**БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**РЕФЕРАТ**

**На тему:**

**«Аппаратные и инструментальные методы диагностики хронического панкреатита»**

**МИНСК, 2008**

**Аппаратные и инструментальные методы диагностики хронического панкреатита**

**Обзорная рентгенография** верхнего отдела брюшной полос­ти имеет больше академическое значение в диагностике ХП, од­нако характерные изменения удается выявить лишь у больных с выраженным обызвествлением паренхимы железы и/или доста­точно крупными обызвествленными конкрементами в панкреа­тическом протоке.

**Ретроградная холангиопанкреатикография** (РХПГ), позво­ляющая контрастировать вирсунгов проток, выполняется в ходе эндоскопического исследования (см. ниже).

**Контрастное исследование желчных путей** (холангиография) необходимо, в первую очередь, больным с билиарным ХП или подозрением на таковой. Она осуществляется либо непрямым методом с пероральным или внутривенным введением контраст­ного вещества, который, к сожалению, не обеспечивает достаточ­ное качество снимков и вообще неприменим у больных с обтурацией желчных путей, либо методом прямого контрастирования. Последнее достигается при уже упоминавшейся РХПГ, а также с помощью чрескожной чреспеченочной пункции желчного пузы­ря, в том числе под контролем УЗИ, КТ или лапароскопа. При блокированном камнями или отсутствующем (после холецистэктомии) пузыре возможно введение контрастного вещества путем пункции внутрипеченочных желчных протоков. В случае нали­чия желчного свища контрастирование достигается в результате фистулографии.

На основании холангиографии можно судить о наличии жел­чных конкрементов, расширении, деформации или стенозировании желчных путей, наличии препятствий для оттока желчи в двенадцатиперстную кишку.

Существенное диагностическое значение имеет рентгенологи­ческое исследование желудка и, особенно, двенадцатиперстной кишки.

При **рентгенографии желудка** исключаются его органические поражения, могущие иметь отношение к патогенезу панкреати­та, и иногда выявляются деформации, связанные с изменениями в поджелудочной железе, например, вдавления при наличии псев­докист, опухолевидной формы ХП и т. д.

Дуоденография дает возможность судить о свободном пасса­же бария через двенадцатиперстную кишку или же о наличии дуоденостаза, как уже упоминалось, имеющего значение в патоге­незе ХП. Информативным методом является рентгенологичес­кое *исследование двенадцатиперстной кишки в условиях меди­каментозной (искусственной) гипотонии,* достигаемой предвари­тельным введением спазмолитиков, например, атропина. Харак­терными признаками ХП, выявлению которых способствует ги­потония, является расширение подковы двенадцатиперстной кишки вследствие увеличения размеров головки поджелудочной желе­зы, наличие на медиальной стенке нисходящего отдела кишки широкого дефекта наполнения, иногда стенозирующего просвет и затрудняющего пассаж бария.

**Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС)** и **ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ)** позволяют визуально выявить изменения в двенадцатиперстной кишке, большом дуоденальном сосочке, а также контрастировать панкреатический и желчные протоки.

Для выполнения дуоденоскопии используются эндоскопы с боковым полем зрения. Исследование обычно осуществляется натощак, в специально приспособленном рентгеновском кабине­те на аппарате, оснащенном электронно-оптическим преобразо­вателем и сериографом.

С помощью эндоскопа предварительно осматривают пищевод, где иногда выявляются расширенные вены подслизистого слоя, являющиеся результатом вторичной портальной гипертензии, за­тем желудок. В желудке нередко имеются проявления гастрита, в том числе эрозивного (в периоды обострений). Иногда видно оттеснение задней стенки желудка кпереди (при наличии панк­реатических псевдокист, опухолевидной формы ХП).

В двенадцатиперстной кишке часто определяются признаки Дуоденита, оттеснение медиальной стенки за счет увеличения го­ловки железы, иногда суживающее просвет. Нередко На слизистой видны эрозии, иногда же изменения приобретают характер так называемого псевдотуморозного дуоденита, при котором стенка кишки становится ригидной, легко кровоточащей при контакте, что требует биопсии для исключения ракового поражения.

При осмотре большого дуоденального сосочка часто выявляются его изменения, имеющие связь с панкреатитом (папиллит, стеноз, папилломатозные разрастания, иногда также требующие биопсии для исключения рака сосочка, перипапиллярные дивер­тикулы двенадцатиперстной кишки и т. д.).

Если решено осуществить РХПГ, в фатерову ампулу через канал фиброскопа вводят специальный тефлоновый катетер с наружным диаметром 1,8 мм, а через него — водорастворимый рентгеноконтрастный препарат (верографин, урографин и др.), избегая избыточного давления, после чего делают снимок.

На рентгенограмме могут быть обнаружены характерные для; ХП признаки: расширение главного панкреатического протока иногда в виде контрастной «цепи озер», наличие в протоке стрик­тур, конкрементов, а также сообщающихся с протоком полостей (псевдокист).

На одновременно осуществляемой холангиограмме может выявляться стриктура терминальной части холедоха, расшире­ние вне- и внутрипеченочных желчных протоков, холедохолитиаз и т. д. Возможные опасности РХПГ обсуждались выше.

**Ультразвуковое исследование (сканирование)** является од­ним из наиболее информативных и притом неинвазивных мето­дов исследования поджелудочной железы и должно осуществ­ляться во всех случаях, когда подозревается ее патология.

Датчик располагается в эпигастралыюй области и его переме­щают соответственно проекции железы на области левого и пра­вого подреберий. В норме поджелудочная железа имеет ровные, четкие контуры и гомогенную структуру, а диаметр главного пан­креатического протока не превышает 1,5-2 мм. При патологии может выявляться общее увеличение размеров органа с равно­мерным уменьшением эхоилотности, свидетельствующее об оте­ке. Уменьшение размеров железы, неоднородность структуры, наличие мелких участков уплотнения ткани, а также нечеткость контуров могут говорить о фиброзных изменениях в железе, а небольшие резко выраженные эхоположительные узелки — об очаговом обызвествлении паренхимы. Эхоструктуры высокой плотности, расположенные в протоке и дающие феномен «ульт­развуковой дорожки», являются признаком внутрипротоковых конкрементов. Жидкостные образования (ложные кисты, вяло­текущие абсцессы) представляются на эхограмме округлыми участками значительно пониженной эхоплотности с более или менее четкими контурами и дорсальным усилением. Хорошо сформированные ложные кисты с жидким содержимым имеют округлую или овальную форму, гомогенны и окружены четко выраженной капсулой. Содержимое ^сформировавшихся кист и абсцессов может быть неоднородным из-за наличия в них, по­мимо жидкости, тканевых секвестров и детрита.

**Компьютерная томография** является рентгенологическим методом высокой разрешающей способности, достаточно широко используемым при исследовании поджелудочной железы. В прин­ципе, метод позволяет получить данные, аналогичные получае­мым при ультразвуковом исследовании, однако в ряде случаев дает возможность уточнить последние, например, при ожирении больного, наличии метеоризма, преимущественной локализации изменений в области хвоста железы. Вместе с тем, встречаются случаи, когда очаговые изменения, выявленные при УЗИ, не об­наруживаются при КТ (изоденсны), или наоборот и, таким обра­зом, оба исследования дополняют друг друга. Учитывая высо­кую стоимость КТ, ее применение следует считать необходимым в случаях, когда на основании УЗИ не удается создать достаточ­но четкое представление о патологических изменениях в подже­лудочной железе (образование изоэхогенно частично).

В норме поджелудочная железа определяется на компьютер­ных томограммах в виде относительно гомогенного образования S-образной формы. Признаками поражения железы являются, неоднородность ее тени с участками уплотнения и разряжения, расширения, сужения и деформации протоков, одиночные или множественные полостные жидкостные образования. Для лож­ной кисты, как и при УЗИ, характерно наличие капсулы и одно­родное или неоднородное (при наличии в полости секвестров или замазкообразного детрита) содержимое. Высока разрешаю­щая способность КТ при наличии в железе обызвествлений и протоковых конкрементов. Злокачественные новообразования выглядят при КТ очагами, плотность которых ниже плотности железы.

**Тонкоигольная аспирационная биопсия** используется, главным образом, для дифференциального диагноза туморозной формы ХП и рака поджелудочной железы (см. ниже). Она осуществля­ется через переднюю брюшную стенку под местной анестезией, причем направление иглы постоянно контролируется с помощью УЗ аппарата или компьютерного томографа. Диагностическая эффективность метода зависит от опыта врача, производящего пункцию, размеров пунктируемого образования и числа пункций, а также от специального опыта цитолога, исследующего пунктаты.

Несмотря на достаточное число и высокую информативность современных методов дооперациониой диагностики, точно рас­познать характер особенности поражения поджелудочной желе­зы удается не у всех больных. Важное значение в связи с этим имеет интраоперационная диагностика. Она включает следую­щие элементы: 1) осмотр и пальпацию поджелудочной железы, желчевыводящих путей, желудка, двенадцатиперстной кишки, об­ласти большого дуоденального сосочка; 2) прямое пункционное контрастирование панкреатического и общего желчного прото­ков со снимком на операционном столе (некоторые авторы реко­мендуют дополнять это исследование мапометрией общего желч­ного и панкреатического протоков); 3) пункциошгую или же инцизионную биопсию патологических образований поджелудоч­ной железы и измененных регионарных лимфоузлов.

**Дифференциальная диагностика хронического панкреатита**

Хронический панкреатит следует дифференцировать, прежде всего, с заболеваниями, проявляющимися хроническим болевым синдромом в эпигастралыюй области, в том числе связанным с приемом пищи и текущим с периодическими обострениями. Рентгеноконтрастное исследование и фиброгастродуоденоскопия позволяют исключить хроническую язву желудка или двенад­цатиперстной кишки, а также болевые формы хронического га­стрита. Правда, в литературе имеются указания, что язва, пенетрирующая в поджелудочную железу, является фактором, спо­собствующим возникновению хронического панкреатита, и, сле­довательно, выявление язвы не может исключить рассматриваемое заболевание. Однако пенетрирующая язва обычно вызыва­ет в железе не панкреатит как нозологическую форму, а лишь местную воспалительную реакцию, почти не имеющую самосто­ятельного клинического значения. Эта реакция может наклады­вать известный отпечаток на проявление язвы (иррадиация бо­лей в спину, опоясывающий их характер), но обычно исчезает или, во всяком случае, не беспокоит больного после излечения язвы тем или иным способом.

Желчнокаменную болезнь обычно исключают с помощью уль­тразвукового исследования внепеченочных желчных путей (от­сутствие конкрементов и других изменений в желчном пузыре). Однако желчнокаменная болезнь является причинным факто­ром панкреатита, и выявление конкрементов в пузыре отнюдь не исключает это заболевание. Поэтому жалобы больного с верифи­цированной желчнокаменной болезнью на боли вне проекции желчного пузыря (в средней части эпигастрия), тем более иррадиирующие в поясницу, заставляют подумать о хроническом холангиогенном панкреатите (хроническом холецистопанкреатите) и продолжить специальные исследования в этом направлении.

Нередко больные с мучительными болями в эпигастральной области после приема пищи, у которых исключено органическое поражение желудка, двенадцатиперстной кишки и желчных путей, годами, а иногда десятилетиями безуспешно лечатся с ошибочным диагнозом «хронический панкреатит» вследствие того, что недо­статочно осведомленные врачи забывают еще об одном заболева­нии, дающем в какой-то мере сходные клинические проявления. Речь идет о компрессионном стенозе чревного ствола, обусловли­вающем ишемию органов верхнего «этажа» брюшной полости (нарушения проходимости чревного ствола другого происхожде­ния наблюдаются редко). В отличие от хронического панкреати­та, этот вариант синдрома абдоминальной ишемии, проявляющийся клинически в молодом, юношеском, а иногда и в детском возрас­те, встречается чаще у женщин, никогда не бывает связан с алко­голизмом и относительно редко сочетается с желчнокаменной болезнью. Характерным объективным симптомом стеноза чревно­го ствола является систолический шум, выслушиваемый в облас­ти мечевидного отростка у 80-85% больных. Диагноз подтверж­дается с помощью дуплексного ультразвукового сканирования чревного ствола, причем увеличение линейной скорости кровотока в области сужения до 1,3 и более м/с свидетельствует о вы­раженном стенозировании, требующем оперативного лечения. Бо­лее старым и к тому же инвазивным диагностическим методом яв­ляется аорто-артериография по Сельдингеру, при которой на профильных снимках выявляется сужение чревного ствола в об­ласти аортального отверстия диафрагмы с постстенотическим его расширением. Устранение компрессионного стеноза с помощью рассечения поперечной связки диафрагмы, как правило, купиру­ет болевой синдром и другие расстройства, связанные с ишемией. Впрочем, при позднем диагнозе и оперативном вмешательстве многолетняя ишемия поджелудочной железы и других органов, кровоснабжаемых чревным стволом, может обусловить остаточную симптоматику. Разумеется, нельзя забывать и о том, что чревный ствол может быть сдавлен вторично за счет рубцовых изменений парапанкреатических тканей при ХП.

Серьезные проблемы могут возникать при дифференцирова­нии псевдотуморозной формы хронического панкреатита и рака поджелудочной железы. Известно, что при ХП морфологически можно выявить пролиферацию эпителиальных элементов с при­знаками клеточного атипизма, которую некоторые считают пред­раковым состоянием [Савинов И. П., 1991 и др.], а при раке, обтурирующем главный панкреатический проток, встречаются проявления вторичного панкреатита. Сочетание этих двух забо­леваний как самостоятельных нозологических форм встречается, по-видимому, нечасто. К тому же главным экзогенным фактором риска для рака поджелудочной железы, в отличие от ХП, являет­ся отнюдь не алкоголь, а табакокурение.

Вместе с тем, ХП, в частности псевдоопухолевая его форма, при преимущественном поражении головки железы может обус­ловливать сдавление терминальной части общего желчного про­тока и давать характерный для рака этой локализации синдром обтурационной желтухи, а при поражении тела ПЖ — прояв­ляться интенсивными болями, что также характерно для запу­щенного рака соответствующей локализации.

Существует ряд клинических различий, в большинстве случа­ев позволяющих дифференцировать рассматриваемые заболева­ния. Так, прежде всего, для рака характерен относительно корот­кий анамнез, не превышающий нескольких недель или, в крайнем случае, месяцев, тогда как при ХП анамнез чаще бывает более длительным. Операбельный рак поджелудочной железы почти никогда не проявляется интенсивными болями, а вызываемая им обтурационная желтуха в подавляющем большинстве случаев возникает на фоне видимого здоровья, в результате чего больные в начале обычно госпитализируются в инфекционные отделения для исключения вирусного гепатита. В то же время при ХП обтурационная желтуха возникает у больных чаще всего с алко­гольным анамнезом, в прошлом перенесших острый панкреатит или же длительное время страдавших от болевого синдрома и периодических обострений инфекционного процесса, связанных с ХП. Если же обтурационная желтуха возникает у больных ХП холангиогенного происхождения и связана с затрудненным отхождением желчного конкремента или ущемлением его в фатеровой ампуле, то, как правило, имеет место выраженный болевой синдром и другие признаки обострения калькулезного холецис­тита и холангита, не характерные для желтухи, связанной с ра­ком головки поджелудочной железы.

К сожалению, и специальные методы не во всех случаях позволяют решить рассматриваемую дифференциальнодиагностическую задачу. Так, исследование крови больного на карбогидратный антиген (СА19-9) и раковый эмбриональный антиген (РЭА) дает отчетливо положительный ответ лишь при достаточ­но больших размерах опухоли, часто в неоперабельных случаях. Исследование поджелудочной железы с помощью ультразвука или на компьютерном томографе дает увеличение размеров же­лезы, в особенности ее головки и при хроническом панкреатите, и при раке, а также выявляет очаговые образования тех или иных размеров. Для рака более характерно одиночное гипоэхогенное образование, а при хроническом панкреатите поджелудочная железа чаще изменена диффузно, она гиперэхогенна (более плот­ная), содержит множественные кальцификаты, хотя точно диф­ференцировать характер очагов удается далеко не во всех слу­чаях. Существенное расширение главного панкреатического протока и, тем более, наличие в нем конкрементов нехарактерно для рака и, как правило, свидетельствует о ХП. Выявление мно­жественных очагов в печени говорит о гематогенной диссеминации рака поджелудочной железы.

Тонкоигольная биопсия, осуществляемая через переднюю брюшную стенку под контролем УЗИ или КТ, также не всегда решает вопросы дифференциальной диагностики. Выявление при цитологическом исследовании биоптата несомненно раковых клеток или их комплексов, разумеется, свидетельствует о раке. Од­нако отсутствие в биоптатах раковых элементов ни в коем случае не позволяет исключить онкологический диагноз, в том числе и после повторных пункций. Если при диагностической пункции удается получить гной, то диагноз ХП является наиболее вероят­ным, хотя и не абсолютно достоверным, поскольку обтурирующая опухоль может обусловить возникновение вторичного нагноительного процесса в протоковой системе железы.

При псевдотуморозной форме ХП даже лапаротомия, произ­водимая опытным в данной области хирургом, не всегда позволяет с помощью прямого осмотра и пальпации железы исключить ее раковое поражение. Субоперационно производимая пункционная биопсия дает возможность с высокой уверенностью получать материал из патологического очага, однако и после срочного цитологического исследования ситуация проясняется далеко не во всех случаях.

Прямая инцизионная биопсия при раке поджелудочной желе­зы представляет определенные технические трудности, в особенности при глубоком расположении очага в головке. Вместе с тем i и после получения хорошего биоптата даже опытные патоморфологи не всегда могут уверенно отдифференцировать рак от характерной для ХП эпителиальной пролиферации, особенно в условиях ] срочного исследования. Поэтому даже в специально занимающих­ся проблемой хорошо оборудованных учреждениях иногда допускаются диагностические и, соответственно, тактические ошибки, часть которых зависит от недооценки чисто клинических проявлений болезни. В результате этого, больные псевдотуморозным панкреатитом головки переносят отнюдь не абсолютно им пока­занную панкреатодуоденальную резекцию, направленную на ради­кальное удаление опухоли. А больные с предполагаемым неоперабельным раком, которым производились паллиативные вмешательства типа билиодигестивных анастомозов, живут необъяснимо долго и иногда ошибочно считаются чудесным образом спонтанно выздоровевшими от безнадежного онкологического заболевания. В настоящее время большинство хирургов, оперирующих на ПЖ, считают, что при невозможности интраоперационно исключить рак следует выполнить резекцию ПЖ.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. *Данилов М. В., Федоров В. Д.* Хирургия поджелудочной железы. — М.: Медицина, 1995.
2. *Анзимиров В. Л., Баженова А. П., Бухарин В. А. и др.* Клиническая хирургия: Справочное руководство / Под ред. Ю. М. Панцирева. — М.: Медицина, 2000. — 640 с: ил.
3. *Милонов О. Б., Соколов В. И.* Хронический панкреа­тит. — М.: Медицина, 1976. — 188 с.
4. *Филин В. И., Костюченко А. Л.* Неотложная панкреатология. Справочник для врачей. — СПб.: Питер, 2004.
5. Хирургические болезни / Под ред. Кузина М.И. — М.: Медицина, 1995.
6. *Шалимов А. А., Радзиховский А. П., Нечитайло М. Е.* Острый панкреатит и его осложнения. — Киев, 1990. — 272 с.