

Клинико-морфологические особенности хронического парадуоденального панкреатита

1 УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

2 УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска

Парадуоденальный панкреатит редкая форма хронического панкреатита. Существуют сложности в дифференциальной диагностике этого заболевания и рака поджелудочной железы до проведения операции. Это сообщение касается принципов диагностики и характера клинических проявлений хронического сегментарного парадуоденального панкреатита.

Ключевые слова: хронический панкреатит, парадуоденальный панкреатит.

Для хронического панкреатита (ХП) характерно развитие фиброзно-воспалительных изменений в ткани поджелудочной железы (ПЖ) [7]. Причиной этого может быть злоупотребление алкоголем, табакокурение, генные мутации, некоторые аутоиммунные заболевания и расстройства обмена веществ, врожденные анатомические аномалии поджелудочной железы [6]. Частота распространенности ХП в Европе колеблется в пределах от 7 до 10 на 100 000 населения [6]. В 60-80% случаев причиной развития ХП в индустриально развитых странах является злоупотребление алкоголем [6,8]. Одной из специфических редко встречающихся форм ХП является парадуоденальный панкреатит, для которого характерно поражение зоны головки ПЖ, находящейся между прилежащей стенкой двенадцатиперстной кишки (ДПК) и интрапанкреатической частью общего желчного протока [9]. Зона локализации обуславливает специфичность клинической картины заболевания и трудность проведения дифференциальной диагностики его с аденокарциномой головки ПЖ [1,3,11]. Результаты его лечения рассматриваются в контексте целесообразности выполнения панкреатодуоденальной резекции при подозрении на злокачественную природу поражения головки ПЖ, в которых частота морфологической верификации парадуоденального панкреатита колеблется от 2,7% до 24,4% [5,9,11]. В клинической картине ведущими симптомами являются наличие воспалительного увеличения головки ПЖ, дуоденальный стеноз, стеноз терминального отдела холедоха, дуоденальные кровотечения из псевдокисты ПЖ [4,7,9]. В своей статье мы проиллюстрировали все перечисленные особенности на примере истории болезни пациента С., которому выполнен пилоросохраняющий вариант панкреатодуоденальной резекции по поводу хронического парадуоденального панкреатита.

Случай из практики. Пациент С. 33 лет поступил в УЗ «ГК БСМП» г. Минска в июле 2008 г. с жалобами на боли в эпигастриальной области опоясывающего характера, многократную рвоту, «мелену» в день поступления. В течение последнего года похудел на 10 кг. Неоднократно за этот период госпитализировался в различные стационары г. Минска по поводу ХП. Около 4 месяцев тому назад, во время лечения в одном из них, производилась аспирационная санация кисты, находившейся в области головки ПЖ под контролем УЗ-аппарата. Однако рецидив ее наступил еще во время нахождения в стационаре. В анамнезе до недавнего времени злоупотреблял алкоголем. Уровень амилаземии при поступлении достигал 955 U/L (N < 120U/L). При выполнении трансабдоминального УЗИ выявлено наличие воспалительного

увеличения головки ПЖ до 5 см с наличием гипоехогенного образования до 2,5 см в ней, прилежащего к утолщенной стенке нисходящей ветви ДПК. В печени отмечены явления жирового гепатоза. Холедох до 4-5 мм. Во время ЭГДС выявлено наличие зоны стеноза нисходящей ветви ДПК на 5-6 см ниже пилорического жома. Зона большого дуоденального соска осмотру недоступна. В осмотренных отделах источника ЖКК не выявлено. Гистологическое исследование материала, полученного при ЭГДС, подтвердило наличие выраженного воспалительного процесса в стенке ДПК с гиперплазией подслизистых желез Бруннера. С целью уточнения зоны и характера поражения ПЖ пациенту выполнено СКТ с в/в болюсным усилением «Омнипаком 300» с исследованием ПЖ в преконтрастную, венопортальную и артериальную фазы. В результате чего подтверждено наличие субкомпенсированного стеноза ДПК за счет увеличения головки ПЖ с наличием гипоехогенного включения в ней, прилежащего к заднемедиальной стенке нисходящей ветви ДПК (рис.1). Главный панкреатический проток в теле и хвосте ПЖ до 4-5 мм. Аналогичный характер изменений в головке ПЖ, по литературным данным, встречается так же при различных формах злокачественного поражения головки ПЖ [2,11]. Отличительной особенностью парадуоденального панкреатита от клинического проявления опухолей панкреатодуоденальной зоны является отсутствие механической желтухи. В подавляющем числе случаев имеется только повышение АлТ, АсТ и ГГТП, свидетельствующее о наличии синдрома цитолиза и скрытом холестазах, что и отмечено у нашего пациента во время неоднократных госпитализаций.



Рис. 1. В артериальной фазе СКТ отмечено увеличение головки ПЖ, наличие гипоехогенного кистозного включения (черная стрелка), а стенка ДПК утолщена с неровным контуром и сужением просвета (белая стрелка). Наличие перипанкреатической жидкости и уплотнение па-ренхимы ПЖ отмечено во всех фазах СКТ.

Клиническая картина приведенного наблюдения свидетельствовала в пользу хронического панкреатита. Однако в связи с наличием стеноза ДПК с эпизодом дуоденального кровотечения из полости кистозной структуры в просвет ДПК пациенту в плановом порядке была выполнена пилоросохраняющий вариант панкреатодуоденальной резекции [10]. При последующем гистологическом исследовании было обнаружено, что в головке ПЖ имеется киста, стенки которой представлены созревающей грануляционной фиброзной тканью с очагами гиалиноза, наличием толстостенных склерозированных сосудов и замурованных нервов. В просвете кисты были сгустки крови различной степени организации, гемосидерин. В

окружающей ткани ПЖ отмечались выраженные склеротические изменения, пролиферация выводных протоков, очаговая лимфогистиоцитарная инфильтрация, кровоизлияния. В ДПК была десквамация эпителия с неравномерной лимфогистиоцитарной инфильтрацией в собственной пластинке слизистой, полнокровие и кровоизлияния вокруг сосудов в подслизистом слое, очаговая гиперплазия мышечной оболочки. Описанная гистологическая картина характерна для хронического парадуоденального панкреатита [7,9]. Пациент выписан из стационара в удовлетворительном состоянии на 15 сутки после операции. Эффект хирургического лечения через 3,5 месяца оценен по шкале опросника SF 36[12]. В настоящее время пациент трудоспособен и социально адаптирован.

Выводы.

1 Хронический парадуоденальный панкреатит часто имеет сходное проявление с эк-зокринным раком головки ПЖ и органов периампулярной зоны.

2. При наличии осложнений парадуоденального панкреатита (стеноз ДПК, дуоденальное кровотечение) показано хирургическое лечение в виде гастропанкреатодуоденальной резекции или пилоросохраняющего варианта панкреатодуоденальной резекции.

Литература

1. Данилов, М. В., Федоров, В. Д. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы: руководство для врачей. М.: Медицина, 2003. 424 с.
2. Кармазановский, Г. Г., Гусеева, Е. Б., Шипулева, И. В. Спиральная компьютерная томо-графия при заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. *Анналы хирургической гепатологии*. 1998. Т. 3. № 2. С. 15-23.
3. Кубышкин, В. А., Вишневский, В. А. Рак поджелудочной железы. М.: ИД Медпрактика-М., 2003. 386 с.
4. Balakrishnan, V., Chatni, S., Nair, P. et al. Groove pancreatitis: A case report and review of literature. *J. Pancreas*. 2007; 8(5): 592-597.
5. Becker, V., Mischke, U. Groove pancreatitis. *Int. J. Pancreatol*. 1991; 10:173-182.
6. Etemad, B., Whitcomb, D.C. Chronic pancreatitis: diagnosis, classification, and new genetic developments. *Gastroenterology*. 2001; 120: 682-707.
7. Klöppel, G. Chronic pancreatitis, pseudotumors and other tumor-like lesions. *Mod. Pathology*. 2007; 20; 113-131.
8. Otsuki, M., Tashiro, M., Nishimori, I. et al. Epidemiological survey of chronic pancreatitis in Ja-pan. *Annual report of the Research Committee of Intractable Pancreatic Diseases*. 2005: 146-150 (in Japanese).
9. Stolte, M., Weiss, W., Volkholz, H. et al. A special form of segmental pancreatitis: "groove pancreatitis". *Hepatogastroenterology*. 1982; 29:198-208.
10. Traverso, L.W., Longmire, W.P. Preservation of pylorus in pancreaticoduodenectomy. *Surg. Gynecol. Obstet*. 1978; 156: 581-586.
11. Yamaguchi, K., Tanaka, M. Groove pancreatitis masquerading as pancreatic carcinoma. *Am. J. Surg*. 1992; 163: 312-316.
12. Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M. et al. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. 1993.