|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ****ТА РАКУ ГОЛІВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ****І. А. Криворучко, М. М. Тесленко, Н. М. Гончарова, О. А. Тонкоглас, В. М. Чеверда,****С. М. Тесленко**Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії №2**ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ****ПАНКРЕАТИТЕ И РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ****И. А. Криворучко, Н. Н. Тесленко, Н. Н. Гончарова, А. А. Тонкоглас, В. М. Чеверда, С. Н. Тесленко**Харьковский национальный медицинский университет, каф. хирургии №2**THE DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS PECULIARITIES OF CHRONIC PANCREATITIS AND A CANCER OF HEAD OF PANCREAS****І.A. Kryvoruchko, M.M.Teslenko, N.M. Honcharova, O.A. Tonkohlas, V.M. Cheverda, S.M. Teslenko** Kharkov national medical university, Department of surgery №2***Резюме.*** У роботі проаналізовані результати диференційної діагностики 51 хворого з хронічним панкреатитом та 67 хворих на рак голівки підшлункової залози. Визначено, що УЗД, СКТ, ЕРХПГ, цитологічне дослідження матеріалу, визначення сироваткових пухлинних маркерів, не можуть поодинці вирішити задачу диференційної діагностики раку ПЗ та ХП. Оцінюючи комбінацію УЗД та визначення пухлинного маркера СА 19.9, можна констатувати збільшення загальної чутливості. При сполученні ЕРХПГ та визначенні пухлинного маркера СА 19.9 у групі хворих на рак ПЗ діагноз підтверджено у 94% спостережень. Комбінація сучасних методів дослідження хворих при диференційній діагностиці раку ПЗ та ХП може бути різноманітною, так як для конкретного пацієнта є необхідним індивідуальний підхід з урахуванням тривалості захворювання, доброго перенесення методу хворим, наявності досвідченого спеціаліста.***Ключові слова: рак підшлункової залози, хронічний панкреатит, диференційна діагностика, онкомаркери.******Резюме.*** В работе проанализированы результаты дифференциальной диагностики 51 больного с хроническим панкреатитом и 67 больных с раком головки поджелудочной железы. Показано, что УЗИ, СКТ, ЭРХПГ, цитологическое исследование материала, определение сывороточных онкомаркеров, не когут по одиночке решить задачу дифференциальной диагностики рака ПЖ и ХП. Оценивая комбинацию УЗИ и определение опухолевого маркера СА 19.9, можно костатировать увеличение общей точности. При сочетании ЭРХПГ и определении опухолевого маркера СА 19.9 в группе больных раком ПЖ диагноз подтвержден в 94% наблюдений. Комбинация современных методов исследования больных при дифференциальной диагностике рака ПЖ и ХП может бать различной, так как для конкретного пациента необходим индивидуальный подход с учетом длительности заболевания, хорошей переносимости метода больными, наличия опытного специалиста.***Ключевые слова: рак поджелудочной железы, хронический панкреатит, дифференциальная диагностика, онкомаркеры.******Summary.*** The work results of differential diagnostics of 51 patients with a chronic pancreatitis and 67 patients with a cancer of a head of a pancreas are analysed. Is shown, that Ultrasonic, CТ, ERHPG, cytologic research, detection of serum cancer specific markers, can’t decide problem of pancreas cancer and chronic pancreatitis, without diagnostics complex. The combination of ultrasonic and cancer specific marker СА 19.9, increase in the general accuracy. At combination ERHPG and cancer specific marker СА 19.9 in group of pations with cancer of pancreas the diagnosis it is confirmed in 94 % of supervisions. A combination of modern methods of observation of patients at differential diagnostics of cancer of pancreas and cronic pancreatitis can be various as the individual approach is necessary for the concrete patient and competent specialist.***Keywords: the cancer of pancreas, chronic pancreatitis, differential diagnostics, cancer specific markers.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.**Диференційна діагностика раку голівки підшлункової залози (ПЗ) та хронічного панкреатиту (ХП) є однією з найскладніших та найважливіших проблем у хірургії. [1-3]. Низьке виявлення раку ПЗ у резектабельній стадії, вказує на незадовільність існуючого алгоритму диференційної діагностики цієї категорії хворих. В останнє десятиріччя широко упро- | ваджені у клінічну практику сучасні діагностичні методи: УЗД, СКТ, ЯМРТ, ЕРХПГ, пункцій на біопсія ПЗ, аспірація панкреатичного секрету. Кожен із них не розширив відомості сучасного радикального лікування, не знизив актуальність проблеми диференційного діагнозу пухлинних та запальних захворювань ПЗ, як на ранніх стадіях, так і на пізніх [4,5].Існуючі методи гістологічного та цитологічного |

 |

дослідження матеріалу, отриманого як при пункції ПЗ під контролем УЗД, так і при ендоскопічній аспірації панкреатичного секрету, мають у літературі суперечливу оцінку. Нові перспективи у покращенні якості диференційної діагностики раку ПЗ та ХП відкривають імуноцитохімічні методи. Відомо, що найбільшу інформативність у діагностиці раку ПЗ має онкомаркер СА 19.9, але відмічається його низька специфічність. Використання онкомаркерів у практиці проводиться, як правило, хаотично і до теперішнього часу відсутня чітка програма, які пухлини мають контролюватися маркерами, а для яких локалізацій динамічні дослідження недоцільні. Немає чітко відпрацьованого сполученного використання онкомаркерів (СА 125, АФП, РЕА,

МСА, Ferritin) [3,4,5,6,7].

Таким чином, перспективним напрямком для покращення результатів диференційної діагностики раку ПЗ та ХП є комплексний підхід на основі використання сучасних методів дослідження.

**Метою** нашого дослідження було порівняння різноманітних методів дослідження при диференційній діагностиці раку ПЗ та ХП.

**Матеріали та методи дослідження**

Під час роботи використані данні результатів хірургічного лікування 118 хворих, серед яких 51 (43,2%) хворий був з ХП та 67 (56,8%) хворих із раком ПЗ у 2010-2014 рр. Явища механічної жовтяниці, як провідного клінічного симптому, відмічені у 91 (77,1 %) пацієнта. Використовували наступні інструментальні методи: УЗД, СКТ, ЕРХПГ, ПБ під контролем УЗД, дослідження маркерів сироватки крові.

**Результати та їх обговорення**

Проведено порівняльний аналіз прямих УЗД та СКТ ознак раку ПЗ і ХП. Суттєвою різницею між ними було: змішана чи підвищена ехогенність тканини, збережені нормальні розміри органу з чіткістю та нерівністю його меж. Основним критерієм раку ПЗ відмічалось сполучення слідуючих показників: вогнищевість утворень, зниження ехогенності, з нерівними межами, неоднорідність структури. Достовірними побічними ознаками раку ПЗ були: панкреатикоектазія, наявність збільшених парааортальних лімфатичних вузлів та вузлів у ділянці гепатодуоденальної зв’язки, метастази печінки. Наявність холестазу свідчило про збільшення розмірів голівки ПЗ, але не визначало характер процесу.

Для уточнення диференційно-діагностичних ознак ХП та раку ПЗ проведена порівняльна оцінка панкреатограм та холангіограм. Типова панкреатографічна картина для ХП (зміни головної панкреатичної протоки (ГПП) – звуження та розширення її бокових гілок) спостерігалось у 21 пацієнта з ХП та у 10 пацієнтів з раком ПЗ. Ступінь важкості змін протоків (за Кембриджською класифікацією) була від помірної до тяжкої. Наявність конкрементів у ГПП та у тканинах ПЗ відмічалось у 8 хворих з ХП. Локалізовані звуження ГПП, протяжністю від 1 см до 2,5 см та супроводжуючі вираженною деформацією стінки протоки та її бокових гілок у ділянці голівки ПЗ були знайдені у 10 пацієнтів, які мали рак. Стенозування дистального відділу загальної жовчної протоки протяжністю від 0,5 до 1 см спостерігалось у 4 пацієнтів з ХП. У 8 пацієнтів з раком ПЗ відмічалось більш протяжне стен озування (до 2,5 см). Специфічність, чутливість та загальна точність кожного методу дослідження представлені у таблиці 1.

При проведенні ЕРХПГ мали місце невдалі випадки контрастування ГПП у 5 пацієнтів, що було пов’язано з блоком дистального її відділу, а також із деформацією дванадцятипалої кишки. Таким чином, морфологічні ознаки раку ПЗ (блокада, стенозування, звуження, розширення бокових гілок ГПП) були присутні на панкреатограмах па-

**Таблиця 1. Порівняльна характеристика різноманітних**



цієнтів з раком ПЗ. Ця група пацієнтів відрізнялась від пацієнтів з ХП за наявністю протяжних стриктур (більше 1 см) і тяжкістю змін ГПП та її гілок, а також більш протяжний стеноз дистального відділу холедоха. Присутність кальцинатів у паренхімі та протоках ПЗ не впливало на диференційний діагноз.

При отриманні матеріалу, для цитологічного дослідження використовувались наступні методи: ПБ ПЗ під контролем УЗД, ендоскопічна аспірація панкреатичного секрету. Була відмічена секреторна різниця між запаленням та пухлиною, така як підвищений білок, IgG, и IgA у секретах хворих раком ПЗ.

При вивченні пухлинних маркерів при ХП у 25 хворих отримані наступні результати. Підвищення рівня СА 19.9 у 40 % хворих, при цьому середній рівень коливався від 75,2±8, 7 Е/мл до 172,4±28,5 Е/мл. У процесі динамічного спостереження на фоні консервативного та оперативного лікування, значення маркера знижувалось, що свідчило про ХП. Серед інших маркерів звертає на себе увагу МСА, його зміни відмічались у 15% спостережень, із середнім рівнем 12,9±2,3 Е/мл до 19,6±1,8 Е/мл у хворих з ХП. Підвищення СА 125 свідчило про наявність кіст чи випоту (асциту) у черевній порожнині, а також не виключало хронічний гепатит, цироз печінки, що вказувало на неспецифічність цього маркера. Визначення маркера РЕА суттєвої ролі не мало. Підвищення Ferritin частіше спостерігалось у пацієнтів з ХП (5,6%) та визначного значення у диференційній діагностиці не мало. АФП не змінювався навіть при наявності супутніх запальних захворювань печінки, його використання у хворих з ХП недоцільне.

При дослідженні виявлено, що рівень пухлинних маркерів 19.9, СА 125, РЕА залежав від розмірів пухлини та від розповсюдженості процесу. Причому, на початку спостерігалось підвищення СА 19.9 при розмірах пухлини до 6 см, потім відмічалось зниження, але у цей момент значно підвищувались інші маркери СА 125, РЕА, що свідчило про інвазію раку в сусідні органи. Звідси випливає, що сполучення вищезгаданих маркерів може дозволити передбачити до операції стадію захворювання, а відповідно і резектабельність. Після радикальної операції рівень маркера СА 19.9 нормалізувався протягом першої доби. Визначення МСА і Ferritin суттєвої ролі не грає, але при їх підвищенні з великою вірогідністю можна констатувати рак та присутність його муцинозного компонента. Визначення АПФ недоцільно у зв’язку з його неінформативністю. За допомогою пухлинних маркерів діагноз раку ПЗ підтверджено у 15 хворих.

Такі методи, як УЗД, СКТ, ЕРХПГ, цитологічне дослідження матеріалу, визначення сироваткових пухлинних маркерів, не можуть поодинці вирішити задачу диференційної діагностики раку ПЗ та ХП. Ми провели оцінку комбінованого використання методів УЗД та пухлинних маркерів, а також ЕРХПГ та пухлинних маркерів. Результати представлені у таблиці 2.

Таким чином, оцінюючи комбінацію УЗД та визначення пухлинного маркера СА 19.9, можна констатувати збільшення загальної чутливості. При сполученні ЕРХПГ та

**Таблиця 2. Чутливість (у %) різноманітного сполучення методів діагностики у диференційній діагностиці раку ПЗ та ХП**

Захворювання

УЗД+СА 19.9

ЕРХПГ+СА 19.9

Рак ПЗ

93

94

ХП

90

93

визначенні пухлинного маркера СА 19.9 у групі хворих на рак ПЗ діагноз підтверджено у 94% спостережень. Комбінація сучасних методів дослідження хворих при диференційній діагностиці раку ПЗ та ХП може бути різноманітною, так як для конкретного пацієнта є необхідним індивідуальний підхід з урахуванням тривалості захворювання, доброго перенесення методу хворим, наявності досвідченого спеціаліста.

Використовуючи сучасні методи досліджень у комплексній диференційній діагностиці раку ПЗ та ХП, можливо вирішити наступні задачі: 1) визначення локалізації процесу, 2) оцінка розмірів та розповсюдженості процесу, 3) морфологічна верифікація. Найбільша чутливість досягається при комбінації малоінвазивних та неінвазивних методів дослідження з онкомаркерами.

**Висновки**

Таким чином, підтверджено, що для проведення диференційної діагностики ХП та раку ПЗ одного методу дослідження недостатньо. Потрібна комбінація інструментальних методів та дослідження онкомаркерів, що дозволяє з високою

УДК 616.381-002-036

специфічністю і точністю порядку 95% проводити диференційну діагностику між раком ПЗ та ХП.

**Література**

1. Gaa J. Combined use of MRI and MR cholangiopancreatography and contrast enhanced dual phase 3-D MR angiographyin diagnosis of pancreatic tumours: initial clinical results. / Gaa J, Wendl K, Tesdal IK, et al. //Rofo. Fortschr. Geb. Rontgenstr. Neuen Bildgeb. Verfahr. 1999.-№17.-Р.528–533.
2. Freiss H. Diagnosis of pancreatic cancer by 2(18F) fluoro-2deoxy-d-glucose positron emission tomography. / Freiss H, Langhans J, Ebert M. //Gut 1995.-№36.- P.771–777
3. Inokuma T, Tamaki N, Torizuka T. Evaluation of pancreatic tumours with positron emission tomography and F-18 fluorodeoxyglucose: comparison with CT and US. //Radiology 1995.-№19.-P.345–352.
4. Kasperk RK. Limited value of positron emission tomography in treatment of pancreatic cancer: surgeon’s view./ Inokuma T, Tamaki N, Torizuka T. // World J. Surg. 2001.-№25. – Р.1134–1139
5. 7. Park SM Clinical characteristics of chronic pancreatitis according Chaudhary A. // Indian J Surg. - 2012 Feb. - № 74(1). – Р. 47-54.
6. to the history of pancreatitis / SM Park [et al] // Korean J Gastroenterol. - 2009 Apr. - № 53(4). – Р. 239-45.
7. Perwaiz A Surgery for chronic pancreatitis / Perwaiz A, Singh A, Надійшла 01.07.2014 року.