

# КИСТА ИЛИ ОПУХОЛЬ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ? СПОНТАННАЯ ЭУС-ТОНКОИГОЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

CYST OR TUMOR OF THE PANCREATIC HEAD? SPONTANEOUS EUS-FINE-NEEDLE PUNCTURE OF A MASS LESION OF THE PANCREATIC HEAD FOR MORPHOLOGICAL VERIFICATION. DESCRIPTION OF A CLINICAL CASE

**N. Aliyev  
S. Shamilova  
M. Burdyukov**

*Summary.* This clinical observation describes an interesting clinical case that occurred in a patient with a previous history of acute pancreatitis and the formation of multiple pseudocysts. During the current hospitalization, endoscopic ultrasonography (EUS) revealed a solid mass in the head of the pancreas (PP), which was treated with EUS-assisted fine-needle puncture (EUS-FNP) followed by morphological verification.

*Keywords:* pancreatitis, cyst, pancreatic mass, endoscopic ultrasonography, EUS-cystoduodenostomy.

**Алиев Наибхан Абдулгамидович**

врач-эндоскопист клиники «ЦЛД»;  
Ассистент, Дагестанский государственный  
медицинский университет, г. Махачкала  
surgeonaliev@mail.ru

**Шамилова Сабина Гаджимогомедовна**

Кандидат медицинских наук, врач-гастроэнтеролог,  
заместитель главного врача, «ЦЛД»;  
Ассистент, Дагестанский государственный  
медицинский университет, г. Махачкала  
Sabina.shamilova.84@mail.ru

**Бурдюков Михаил Сергеевич**

Доктор медицинских наук, врач-эндоскопист,  
Московский многопрофильный научно-клинический  
центр им. С.П. Боткина ДЗМ;  
Доцент, ГБОУ ДПО Российская медицинская академия  
непрерывного профессионального образования МЗ;  
Руководитель, Федеральной сети клиник "Евроонко",  
г. Москва  
burdyukovms@gmail.com

*Аннотация.* Данное клиническое наблюдение рассказывает об интересном клиническом случае, возникшем у пациентки с перенесенным ранее острым панкреатитом с формированием множественных псевдокист. При текущей госпитализации по данным эндоскопической ультрасонографии (ЭУС) было установлено, что в головке поджелудочной железы (ПЖ) имеется объемное солидное образование и выполнена его ЭУС-ассистированная тонкоигольная пункция (ЭУС-ТИП) с последующей морфологической верификацией.

*Ключевые слова:* панкреатит, киста, образование поджелудочной железы, эндоскопическая ультрасонография, ЭУС-цистодуоденостомия.

## Введение

**П**севдокиста поджелудочной железы (ПЖ) — это скопление жидкости в сальниковой сумке, отграниченное соединительнотканной оболочкой, возникающее в результате деструкции ткани ПЖ воспалительного или посттравматического генеза. Морфологическая верификация диагноза у онкологических пациентов является одним из основных факторов, влияющих на адекватный выбор тактики лечения. Обычно стенка псевдокисты образована воспалительной тканью, изнутри оболочки содержится грануляционный вал, снару-

жи — фиброзная капсула, которая формируется в течение 2–3 месяцев [5,10,11].

Из всех кистозных неоплазий ПЖ доля псевдокист составляет 75–90 % [1,9].

К основным серьезным осложнениям псевдокист ПЖ, являющимся показанием к оперативному лечению, являются: персистирующий болевой синдром, нагноение, кровотечение, перфорация с формированием свищей, малигнизация и сдавление различных отделов ЖКТ [10,11,12].

**Литературная справка**

Проблема многих медицинских учреждений в том, что морфологическая верификация диагноза обратившихся за медицинской помощью онкологических больных не превышает 50 % [8].

На сегодняшний день ЭУС-ТИП является золотым стандартом для диагностики солидных поражений поджелудочной железы и стала процедурой выбора для постановки окончательного морфологического диагноза с последующим определением стадии поражений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и соседних органов [6,7]. Чувствительность и специфичность ЭУС-ТИП при раке поджелудочной железы составляют 85 %–95 % и 95 %–98 % соответственно [3].

Что же касается кистозных неоплазий, то, по данным ряда авторов, точность ЭУС может достигать 96 %, однако, она может быть низкой без ЭУС-ТИП и в связи с отсутствием единых критериев дифференциальной диагностики [2,4].

Данное клиническое наблюдение посвящено возможностям ЭУС/ЭУС-ТИП в диагностике/ дифференци-

альной диагностике и морфологической верификации аденокарциномы поджелудочной железы.

**Материал и методы**

Пациентка А., 38 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастрии и мезогастррии. До этого она дважды была госпитализирована в другое ЛПУ, где 12.04.23 года была выполнена ЭУС-цистодуоденостомия по поводу кисты головки поджелудочной железы и билиодуоденальное стентирование по поводу механической желтухи. По данным лабораторных анализов небольшое увеличение показателей альфа-амилазы и печёночных проб. Так же из анамнеза известно, что пациентка неоднократно переносила острый панкреатит, что было подтверждено лабораторными и инструментальными данными.

Данные инструментальных методов и в текущую, и в предыдущие госпитализации, в принципе, сильно не отличаются: по данным ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) четко описывают кистозное образование в проекции головки поджелудочной железы, отечные изменения в паренхиме поджелудочной

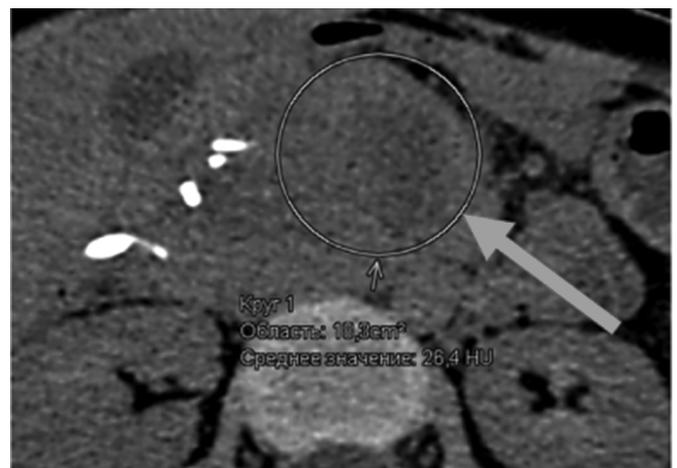


Рис. 1а. и 1б. КТ органов брюшной полости

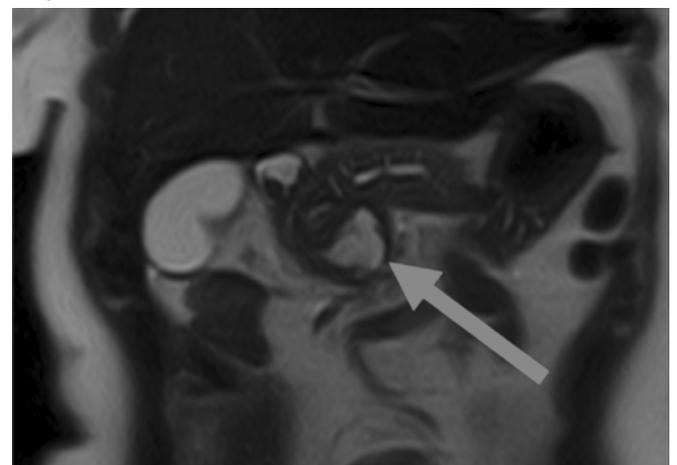
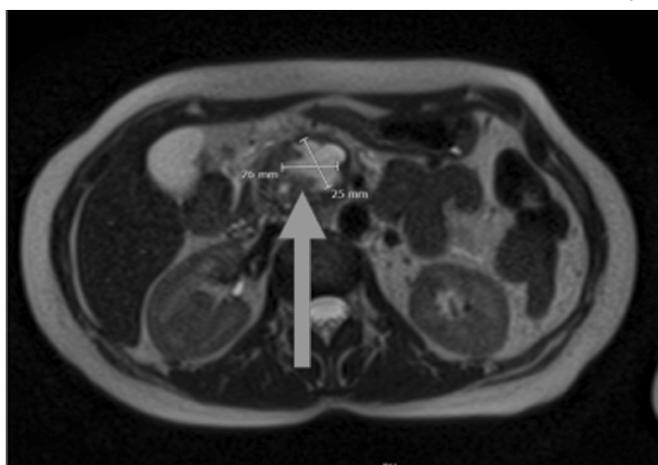


Рис. 2а. и 2б. МРТ органов брюшной полости

железы, увеличение парапанкреатической клетчатки, гепатомегалия и фрагменты стента в проекции холедоха (Рисунок 1а, 1б — 2а, 2б).

Собрав данные анамнеза и результаты исследований необходимо оценить функцию цистодуоденоанастомоза, и, при необходимости заменить его. При эндоскопическом осмотре мы видим наложения фибрина в описанной зоне, стента в просвете двенадцатиперстной кишки нет (Рис. 3). При ЭУС-диагностике сразу же бросилось в глаза то, что описанная ранее киста не совсем похожа на кисту. Далее, при детальном сканировании обнаружены все ЭУС-признаки истинной опухоли: это гипоэхогенное образование с нечеткими неровными контурами, со множественными гиперэхогенными и анэхогенными включениями, но при этом практически полностью аваскулярное. Так же виден стент в проекции холедоха (Рис. 4). Образование при ЭУС намного больше, чем его описывали при других методах исследования: 5 × 6 см. При эластографии образование плотное, что тоже говорит в пользу истинной опухоли.



Рис. 3. Эндоскопический осмотр

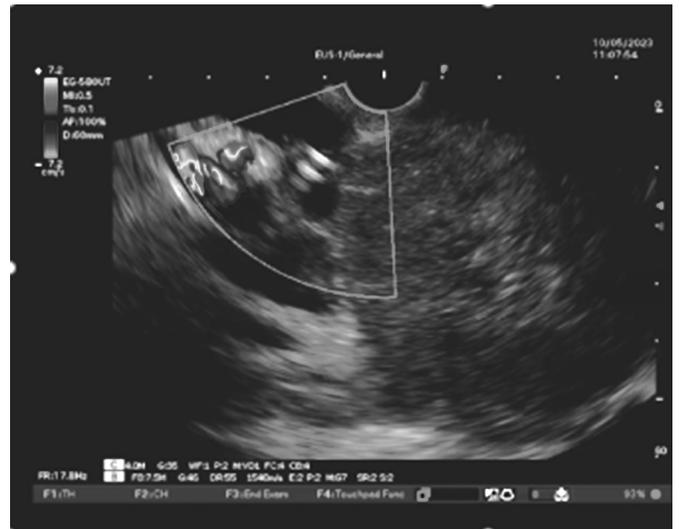


Рис. 4. ЭУС-диагностика

При виде такой картины речи о замене стента уже не было. Решили в первую очередь выполнить ЭУС-ТИП. Пункция была выполнена иглой диаметром 22G без технических сложностей.

*Результат цитологического исследования:* в представленном материале обнаружены опухолевые клетки железистого эпителия, располагающиеся разрозненно и железистоподобными комплексами, отмечается выраженный полиморфизм клеточных элементов. Заключение: морфологическая картина аденогенного рака. Далее назначены иммуно-гистохимическое исследование и консультация онколога.

#### Выводы

Данный клинический случай показал преимущество эндосонографии в диагностике образований поджелудочной железы. ЭУС-ТИП продемонстрировала высокую эффективность и в купе с цитологией позволило поставить максимально точный диагноз, являясь при этом методом вторичной диагностики.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Crinò S.F., Scalisi G., Consolo P., Varvara D., Bottari A., Pantè S., Pallio S. Novel endoscopic management for pancreatic pseudocyst with fistula to the common bile duct. *World J. Gastrointest. Endosc.* 2014; 6 (12).
2. Gonzalez L.U., Keane M.G., Pereira S.P., Iglesias-García J., Dominguez-Muñoz E., Lariño-Noia J. Agreement among magnetic resonance imaging magnetic resonance cholangiopancreatography (MRI-MRCP) and endoscopic ultrasound (EUS) in the evaluation of morphological features of branch duct intraductal papillary mucinous neoplasm (BD-IPMN) *Pancreatology.* 2018; 18:170–175. doi: 10.1016/j.pan.2018.01.002.
3. Kandel P., Tranesh G., Nassar A., et al. EUS-guided fine needle biopsy sampling using a novel fork-tip needle: a case-control study. *Gastrointest Endosc.* 2016; 84:1034–9. doi: 10.1016/j.gie.2016.03.1405.
4. Sedlack R. Utility of EUS in the evaluation of cystic pancreatic lesions. //R. Sedlack, A. Affi, E. Vazquez-Sequeiros, I.D. Norton, J.E. Clain, M.J. Wiersema. //Gastrointest Endosc. — 2002. — № 56. — P. 543–547.
5. Topazian M. Endoscopic ultrasound-guided drainage of pancreatic fluid collections (with video). *Clin. Endosc.* 2012; 45 (3): 337–340. doi: 10.5946/ce.2012.45.3.337.
6. Yousri M., Abusinna E., Tahoun N., Okasha H.H., El-Habashi A.H. A Comparative Study of the Diagnostic Utility of Endoscopic Ultrasound-Guided Fine Needle Aspiration Cytology (EUS-FNA) versus Endoscopic Ultrasound-Guided Fine Needle Biopsy (EUS-FNB) in Pancreatic and Non-Pancreatic Lesions. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2022 Jun 1;23(6):2151-2158. doi: 10.31557/APJCP.2022.23.6.2151. PMID: 35763660; PMCID: PMC9587825.

7. Бурдюков Михаил Сергеевич, Юричев И.Н., Нечипай А.М., Чистякова О.В., Долгушин Б.И., Унгиадзе Г.В. Эффективность ЭУС-ТИП в верификации объемных образований средостения и верхнего этажа брюшной полости: факторы влияния // Клиническая и экспериментальная хирургия. 2015. №4 (10).
8. Давыдов М.И., Аксель Е.М. (ред.) Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г. М.: Издательская группа РОНЦ, 2014. 226 с.
9. Данилов М.В., Глабай В.П., Гаврилин А.В., Зурабиани В.Г., Матвеева Г.К. Спорные вопросы тактики лечения пациентов с кистозными поражениями поджелудочной железы. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2009; 7: 78–80.
10. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство: краткое издание. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 912 с.
11. Кубышкин В.А., Кармазановский Г.Г., Гришанков С.А. Кистозные опухоли поджелудочной железы: диагностика и лечение. М.: Видар-М, 2013. 328 с.
12. Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Цхай В.Ф. Панкреатит: монография. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 528 с.

---

© Алиев Наибхан Абдулгамидович (surgeonaliev@mail.ru); Шамилова Сабина Гаджимагомедовна (Sabina.shamilova.84@mail.ru);  
Бурдюков Михаил Сергеевич (burdyukovms@gmail.com)

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»