УДК 616.37-002-079.4-085
DOI 10.11603/2414-4533.2017.3.8129

©М. Ю. НИЧИТАЙЛО, І. І. БУЛИК, Л. Р. НАЗАРКО, А. А. ГОРБУНОВ, А. В. КОЛЕСНИК

ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова" НАМН України

Диференційна діагностика та лікування парадуоденального панкреатиту

Актуальність проблеми діагностики та хірургічного лікування ускладненого парадуоденального панкреатиту зростає у зв'язку зі схожою клінічною та інструментальною семіотикою із протоковою аденокарциномою підшлункової залози на ранніх стадіях. Незважаючи на наявність сучасних методів обстеження, диференціація парадуоденального панкреатиту із злоякісними захворюваннями періампулярної зони становить труднощі. Сукупність результатів специфічних лабораторних та інструментальних методів обстеження дозволяють встановити точний діагноз лише у 75 % пацієнтів, що вимагає пошуку нових діагностичних алгоритмів. Стандартна доопераційна діагностика повинна включати КТ ОЧП, МРТ ОЧП, МРХПГ, ЕУСГ з біопсією. Ендоскопічна ультрасонографія з біопсією та наступним цитологічним дослідженням, незважаючи на свою діагностичну цінність, не дозволяє виключити злоякісне новоутворення періампулярної зони і тільки заключне патологогістологічне дослідження матеріалу верифікує groove – панкреатит. Арсенал оперативних втручань при парадуоденальному панкреатиті коливається від ПДР до панкреасзберігаючих резекцій ДПК. При виборі тактики хірургічного лікування необхідно ґрунтуватись на патогенезі та морфологічному субстраті захворювання. Європейські панкреатологічні центри надають перевагу проксимальній ізольованій резекції підшлункової залози, яка характеризується кращими, порівняно з ПДР, безпосередніми та віддаленими результатами лікування. У разі підозри на злоякісну пухлину підшлункової залози і / або наявності місцевих ускладнень groove–панкреатиту, оптимальним оперативним втручанням є панкреатодуоденальна резекція, яка остаточно верифікує діагноз, усуне клінічні прояви захворювання, що в подальшому покращить якість життя пацієнта.

Ключові слова: парадуоденальний панкреатит; хронічний панкреатит; диференціальна діагностика; хірургічне лікування; протокова аденокарцинома.

Парадуоденальний groove панкреатит – це сегментарне хронічне запалення, що вражає анатомічну зону між головкою підшлункової залози, дванадцятипалою кишкою та загальною жовчною протокою. Предомінантними клінічними симптомами парадуоденального панкреатиту є постпрандіальний біль в животі, нудота та блювання. Втягнення в процес дванадцятипалої кишки та її стеноз призводить до порушення моторики та евакуації вмісту з відповідними клінічними симптоми. Жовтяниця у хворих groove панкреатитом виникає при поширенні запального процесу на загальну жовчну протоку, проте, на відміну від раку головки підшлункової залози, при парадуоденальному панкреатиті синдром обтураційної жовтяниці не є характерним.

Актуальність проблеми діагностики та хірургічного лікування ускладненого парадуоденального панкреатиту зростає у зв'язку із зростанням частоти його виникнення у світі та тяжкістю проведення диференційної діагностики з протоковою аденокарциномою підшлункової залози. Зокрема, це пов'язано з тим, що groove панкреатит може імітувати рак головки підшлункової залози як клінічно, так і морфологічно. Частота морфологічної верифікації парадуоденального панкреатиту становить 2,7 – 24,4 % [4, 5]. Для покращення результатів лікування, діагностика groove панкреатиту повинна бути комплексна та включати клінічні, спеціальні лабораторні та інструментальні критерії.

При біохімічному дослідженні крові, для парадуоденального панкреатиту характерна легка елевація панкреатичних ензимів (амілаза, ліпаза, еластаза), інколи з незначним підвищенням рівня лужної фосфатази та АлАТ. У пацієнтів з клінікою обструктивною жовтяницею характерна гіпербілірубінемія за рахунок прямої фракції. Пухлинні маркери (CEA, CA – 19 – 9), як правило, в межах норми. При тривалому перебізі захворювання можливий розвиток екзокринної недостатності підшлункової залози [5, 13].

Ендоскопічна гастродуоденоскопія виявляє еритематозний дуоденіт, набряк, деформацію та звуження просвіту низхідного відділу дванадцятипалої кишки. Ультрасонографія при діагностиці парадуоденального панкреатиту має вкрай низьку чутливість та специфічність. Характерними для groove панкреатиту є виявлення потовщення стінки дванадцятипалої кишки та гіпоехогенні маси в проміжку між головкою підшлункової залози та дванадцятипалою кишкою, можливе розширення позапечінкових жовних проток.

Комп'ютерна томографія є більш інформативним методом обстеження та дозволяє виявити чисту форму парадуоденального панкреатиту на ранніх етапах захворювання. При цьому, в ділянці панкреатодуоденальної борозни, поблизу

маленького сосочка дванадцятипалої кишки, виявляють гіподенсивні маси. У відстрочену фазу можливе виявлення посиленого кровопостачання, що зумовлене проліферацією фіброзної тканини, яка призводить до звуження артерій. Також спостерігається потовщення стінки дванадцятипалої кишки із звуженням її просвіту, наявність кістозних включень від 0,2 до 2 см, як в стінці ДПК, так і в зоні панкреатодуоденальної борозни. На думку авторів, враховуючи високу точність КТ – діагностики, можна з великою ймовірністю на доопераційному етапі можна ствердити парадуоденальний панкреатит, навіть при відсутності морфологічного підтвердження діагнозу [6, 7, 9].

Магніторезонансна холангіопанкреатикографія є неінвазивним методом обстеження, який забезпечує візуалізацію жовчних та панкреатичних проток у хворих groove – панкреатитом. При цьому в пацієнтів з чистою формою парадуоденального панкреатиту головна панкреатична протока не змінена, тоді як у хворих сегментарною формою виявляють стеноз Вірсунгової протоки з її ектазією. Типовим симптомом є сегментарний протяжний стеноз дистальної або інтрапанкреатичної частини загальної жовчної протоки [18]. При groove панкреатиті загальна жовчна протока рівномірно звужена, з чіткими гладкими контурами, не містить включень, тоді як при раку головки підшлункової залози просвіт холедоха нерівний, нечіткий, з різким звуженням або повною обтурацією просвіту.

Найхарактернішими МРТ-ознаками groove панкреатиту є гіпоехогенні маси між головкою підшлункової залози та дванадцятипалою кишкою, що асоціюються з потовщенням стінки останньої. Процес може поширюватись на паренхіму головки підшлункової залози із вірсунгоектазією, що вказує на сегментарну форму парадуоденального панкреатиту. При проведенні МРТ в режимі Т1 патологічні зміни в ділянці панкреатодуоденальної борозни чи головки підшлункової залози гіподенсивні, тоді як у режимі Т2 вони набувають ізо- або злегка гіперденсивного характеру. Ці зміни відображають ступінь гостроти запального процесу. Зокрема, в підгострій стадії захворювання в режимі Т2 зображення набувають гіперденсивності у зв'язку із набряком, тоді як при хронічних змінах, внаслідок фіброзу – гіподенсивні маси.

Високочутливим методом діагностики є ендоскопічна ультрасонографія, що дозволяє ідентифікувати незначні зміни панкреатодуоденальної борозни – характерним є наявність гіпоехогенних мас між стінкою дванадцятипалої кишки та паренхімою головки підшлункової залози, потовщенням стінки та звуженням просвіту дванадцятипалої кишки, стеноз загальної жовчної протоки і/або розширення протоки підшлункової залози. При groove панкреатиті характерним є наявність істинних кіст, що вкриті епітелієм та локалізовані переважно в ділянці парадуоденальної борозни [5,7]. ЕУСГ може бути доповнена тонкоголковою аспіраційною пункційною біопсією патологічної ділянки, проте даний метод обстеження не дозволяє виключити злоякісне новоутворення періампулярної зони.

Незважаючи на високу діагностичну цінність, специфічність і чутливість вищевказаних методів діагностики, жоден з них самостійно не може виступати як "золотий стандарт" діагностики парадуоденального панкреатиту. Так, за даними окремих досліджень 2004 – 2012 рр., КТ і ендосонографія показали високу чутливість – 95 % і 94 %, відповідно, і специфічність – обидва методи 94 %, у МРТ чутливість 84 %, а специфичність 86 % [5].

Враховуючи схожість результатів клінічного та інструментального дослідження хворих на рак підшлункової залози та groove панкреатит, виявлення хворих з підозрою на парадуоденальний панкреатит, особливо на ранніх етапах захворювання, з доброякісним результатом цитологічного дослідження, отриманим шляхом трансдуоденальної пункції, підлягають активному динамічному нагляду з метою виключення онкопатології [12,13,20].

При підтвердженні діагнозу groove панкреатиту рекомендоване проведення консервативної терапії, що включає ліжковий режим, голодування, знеболювання, парентеральне харчування [5, 7, 9, 23]. Ефективність даного лікування повинна оцінюватись у період від 4 до 6 тижнів, до зникнення клінічних симптомів, нормалізації лабораторних показників та результатів інструментальних методів обстеження [17]. В більшості пацієнтів консервативна терапія призводить до інволюції симптомів захворювання, проте в частини хворих покращення настає на нетривалий період внаслідок порушення відтоку панкреатичного секрету та прогресування запальних явищ. Також не існує єдиної думки про тривалість лікування та відсутність повідомлень про віддалені результати консервативної терапії. Більшою мірою це пов'язано із прогресуванням захворювання, виникненням ускладнень, тому основним методом лікування залишається хірургічне лікування.

Вибір оперативного втручання при парадуоденальному панкреатиті має бути патогномонічно обґрунтованим. На сьогодні найбільш поширe-

ним варіантом лікування є операція Whipple і пілоросзберігаюча панкреатодуоденальна резекція. Більшість авторів вказує, що ПДР, незважаючи на відносно високий ризик розвитку ускладнень у ранньому та віддаленому післяопераційному періоді і відносно високу летальність (1–5 %), залишається найбільш ефективним методом лікування хворих groove – панкреатитом [21–23].

Використання органозберігаючих операцій, зокрема сегментарних резекцій головки підшлункової залози та дванадцятипалої кишки, супроводжується високою частотою ускладнень та невиправданою летальністю [23, 24]. Автори з метою оперативного лікування застосовували поздовжню панкреатикоєюностомію, проте віддалені хірургічні результати залишались невтішними [1, 2, 13]. Перспективним методом лікування "чистої" форми парадуоденального панкреатиту, без виражених змін у паренхімі підшлункової залози, є панкреасзберігаюча резекція дванадцятипалої кишки [23, 24]. При цьому, при оцінці віддалених результатів хірургічного лікування парадуоденального панкреатиту, зокрема, після панкреатодуоденальної резекції, у 75 % спостерігається відсутність больового синдрому та зникнення основних симптомів захворювання та покращення якості життя, тоді, як після резекцій ДПК – у 85 % хворих у зв'язку із збереженням тканини підшлункової залози мінімізується ризик виникнення її ендокринної та екзокринної недостатності. Проте віддалені результати даних втручань достеменно не вивчені [18]. Відмова пацієнтів від зміни стилю їх життя, включно припинення вживання алкоголю та куріння, призводить до ризику рецидиву захворювання у 24 % хворих [12].

Незважаючи на наявність сучасних методів обстеження, питання діагностики та лікування groove панкреатиту залишаються невирішеними, що вимагає пошуку нових діагностичних алгоритмів. Диференціація парадуоденального панкреатиту із злоякісними захворюваннями періампулярної зони вимагає комплексного обстеження і лише сукупність результатів специфічних лабораторних та інструментальних обстежень (КТ ОЧП, МРТ ОЧП, МРХПГ, ЕУСГ з біопсією) дозволяють вставити вірний діагноз тільки у 75 % пацієнтів.

Ендоскопічна ультрасонографія з біопсією та наступним цитологічним дослідженням, незважаючи на свою діагностичну цінність, не може виключити злоякісне новоутворення періампулярної зони та лише заключне післяопераційне патологогістологічне дослідження матеріалу дає змогу верифікувати діагноз groove – панкреатиту. При хронічному панкреатиті морфологічно виявляються ацинарні клітини, маленькі протоки та острівці, які, як правило, не повністю замінені фіброзною тканиною. Протокова аденокарцинома, зокрема високодиференційована, характеризується переважанням протокоподібних залоз, з низькою мітотичною активністю, з фіброзною стромою, що може імітувати хронічний панкреатит.

Використання соматостатинів, ендоскопічні втручання і дренуючі операції не забезпечують стійкий терапевтичний ефект і тривалу ліквідацію симптомів парадуоденального панкреатиту. Найбільш ефективними оперативними втручаннями є ті, які дозволяють ліквідувати субстрат захворювання – ектоповану тканину підшлункової залози.

При виборі операції варто враховувати стан підшлункової залози, ступінь запальних змін в ній, наявність явищ стенозу дванадцятипалої кишки та обтураційної жовтяниці. При "чистій" формі парадуоденального панкреатиту операцією вибору повинна бути панкреасзберігаюча резекція дванадцятипалої кишки, тоді як при сегментарній формі найкращих результатів лікування можна досягти за допомогою субтотальної резекції головки підшлункової залози з дренуванням протокової системи підшлункової залози та біліарного тракту, чого можна досягти Бернським варіантом операції Бегера. При поєднанні дуоденальної непрохідності з іншими ускладненнями groove панкреатиту, больовому синдромі та підозрі на злоякісний процес головки підшлункової залози показано виконання панкреатодуоденальної резекції.

Враховуючи вищенаведене, на нашу думку, при обґрунтованій підозрі на рак головки підшлункової залози потрібно ширше ставити покази до резекції уражених ділянок панкреатодуоденальної зони з подальшим гістологічним та гістохімічним дослідженням, оскільки найкраща діагностика – це операція.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Хирургия поджелудочной железы / А. А. Шалимов, С. А. Шалимов, М. Е. Ничитайло, А. П. Радзиховский. – Симферополь : Таврида, 1997. – 506 с.
2. Ничитайло М. Е. Кисты и кистозные опухоли поджелудочной железы / М. Е. Ничитайло, Ю. В. Снопок, И. И. Булик. – Киев : ЧАО "Полиграфкнига", 2012. – 544 с.
3. Хронический панкреатит. Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения / Шалимов А. А., Грубник В. В., Горовиц Дж. и др. – К. : Здоровья, 2000. – 255 с.
4. Pancreatico-duodenectomy for complicated groove pancreatitis / S. H. Rahman, C. S. Verbeke, D. Gomez [et al.] // HPB (Oxford). – 2007. – Vol. 9 (3). – P. 229–234.

5. Kim J. D. Characteristic clinical and pathologic features for preoperative diagnosed groove pancreatitis / J. D. Kim, Y. S. Han, D. L. Choi // J. Korean Surg. Soc. – 2011. – Vol. 80. – P. 342–347.
6. Groove pancreatitis: a diagnostic challenge / C. Triantopoulou, C. Dervenis, N. Giannakou [et al.] // Eur. Radiol. – 2009. – Vol. 19. – P. 1736–1743.
7. Groove pancreatitis / K. Tezuka, T. Y. Makino, I. Hirai, W. Kimura // Dig. Surg. – 2010. – Vol. 27. – P. 149–152.
8. Groove pancreatitis: a mini-series report and review of the literature / A. Manzelli, A. Petrou, A. Lazzaro [et al.] // JOP. – 2011. – Vol. 12. – P. 230–233.
9. Pancreatico-duodenectomy for complicated groove pancreatitis / S. H. Rahman, C. S. Verbeke, D. Gomez [et al.] // HPB (Oxford). – 2007. – Vol. 9. – P. 229–234.
10. Segmental groove pancreatitis accompanied by protein plugs in Santorini's duct / R. Shudo, T. Obara, S. Tanno [et al.] // J. Gastroenterol. – 1998. – Vol. 33. – P. 289–294.
11. Warshaw A. L. The cause and treatment of pancreatitis associated with pancreas divisum / A. L. Warshaw, J. M. Richter, R. H. Schapiro // Ann. Surg. – 1983. – Vol. 198. – P. 443–452.
12. "Paraduodenal" pancreatitis: results of surgery on 58 consecutives patients from a single institution / L. Casetti, C. Bassi, R. Salvia [et al.] // World J. Surg. – 2009. – Vol. 33. – P. 2664–2669.
13. MRI features of groove pancreatitis / R. H. Blasbalgx, R. H. Baroni, D. N. Costa [et al.] // AJR. – 2007. – Vol. 189. – P. 73–80.
14. Adsay N. V. Paraduodenal pancreatitis: a clinicopathologically distinct entity unifying "cystic dystrophy of heterotopic pancreas", "para-duodenal wall cyst", and "groove pancreatitis" / N. V. Adsay, G. Zamboni // Semin. Diagn. Pathol. – 2004. – Vol. 21. – P. 247–254.
15. Nonneoplastic mimickers of pancreatic neoplasms / G. Zamboni, P. Capelli, A. Scarpa [et al.] // Arch. Pathol. Lab. Med. – 2009. – Vol. 133. – P. 439–453.
16. Relapsing pancreatitis associated with duodenal wall cysts / A. Holstege, S. Barner, H. J. Brambs [et al.] // Diagnostic approach and treatment. Gastroenterology. – 1985. – Vol. 88. – P. 814–819.
17. Chute D. J. Fine-needle aspiration features of paraduodenal pancreatitis (groove pancreatitis): a report of three cases / D. J. Chute, E. B. Stelow // Diagn. Cytopathol. – 2012.
18. Differential diagnosis of grove pancreatic carcinoma vs. groove pancreatitis: usefulness of the portal venous phase / K. Ishigami, T. Tajima, A. Nishie [et al.] // Eur. J. Radiol. – 2010.
19. Castell-Monsalve F. J. Groove pancreatitis: MRI and pathologic findings / F. J. Castell-Monsalve, J. M. Sousa-Martin, A. Carranza-Carranza // Abdom. Imaging. – 2008. – Vol. 33. – P. 342–348.
20. Perez-Johnston R. Imaging of chronic pancreatitis (including groove and autoimmune pancreatitis) / R. Perez-Johnston, N. I. Sainani, D. V. Sahani // Radiol. Clin. North Am. – 2012. – Vol. 50. – P. 447–466.
21. Paraduodenal pancreatitis: clinical performance of MR imaging in distinguishing from carcinoma / B.1 Kalb, D. R. Martin, J. M. Sarmiento [et al.] // Radiology. – 2013. – Vol. 269 (2). – P. 475–481.
22. (2005) Successful treatment for groove pancreatitis by endoscopic drainage via the minor papilla / H. Isayama, T. Kawabe, Y. Komatsu [et al.] // Gastrointest. Endosc. – 2005. – Vol. 61. – P. 175–178
23. Егоров В. И. Опыт диагностики и лечения кистозной формы дуоденальной дистрофии / В. И. Егоров, В. А. Вишневский, А. Н. Ванькович, Н. И. Яшина, Е. А. Сорокина // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2012. – № 4. – С. 23–32.
24. Ectopic opening of the common bile duct accompanied by groove pancreatitis: diagnosis with magnetic resonance cholangiopancreatography / T. H. Lee, S. H. Park, C. K. Lee [et al.] // Gastrointest. Endosc. – 2010. – No. 71. – P. 1301–1302.

REFERENCES

1. Shalimov, A.A., Shalimov, S.A., Nichitaylo, M.Ye., & Radzikhovsky, A.P. (1997). *Khirurgiya podzheludochnoy zhelezy [Surgery of the pancreas]*. Simferopol: Tavrida [in Russian].
2. Nichitaylo, M.Ye., Snopok, Yu.V., & Bulyk, I.I. (2012). *Kisty i kistoznyye opukholi podzheludochnoy zhelezy [Cysts and cystic pancreatic tumors]*. Kyiv: Pjsc "Poligrafkniga" [in Russian].
3. Shalimov, A.A., Grubnik, V.V., & Gorovyts, Dzh. (2000). Khronicheskiy pankreatyt. Sovremennyye kontseptsyi patogeneza, diagnostiky i lecheniya [Chronic pancreatitis. Modern concepts of pathogenesis, diagnosis and treatment]. Kyiv: Zdorovia [in Russian].
4. Rahman, S.H, Verbeke, C.S, Gomez, D., McMahon, M.J., & Menon K.V. (2007). Pancreatico-duodenectomy for complicated groove pancreatitis. *HPB (Oxford), 9* (3), 229-234.
5. Kim, J.D., Han, Y.S. & Choi, D.L. (2011). Characteristic clinical and pathologic features for preoperative diagnosed groove pancreatitis. *J. Korean Surg. Soc., 80*, 342-347.
6. Triantopoulou, C., Dervenis, C., & Giannakou, N. (2009). Groove pancreatitis: a diagnostic challenge. *Eur. Radiol., 19*, 1736-1743.
7. Tezuka, K., Makino, T.Y., Hirai, I., & Kimura, W. (2010). Groove pancreatitis. *Dig. Surg., 27*, 149-152.
8. Manzelli, A., Petrou, A., & Lazzaro, A. (2011). Groove pancreatitis: a mini-series report and review of the literature. *JOP, 12*, 230-233.
9. Rahman, S.H., Verbeke, C.S., Gomez, D., McMahon, M.J., & Menon, K.V. (2007). Pancreatico-duodenectomy for complicated groove pancreatitis. *HPB (Oxford), 9*, 229-234.
10. Shudo, R., Obara, T., Tanno, S., Fujii, T., & Nishino, N. et al. (1998). Segmental groove pancreatitis accompanied by protein plugs in Santorini's duct. *J. Gastroenterol., 33*, 289-294.
11. Warshaw, A.L., Richter, J.M., & Schapiro, R.H. (1983). The cause and treatment of pancreatitis associated with pancreas divisum. *Ann. Surg. 198*, 443-452.
12. Casetti, L., Bassi, C., Salvia, R., Butturini, G., & Graziani, R., (2009). "Paraduodenal" pancreatitis: results of surgery on 58 consecutives patients from a single institution. *World J. Surg. 33*, 2664-2669.
13. Blasbalg, R., Baroni, R.H., Costa, D.N. (2007). MRI features of groove pancreatitis. *AJR, 189*, 73-80.
14. Adsay, N.V., & Zamboni, G. (2004) Paraduodenal pancreatitis: a clinicopathologically distinct entity unifying "cystic dystrophy of heterotopic pancreas", "para-duodenal wall cyst", and "groove pancreatitis". *Semin. Diagn. Pathol., 21*, 247-254.
15. Zamboni, G., Capelli, P., Scarpa, A., Bogina, G., Pesci, A., et al. (2009). Nonneoplastic mimickers of pancreatic neoplasms. *Arch. Pathol. Lab. Med. 133*, 439-453.
16. Holstege, A., Barner, S., Brambs, H.J., Wenz, W., Gerok, W., et al. (1985). Relapsing pancreatitis associated with duodenal wall cysts. Diagnostic approach and treatment. *Gastroenterology, 88*, 814-819.
17. Chute, D.J., & Stelow, E.B. (2012). Fine-needle aspiration features of paraduodenal pancreatitis (groove pancreatitis): a report of three cases. *Diagn. Cytopathol.*

18. Ishigami, K., Tajima, T., & Nishie, A. (2010). Differential diagnosis of grove pancreatic carcinoma vs. groove pancreatitis: usefulness of the portal venous phase. *Eur. J. Radiol.*
19. Castell-Monsalve, F.J., Sousa-Martin, J.M., & Carranza-Carranza, A. (2008). Groove pancreatitis: MRI and pathologic findings. *Abdom. Imaging, 33,* 342-348.
20. Perez-Johnston, R., Sainani, N.I., & Sahani, D.V. (2012). Imaging of chronic pancreatitis (including groove and autoimmune pancreatitis). *Radiol. Clin. North Am., 50,* 447-466.
21. Kalb, B.1, Martin, D.R., & Sarmiento, J.M. (2013). Paraduodenal pancreatitis: clinical performance of MR imaging in distinguishing from carcinoma. *Radiology, 269* (2), 475-481.
22. Isayama, H., Kawabe, T., Komatsu, Y., Sasahira, N., Toda, N., et al. (2005). Successful treatment for groove pancreatitis by endoscopic drainage via the minor papilla. *Gastrointest. Endosc., 61,* 175-178.
23. Yegorov, V.I., Vishnevskiy, V.A., Vankovich, A.N., Yashina, N.I., Sorokina, Ye.A. (2012). Opyt diagnostiki i lecheniya kistoznoy formy duodenalnoy distrofii [Experience of diagnostics and treatment of duodenal dystrophy cyst form]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii – Journal of Surgical Gastroenterology,* (4), 23-32 [in Russian].
24. Lee, T.H., Park, S.H., Lee, C.K., Chung, I.K., Kim, S.J. (2010). Ectopic opening of the common bile duct accompanied by groove pancreatitis: diagnosis with magnetic resonance cholangiopancreatography. *Gastrointest. Endosc., 71,* 1301-1302.

Отримано 23.06.2017

M. YU. NYCHYTAILO, I. I. BULYK, L. R. NAZARKO, A. A. HORBUNOV, A. V. KOLESNYK

O. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GROOVE PANCREATITIS

The urgency of the problem in diagnosis and surgical treatment of complicated groove pancreatitis increases due to its similarity to the clinical and instrumental semiotics of the ductal adenocarcinoma of the pancreas in early stages. Differentiation of paraduodenal pancreatitis with malignant diseases of the periampular zone requires a comprehensive survey. The aggregate of the results of specific laboratory and instrumental methods of examination allow only accurate the diagnosis in 75 % of patients. It requires the search of new diagnostic algorithms. Standard pre-operative diagnostics should include: CT, MRI, MRCP and EUS with biopsy. Endoscopic ultrasonography with biopsy and subsequent cytological examination, despite its diagnostic value, does not allow the excluding of the malignant neoplasm of the periampullary region. Only the final histopathological examination of the material verifies groove pancreatitis. In tactics of choosing the surgical treatment, the arsenal of surgical interventions ranges from PDD to pancreas-preserving resections of the duodenum. Based on the pathogenesis and morphological substrate of the disease, European pancreatic centers prefer proximal isolated resections of the pancreas. They showed the best, in comparison with PDR, immediate and long-term results of treatment. In case of suspected malignant pancreatic tumor and / or presence of local complications of groove pancreatitis, the optimal surgical intervention is pancreatoduodenal resection. It finally verifies the diagnosis and eliminate the clinical manifestations of the disease, which in future will improve the patient's quality of life.

Key words: groove pancreatitis; chronic pancreatitis; differential diagnosis; surgical treatment; pancreatic adenocarcinoma.

М. Е. НИЧИТАЙЛО, И. И. БУЛИК, Л. Р. НАЗАРКО, А. А. ГОРБУНОВ, А. В. КОЛЕСНИК

ГУ "Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова" НАМН Украины

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАРАДУОДЕНАЛЬНОГО ПАНКРЕАТИТА

Актуальность проблемы диагностики и хирургического лечения осложненного парадуоденального панкреатита возрастает из-за его сходства с клинической и инструментальной семиотикой протоковой аденокарциномы поджелудочной железы на ранних стадиях. Дифференциация парадуоденального панкреатита со злокачественными заболеваниями периампулярной зоны требует комплексного обследования. Совокупность результатов специфических лабораторных и инструментальных методов обследования позволяют поставить точный диагноз только у 75 % пациентов, поэтому требуется поиск новых диагностических алгоритмов. Стандартная дооперационная диагностика должна включать: КТ ОБП, МРТ ОБП, МРХПГ, ЭУСГ с биопсией. Эндоскопическая ультрасонография с биопсией и последующим цитологическим исследованием, несмотря на свою диагностическую ценность, не позволяет исключить злокачественное новообразование периампулярной зоны и только заключительное патологогистологическое исследование материала верифицирует groove – панкреатит. При выборе тактики хирургического лечения, арсенал оперативных вмешательств колеблется от ПДР до панкреассохраняющих резекций ДПК. Основываясь на патогенезе и морфологическом субстрате заболевания, Европейские панкреатологические центры предпочитают проксимальные изолированные резекции поджелудочной железы, показав лучшие, по сравнению с панкреатодуоденальной резекцией, непосредственные и отдаленные результаты лечения. В случае подозрения на злокачественную опухоль поджелудочной железы и/или наличия местных осложнений groove–панкреатита, оптимальным оперативным вмешательством является панкреатодуоденальная резекция, которая окончательно верифицирует диагноз, устранит клинические проявления заболевания, что в последующем улучшит качество жизни пациента.

Ключевые слова: парадуоденальный панкреатит; хронический панкреатит; дифференциальная диагностика; хирургическое лечение; протоковая аденокарцинома.