**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.