

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

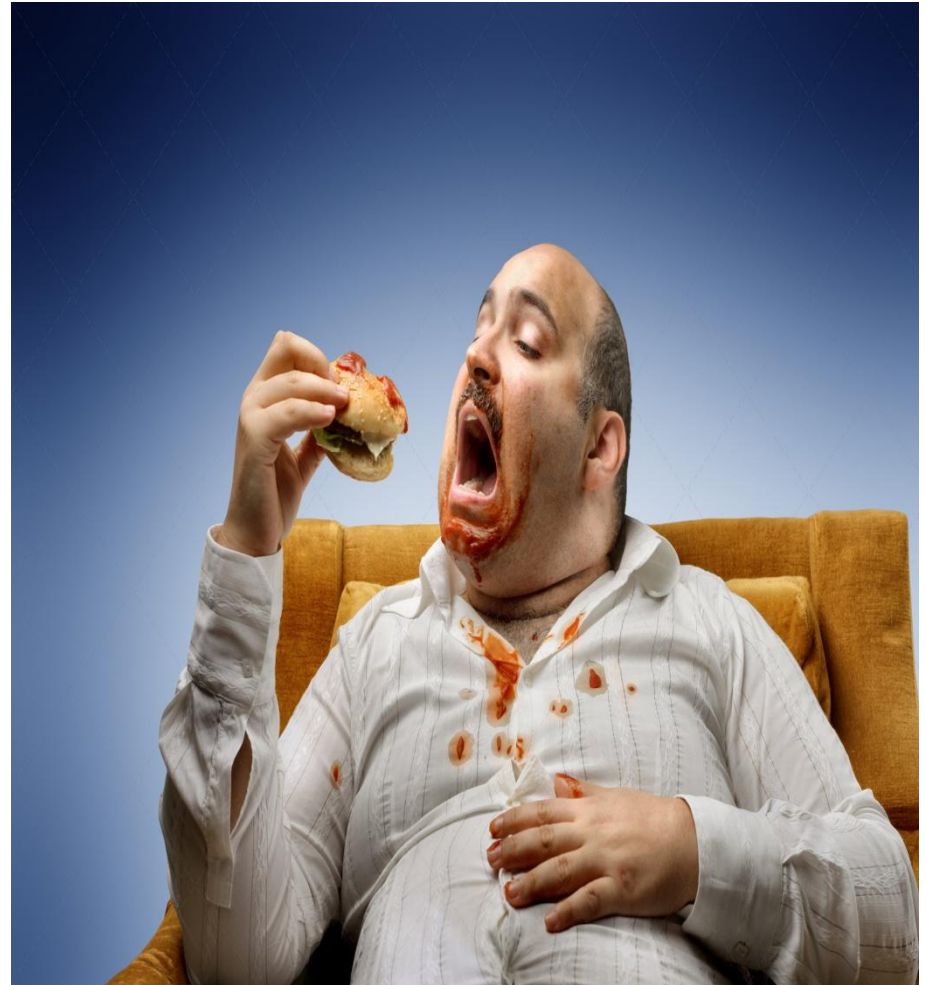
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- РПЖ регистрируется ежегодно у 232 тыс. больных, умирают 227 тыс.
- Женщины – 14900 новых случаев, мужчины – 14100 новых случаев. Возраст – старше 50 лет.
- Соотношение умерших к регистрируемым - 0,97;
- 5-летняя выживаемость составляет 3,8% у мужчин и 4,6% у женщин, резектабельны - 5-20%.
- Среди американцев афроамериканского происхождения заболеваемость выше, чем в других канцер-регистрах.
- Низкая заболеваемость РПЖ на африканском континенте.
- Практически не встречается до 30 лет.



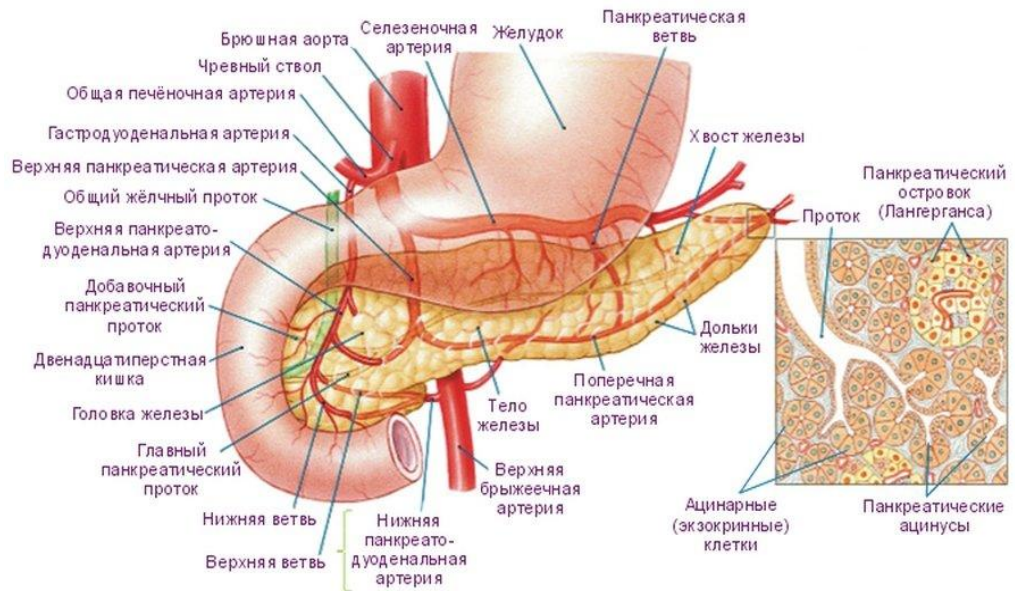
ФАКТОРЫ РИСКА РПЖ

- Диета (жирная, калорийная пища)
- Доброкачественные заболевания
- Имеются противоположные точки зрения на взаимосвязь РПЖ и сахарного диабета
- Наследственность – 10% (семейный РПЖ, синдром Пейтца-Ейгертца, атаксия-телеангиоэктазия, BRCA2, наследственный панкреатит).
- Различия в экспрессии генов K-ras и p53 могут быть основанием в различной заболеваемости и выживаемости у афроамериканцев. Ожирение, высокий рост.
- Пестициды, формальдегиды, хлорированные углеводороды, бензидин, продукты бензина.
- По данным японских авторов, относительный риск смертности от РПЖ среди мужчин, выкуривающих 40 и более сигарет в день, составляет 3,3 (95% CI:1,38–8,1). Вредное влияние курения сохраняется до 2 лет после отказа от курения, а через 15 лет риск уравнивается с некурящими.



ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛИ В ПЖ

- Опухоль в головке железы-75% случаев
- Тело поджелудочной железы-18%
- Хвост -7%



Регионарные лимфатические узлы ПЖ

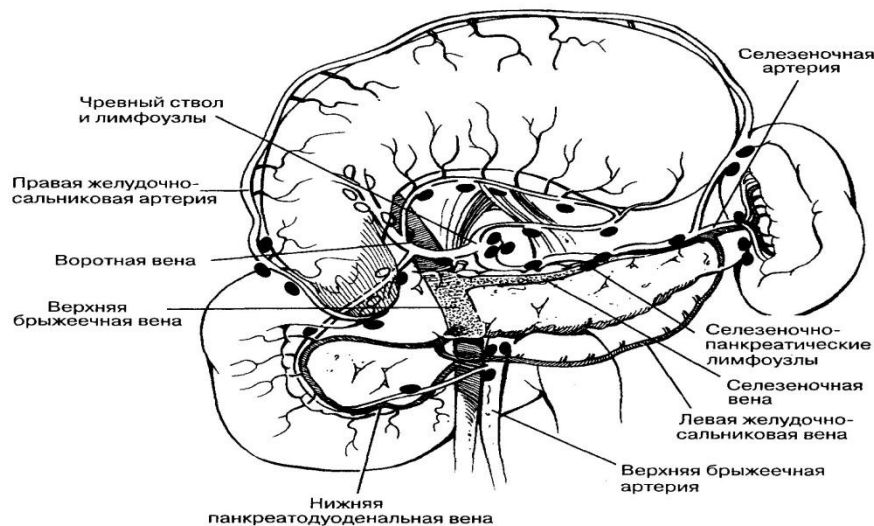
6 групп лимфоузлов:

Околопанкреатических

- Передние
- задние
- Верхние
- нижние

Чревные (для опухолей головки пж)

Селезеночные (для тела и хвоста)



Отдаленное метастазирование РПЖ

Лимфогенное:

- в парааортальные узлы
- надключичные

Гематогенное:

- печень
- легкие
- кости
- почки (крайне редко)

Имплантационное

канцероматоз брюшины



КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ПЖ

Tx – первичная опухоль недоступна оценке

T0 – нет признаков первичной опухоли

T1 – опухоль в пределах поджелудочной железы, размеры которой не превышают 2 см. в наибольшем измерении

T2 – опухоль в пределах поджелудочной железы, размеры которой превышают 2 см. в наибольшем измерении

T3 – распространение опухоли опухоли на 12-п.кишку, желчный проток, парапанкреатические ткани (забрюшинную клетчатку, брыжейку тонкой и поперечноободочной кишок, малый и большой сальник и кишку, крупные сосуды (воротную вену, чревный ствол, верхнюю брыжеечную артерию, общую печеночную артерию, кроме селезеночных сосудов)



N_x – регионарное метастазирование недоступно оценке

N₀ – отсутствие метастазирования в регионарные лимфоузлы

N₁ – наличие метастазирования в регионарные лимфоузлы

N_{1a} – единичный метастаз в один регионарный лимфоузел

N_{1b} – множественные метастазы в нескольких регионарных л/узлах

M_x – отдаленное метастазирование недоступно оценке

M₀ – отсутствие отдаленного метастазирования

M₁ – наличие отдаленного метастазирования



ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКЗОКРИННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЖ

1. протоковая аденокарцинома

- муцинозная некистозная карцинома
- перстневидноклеточная карцинома
- железистоплоскоклеточная карцинома
- недифференцированная (анапластическая)
- смешанная протоково-эндокринная карцинома

карцинома

2. гигантоклеточная опухоль

3. серозная цистаденокарцинома

4. муцинозная цистаденокарцинома

5. внутрипротоковая папиллярно-муцинозная карцинома

6. ацинарно-клеточная карцинома

- ацинарно-клеточная цистаденокарцинома
- смешанная ацинарно-эндокринная карцинома

7. панкреатобластома

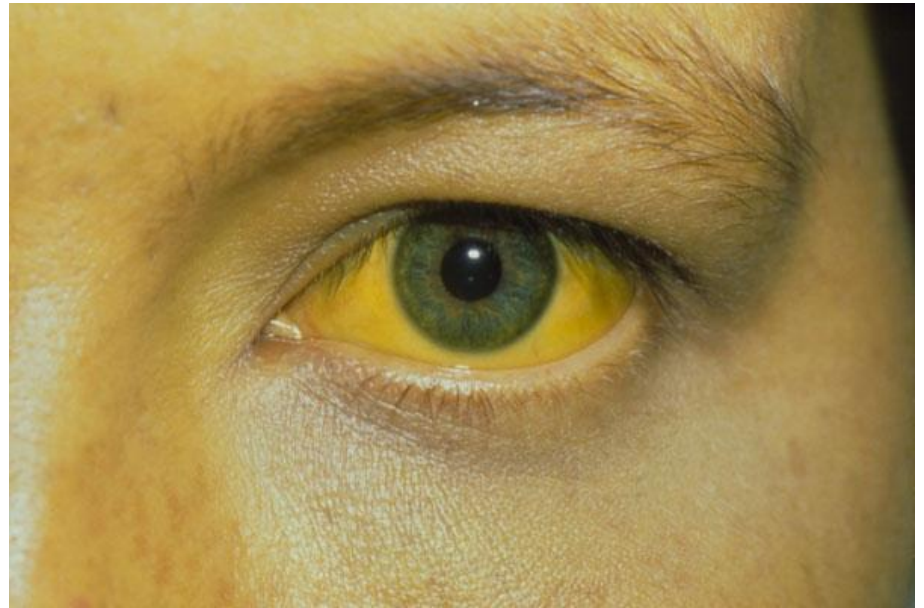
8. солидная псевдопапиллярная карцинома

9. смешанные карциномы



КЛИНИКА РПЖ

- Сахарный диабет
- Похудание
- Желтуха
- Кожный зуд
- Болевой синдром
- Асцит
- Дуоденальная непроходимость



БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

1. Высокий уровень общего билирубина сыворотки крови
2. Высокий уровень холестерина крови
3. Повышение гепариновой пробы
4. Увеличение уровня щелочной фосфатазы
5. Нормальный или немного повышенный уровень трансаминаз и альдолазы



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ РПЖ

1. Желтушность кожных покровов имеет зеленоватый, а иногда землистый оттенок.
2. Зуд кожи носит постоянный характер. На коже видны следы расчесов.
3. При пальпации живота незначительное увеличение печени.
4. Симптом Курвуазье (увеличенный тугоэластичный безболезненный желчный пузырь) в 70-80%.



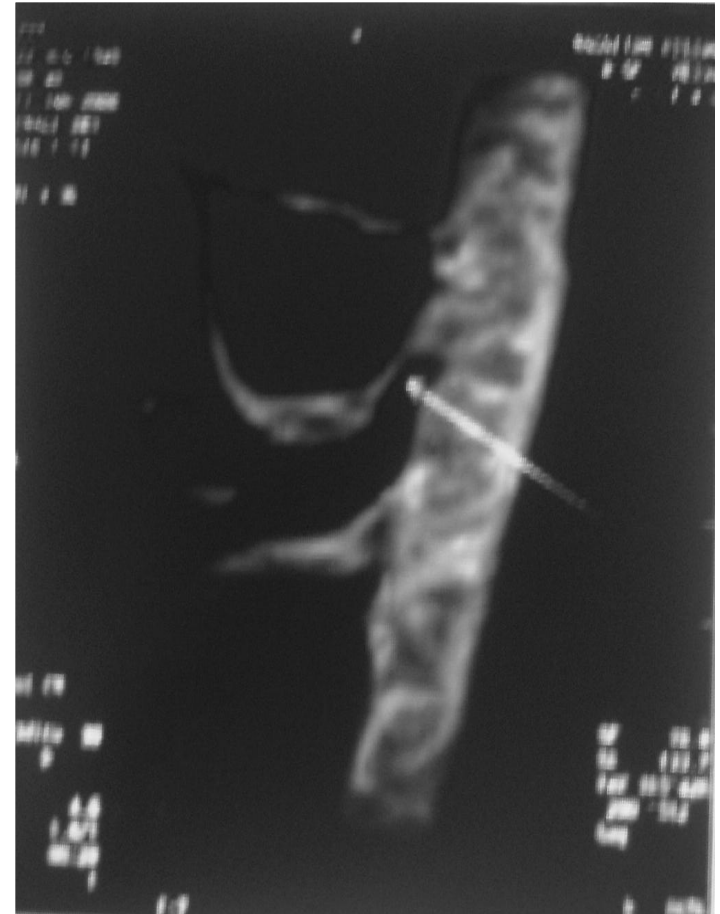
ДИАГНОСТИКА РПЖ

- УЗИ брюшной полости (может использоваться как скрининг).
- Повышение уровня СА-19-9 (sialyl-Lewis-a antigen), может использоваться как скрининг.
- Спиральная компьютерная томография.
- МРТ (с контрастированием протоков).
- Лапароскопия (с интракорпоральным УЗИ).
- ЭРХПГ (с аспирационной биопсией сока ПЖ).
- Ангиография.
- Пункционная биопсия.

MPT

Магнитно – резонансная
томография ветвей
аорты.

Стеноз чревного ствола
вследствии инвазии. Рак
головки ПЖ.



АНГИОГРАФИЯ



Рак головки ПЖ.
Определяется
кровоснабжение
опухоли от верхней
брыжеечной артерии.

ВИДЫ ЖЕЛЧЕОТВОДЯЩИХ ОПЕРАЦИЙ

- Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков

- наружное чрескожное чреспеченочное (требуется реинфузия желчи в ЖКТ)

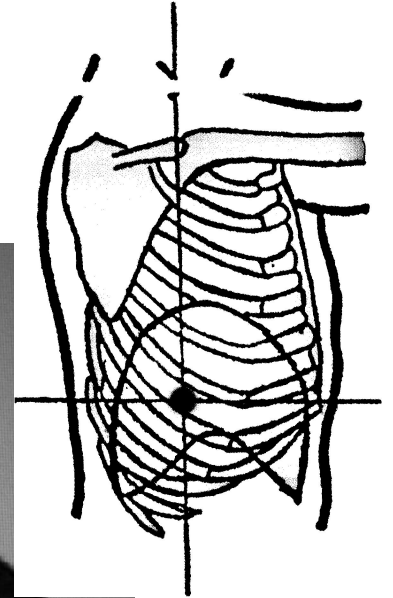
- наружно-внутреннее чрескожное чреспеченочное

Осложнения: внутрибрюшное кровотечение, гемобилия, желчеистечение и др.

- Эндопротезирование желчных протоков

- Эндохирургическое и хирургическое желчеотведение

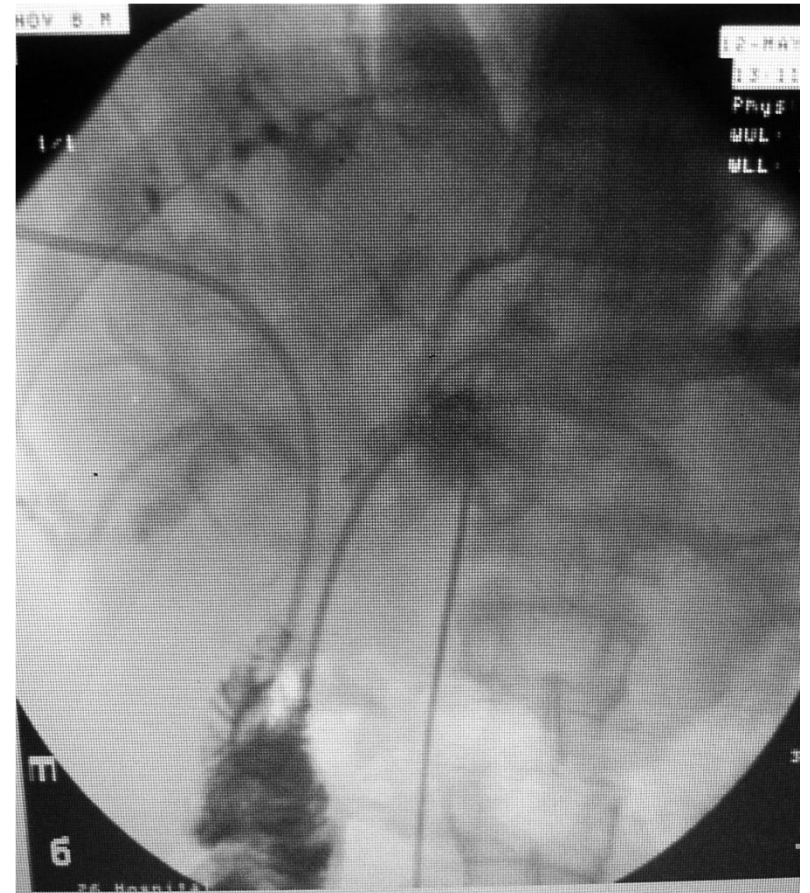
ЧРЕСКОЖНОЕ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ



РАЗДЕЛЬНОЕ ЧРЕСКОЖНОЕ
ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЕ
НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ
ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ
ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ ДОЛЕЙ
ПЕЧЕНИ

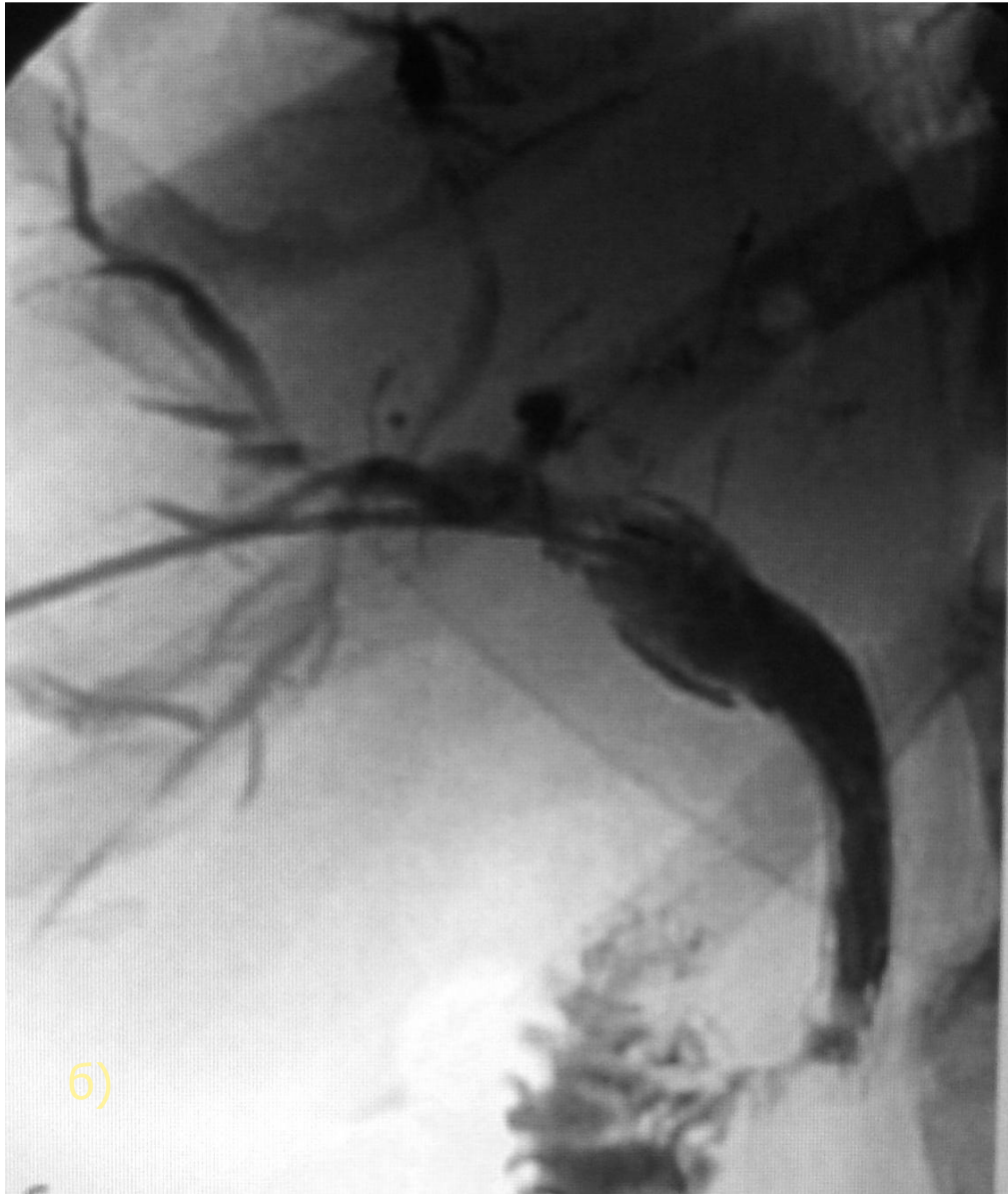


НАРУЖНОЕ-ВНУТРЕННЕЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ ДОЛЕЙ ПЕЧЕНИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В ОБЛАСТИ ВОРОТ ПЕЧЕНИ



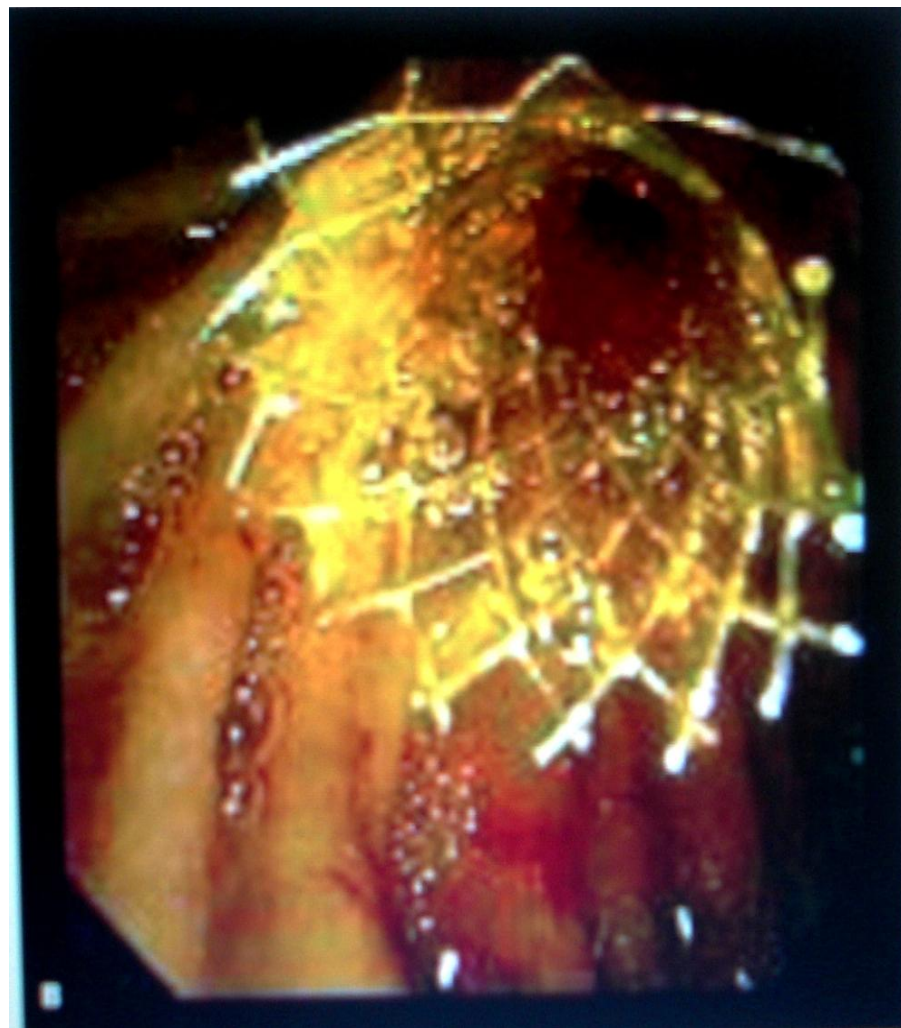
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ
ХОЛЕДОХА
МЕТАЛЛИЧЕСКИМ
САМОРАСПРАВЛЯЮЩИ
МСЯ СТЕНТОМ



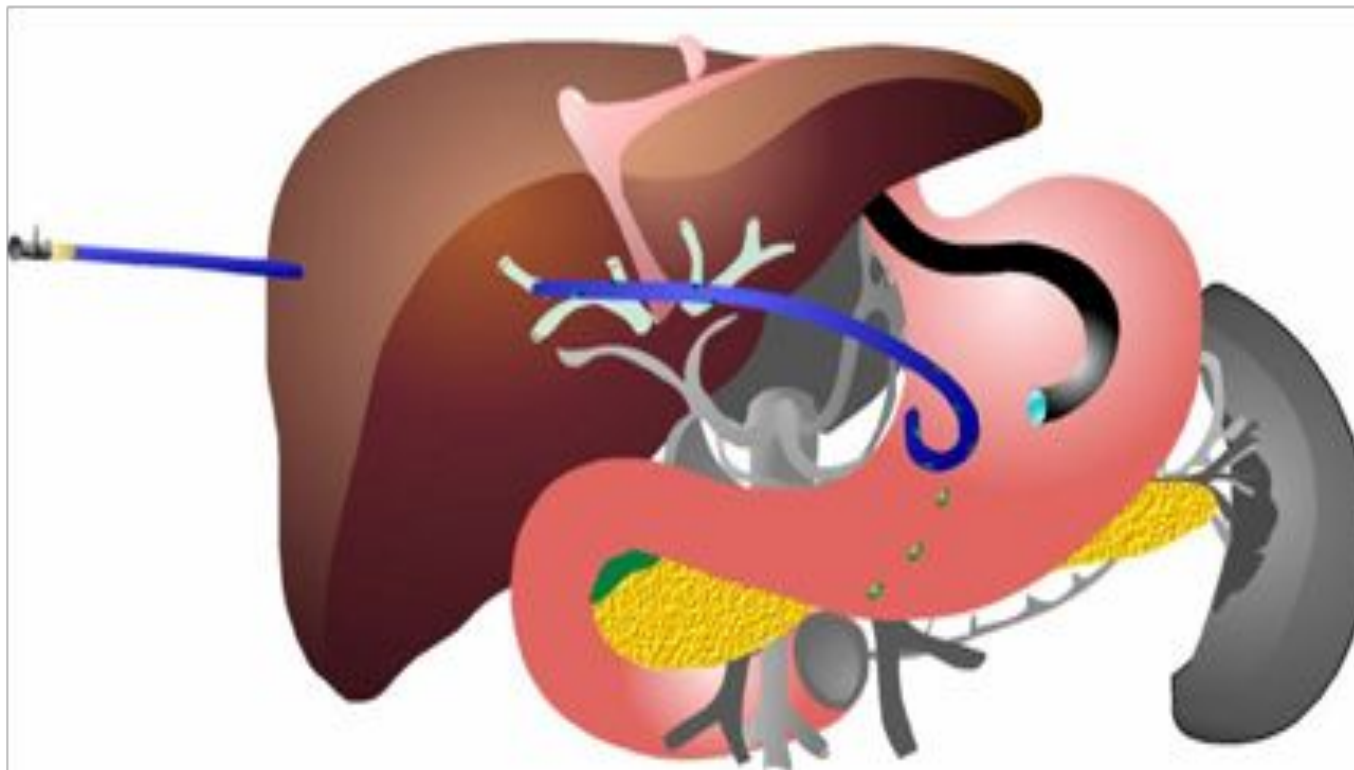


ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ
ХОЛЕДОХА
МЕТАЛЛИЧЕСКИМ
САМОРАСПРАВЛЯЮЩИМ
СЯ
СТЕНТОМ

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ МЕТАЛЛИЧЕСКИМ
САМОРАСПРАВЛЯЮЩИМСЯ
СТЕНТОМ. РАК ФАТЕРОВА СОСКА.



ХОЛАНГИОГАСТРАЛЬНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ



БИЛИОДИГЕСТИВНЫЕ АНАСТОМОЗЫ

- Билиодигестивные анастомозы относятся к числу вмешательств, направленных на декомпрессию желчевыводящей системы. Они могут выполняться как этап перед радикальной операцией, либо являться самостоятельным оперативным пособием.

ПОКАЗАНИЯ К НАЛОЖЕНИЮ БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ

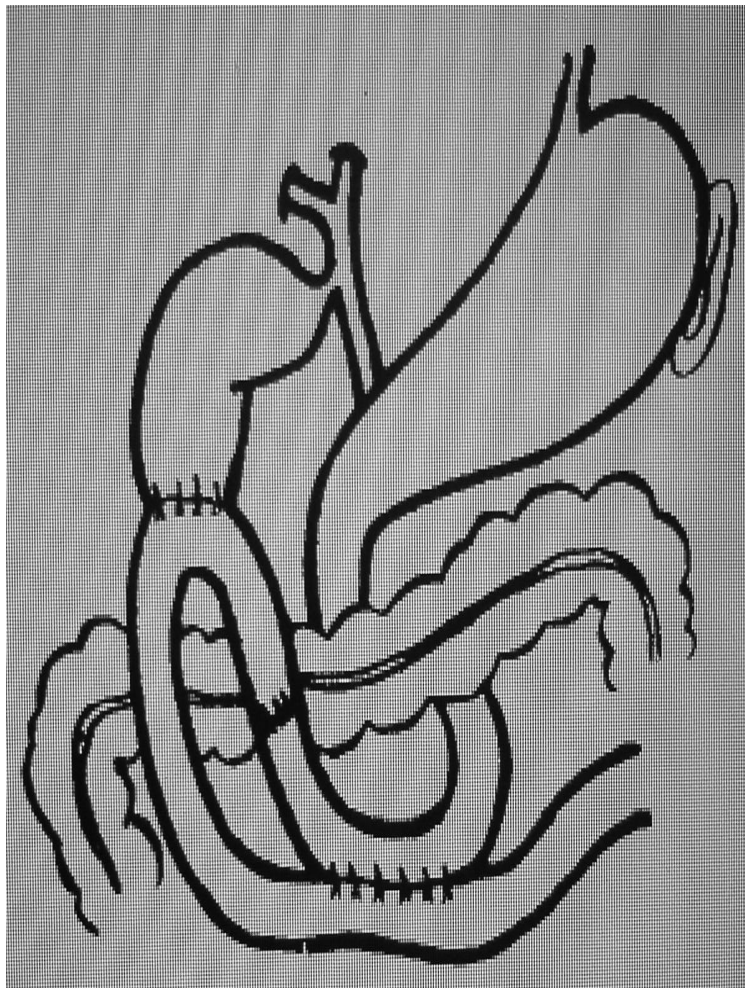
Абсолютные показания обычно возникают при непроходимости желчных путей, когда другие способы восстановления оттока желчи в кишечник невозможны.

□ Варианты операций:

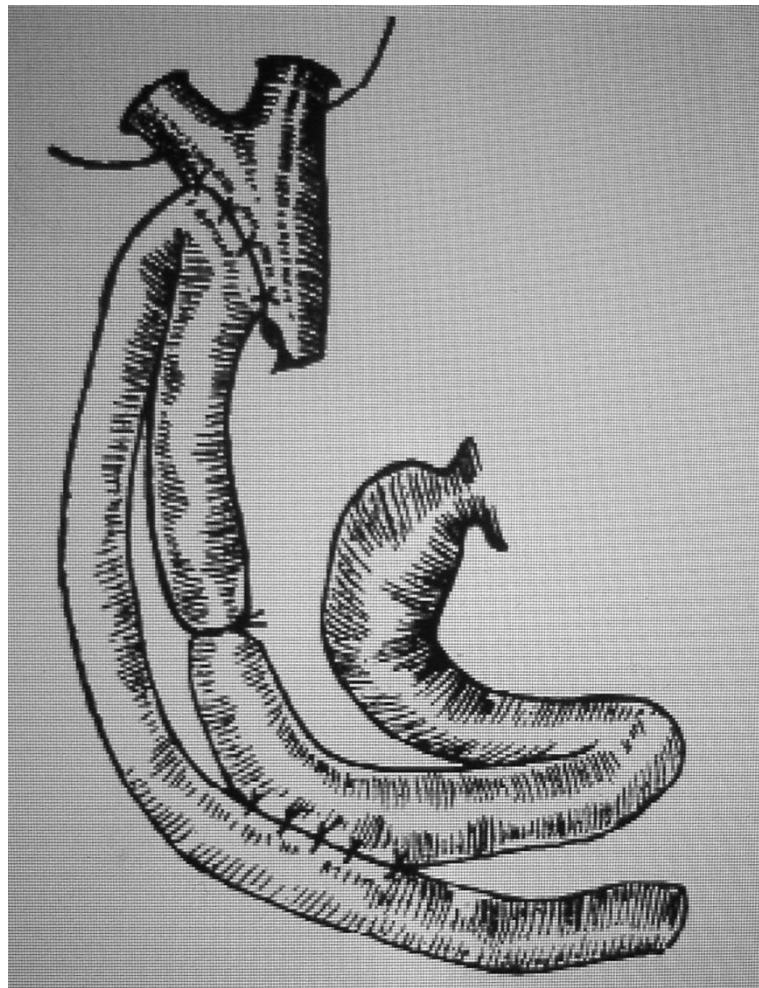
для отведения желчи могут быть использованы:

- желчный пузырь,
- пузырный проток,
- общий печеночный проток или внутripеченочные желчные протоки, которые соединяются соустьем с двенадцатиперстной или тонкой кишкой.

ХОЛЕЦИСТОЭНТЕРО-
АНАСТОМОЗ С
МЕЖКИШЕЧНЫМ СОУСТЬЕМ
И ВЫКЛЮЧЕНИЕМ
ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ ПО А.А.
ШАЛИМОВУ



Холецистоэнтеро-
анастомоз с межкишечным
соустьем и выключением
приводящей петли по А.А.
Шалимову



ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПЖ

□ Хирургическое

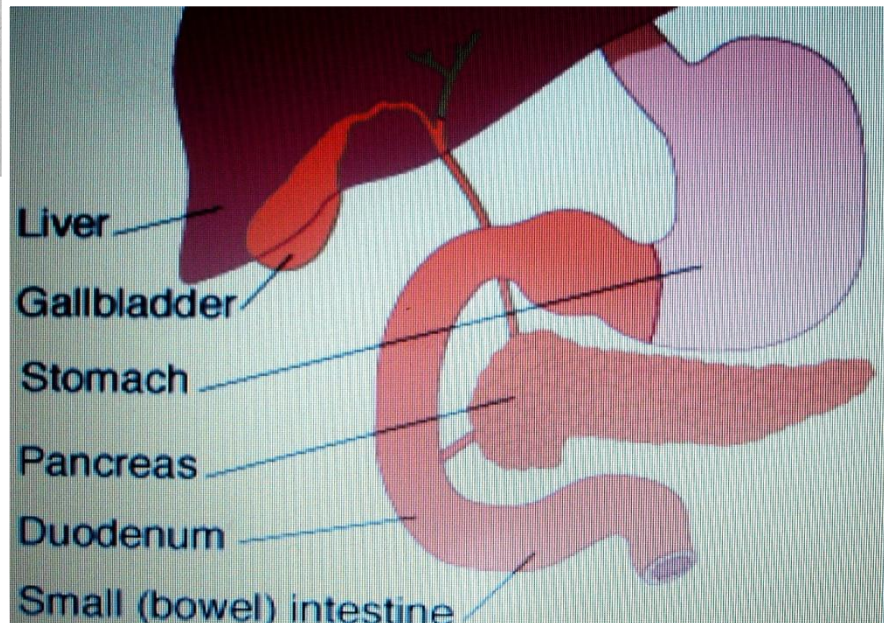
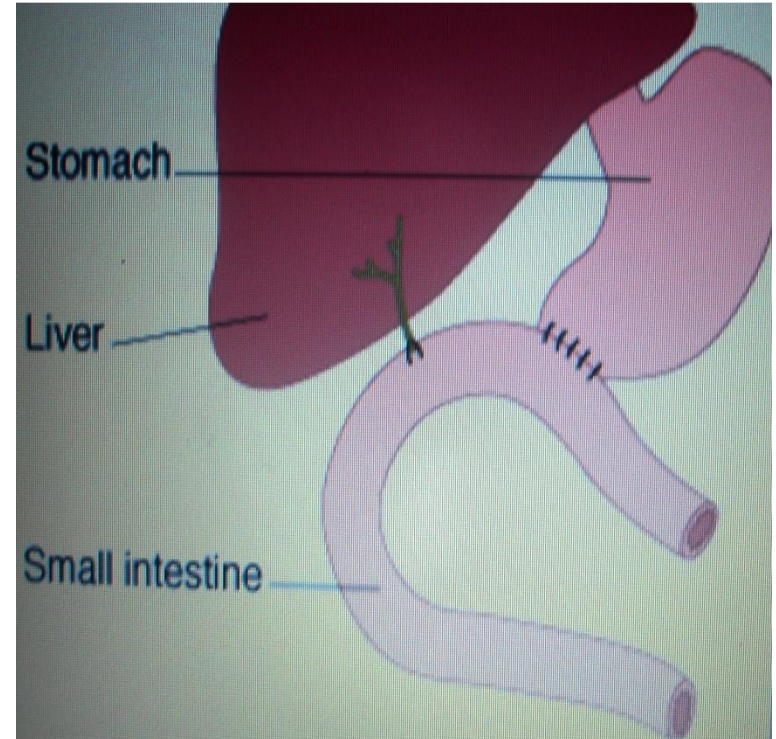
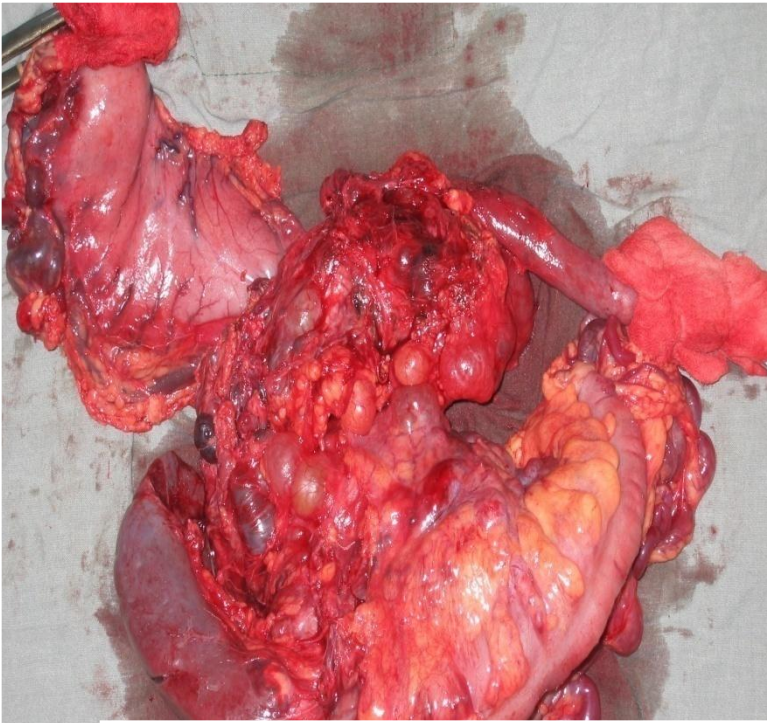
- Стандартная ГПДР
- Расширенная ГПДР
- Дистальная субтотальная резекция ПЖ
- Панкреатэктомия
- Криодеструкция

□ Химиотерапия

РАДИКАЛЬНАЯ СТАНДАРТНАЯ ГПДР

- резекция холедоха
- резекция выходного отдела желудка с прилежащим малым и правой половиной большого сальника
- удаление головки поджелудочной железы
- удаление всей двенадцатиперстной кишки
- в удаляемый комплекс входит прилежащая к головке поджелудочной железы клетчатка и фасциально-клетчаточные футляры общей и собственной печеночной артерии, верхней брыжеечной и воротной вены.

ТОТАЛЬНАЯ ПАНКРЕАТЭКТОМИЯ ПО ПОВОДУ КАРЦИНОИДА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Восстановление
непрерывности
пищеварительного
тракта

УДАЛЯЕМЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ ПРИ ГПДР

№6 –
задние
панкреато-
дуоденальные

№1 –
пилорические

№4 –
по нижнему
краю головки
поджелудочной
железы

№2 - вокруг
холедоха

№7 –
проксимальные
мезенте-
риальные

№3 –
по верхнему
краю головки
Поджелудочной
железы,

№5 –
передние
панкреато-
дуоденальные

Химиотерапия РПЖ

- Гемцитабин является основой лекарственного лечения местнораспространенного и метастатического рака поджелудочной железы. Считается, что комбинация гемцитабина и доцетаксела обладает умеренной токсичностью и высокой эффективностью.
- Предоперационная химиотерапия при местнораспространенном раке поджелудочной железы доцетакселом и гемцитабином позволяет «уменьшить» стадию и повысить резектабельность и выживаемость у 81%.

Химиотерапия РПЖ

- При нерезектабельном РПЖ используется интраперитонеальное введение 5-Фторурацила и лейковорина (назначение 750, 1000, 1250, 1500 mg/m²). Достигнута выживаемость от 7 до 12.8 месяцев.
- Облучение в сочетании с химиотерапией (Gem+FU+LV) повышает медиану выживаемости оперированных больных с 11 мес. до 21 мес. (Pister et al., 2003). Медиана выживаемости при распространенном РПЖ без химиотерапии – 4 мес., при использовании комбинаций на основе гемцитабина - 7-8 мес., единичные пациенты выживают 1 год.

ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ ПРОТОКОВЫМ РАКОМ ГОЛОВКИ ПЖ

- При лечении выполненном в объеме стандартной ГПДР 36% больных переживают год и 19% - 2 года.
- Расширенная ГПДР позволяет продлить жизнь больным до 3 лет в 25% случаев, а год переживут – 50%, при этом медиана составляет 10 мес.
- При комбинированном лечении 1- и 3-летняя выживаемость составляет 59% и 21%, однако еще 11% больных переживут 4 года.
- Лучевая терапия – лишь 4% переживут 1 год.

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**

