

УДК 616.37-006.6

***КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ГОЛОВКИ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ***

Шаверская Э.Ш.

*к.м.н., ассистент кафедры внутренних болезней,
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Ижевск, Россия*

Егорова Н.В.

*заведующая терапевтическим отделением,
БУЗ УР «ГКБ №6 МЗ УР»,
Ижевск, Россия*

Заколюкина Л.С.

*студентка 5 курса педиатрического факультета,
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Ижевск, Россия*

Хабибуллин Ф.Ф.

*студент 5 курса педиатрического факультета,
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Ижевск, Россия*

Аннотация: Рак поджелудочной железы – это злокачественная опухоль, исходящая из видоизменившихся железистых клеток или эпителиальной ткани, выстилающей протоки поджелудочной железы. Является одним из самых коварных и тяжелых онкологических заболеваний, поскольку в течение длительного времени протекает бессимптомно и манифестирует уже на поздней стадии, когда хирургическое лечение становится чрезвычайно сложным. Также, *Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327*

сложность диагностики заключается и в том, что вследствие метастазирования в другие органы клиническая картина становится неясной и неоднозначной, поэтому, данное заболевание требует проведения дифференциального диагноза. Данная статья представляет собой анализ клинического случая пациента терапевтического отделения БУЗ УР «ГКБ №6 МЗ УР», у которого на фоне основного заболевания – рака головки поджелудочной железы, была выявлена клиническая картина, характерная для цирроза печени.

Ключевые слова: клинический случай, дифференциальная диагностика, рак поджелудочной железы, цирроз печени.

A CLINICAL CASE OF PANCREATIC HEAD CANCER DIAGNOSIS IN THERAPEUTIC PRACTICE

Shaverskaya E.Sh.

*Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Internal Medicine,
Izhevsk State Medical Academy,
Izhevsk, Russia*

Egorova N.V.

*The head of therapeutic department,
Izhevsk Clinical Hospital №6,
Udmurt Republic*

Zakolyukina L.S.

*5th year student of the Faculty of Pediatrics,
Izhevsk State Medical Academy,
Izhevsk, Russia*

Khabibullin F.F.

5th year student of the Faculty of Pediatrics,

*Izhevsk State Medical Academy,
Izhevsk, Russia*

Abstract: Pancreatic cancer is a malignant tumor composed of modified glandular cells or epithelial tissue lining the ducts of the pancreas. It is one of the most insidious and severe cancers, as it is asymptomatic for a long time and manifests itself at a late stage, when surgical treatment becomes extremely difficult. Also, the difficulty of diagnosis lies in the fact that due to metastasis to other organs, the clinical picture becomes unclear and ambiguous, therefore, this disease requires a differential diagnosis. This article presents an analysis of a clinical case of a patient of the therapy department of the Izhevsk Clinical Hospital №6 of the Ministry of Healthcare of the Udmurt Republic, in whom the clinical picture typical of cirrhosis of the liver was revealed against the background of the underlying disease, namely pancreatic head cancer.

Keywords: clinical case, differential diagnosis, pancreatic cancer, cirrhosis of the liver.

Актуальность: Рак поджелудочной железы – это злокачественное новообразование, развивающееся из видоизмененных клеток поджелудочной железы. В среднем, заболеваемость данной патологией составляет 9,5 человек на 100 тысяч населения, средний возраст заболевших – около 68-69 лет, причем, чаще заболевают мужчины [5]. В большинстве случаев (75%) поражается именно головка поджелудочной железы.

Точная причина и механизм того, как развивается рак поджелудочной железы, неизвестны, но с этим заболеванием связано несколько факторов риска. Они включают: хронический панкреатит в анамнезе, особенно, у лиц мужского пола; сахарный диабет 2-го типа; отягощенный по заболеваниям поджелудочной железы наследственный анамнез; длительный стаж курения и прием алкогольных напитков; особенности питания (дефицит пищевых волокон, избыток насыщенных жиров и красного мяса); ожирение – индекс массы тела

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

(ИМТ) более 30; возраст в диапазоне от 60 до 80 лет; состояние после холецистэктомии [2,6].

Зачастую, на начальных стадиях симптомы заболевания практически не выражены, и заподозрить его наличие позволяют лишь субъективные ощущения. К ним относятся: тяжесть или дискомфорт в верхних отделах живота, снижение аппетита, быстрая утомляемость. Позднее, при прогрессировании заболевания появляются ноющие боли в эпигастральной области или в левом подреберье. Характерна иррадиация болей в область спины [1,2].

Также, вследствие нарушения оттока желчи и, как следствие, гипербилирубинемии, у пациента могут наблюдаться такие симптомы, как иктеричность кожных покровов и слизистых оболочек, темный цвет мочи и ахоличность стула (синдром желтухи) [3].

Обтурация вирсунгова протока опухолью приводит к развитию ферментативной недостаточности и нарушению процессов пищеварения, а это, в свою очередь, становится причиной формирования у пациента диспепсического синдрома: тошнота, рвота, метеоризм, диарея [1,3]. Также характерны такие симптомы, как жажда и полиурия, как результат развития панкреатогенного сахарного диабета [2].

Поскольку при данном заболевании у пациентов отмечается нарушение аппетита и, соответственно, недостаток получения необходимых питательных веществ, а сама опухоль тоже имеет собственные метаболические потребности, организм человека быстро истощается, что приводит к развитию у него раковой кахексии [4].

Однако, все вышеперечисленные симптомы не являются специфическими для данного заболевания, поэтому, их появление требует проведения дополнительных диагностических исследований.

В качестве лабораторной диагностики рака поджелудочной железы наибольшее значение имеет определение в крови онкологических маркеров (СА-19-9, СА-242, РЭА и др.) [2,3,4]. Также могут наблюдаться изменения в общем

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

анализе крови (нейтрофильный лейкоцитоз и увеличение скорости оседания эритроцитов как неспецифические признаки воспаления) и биохимическом (увеличение концентрации острофазных белков, печеночных трансаминаз, общего билирубина и его фракций, что может свидетельствовать о нарушении желчного оттока).

К наиболее достоверным инструментальным методам диагностики данного заболевания относится магнитно-резонансная томография с контрастированием и компьютерная томография органов брюшной полости. Также немаловажное значение имеет ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Таким образом, клиническая картина рака поджелудочной железы неспецифична и требует проведения дифференциальной диагностики. В данном клиническом случае прослеживается параллель между раком поджелудочной железы и циррозом печени.

Цель работы: целью работы явился анализ клинического случая пациента 71 года, основное заболевание которого – рак головки поджелудочной железы, манифестировало клиникой, характерной для цирроза печени.

Материалы и методы: данные истории болезни (форма №003/у) пациента терапевтического отделения БУЗ УР «ГКБ №6 МЗ УР».

Результаты исследования: 27 февраля 2023 года в терапевтическое отделение БУЗ УР «ГКБ №6 МЗ УР» поступил пациент Г., 71 года, с жалобами на общую слабость, снижение аппетита, пожелтение кожи, ахоличный стул и потемнение мочи.

Из анамнеза заболевания стало известно, что пациент считает себя больным с 20 февраля, когда появились вышеперечисленные симптомы. 27.02.23 обратился в поликлинику, где было выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Заключение: желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, выраженные диффузные изменения печени, гепатомегалия, портальная гипертензия, асцит, диффузные изменения

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

поджелудочной железы). Пациент был направлен в дежурную хирургию ГКБ №9, где было выполнено повторное ультразвуковое исследование органов брюшной полости (та же самая картина), полный анализ крови ($WBC = 11 \cdot 10^9$ г/л), биохимический анализ крови (общий билирубин = 211 мкмоль/л, прямой = 114,6 мкмоль/л, непрямой = 96,4 мкмоль/л, АСТ = 202 Ед/л, АЛТ = 233 Ед/л); острой хирургической патологии на момент осмотра выявлено не было. Госпитализирован в терапевтическое отделение ГКБ №6 для дообследования и лечения.

Также было выявлено, что уже на протяжении десяти лет пациент страдает сахарным диабетом 2-го типа (на инсулине 1 год), гипертонической болезнью, принимает базисную терапию.

Объективный статус пациента: состояние средней степени тяжести, положение активное, выражение лица обычное. Тип конституции – нормостенический, состояние питания – нормальное (ИМТ = 23). Кожные покровы и видимые слизистые оболочки субиктеричные, отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечная система без особенностей. Перкуторный звук в легких легочной, аускультативно дыхание везикулярное, ослаблено, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Границы сердца в пределах нормы, при аускультации тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 82 в минуту. АД 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, без налета. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при пальпации в эпигастрии и правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2-3 см. Желчный пузырь без особенностей, пузырьные симптомы отрицательные. Поджелудочная железа без особенностей. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

За время нахождения в стационаре (27.02.2023-14.03.2023) пациенту были проведены следующие исследования: общий (клинический) анализ крови в динамике, по результатам которого был выявлен нейтрофильный лейкоцитоз

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

(WBC = 12,32-13,81*10⁹ г/л, NEUT = 73,7-82,3%), а также увеличение скорости оседания эритроцитов (22-12 мм/час); биохимический анализ крови общетерапевтический, так же в динамике – увеличение концентрации СРБ (35-26,9 мг/л), ЛДГ (454-477 Ед/л), ЩФ (2135-1429 Ед/л), АЛТ (235-237 Ед/л), АСТ (201-165 Ед/л), общего билирубина (201,8-486,3 мкмоль/л) и, соответственно, его фракций (прямого – от 167,9 до 359,6 мкмоль/л, и непрямого – от 33,9 до 126,7 мкмоль/л). По коагулограмме от 28.02.2023 было выявление снижение ПТИ до 71,8% (при норме 80-120%). Антитела к вирусному гепатиту В и С, а также к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В в крови пациента обнаружены не были. В ходе общего (клинического) анализа мочи реакция на наличие билирубина в ней оказалась положительной.

Также было проведено исследование на онкомаркеры (от 03.03.2023), по результатам которого в крови пациента было выявлено значительное повышение концентрации антигена СА19-9 до 99733,01 Ед/мл (при норме 0-39), РЭА до 67,38 нг/мл (при норме 0-5), а также СА-242 >150 Ед/мл (при норме 0-20).

09.03.2023 была выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, в ходе которой была выявлена МР-картина диффузных изменений печени с наличием множественных мелкоочаговых изменений, вероятнее метастатического характера. Асцит. Желчнокаменная болезнь, обострение хронического калькулезного холецистита. Перихолецистит. Сладж-синдром. Очаговые изменения тел Th11 и L3 позвонков, вероятнее метастического характера. Регионарная лимфаденопатия. Рекомендована спирально-компьютерная томография органов брюшной полости с контрастированием.

10.03.2023 пациенту была проведена спирально-компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием. Заключение: диффузно-очаговые изменения паренхимы печени. Внутри- и внепеченочный холестаза. Вирсунгостаза. По КТ более данных за рак головки поджелудочной железы. Компрессия воротной вены печени на Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

уровне головки железы. Лимфаденопатия брюшной полости. Объемные образования надпочечников (метастазы). Желчнокаменная болезнь. Калькулезный холецистит, отек стенки желчного пузыря (рис. 1).

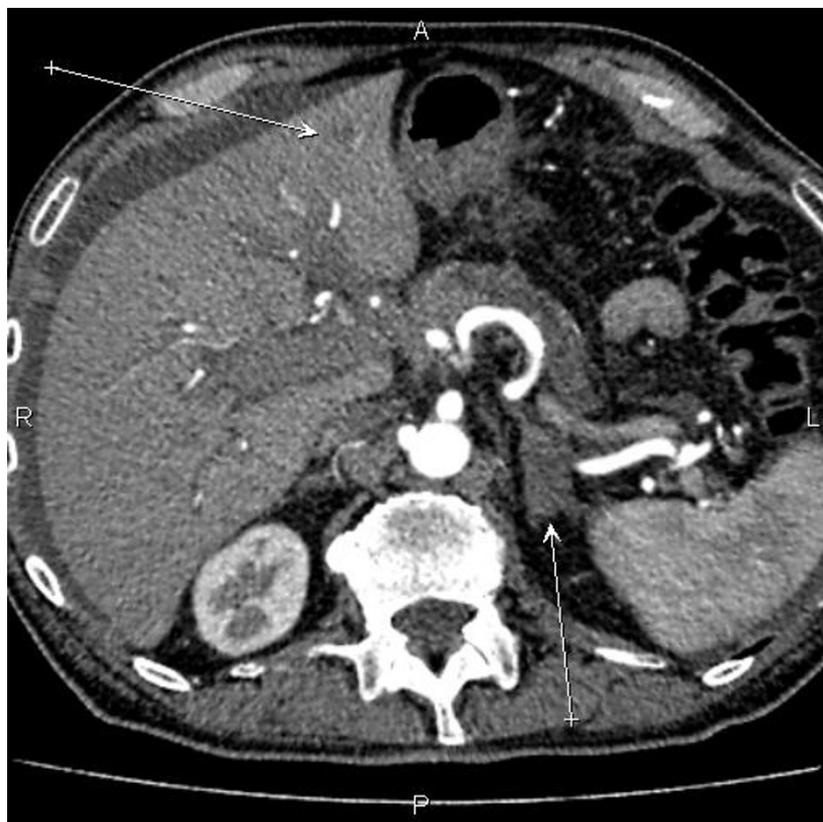


Рис. 1 - Спирально-компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Диффузно-очаговые изменения паренхимы печени. Внутри- и внепеченочный холестаз. Вирсунгостаз. По КТ более данных за рак головки поджелудочной железы. Компрессия воротной вены печени на уровне головки железы. Лимфаденопатия брюшной полости. Объемные образования надпочечников (метастазы). Желчнокаменная болезнь. Калькулезный холецистит, отек стенки желчного пузыря (примечание: авторская разработка).

Также 10.03.2023 была выполнена спирально-компьютерная томография органов грудной полости, по результатам которой были выявлены множественные очаговые изменения во всех легочных полях с обеих сторон, часть с распадом. КТ-картина не противоречит метастатическому поражению.

Атеросклероз аорты. Коронаросклероз. Дистрофические изменения позвоночника (рис. 2).

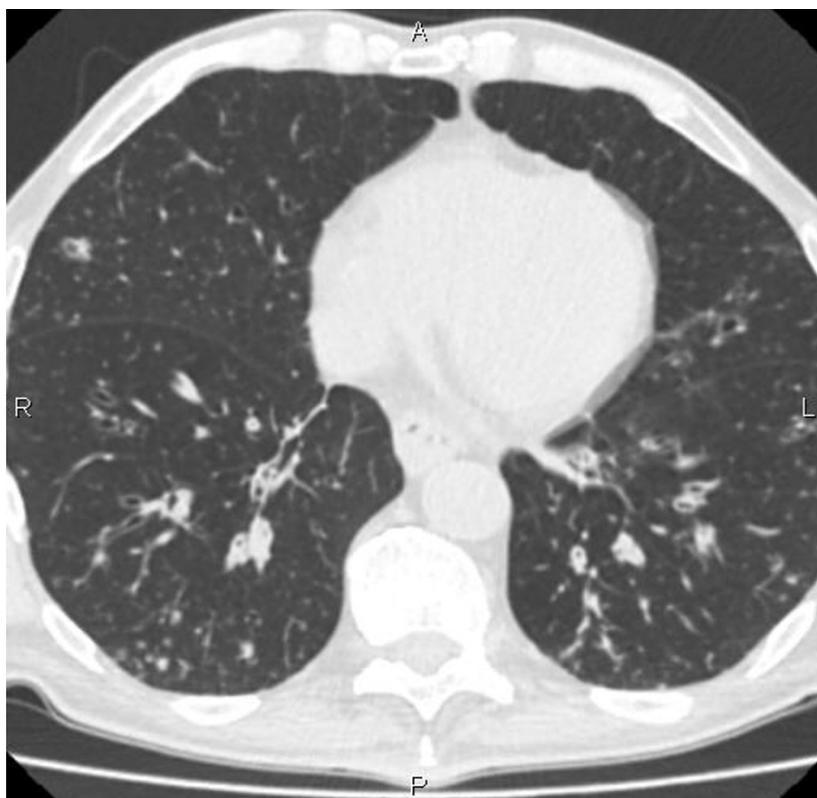


Рис. 2 – Спирально-компьютерная томография органов грудной полости. Множественные очаговые изменения во всех легочных полях с обеих сторон, часть с распадом. Атеросклероз аорты. Коронаросклероз. Дистрофические изменения позвоночника (примечание: авторская разработка).

Таким образом, основной диагноз пациента: D13.6 (Z03.1) Рак головки поджелудочной железы с множественными метастазами в печени, надпочечниках, легких.

Осложнения: Смешанная желтуха. Гепатоцеллюлярная недостаточность 2 степени. Асцит. Кахексия.

Сопутствующие заболевания: E11.9 Сахарный диабет 2 типа, инсулинопотребный, субкомпенсация. Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит. Гипертоническая болезнь 2 степени риск 3. ХСН 1. ФК 1. Аденома простаты.

Пациент переведен в Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской республики «Республиканский клинический онкологический диспансер имени Сергея Григорьевича Примушко Министерства здравоохранения Удмуртской республики».

Выводы: на примере представленного клинического случая мы продемонстрировали сложность диагностики опухоли поджелудочной железы у коморбидного пациента. Неспецифическая клиническая картина, наличие множества сопутствующих заболеваний и пожилой возраст пациента позволили предположить наличие у него цирроза печени, однако, по результатам дополнительных обследований, все изменения в печени оказались вторичны. Исследование крови на онкомаркеры, дополнительные инструментальные методы диагностики подтвердили наличие у пациента рака поджелудочной железы.

Библиографический список:

1. Евдокимова С.Ю. Трудности диагностики рака поджелудочной железы / Евдокимова С.Ю. // E-Scio, 2019.
2. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Каприн А.Д., Агапов М.Ю., Андреев Д.Н., Водолеев А.С., Жаркова М.Ю., Королев М.П., Кучерявый Ю.А., Лапина Т.Л., Маевская М.В., Охлобыстин А.В., Павлов Ч.С., Параскевова А.В., Пирогов С.С., Полуэктова Е.А., Румянцева Д.Е., Трухманов А.С., Царьков П.В., Шептулин А.А., Шифрин О.С. Раннее выявление онкологических заболеваний органов пищеварения (методическое руководство Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации онкологов России для врачей первичного звена здравоохранения) // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2019. – №5. – С. 53-74.
3. Лазебник Л.Б., Винокурова Л.В., Яшина Н.И., Быстровская Е.В., Бордин Д.С., Дубцова Е.А., Орлова Ю.Н. Хронический панкреатит и рак поджелудочной железы / Лазебник Л.Б., Винокурова Л.В., Яшина Н.И., Быстровская Е.В., Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМН Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

Бордин Д.С., Дубцова Е.А., Орлова Ю.Н. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2012. – С. 3-9.

4. Франциянц Е.М., Кит О.И., Алейнов В.И., Горошинская И.А. Биомаркеры, неоангиогенез и факторы роста при раке поджелудочной железы // Исследования и практика в медицине. – 2019. – №3. – С. 51-64.
5. Фольц Э.Э. Рак поджелудочной железы / Фольц Э.Э. // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2019. – №3. – С. 146-151.
6. Чиссов В. И. Онкология : Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Чиссова В. И., Давыдова М. И. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 576 с.

Оригинальность 87%