

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ХРОНИЧЕСКОГО ГОЛОВЧАТОГО ПАНКРЕАТИТА

**А.Е. Климов, В.А. Иванов, А.С. Габоян, В.Ю. Малюга,
А.Г. Федоров, С.В. Давыдова, Аладе Майкл,
О.Н. Черепанова, А.А. Бархударов, Ф.А. Бабаев**

Кафедра факультетской хирургии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, 117198 Москва, Россия

В данной работе приведены результаты комплексного обследования 42 пациентов с объемными образованиями головки поджелудочной железы, на основании которых предложен алгоритм диагностических мероприятий, позволяющий с большой вероятностью на дооперационном этапе провести дифференциальную диагностику между злокачественными новообразованиями головки поджелудочной железы и головчатым панкреатитом.

Актуальность.

Рак поджелудочной железы (ПЖ) входит в десятку наиболее частых причин смерти от онкологических заболеваний в странах Западной Европы и Америки. Количество больных, умирающих ежегодно в России от рака ПЖ, составляет 13 тыс. человек [1; 8].

В то же время отмечен рост заболеваемости хроническим панкреатитом (ХП). Ежегодно выявляется от 1,6 до 23 случаев ХП на 100 тыс. населения.

Длительное скрытое течение рака головки ПЖ, сходство с клинической картиной ХП влекут за собой позднюю диагностику. Ранние формы рака ПЖ обнаруживаются всего в 3,8% наблюдений [5].

Ультразвуковое исследование (УЗИ) является первым этапом диагностических мероприятий, направленных на выявление опухоли ПЖ и определение ее распространенности [2]. Специфичность, чувствительность и точность метода применительно к опухолям ПЖ колеблется в широких пределах и составляет 48-87, 76-93 и 67-86% соответственно [7; 9].

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) повысила возможности диагностики опухолей ПЖ [2; 6; 10].

Для диагностики рака ПЖ применяется определение уровня опухолевых маркеров [4]. Достаточно информативным онкомаркером является СА 19-9. Чувствительность СА-19-9 при раке ПЖ составляет 73-95%. Однако уровень СА-19-9 бывает нормальным на ранних стадиях рака. Имеются данные о возможности использования этого маркера в дифференциальной диагностике рака ПЖ и хронического псевдотуморозного панкреатита [3].

Для гистологической верификации используется чрескожная тонкоигольная биопсия под контролем УЗИ или КТ. Этот метод вполне доступен, безопасен для

больного и достаточно надежен. Чувствительность, специфичность и диагностическая точность биопсии составила 91,6%; 100% и 96,9%.

Поэтому в клинике необходим оптимальный комплекс методов исследования, позволяющий определить лечебную тактику.

Материалы и методы.

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Российского университета дружбы народов на базе ГКБ № 64. С 2002 года обследовано 42 пациента с клиническим подозрением на рак ПЖ. Среди них 28 (66,7%) мужчин и 14 (33,3%) женщин, средний возраст обследуемых больных составил $57,5 \pm 12,7$ лет.

Объём клинического обследования больных с подозрением на рак ПЖ включал УЗИ, определение уровня онкомаркера СА-19-9, ЭГДС, эхо-контролируемая чрескожная тонкоигольная биопсия, ЭРХПГ, КТ, МРТ.

Всем 42 (100%) пациентам с подозрением на рак ПЖ выполнялась УЗИ, позволившее выявить объемное образование в паренхиме железы. При этом определялись: размеры объемного образования, форма, экзогенность, контуры, структура паренхимы, кисты, вирсунголитиаз и кальцификаты, наличие холангио- и панкреатикозктазии, состояние регионарных лимфатических узлов, распространение образования на окружающие ткани.

ЭРХПГ была выполнена в 26 (61,9%) случаях из 42: 24 (75,0%) больным с опухолью ПЖ и 2 (20,0%) больным с ХП. В 25 (59,5%) случаях ЭРХПГ сопровождалась декомпрессией желчных путей.

Определение уровня онкомаркера СА 19-9 в сыворотке крови и проведение чрескожной биопсии выполнялось у 42 (100%) пациентов после нормализации уровня билирубинемии и показателей свертывающей системы крови. Полученные нами результаты колебались от 0 до 15277 Е/мл.

МРТ выполнена 20 (47,6%) пациентам. Исследование выполнялось в режимах - T₁ FL, T₂ TSE, T₂ HASTE. Исследовались данные о состоянии ткани головки ПЖ, главного панкреатического протока и портальной венозной системы, состоянии желчевыводящих путей и протоков ПЖ.

Для гистологической верификации заболевания 25 (59,5 %) больным выполнена чрескожная тонкоигольная биопсия объемных образований ПЖ под контролем УЗИ: 19 (59,4%) больным с опухолью ПЖ и 6 (60,0%) больным с ХП.

Результаты и обсуждение.

В нашей работе основным инструментальным методом для выявления объемного образования в головке ПЖ являлось УЗИ (рис. 1). Чувствительность УЗИ в выявлении объемного образования головки поджелудочной железы составила 97,6%.

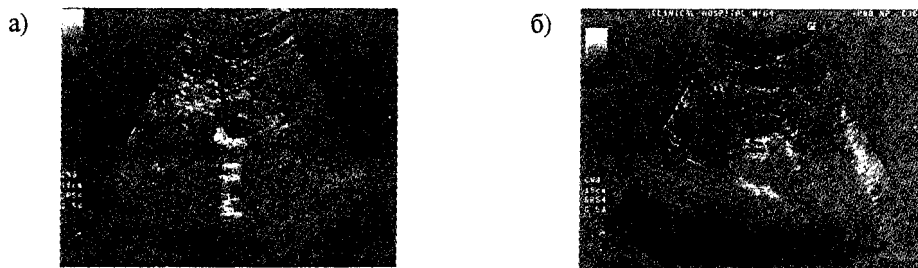


Рис. 1. УЗ томограмма:

- а) рака головки поджелудочной железы;
- б) хронического псевдотуморозного панкреатита

У всех 42 (100%) больных объемное образование имело неправильную форму с неровными контурами и неоднородной структурой. Эхогенность образования была пониженной у 37 (88,1 %) пациентов, у 3 (7,1%) смешанной и у 2 (4,8%) выявлено анэхогенное образование. В 31 (73,8%) случаях отмечена холангиоэктазия, в 33 (78,6%) — панкреатикоэктазия, диаметр гепатикохоледоха колебался от 6 до 27мм, а вирсунгова протока — от 2 до 13 мм.

Для уточнения диагноза и определения метастазирования, распространения процесса на окружающие ткани МРТ выполнена 20 (47,6%) пациентам (рис. 2). Чувствительность метода — составила 81,2%.

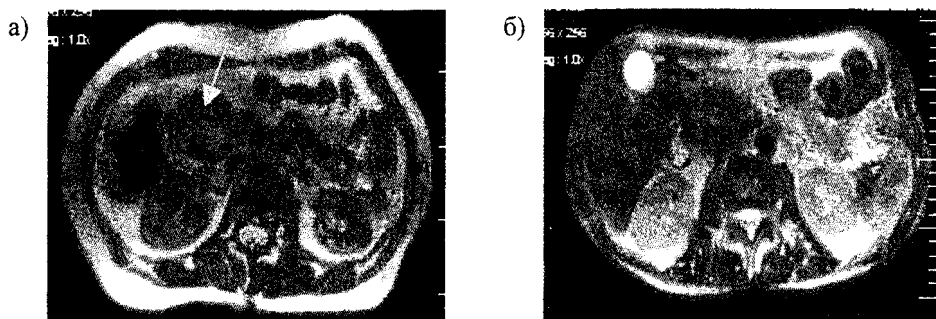
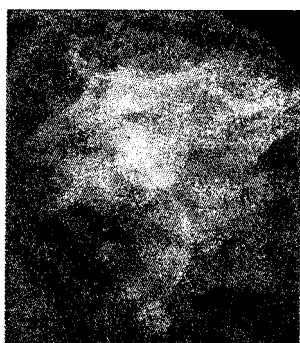


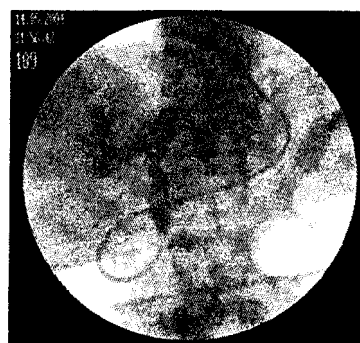
Рис. 2. МР томограмма:

- а) рака головки поджелудочной железы;
б) хронического псевдотуморозного панкреатита

Из 26 (61,9%) выполненных ЭРХПГ у 22 (84,6%) больных установлена опухолевая природа объемного образования поджелудочной железы и у 1 (3,8%) пациента выявлен ХП. В 3 (11,5%) наблюдениях объемное образование ПЖ без уточнения его природы. Механическая желтуха наблюдалась у 31 из 42 пациентов (73,8%). Эндопротезирование желчных протоков выполнено у 24 (77,4%) (рис. 3) и назобилиарное дренирование в 1 случае (рис. 4).



**Рис. 3. Транспапиллярное
эндопротезирование холедоха
при раке головки поджелудочной
железы**



**Рис. 4. Назобилиарное
дренирование при хроническом
псевдотуморозном панкреатите**

У 6(19,4%) больных с механической желтухой ЭРХПГ не выполнялась. В 2(6,4%) случаях из-за разрастания опухоли. В 1 наблюдении желтуха разрешилась самостоятельно. В 2(6,4%) случаях декомпрессия желчного дерева была проведена в других стационарах: 1 больному холецистостомия; и в другом случае сформирован холецистоэнтероанастомоз. В 1 наблюдении больной был оперирован в экстренном порядке с диагнозом «хронический псевдотуморозный панкреатит, окклюзия металлического стента холедоха, холангит, холангиогенные абсцессы печени». Чувствительность метода составила 84,6%.

У 42 пациентов (100%) был определен уровень онкомаркера СА 19-9. У 32 (76,2%) больных с опухолями поджелудочной железы в 2 случаях уровень маркера колебался в пределах нормы; в остальных ситуациях — от 91,9 до 15277 Ед/мл. В 9(21,4%) случаях хронического панкреатита уровень онкомаркера СА 19-9 не превышал верхнюю границу нормы и только в 1 случае отмечено его повышение до 92,0 Ед/мл. Чувствительность онкомаркера СА 19-9 в диагностике рака ПЖ и ХП составила 90,9%.

Чрескожная тонкоигольная биопсия объемного образования ПЖ под контролем УЗИ была выполнена в 25 из 42 случаев (59,5%): 19 (59,4%) больным с опухолью ПЖ и 6 (60,0%) больным с хроническим панкреатитом. В 2(4,8%) случаях объемного образования ПЖ больные отказались от проведения биопсии. В 1 случае ХП от выполнения биопсии под контролем УЗИ решено было воздержаться из-за нечеткой визуализации объемного образования и его размеров (до 15 мм). У 15 (60,0%) из 25 пациентов при тонкоигольной тканевой биопсии был верифицирован диагноз рака ПЖ. В 4 случаях рака ПЖ (16,0%) при биопсии не удалось получить достоверный материал из опухоли: в 1 случае получили некротизированную ткань, в 3 — участок ПЖ с признаками хронического воспаления. В 6 (24,0%) наблюдениях ХП в биоптате выявлены участки паренхимы ПЖ с фиброзными изменениями и признаками воспаления. Чувствительность метода в дифференциальной диагностике рака поджелудочной железы и хронического псевдотуморозного панкреатита составила 83,3%.

В 15 из 42 случаев (35,7%) была выполнена прицельная биопсия при эндоскопическом исследовании. У 9 (60%) пациентов отмечено прорастание опухоли поджелудочной железы в стенку двенадцатиперстной кишки. В 5 (33,3%) случаях рака ПЖ опухолевые клетки при эндоскопической биопсии выявлены не были. У 1 больного ХП с инфильтрацией и «опухолевидными» разрастаниями в стенке двенадцатиперстной кишки прицельная биопсия, выполненная дважды, помогла определить воспалительный характер изменений. Чувствительность метода составила 84,6%.

По результатам проведенной работы был предложен комплекс диагностических мероприятий: при выявлении объемного образования поджелудочной железы без признаков механической желтухи пациентам необходимо определение уровня онкомаркера СА 19-9 и выполнение чрескожной тонкоигольной биопсии. В случае отрицательного гистологического ответа при нормальном уровне СА 19-9 или незначительном его повышении рекомендуется динамическое наблюдение и повторное УЗИ с определением уровня маркера СА 19-9 через 1 мес. В случае значительного повышения уровня онкомаркера следует повторить тонкоигольную биопсию под контролем УЗТ.

При наличии желтухи больным с объемным образованием поджелудочной железы после УЗИ выполняют ЭРХПГ с эндопротезированием холедоха. При невозможности протезирования выполняется дренирующая операция. После эндоскопи-

ческой декомпрессии желчных путей и регрессии желтухи выполняется тонкоигольная биопсия образования поджелудочной железы под контролем УЗИ и определение уровня СА 19-9.

При выявлении рака поджелудочной железы выполняется МРТ для определения резектабельности опухоли. Показания и противопоказания к выполнению радикального оперативного лечения (ПДР, дистальная резекция поджелудочной железы, тотальная панкреатэктомия) выставляются по совокупности полученных данных: УЗТ, МРТ, гистологическая форма опухоли, уровень СА 19-9; при запущенных стадиях заболевания пациентам проводится химиолучевое лечение в специализированных учреждениях.

Выводы.

Ни один из приведенных методов исследования не позволяет самостоятельно достоверно верифицировать диагноз рака головки поджелудочной железы либо головчатого панкреатита.

Дооперационная гистологическая верификация рака поджелудочной железы играет решающую роль в определении хирургической тактики.

Предложенный алгоритм диагностических методов позволяет с высокой точностью дифференцировать объемные образования поджелудочной железы с последующим выбором тактики лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 г. — М.: Медицина, 2000. — 281 с.
2. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы: Руководство. — М.: Медицина, 1995. — 510 с.
3. Путов Н.В., Артемьева Н.Н., Коханенко Н. Ю. Рак поджелудочной железы. — СПб.: Питер, 2005. — 416 с.
4. Скворцов С.В., Калинин А.В., Лыцарь Б.Н. Использование карбогидратного антигена СА 19-9, раково-эмбрионального антигена, альфа-фетопротеина в диагностике рака поджелудочной железы // Вестник РАМН. — 1993. — № 4. — С. 47-49.
5. Birk D., Fortnagel G., Formentini A., Beger H.G. Small carcinoma of pancreas. Factors of prognostic relevance // J. Hepatobiliary. Pancreat. Surg. — 1998. — Vol. 5. — № 4. — P. 450-454.
6. Birk D., Schoenberg M.N., Gansauge F. et al. Carcinoma of the head of the pancreas arising from the uncinate process // Br. J. Surg. — 1998. — Vol. 85, № 4. — P. 489-501.
7. Lillemoe K.D., Cameron J.L., Yeo C.J. et al. Pancreaticoduodenectomy: does it have a role in the palliation of pancreatic cancer? // Ann. Surg. — 1996. — Vol. 223. — № 3. — P. 718-725.
8. Neoptolemas J., Stocken D, Dunn J. et al. Influence of resection margins on survival for patients with pancreatic cancer treated by adjuvant chemoradiation and/or chemotherapy in the ESPAC-1 randomized controlled trial // Ann. Surg. — 2001. — Vol. 234. — P. 758-768.
9. Sorensen M.B., Weibull A.S., Haubek A. et al. Resectability of papillary and pancreatic cancer assessed by ultrasonography and computer tomography // Ugeskrift for Laeger. — 1997. — Vol. 159. — № 6. — P. 743-747.

10. *Warshaw A.L., Fernandez-Dell Castillo C.* Pancreatic carcinoma. // *N. Engl. J. Med.* — 1992. — Vol. 326. — P. 455-465.

**DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS
OF PANCREATIC HEAD TUMOURS AND
CHRONIC CEPHALIC PANCREATITIS**

**A.E. Klimov, V.A. Ivanov, A.S. Gaboyan, V.Yu. Malyuga,
A.G. Fedorov, S.V. Davydova, Alade Michael,
O.N. Cherepanova, A.A. Barkhularov, F.A. Babaev**

Department of Surgery
Peoples' Friendship University of Russia
Mikhukho-Maklaya st., 8, 117198 Moscow, Russia

Results of complex examination of 42 patients with space-occupying lesions in pancreatic head are analyzed. Based on the results of the study an algorithm of differential preoperative diagnostics of pancreatic head tumours and chronic cephalic pancreatitis is suggested.