

УДК 616-071+616-006.6+616.37

В.Т. Рудник<sup>1</sup>, С.Л. Філіпова<sup>2</sup>, О.А. Журавльова<sup>2</sup>, Л.С. Вагилевич<sup>2</sup>

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПУХЛИНИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

<sup>1</sup>ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"<sup>2</sup>Обласний клінічний фтизіопульмонологічний центр, м. Івано-Франківськ

**Резюме.** У статті наведено випадок пухлини підшлункової залози, який супроводжувався механічною жовтяницею. Проаналізовано джерела літератури з даного захворювання.

**Ключові слова:** пухлина підшлункової залози, ідіопатичний легеневий фіброз.

**Вступ.** Статистика останніх років свідчить про неухильний ріст захворюваності на рак підшлункової залози (ПЗ). Рак ПЗ посідає 4-те місце серед причин смерті від онкологічних захворювань у США і щорічно зумовлює приблизно 22-7 тисяч смертей в усьому світі [5]. В Україні рак ПЗ, як причина смерті від злоякісних новоутворів, посідає 7-ме місце серед чоловіків та 9-те місце серед жінок [1].

Серед усіх пухлин травного тракту рак ПЗ характеризується найбільшою смертністю і несприятливим прогнозом. Це, з одного боку, пояснюється труднощами діагностики, а з іншого – прихованим, але при цьому агресивним перебігом і високою резистентністю до сучасних спеціальних методів лікування [2].

Серед органів гепатопанкреатодуоденальної зони рак ПЗ діагностується у 63-86 % випадків, а більше 60 % утворень локалізуються в голівці залози. При цьому 80 % хворих не є кандидатами для виконання радикальних операцій через місцеву поширеність процесу або через наявність віддалених метастазів [4].

Через відсутність специфічної клінічної симптоматики від 80 до 90 % хворих госпіталізують із нерезекційними формами пухлин органів гепатопанкреатодуоденальної зони, провідним ускладненням яких є жовтяниця [3].

**Клінічний випадок**

Пацієнт Ф., 1970 р.н., надійшов до відділення диференційної діагностики і малих форм туберкульозу обласного клінічного фтизіопульмонологічного центру (ОФПЦ) м. Івано-Франківська 07.04.15 року зі скаргами на сухий кашель, задишку змішаного характеру при незначних фізичних навантаженнях, зменшення маси тіла на 12 кг за останні 6 міс., дискомфорт у епігастральній ділянці, пітливість, загальну слабкість.

Із анамнезу життя: хвороба Боткіна 1973 р. Працює електрозварювальником близько 20 років.

Із анамнезу захворювання: хворіє з грудня 2014 р., коли почали турбувати болі в епігастральній ділянці, правому і лівому підребер'ях, зниження апетиту. У січні-лютому 2015 р. перебував на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні з приводу хронічного панкреатиту в стадії загострення. У березні 2014 р. – стаціонарне лікування в неврологічному відділенні з приводу невротії малоомілкового нерва зліва з глибоким парезом лівої стопи, порушенням ходи,

остеохондрозу поперекового відділу хребта, протрузії диска L3-L4, L5-S1. Хворий почав відмічати посилення задишки, яка поступово прогресувала. 06.04.2015 р. проведено рентгенографію органів грудної клітки (РТГ ОГК), виявлено зміни, у зв'язку з чим скерований на дообстеження у відділення диференційної діагностики і малих форм туберкульозу ОФПЦ.

При об'єктивному огляді – зниженого відживлення. Шкірні покриви та видимі слизові звичайного кольору. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Щитоподібна залоза не збільшена. Грудна клітка нормостенічна. Перкуторно над легеньми – легеневий звук. Аускультативно – дихання везикулярне з жорстким відтінком. ЧД-18/хв SpO<sub>2</sub>-97 %. Тони серця ритмічні, звучні. АТ-115/80 мм рт.ст. Ps-92 уд/хв. Живіт при пальпації м'який, неболючий. Печінка +2 см з-під краю правої реберної дуги. С-м Пастернацького негативний з обох боків. Набряки на нижніх кінцівках відсутні.

Клінічний аналіз крові (08.04.2015 р.): гемоглобін-130 г/л, еритроцити-  $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити-  $4,8 \times 10^9$ /л, ШОЕ-26 мм/год. Біохімічний аналіз крові (08.04.2015 р.): загальний білірубін-13,3 ммоль/л, АЛТ-0,57 мкмоль/л, АСТ-0,41 мкмоль/л, креатинін-58,9 мкмоль/л, сечовина-3,9 ммоль/л.

При бактеріоскопічному дослідженні мокротиння (09.04.2015 р., 16.04.2015 р.) – КСБ (-). Проба Манту з 2ТО - від'ємна.

При РТГ ОГК (06.04.2015 р.) відмічалось дифузне підсилення легеневого рисунка за рахунок індуративно-склеротичних, перибронхіальних, периваскулярних змін. Корені легень структурні. Сог – N. Синуси вільні. Висновки: Саркоїдоз легень? Пневмоконіоз?

Під час перебування у відділенні пацієнту проведено комп'ютерну томографію органів грудної клітки: дифузне ущільнення легеневої тканини за рахунок інтерстиціальних змін, потовщення внутрішньочасточкових перегородок, наявність дрібних вогнищеподібних тіней, сумарна щільність легеневої тканини (-813,6 од. Н). Прохідність трахеобронхіального дерева збережена, стінки сегментарних бронхів нерівномірно потовщені в прикореневих ділянках. Збільшених лімфатичних вузлів середостіння та коренів легень на час проведення обстеження не виявлено. Серце розташоване ортотопічно, у перикарді наявний вміст товщиною до 1,98 см, сумарною щіль-

ністю +11,4 од. Н. Великі судини та видимі частини надаортальних судин – без особливостей. Органи середостіння розміщені серединно. Кістковий скелет без видимих деструктивних змін. Вільна рідина та повітря в плевральних порожнинах на час проведення обстеження не визначається. Висновок: КТ-ознаки можуть відповідати ідіопатичному легеневому фіброзу. Ексудативний перикардит (рис. 1).

Ехокардіоскопія (ЕхоКС) (07.04.2015 р.): перикард сепарація по передній стінці правого шлуночка – 1,1 см, по задній стінці лівого шлуночка – 0,5 см. Висновок: дифузний кардіосклероз. Кальциноз аортального клапана. Дилатація правого шлуночка. Легенева гіпертензія. Скоротливість знижена (фракція викиду 49 %). Перикардит.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (УЗД ОЧП) (07.04.2015 р.): печінка: розміри збільшені: ліва частка-7,1 см, права частка – 15,8 см, структура гіперехогенна, гомогенна. V.portae 1,1. Жовчний міхур – V 72 мл, стінки ущільнені, вміст з осадом. Підшлункова залоза неготовщена, гіперехогенна, гомогенна. Селезінка збільшена-14,2×7,6 см. Нирки: розміри – норма, серединний комплекс нерозширений. Висновок: ознаки гепатолієнального синдрому, хронічного холециститу, хронічного панкреатиту.

Комп'ютерна спірографія (08.04.2015 р.): об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1)-55,81%, форсована життєва ємність легень (ФЖЄЛ) – 80,73 %. Індекс Тифно-72,57. Вентиляційна недостатність за змішаним типом І ст.

Консультація бронхолога. Враховуючи дані ЕхоКС, під час проведення діагностичної фіброб-

рехоскопії (ФБС) ризик виникнення ускладнень високий. ФБС протипоказано.

На основі вищевикладеного пацієнту встановлено діагноз: ідіопатичний легеневий фіброз. ЛН I. IXС. Кардіосклероз дифузний. СН ІА.ФК ІІІ. Хронічне легеневе серце. НК ІІ. Ексудативний перикардит.

Пацієнт отримувал наступне лікування: метипред, АЦЦ 600, віт.Е, панангін, лоспірин.

Для продовження лікування пацієнта переведено до пульмонологічного відділення ОФПЦ.

Враховуючи наявність ексудативного перикардиту, скерований на консультацію до торакального хірурга. Із метою верифікації проведено пункцію перикарда, аспіровано 80 мл серозної рідини для загального, цитологічного аналізу та полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) до мікобактерій туберкульозу (МБТ). ПЛР аналіз до МБТ – не виявлено. Аналіз рідини: питома вага – 1015, червона, каламутна, білок – 33 г/л, реакція Рівальта негативна. Лейкоцити – 3-5 п/з, еритроцити – 40-50 п/з. Цитограма: лімфоцити – 100 %. Цитологічне дослідження: поодинокі лімфоцити. Групи клітин мезотелію з ознаками проліферативних змін. Атипових клітин не виявлено.

Рентген-дослідження шлунка (29.04.2015 р.). Гастроптоз, функціональні розлади шлунка за гіпотонічним типом. Дуоденіт.

Лікарем-куратором 05.05.2015 р. відмічена негативна динаміка загального стану пацієнта. Об'єктивно – жовтяниця, яка прогресивно наростала. Аускультативно – дихання везикулярне з жорстким відтінком, поодинокі сухі хрипи з обох боків. ЧД-19/хв. SpO<sub>2</sub>-96 %. Тони серця ритмічні,

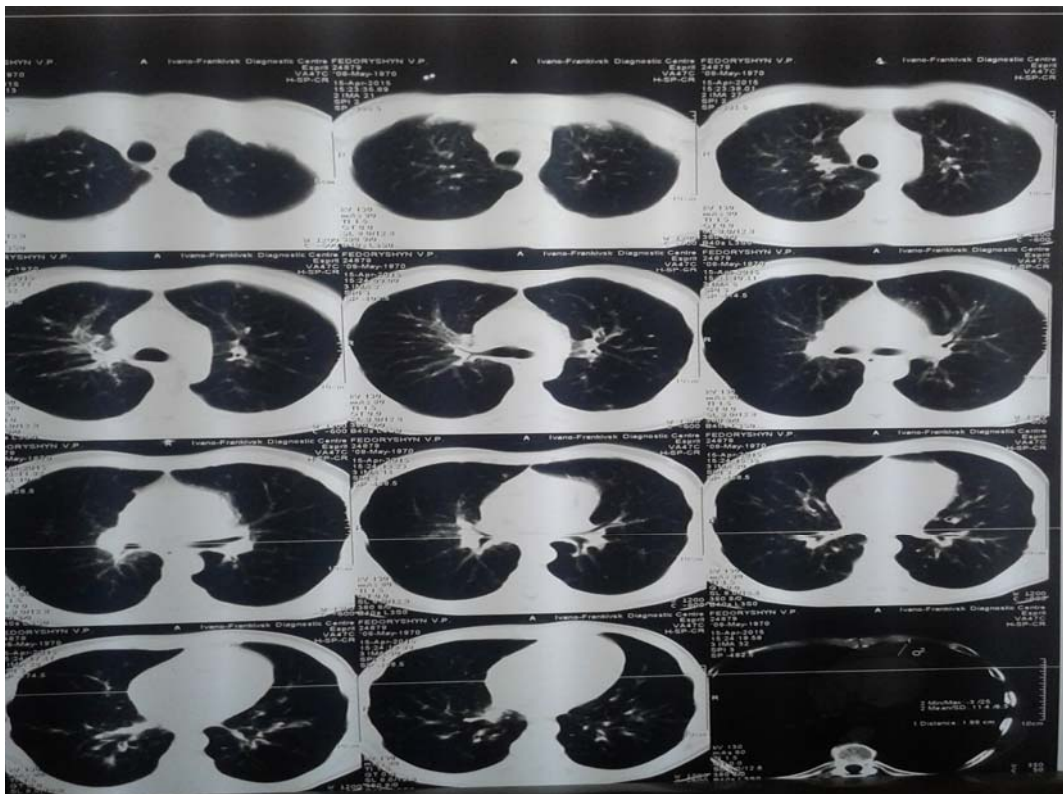


Рис. 1. Комп'ютерна томограма органів грудної клітки

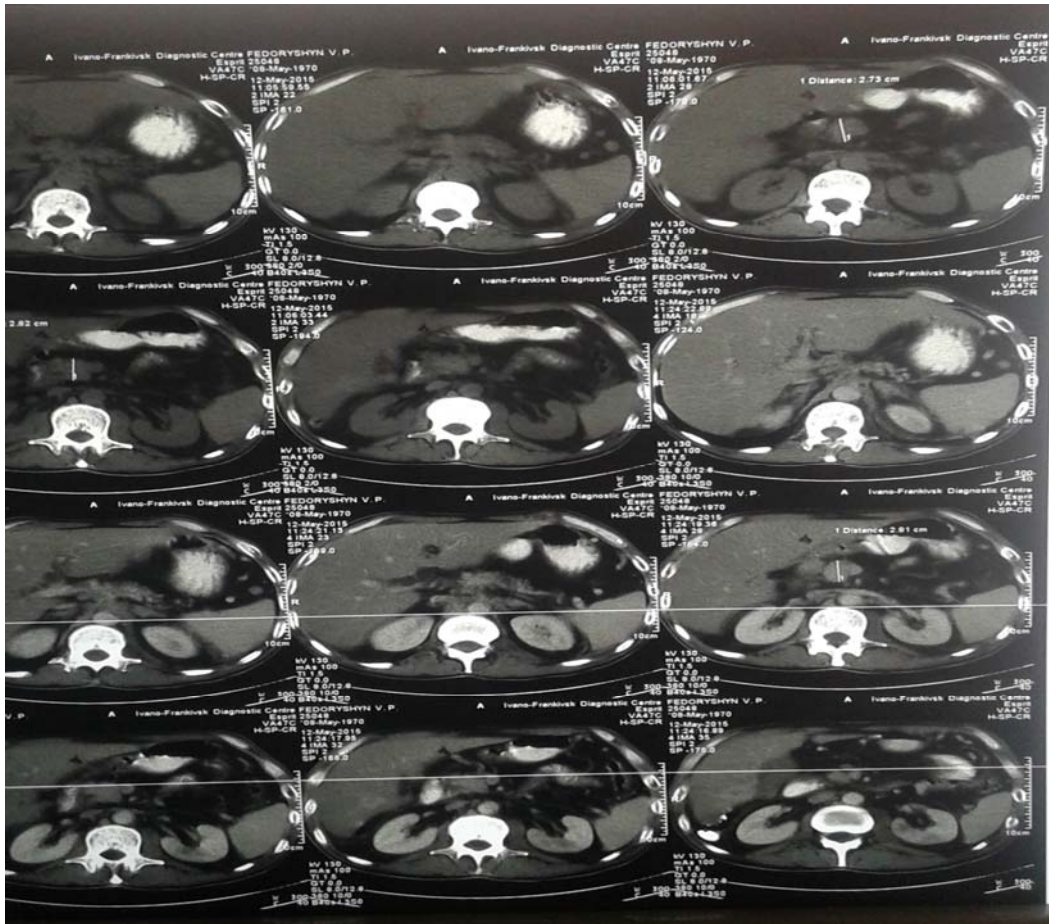


Рис. 2. Комп'ютерна томограма органів черевної порожнини

прискорені. АТ-115/80 мм рт.ст. Рс-112 уд/хв. Живіт при пальпації м'який, чутливий у епігастральній ділянці. Печінка +2 см з-під краю правої реберної дуги. Пацієнта продовжували турбувати кашель із виділенням слизистого мокротиння, виражена задишка при незначних фізичних навантаженнях, загальна слабкість, відсутність апетиту.

Дані лабораторних досліджень були наступними: клінічний аналіз крові: гемоглобін-131 г/л, еритроцити- $3,78 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити- $7,0 \times 10^9$ /л, ШОЕ- 17 мм/год. Біохімічний аналіз крові: загальний білок-60,8 г/л, загальний білірубін-134,5 ммоль/л, пряий білірубін-92,4 ммоль/л, непрямий білірубін- 42,1 ммоль/л, АЛТ-2,4 мкмоль/л, АСТ-1,5 мкмоль/л, креатинін-92,7 мкмоль/л, сечовина-6,6 ммоль/л, альфа-амілаза-29,6 од/л.

Із метою уточнення причини підвищеної активності аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази проведено дообстеження на виявлення гепатотропних вірусів - HBsAg, antiHCV не виявлено.

УЗД ОЧП: Печінка: права частка 14,5 см, ліва частка 7,4 см. Спільна жовчна протока: середня третина – 1,22 см, проксимальний відділ – 1,0 см. Жовчний міхур-V 47 см<sup>3</sup>. Підшлункова залоза: голівка – 3,5×3,3 см, гіпоехогенна, бугриста, тіло – 1,7 см. Селезінка – 10,6×5,8 см. Нирки: паренхіма – 1,7 см. Вільної рідини в черевній порожнині немає. Висновок: механічна жовтяниця. Блок дистального відділу спільної жовчної протоки.

За даними РТГ ОГК: виражені дифузні пери-бронхіальні, периваскулярні, інтерстиціальні, склеротичні зміни. Корені легень структурні, деформовані. Серце – у межах норми. Синуси вільні. Висновок: фіброзуючий альвеоліт?

Комп'ютерна томографія ОЧП з контрастуванням: печінка звичайних розмірів, щільність паренхіми знижена (+36-+40 од. Н). Вогнищ патологічної щільності паренхіми та об'ємних утворень не виявлено. Жовчовивідні протоки розширені. Жовчний міхур звичайної форми та розмірів, вміст його однорідний (+34 од. Н). Підшлункова залоза: голівка розмірами 2,82 см, злегка горбиста, щільність її до і після введення контрасту однорідна. Тіло залози розмірами 1,91 см, хвіст – 1,90 см. Вірсунгова протока нерозширена. Селезінка в розмірах незбільшена, щільність паренхіми однорідна (+55 од. Н). Розміщення, форма, розміри обох нирок без особливостей. Чашково-мискова система без змін. Паранефральна клітковина не змінена. Збільшених позаочеревинних лімфатичних вузлів не виявлено. Висновок: КТ – ознаки гепатозу, біліарної гіпертензії. Переконливих ознак об'ємного процесу в підшлунковій залозі на час обстеження не виявлено (рис. 2).

Пацієнт консилярно оглянутий кардіологом, анестезіологом, ендоскопістом, онкохірургом із метою проведення ретроградної холангіопанкреатографії. Встановлено діагноз: об'ємний процес (Tumor) підшлункової залози. Механічна жовтя-

ниці. У зв'язку з тяжкою супутньою патологією (серцево-легенева недостатність тяжкого ступеня) ризик анестезії та операції перевищує життєву необхідність втручання. Рекомендовано: лікування серцево-легеневої патології, при стабілізації стану – повторна консультація.

Враховуючи тяжкість стану пацієнта, прогресування бронхолегеневої патології, наростання проявів механічної жовтяниці, прогноз захворювання є несприятливим. Беручи до уваги дані додаткових методів обстеження, відсутність гістологічного підтвердження діагнозу, рекомендовано продовжити симптоматичне лікування в умовах терапевтичного відділення за місцем проживання.

#### Висновки

1. Рак підшлункової залози характеризується низькою резектабельністю, що зумовлено пізнім початком клінічних проявів. Велика кількість лабораторних та інструментальних методів діагностики захворювань органів гепатопанкреатодуоденальної зони вказує на їх недостатню інформативність, складність вибору тесту та інтерпретації його результатів.

2. За відсутності патогномічної клінічної симптоматики цілеспрямована діагностика, як правило, не проводиться і захворювання не розпізнається.

#### Література

1. Дзвонковська В.В. Сонографія і ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія в діагностиці раку підшлункової залози / В.В. Дзвонковська, Т.Т. Дзвонковська // Вісн. пробл. біол. і мед. – 2013. – Вип. 3, Т. 2 (103). – С. 150-152.
2. Дронов А.И. Рак поджелудочной железы. Современное состояние проблемы / А.И. Дронов, А.В. Кравченко // Онкология. – 2007. – Т. 9, № 4. – С. 387-388.
3. Хірургічні аспекти лікування хворих з механічною жовтяницею пухлинного генезу в ургентному хірургічному стаціонарі багатопрофільної лікарні / Я.М. Сусак, О.А. Ткаченко, С.М. Лобанов [та ін.] // Онкология. – 2013. – Т. 15, № 2. – С. 162-165.
4. Ярешко В.Г. Новітні технології при лікуванні пухлин голівки підшлункової залози / В.Г. Ярешко, С.Г. Живиця // Сучас. мед. технології. – 2011. – № 3-4. – С. 422-424.
5. Vincent A. Рак поджелудочной железы (часть 1) / А. Vincent, J. German, R. Schulik // Therapia. Укр. мед. вісник. – 2012. – № 11 (74). – С. 7-11.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*В.Т.Рудник<sup>1</sup>, С.Л.Филиппова<sup>2</sup>, О.А.Журавлева<sup>2</sup>, Л.С.Вагилевич<sup>2</sup>*

**Резюме.** В статье приведен случай опухоли поджелудочной железы, который сопровождался механической желтухой. Проанализированы источники литературы из данного заболевания.

**Ключевые слова:** опухоль поджелудочной железы, идиопатический легочный фиброз.

### CLINICAL CASE OF TUMOUR OF PANCREAS

*V.T. Rudnyk<sup>1</sup>, S.L. Filipova<sup>2</sup>, O.A. Zhuravliova<sup>2</sup>, L.S. Vahylevych<sup>2</sup>*

**Abstract.** The article presents the case of tumor of pancreas that was accompanied by a mechanical jaundice. The sources of literature from this disease were analysed.

**Key words:** tumour of pancreas, idiopathic pulmonary fibrosis.

<sup>1</sup>SHEE «National Medical University» (Ivano-Frankivsk)

<sup>2</sup>Regional clinical pulmonological center (Ivano-Frankivsk)

Рецензент – проф. С.П. Сидорчук

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 4 (76). – P. 262-265

Надійшла до редакції 14.09.2015 року