная неоднородность и наличие множественных кальцинатов во всех отделах поджелудочной железы, структура псевдоопухоли головки поджелудочной железы неоднородна за счет наличия кистозных деструктивных очагов и кальцификатов. Отсутствие цитологического и гистологического подтверждения злокачественного роста опухоли головки поджелудочной железы.

#### Литература

1. Тарасов В.А. Роль и перспективы тотальной панкреатэктомии в лечении рака поджелудочной железы / В.А. Тарасов, Е.С. Побегалов, В.В. Ставровицкий, М.Б. Блюм // Практическая онкология: Рак поджелудочной железы. 2004. Т. 5. № 2. С. 115–125.
2. Добров С.Д. Хирургическое лечение при хроническом панкреатите головки поджелудочной железы: дис. ... канд мед. наук / С.Д. Добров. Новосибирск, 2005.

3. *Кубышкин В.А.* Рак поджелудочной железы / В.А. Кубышкин, В.А. Вишневецкий. М.: ИД Мед-практика. М., 2003. 386 с.
4. *Данилов М.В.* Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы: руководство для врачей / М.В. Данилов, В.Д. Федоров. М.: Медицина, 2003. 424 с.
5. *Путов Н.В.* Рак поджелудочной железы / Н.В. Путов, Н.Н. Артемьева, Н.Ю. Коханенко. СПб.: Питер, 2005.
6. *Tanaka M., Chari S., Adsay V., Fernández-del Castillo C., Falconi M., Shimizu M. et al.* International Association of Pancreatology. International consensus guidelines for management of intraductal papillary mucinous neoplasms and mucinous cystic neoplasms of the pancreas // *Pancreatology*. 2006;6:17e32.
7. Quality of the life and outcomes after pancreaticoduodenectomy / J.J. Huang et al. // *Ann Surg*. 2000. Vol. 231. P. 890–898.
8. *Черепанова О.Н.* Дифференциальная диагностика рака головки поджелудочной железы и хронического псевдотуморозного панкреатита: дис. ... канд мед. наук / О.Н. Черепанова. М., 2005.
9. *Виноградов В.В.* Опухоли и кисты поджелудочной железы / В.В. Виноградов. М.: Медицина, 1959.
10. *Lowenfels A.B., Maisonneuve P., Cavallini G. et al.* Pancreatitis and the risk of pancreatic cancer. International Pancreatitis Study Group // *N Engl J Med*. 1993; 328: 1433–7.
11. *Orlando R.C.* Mechanisms of epithelial injury and inflammation in gastrointestinal diseases // *Rev Gastroenterol Disord*. 2002; 2: 2–8.
12. *Патютко Ю.И.* Хирургия рака органов билио-панкреатодуоденальной зоны: руководство для врачей / Ю.И. Патютко, А.Г. Котельников. М.: Медицина, 2007.
13. *Даценко Б.М.* Клинико-морфологическое обоснование хирургического лечения хронического панкреатита головки железы / Б.М. Даценко, А.П. Мартыненко, М.Л. Гальперин // *Хирургия* 1986. № 7. С. 77–81.
14. A duodenum-preserving and bile duct-preserving total pancreatic head resection with associated pancreatoduoduct to duct anastomosis / T. Takada et al. // *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2004. Vol. 8. № 2. P. 220–224.
15. Pylorus-preserving Kausch – Whipple resection: the successor of the classical Kausch – Whipple in chronic pancreatitis / J. Slavin et al. // *Ann. Ital. Chir*. 2000. Vol. 71. P. 57–64.
16. *Энке А.* Хирургическая тактика при осложнениях хронического панкреатита / А. Энке // *Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков: материалы Российско-Германского симпозиума*. 24–25 мая 2000 г., г. Москва. М., 2000. С. 165–166.
17. *Запороженко Б.С.* Хирургическое лечение больных хроническим панкреатитом / Б.С. Запороженко и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2003. Т. 8. № 2. С. 197–198.
18. *Сыдыгалиев Н.А.* Оценка качества жизни больных с патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны после хирургического лечения в отдаленном периоде / Н.А. Сыдыгалиев, С.Г. Штофин // *Вестник КPCУ*. 2014. Т. 14. № 10.