

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-213-5-160-164>

Острая дуоденальная непроходимость, манифестирующая рак поджелудочной железы

Короткевич А. Г.^{1,2}, Близнюк А. А.², Кузнецов В. В.²

¹ Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей — филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, (пр. Строителей, 5, г. Новокузнецк, 654000, Россия)

² Новокузнецкая городская клиническая больница № 29 им. А. А. Луцка, (пр. Советской армии, 49, г. Новокузнецк, 654040, Россия)

Для цитирования: Короткевич А. Г., Близнюк А. А., Кузнецов В. В. Острая дуоденальная непроходимость, манифестирующая рак поджелудочной железы. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2023;213(5): 160–164. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-213-5-160-164

✉ Для переписки:

Короткевич

Алексей

Григорьевич

alkorot@mail.ru

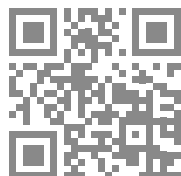
Короткевич Алексей Григорьевич, д.м.н., профессор, профессор кафедры хирургии, урологии, эндоскопии и детской хирургии; заведующий отделением эндоскопии

Близнюк Алексей Анатольевич, заведующий отделением гастроэнтерологии

Кузнецов Виктор Васильевич, заведующий отделением общей хирургии

Резюме

EDN: WZBNRW



Описывается редкая клиническая манифестация рака поджелудочной железы, сложности и ошибки диагностики случая.

Ключевые слова: острая дуоденальная непроходимость, рак поджелудочной железы, диагностические ошибки

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.



Acute duodenal obstruction manifesting pancreatic cancer

A. G. Korotkevich^{1,2}, A. A. Bliznyuk², V. V. Kuznetsov²

¹ Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians, (5, Stroiteley str., Novokuznetsk, 654000, Russia)

² Novokuznetsk City Clinical Hospital No. 29 named after A. A. Lutsik, (Novokuznetsk, 654040, Russia)

For citation: Korotkevich A. G., Bliznyuk A. A., Kuznetsov V. V. Acute duodenal obstruction manifesting pancreatic cancer. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2023;213(5): 160–164. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-213-5-160-164

✉ **Corresponding author:**

Alexey G. Korotkevich
alkorot@mail.ru

Alexey G. Korotkevich, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Surgery, Urology, Endoscopy and Pediatric Surgery; Head of the Department of Endoscopy; ORCID: 0000-0002-6286-8193, Research ID: HMD-2719-2023, SPIN: 6347-7986
Aleksey A. Bliznyuk, Head of gastroenterology department; ORCID: 0000-0001-6082-0412
Viktor V. Kuznetsov, Head of the Department of General Surgery; ORCID: 0000-0003-3336-1518

Summary

A rare clinical manifestation of pancreatic cancer, difficulties and diagnostic mistakes of the case are described.

Keywords: acute duodenal obstruction, pancreatic cancer, diagnostic mistakes

Conflict of interest. The Authors declare no conflict of interest.

Дуоденальная непроходимость как позднее осложнение и исход хронического панкреатита, как и осложнение ЖКБ, известна и описана [1, 2]. Как правило, хронические нарушения пассажа по 12-п.к. возникают на разных ее уровнях при длительном течении болезни в сочетании с иными осложнениями. Однако, описания случаев возникновения дуоденальной непроходимости в исходе клинически первой атаки острого панкреатита при раке поджелудочной железы (ПЖЖ) мы не встретили.

Пациент В, 62 лет, обратился 14.10.2022 с жалобами на сухость во рту, тошноту, самопроизвольную рвоту с желчью, общую слабость, запоры, тяжесть в эпигастрии. Ограничивает себя в еде и воде.

Считает себя больным около 10 дней, когда на фоне полного здоровья после курения новой смеси вейпа, появились боли в животе. Принимал омез, спазмолитики – боль не исчезла. Последние 3 суток общая слабость, отвращение к пище, рвота. Ранее подобных приступов не помнит. Ограничений в продуктах не имеет. Алкоголем не злоупотребляет.

По своей инициативе 11.10.2022 в частной клинике подвергся ЭГДС, при которой выявлены недостаточность кардии, эритематозная гастропатия, дуоденогастральный рефлюкс.

13.11.2022 из-за упорных болей в эпигастрии и рвоты обращался в дежурную многопрофильную больницу, острой хирургической патологии не найдено, отправлен на амбулаторное лечение. В биохимическом анализе от 13.11.2022 сахар крови 8,2 ммоль/л, креатинин 104 мкмоль/л, амилаза 89 Ед/л, но диастаза мочи 1654 Ед. УЗИ печени и ПЖЖ от 13.11.22 без изменений.

При поступлении: температура 36,5°, ЧД – 18, ЧСС – 86, АД 120/80. Общее состояние средней степени тяжести за счет диспепсии, гиповолемии, Кожные покровы телесной окраски, суховаты, множественные псориазные бляшки. Видимые слизистые обычного цвета и влажности. Отеков нет. Дыхание свободное, везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальных знаков нет. Печень не увеличена. ПЖЖ не пальпируется. Селезенка не увеличена. Диурез не нарушен, но отмечает снижение общего объема диуреза. Стул регулярный, раз в 2–3 дня.

Госпитализирован в отделение гастроэнтерологии (ГЭО) с предварительным диагнозом: Обострение хронического эрозивного гастрита. Хронический панкреатит?

Начата в/в инфузия солевых растворов, ингибиторов протонной помпы, спазмолитиков, прокинетики. На фоне лечения состояние улучшилось, боли уменьшились, хотя сохранялись тошнота и редкая рвота. Амилаза крови – 125 Ед/л, диастаза мочи – 2934 Ед/л.

Из-за отсутствия явной клинической динамики повторно назначена ЭГДС 18.10.2022 – натощак большое количество слизи, слизистая в антруме неравномерно истончена. БДС плоский, желчь оттекает. Выполнена постбульбарная блокада (ПББ) 10 мл 0,5% раствора новокаина – боль исчезла – косвенные признаки панкреатита

Осмотр хирурга 18.10.2022. Данных за острую хирургическую патологию и острый панкреатит в частности нет.

Рисунок 1.
СКТ с контрастным усилением
А – поперечный срез, Б – продольный срез,
1 – просвет 12-п.к.,
2 – просвет желудка, стрелка – бесформенная масса, не накапливающая контраст

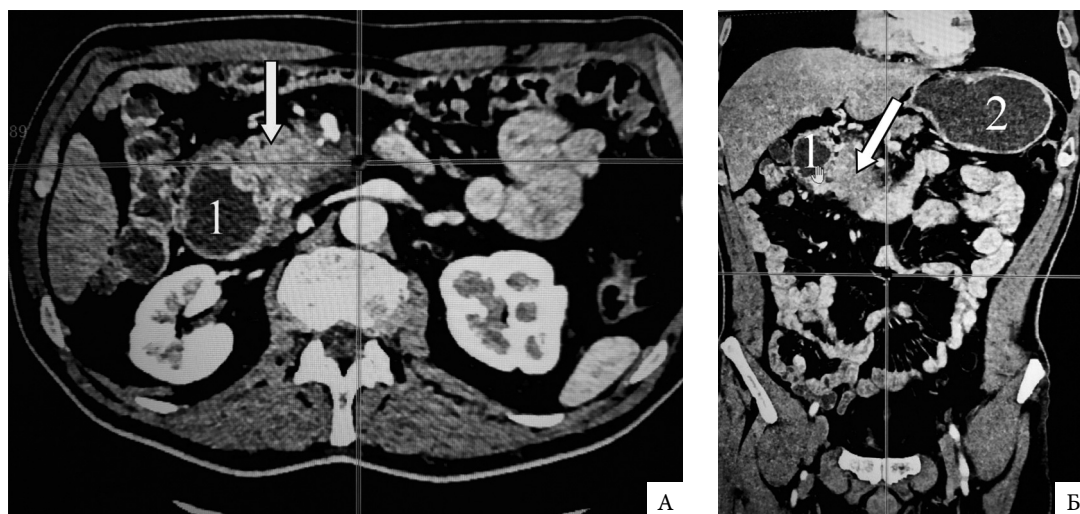
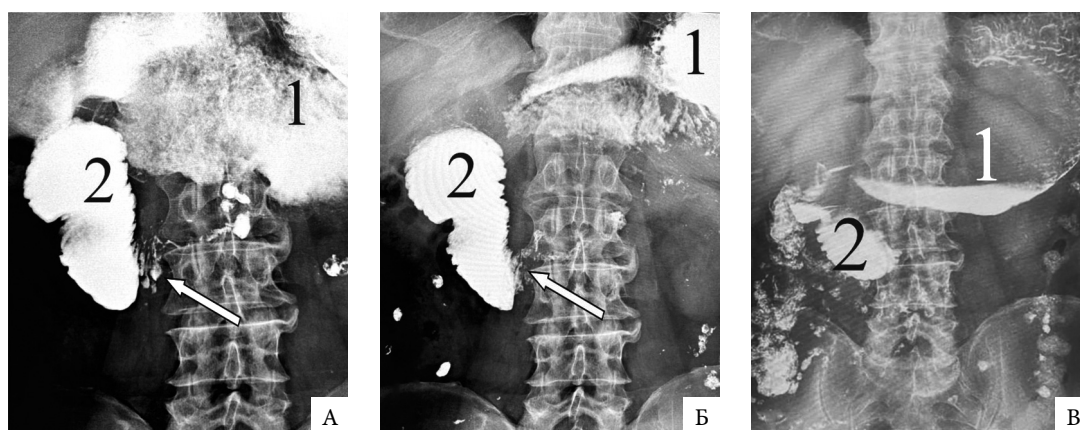


Рисунок 2.
Рентгенография желудка (пассаж бария)
А – через 2 часа после приема бариевой смеси,
Б – через 4 часа,
В – через 24 часа, 1 – желудок, 2 – 12-п.к., стрелка – дробное поступление бария



19.10.22 Осмотр эндокринолога. Стрессовая гипергликемия

Рентгенография ОБП 24.10.22 – свободного газа и уровней нет

УЗИ ОБП 24.10.22 – ПЖЖ с ровным четким контуром, 25x13x17 см, структура однородная, эхогенность повышена, вирсунгов проток не расширен – Дистрофические изменения ПЖЖ

В связи с неэффективностью лечения и неясностью диагноза 26.10.22 выполнено СКТ с контрастным усилением. ПЖЖ с четко выделяющейся паренхимой с фестончатым контуром, гетерогенным накоплением контраста, не изменена. Жировая парапанкреатическая клетчатка не изменена. Стенки желудка осмотрены на всем протяжении, экстраорганный компрессии нет. Изменений со стороны печени, желчного пузыря, чревного ствола, почек не выявлено. Лимфатические узлы не увеличены. Очагов патологического накопления контраста не выявлено. Заключение: на момент осмотра данных за острую патологию в брюшной полости нет (рис. 1).

Тошнота, рвота после еды к вечеру и слабость сохранялись. 27.10.22 повторно ЭГДС: Желудок увеличен в размерах, содержит большое количество слизи и желчи, атоничен. 12-п.к. увеличена в диаметре, атонична, осмотреть дистальнее не могу – не хватает длины гастроскопа. ПББ 10 мл – боль исчезла. Заключение: атония желудка и 12-п.к., признаки панкреатита

Для определения причины атонии желудка и исключения стеноза 28.10.2022 выполнена рентгенография желудка с барием. Через 3 минуты контраст находится в гипотоничном желудке, эвакуации в 12-п.к. нет. Через 30 мин контраст в нисходящем отделе 12-п.к. нет. Через 2 часа следы контраста в восходящем отделе 12-п.к., через 4 часа следы контраста в тощей кишке. Заключение: гипотония кишечника (рис. 2).

С учетом указанных данных, 28.10.22 установлен центральный катетер для парентерального питания. Начато введение растворов Аминоплазмаль, липофундин, раствор глюкозы 10%.

29.10.2022 выполнена контрольная рентгенография желудка. Часть контраста остается в желудке и 12-п.к. Желудок расширен, содержит большое количество слизи. ДПК умеренно расширена до 3,6 см. Следы контраста в подвздошной кишке, также контраст фрагментарно выполняет толстую кишку.

После отмывания желудка от остатков бариевой смеси 31.10.2022 выполнена ЭГДС (колоноскопом). На уровне нижней горизонтальной ветви просвет деформирован по нижней стенке, слизистая в этом месте отекает, с геморрагиями, выраженная ригидность, пройти дистальнее не могу. Установлен зонд для питания за область стеноза. Заключение: сдавление извне? Опухоль? Декомпенсированный стеноз 12-п.к. (рис. 3 на цветной вклейке в журнал, стр. XIII). Биопсия инфильтрата оказалась неинформативной.

1.11.2022 осмотр хирурга. С диагнозом хронического нарушения дуоденальной проходимости рекомендован перевод в отделение хирургии для предоперационной подготовки.

3.11.2022 Операция: Лапаротомия, ГЭА. Интраоперационная ревизия 12-п.к. и ПЖЖ – петля 12-п.к. расположена на деревянистой плотности гладком инфильтрате, исходящего из головки

ПЖЖ (биопсия № 2973 – хронический панкреатит). Послеоперационный период протекал гладко. Выписан 10.11.2022 с полной клинической ремиссией.

Через 10 дней выполнено эндоУЗИ с тонкоигольной аспирационной биопсией, верифицирован низкодифференцированный рак крючковидного отростка ПЖЖ. Пациент направлен на химиотерапию.

Обсуждение

Медицина по-прежнему далека от кулинарных рецептов и, оставаясь видом искусства, требует разбора ошибок, внимания к редким и нестандартным проявлениям болезни.

Острая дуоденальная кишечная непроходимость (ОДКН) имеет яркие клинические проявления – неукротимая рвота, нередко боль в эпигастрии – и встречается при инвагинации 12-п.к. [3], ЖКБ с формированием пузырnodуоденальных фистул [2, 4], артериомезентериальной компрессии [5], остром панкреатите [6]. Имеется также обратная зависимость возникновения острого панкреатита при хронической дуоденальной непроходимости [7]. Также описаны случаи подострой дуоденальной непроходимости, вызванная аномалией общего червобрыжечного ствола [8]. Разные заболевания, проявляющиеся одинаковыми симптомами, не всегда просты для дифференциальной диагностики. Опухоли крючковидного отростка ПЖЖ протекают обычно бессимптомно, даже достигая больших размеров [9].

Как правило, физикальное обследование при ОДКН обычно ничем не примечательно [3]. У больного осмотра разными врачами на разных стадиях болезни не выявили патологических признаков. Подтверждение и установление диагноза ОДКН требует инструментальной диагностики, но оснащение больниц существенно рознится. Поэтому, рациональное использование имеющихся ресурсов и последовательность их применения важны для своевременной диагностики. Однако, редкость иных заболеваний и неготовность врачей отступить от стандарта восприятия болезни приводят к ошибкам диагностики и тактики лечения.

В данном случае эпизод острой эпигастральной боли был первым основным проявлением болезни. Важным моментом было позднее обращение пациента. Тем не менее, отсутствие изменений со стороны живота, данные УЗИ могли бы насторожить врача в пользу ОДКН. Вместе с тем, гастроскопия является основным методом диагностики причины ОДКН [3]. Однако, результаты двух ЭГДС описывают косвенные признаки панкреатита, но ни остатков пищи, ни атонии, ни застойного содержимого не отмечают, как и уровня осмотра 12-п.к. В пользу панкреатита можно принять показатели диастазы мочи, исчезновение боли после ПББ. Однако, сохраняющаяся к вечеру рвота при энтеральном питании на фоне лечения не укладывалась в течение панкреатита. Попытка установить диагноз методом СКТ с контрастным усилением оказалась неудачной, как по причине отсутствия накопления контраста, так и неполного описания имевшихся

патологических изменений – парапанкреатических масс (инфильтрата), вовлекающего стенку 12-п.к.

Только третья ЭГДС описывает гастропарез, прозрачное содержимое желудка и невозможность полного осмотра 12-п.к. Это служит поводом для рентгенографии. Однако, интерпретация рентгенографии желудка оказалась не объективной. Возможно, это связано с частичной проходимость 12-п.к., сохраняющимся регулярным стулом, так и отсутствием перистальтики желудка, и заполнением контрастным веществом тонкой и толстой кишки. Лишь четвертая ЭГДС определила причину изменений желудка и определила показания к оперативному вмешательству. Операционная находка была трактована как хронический панкреатит, способный вызвать хроническую дуоденальную непроходимость [10,11]. Объем операции соответствовал коррекции дуоденальной непроходимости при хроническом панкреатите и позволил полностью восстановить качество жизни, но окончательный диагноз был установлен только после выписки пациента и выполнения эндоУЗИ пункции инфильтрата.

Конечно, период самолечения, сохранение частичной проходимости 12-п.к., отсутствие накопления контраста при СКТ, отсутствие изменений ПЖЖ при УЗИ, повышение уровня панкреатических ферментов, сохранение энтерального питания и регулярного стула существенно затруднили диагностику ОДКН. Однако, неполный осмотр 12-п.к. при ЭГДС, неверная интерпретация рентгенограмм желудка, неполное описание СКТ существенно отсрочили хирургическое пособие.

Пациенты с хронической дуоденальной непроходимостью адаптируются к проблеме затрудненного пассажа пищи, в данном случае ОДКН возникла быстро – после приступа боли, а атония желудка, препятствующая полному осмотру 12-п.к. – к исходу 3-ей недели болезни. Атония желудка, нередко возникающая после приема наркотических средств или некоторых медикаментов также известна, но не сопровождается органическим стенозом.

Тем не менее, отсутствие реакции на консервативное лечение, эпизоды улучшения самочувствия были основой для диагностического поиска. Очевидно, что полный осмотр 12-п.к. при первичной ЭГДС или ранняя рентгенография желудка могли существенно сократить диагностический период.

Осмотр и обследование пациента в нескольких лечебных учреждениях на фоне имевшихся жалоб и отсутствия реакции на пальпацию живота подтверждают как сложность диагностики данного

случая, так и слабую готовность врачей к дифференциальной диагностике причин высокой кишечной непроходимости и дуоденостаза. Данный случай указывает на неверный выбор последовательности диагностических мероприятий у пациента

с неясной клинической картиной заболевания верхнего этажа брюшной полости, на необходимость полного осмотра 12-п.к. и использования эндоУЗИ в протоколе обследования пациентов при подозрении на хронический панкреатит [11].

Литература | References

1. Zvyagintseva TD, Shargorod II. [Chronic duodenal obstruction]. *Shidnoevr. z. vnutr. simejnoi med.* 2016;2:13–19. Russian. doi: 10.15407/internalmed2016.02.011.
Звягинцева Т.Д., Шаргород И.И. Хроническая дуоденальная непроходимость // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. 2016. 2. 13–19. doi: 10.15407/internalmed2016.02.011.
2. Koryttsev V.K., Skupchenko S.S., Krasnoslobodtsev A.M. Acute duodenal obstruction is a rare complication of gallstone disease. *Grekov's Bulletin of Surgery.* 2021;180(5):96–98. (In Russ.) doi: 10.24884/0042–4625–2021–180–5–96–98.
Корытцев В.К., Скупченко С.С., Краснослободцев А.М. Острая дуоденальная непроходимость – редкое осложнение желчнокаменной болезни. *Вестник хирургии имени И.И. Грекова.* 2021;180(5):96–98. doi: 10.24884/0042–4625–2021–180–5–96–98.
3. Guo Y., Liu B., Pan Z., Zhang Y. Acute duodenal obstruction secondary to intussusception caused by the duodenal diverticulum: a case report. *BMC Gastroenterol.* 2020 Jul 22;20(1):234. doi: 10.1186/s12876–020–01379–9.
4. Podoluzhny V.I., Pelts V.A., Radionov I.A., Pavlenko V.V., Startsev A.B. Vesico-duodenal fistulas and obstructive small bowel obstruction in cholelithiasis. *Medicine in Kuzbass.* 2021;20(2):44–46. doi: 10.24411/2687–0053–2021–10020.
Подолужный В.И., Пельц В.А., Радионов И.А., Павленко В.В., Старцев А.Б. Пузырно-дуоденальные фистулы и обтурационная тонкокишечная непроходимость при желчнокаменной болезни. *Медицина в Кузбассе.* 2021;20(2):44–46. doi: 10.24411/2687–0053–2021–10020.
5. Panasyuk A.I., Kazakov V.A., Sadach M.V., Ovaki-
myan G.A., Papeshina S.A. Acute adhesive intestinal obstruction caused by high arterio-mesenteric compression in patients with combined trauma. *Siberian medical journal (Irkutsk).* 2016;142(3):52–55.
Панасюк А.И., Казаков В.А.В.А., Садах М.В., Овакимьян Г.А., Папешина С.А. Острая спаечная высокая кишечная непроходимость вызванная артерио-мезентеральной компрессией у больных с сочетанной травмой. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск).* 2016;142(3):52–55.
6. Li J., Liu Q., Liu Z., Cen C., Yang Y., Ye J., Xu L., Lu X., Chen D., Ruan W. Acute pancreatitis associated with duodenal obstruction induced by groove pancreatitis: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2021 Jun 4;100(22):e26139. doi: 10.1097/MD.00000000000026139.
7. Lee H., Choi Y., Jeong H., Lim J.K., Jung T., Han J.H., Park S.M. Duodenal Loop Obstruction as an Unusual Cause of Acute Pancreatitis: A Case Series. *Korean J Gastroenterol.* 2016 Dec 25;68(6):326–330. doi: 10.4166/kjg.2016.68.6.326.
8. Saha P., Rachapalli K.R., Bhat B.R., Ansari W.A., Ansari A., Desai H. Subacute duodenal obstruction caused by Common Celiac-Mesenteric Trunk anomaly-A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2021 Jun;83:106043. doi: 10.1016/j.ijscr.2021.106043.
9. Karmazanovsky G.G. Differential diagnosis and analysis of pancreatic cancer resectability using CT and MRI. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB Surgery.* 2019;24(3):22–35. (In Russ.) doi: 10.16931/1995–5464.2019322–35.
Кармазановский Г.Г. Дифференциальная диагностика и определение резектабельности рака поджелудочной железы с помощью МСКТ и МРТ. *Анналы хирургической гепатологии.* 2019;24(3):22–35. doi: 10.16931/1995–5464.2019322–35.
10. Vorobey A.V., Shuleiko A. Ch., Orlovsky Yu.N., Vizhinis Yu.I. Disturbances of duodenal patency in chronic pancreatitis. *Ukrainian Journal of Surgery.* 2014;2 (25): 9–14. (in Russ.)
Воробей А.В., Шулейко А.Ч., Орловский Ю.Н., Вижинис Ю.И. Нарушения дуоденальной проходимости при хроническом панкреатите. *Украинский журнал хирургии* 2 (25) 2014, с. 9–14.
11. Ivashkin V.T., Krieger A.G., Okhlobystin A.V. et al. Clinical guidelines of Russian society of surgeons, Russian gastroenterological association, Association of surgeons-hepatologists and Endoscopic society “REND” for diagnosis and treatment of chronic pancreatitis. *Russian journal of gastroenterology, hepatology, coloproctology.* 2022.32(2).99–156. (in Russ.) doi: 10.22416/1382–4376–2022–32–2–99–156.
Ивашкин В.Т., Кригер А.Г., Охлобыстин А.В. и Соавт. Клинические рекомендации Российского общества хирургов, Российской гастроэнтерологической ассоциации, Ассоциации хирургов-гепатологов и Эндокопического общества «РЭндО» по диагностике и лечению хронического панкреатита. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2022.32(2).99–156. doi: 10.22416/1382–4376–2022–32–2–99–156.

К статье

Острая дуоденальная непроходимость, манифестирующая рак поджелудочной железы (стр. 160–164)

To article

Acute duodenal obstruction manifesting pancreatic cancer (p. 160–164)

Рисунок 3.

Гастроскопия

А – область сужения 12-п.к.,

Б – установка зонда для питания,

стрелки – ригидный инфильтрат,

1 – зонд для питания

