

ID: 2016-05-8-A-6372

Клинический случай

Дорогойкина К.Д., Чекулаева Д.Г., Кирсанова Н.В., Нам И.Ф., Гайдукова И.З.

**Рак поджелудочной железы, дебютировавший под «маской» анкилозирующего спондилита
(клиническое наблюдение)**

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Научный руководитель: д.м.н. Ребров А.П.

Ключевые слова: паранеопластический синдром, анкилозирующий спондилит**Введение**

Паранеопластический синдром может имитировать клиническую картину многих заболеваний [1]. Врачи любой специальности при отсутствии полного соответствия клинической картины болезни классическим представлениям о ней должны быть готовы к проведению дифференциальной диагностики, а при проведении дифференциально-диагностического поиска учитывать возможность развития паранеопластического синдрома [1].

Цель: демонстрация возможности дебюта рака поджелудочной железы под «маской» анкилозирующего спондилита.

Материал и методы

Выполнен анализ истории заболевания больной А., 54 лет и результатов проведенных исследований.

Описание клинического случая

В сентябре 2015 г., в возрасте 54 лет у женщины впервые развился приступ острого панкреатита, лечение в стационаре. С учетом женского пола, возраста дебюта заболевания, отсутствия алиментарных или токсических погрешностей был выполнен онкопоиск, включавший рентгенографию органов грудной клетки, эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, ириго – и колоноскопии, осмотр гинеколога и проктолога, маммографию. Патологии выявлено не было. Лечение было с эффектом – клиническая картина панкреатита полностью разрешилась. Похудела на несколько килограмм, что связывала с соблюдением предписанной диеты.

07 октября 2015 г. после переохлаждения с последующим трехдневным повышением температуры до субфебрильных цифр и положительным эффектом от жаропонижающих препаратов появились боли по задней поверхности шеи в ночные часы. Через несколько дней болевой синдром распространился на все отделы позвоночника, появилась иррадиация боли в правую нижнюю конечность, боль усиливалась при движении больной, при поворотах тела, особенно в ночное время. Амбулаторно назначен эторикоксиб 90 мг в сутки с положительным эффектом, сохранявшимся в течение недели, после чего болевой синдром в позвоночнике вновь усилился до максимального (затруднено самообслуживание пациентки). Назначены таблетки ксефокама 8 мг 2 раза в сутки, мильгамма – без эффекта. При обследовании амбулаторно установили наличие ускорения СОЭ до 47 мм/ч, увеличение в/ч СРБ до 143 мг/л, при рентгенологическом исследовании позвоночника – дегенеративно-дистрофические изменения, при рентгенографии костей таза – признаки сакроилиита III ст. (по данным рентгенолога, ревматологом позднее заподозрен остеоартроз суставов). Направлена на консультацию ревматолога, выставлен диагноз недифференцированного спондилоартрита, рекомендован прием метилпреднизолона 6 таблеток в день (без эффекта), нимесулида – 100-200 мг в сутки, ингибиторов протонной помпы и госпитализация в отделение ревматологии для уточнения диагноза в течение 2 дней. При осмотре ревматолога на наличие анкилозирующего спондилита указывали следующие признаки: боль во всех отделах позвоночника, усиливающиеся в ночное время, ограничение подвижности в поясничном отделе во всех плоскостях до 1 см, в шейном отделе – до 24°, наличие сакроилиита III ст. (вызывал сомнения, поэтому назначено дообследование – магнитно-резонансная томография), повышение острофазовых показателей [2, 3]. Клинические проявления заболевания у пациентки соответствовали существующим критериям аксиальных спондилоартритов [4]. Против анкилозирующего спондилита свидетельствовали возраст дебюта заболевания (старше 45 лет), острое начало, усиление болей при движении, отсутствие носительства HLA - B27 антигена. В день госпитализации (через 2 дня после осмотра ревматологом) у пациентки остро развился отек левой надключичной области и шеи слева, что потребовало исключения тромбоза сосудов средостения/шеи и исключения синдрома верхней полой вены, рис.1.

При компьютерной томографии органов грудной клетки и брюшной полости (с применением йодсодержащего контраста) установлено наличие групп спаянных увеличенных лимфатических узлов средостения и брюшной полости, сдавливающих сосуды, увеличение и неоднородность контура головки поджелудочной железы. При магнитно-резонансной томографии (МРТ) в режимах STIR и T1 окончательно отвергнут диагноз анкилозирующего спондилита – признаков воспалительных и поствоспалительных изменений крестцово-подвздошных сочленений не выявлено, имелись признаки остеоартроза. При МРТ поясничного отдела позвоночника выявили изменения, подозрительные на метастатические очаги в позвонках. При изучении онкомаркеров в 10 раз был повышен уровень СА 19.9 (маркер опухолей поджелудочной железы). При этом периферические лимфатические узлы не пальпировались, выявлены были только при УЗИ. Диагноз рака поджелудочной железы был подтвержден гистологически: при исследовании подмышечного лимфатического узла слева были выявлены клетки низкодифференцированной аденокарциномы, вероятно происходящие из эпителия Вирсунгова протока, рис.2.

Выставлен диагноз: Основное заболевание - Низкодифференцированная аденокарцинома поджелудочной железы T4N3M1 с метастазами в лимфатические узлы брюшной полости, забрюшинного пространства, периферические лимфатические узлы, позвоночник. Осложнение: Синдром верхней полой вены.

Пациентка продолжила лечение под наблюдением онкологов.



Рисунок 1. Отек левой половины шеи и левой надключичной области

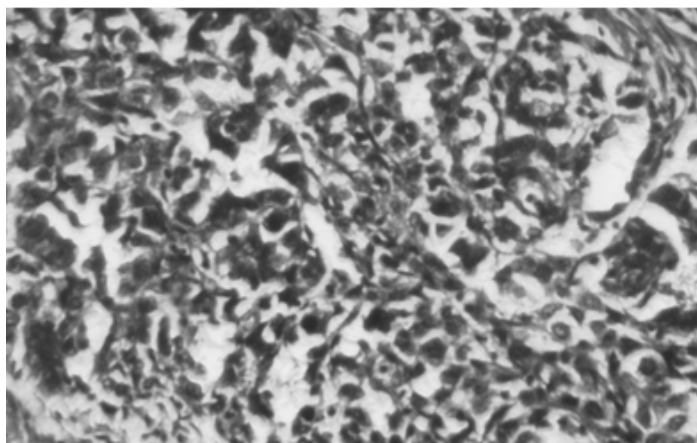


Рисунок 2. Ткань низкодифференцированной аденокарциномы, полученная при гистологическом исследовании подмышечного лимфатического узла

Обсуждение

Несмотря на формальное соответствие клинических проявлений заболевания у пациентки диагностическим критериям анкилозирующего спондилита, незначительное несоответствие имевшейся картины классическим представлениям позволило быстро выполнить полное обследование, отказаться от предварительной версии наличия спондилоартрита и диагностировать опухоль.

Заключение

Лицам с нетипичным течением любого из системных заболеваний необходимо выполнять онкопоиск в полном объеме с возможным повторением ранее проведенных диагностических процедур при необходимости (в случае прогрессирования болезни, при появлении новых признаков или при отсутствии ответа на адекватно проводимую терапию). Формальное («механическое») применение диагностических критериев является ошибочным и недопустимым, так как такой подход без учета всей клинической картины способен привести к диагностическим ошибкам.

Литература

1. Коротин А.С., Кошелева Н.А., Алхимов А.В., Ребров А.П. Особенности течения злокачественной феохромоцитомы. клиническое наблюдение. Дневник казанской медицинской школы. 2015; 2 (8):33-36.
2. van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum.* 1984 Apr;27(4):361-8.
3. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (Part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis.* 2009 Jun;68(6):777-83. Epub 2009 Mar 17 DOI: 10.1136/ard.2009.108233.
4. Гайдукова И.З., Акулова А.И., Апаркина А.В., Ребров А.П. Диагностика спондилоартрита: нужны ли нам новые критерии? Современная ревматология. 2015; 1: 24-30.