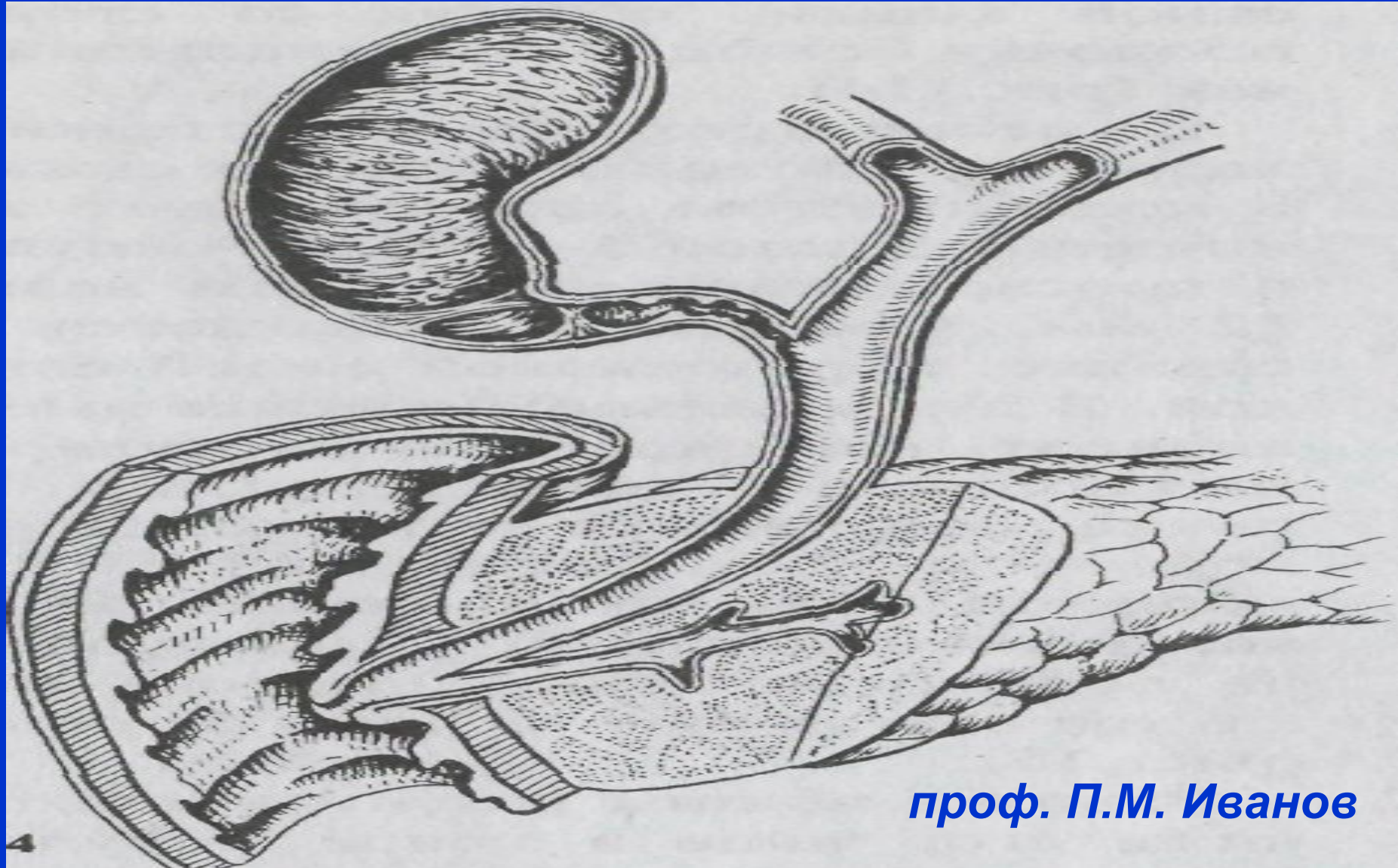


Рак поджелудочной железы



проф. П.М. Иванов

Историческая справка

- Впервые рак ППЖ описан Холденфрейдом (1713) во время вскрытия.
- Клиническое описание - петербургским врачом Мазингом в 1879г.
- В 1881г. В. М. Керниг поставил этот диагноз при жизни.
- В 1858г. К.Бернар произвел экспериментальную панкреатэктомию.
- В 1882 г. Тренделенбург - панкреатэктомию по поводу саркомы.
- В 1883 г. Харлей и Гольц в эксперименте разработали метод наложения соустья между желчным пузырем и тонкой кишкой.
- В 1887г. Н. Д. Монастырский - произвел холецисто-еюноанастомоза.
- В 1900г. Микулич операцию Монастырского дополнил энтероанастомозом.

Историческая справка

- В 1889г. Терис предложил накладывать холецистодуоденоанастомоз, Черни (1892) - холецистогастроанастомоз, Ридель (1888) – холедоходуодено-анастомоз, а Логмайер (1959) операцию гепатохо-лангиоеюностомию с резекцией сегмента печени.
- В 1884 г Бильрот- осуществил резекцию ПЖЖ при раке.
- В 1894 г. А. А. Троянов и А. Т. Богаевский резекцию дистального ППЖ.
- В 1899 г. Хольстед - резекцию головки ПЖЖ и начальной части 12-перстной кишки с пересадкой протоков в линию швов.
- В 1912 г. Кауш с успехом выполнил двухэтапную панкреато-дуоденальную резекцию, а в 1913 г. В. П. Томашевич выполнил трансдуоденальную папилэктомию.

Опухоли поджелудочной железы

А. Доброкачественные:

1). Эпителиальные опухоли:

а) папиломы

б) солидные аденомы - имеют вид узла, альвеолярного или трубчатого строения.

в) кистаденомы – имеют вид мешотчатых опухолей с неровной поверхностью и плотной полупрозрачной оболочкой.

2). Опухоли из соединительной ткани:

а) фиброма в виде опухоли описана Кертье (1909);

б) липома описана Хиари (1883);

в) миксома описана А.Т. Богаевским (1910).

Опухоли поджелудочной железы

А. Доброкачественные:

3). Опухоли из сосудистой ткани:

а) гемангиома;

б) лимфангиома;

в) гемангиолимфангиома, описана Бебкоком (1943).

4). Опухоли из мышечной ткани. Лейомиомы, описаны Грубером (1929);

5). Опухоли из нервной ткани:

а) невриномы - макроскопически напоминают саркому;

б) ганглионевриномы, часто имеют инфильтративный рост с метастазированием.

6). Тератоидные опухоли:

а) энтерокистомы;

б) дермоидные кисты.

Опухоли поджелудочной железы

Б. Злокачественные:

1. Аденокарцинома;
2. Плоскоклеточный рак;
4. Цистоаденокарцинома;
3. Ацеллярно-клеточный рак;
4. Недифференцированный рак.

Аденокарцинома поджелудочной железы составляет более 90% злокачественных опухолей поджелудочной железы. К ЗО островков Лангерганса относятся инсулинома или инсулярная аденокарцинома, апудома, глюкагонома

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СТАТИСТИКА

Заболеваемость раком поджелудочной железы в разных странах (мировой стандарт)

Страна	Год	Стандарт мировой	
		мужчины	Женщины
<u>а) Страны с наиболее высокими показателями заболеваемости</u>			
США (черные)	1997	11,8	9,3
Чехия	1997	11,4	6,5
<u>б) Страны с наиболее низкими показателями</u>			
Индия	1997	2,3	1,8
Вьетнам	1997	2,0	0,8

Структура заболеваемости ЗН у мужского населения РФ (2005)



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СТАТИСТИКА

Структура заболеваемости ЗН у женского населения РФ (2005)



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СТАТИСТИКА

Заболеваемость раком поджелудочной железы в России в 2005 г.(мировой стандарт)

Области	год	Показатели	
		Мужчины	Женщины
РФ	2005	8,2	4,3
Еврейская АО	2005	12,1	4,4
Магаданская область	2005	17,1	11,0
Республика Саха	2005	10,4	5,9

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ



Заболееваемость раком поджелудочной железы женского населения РС (Я)

Факторы риска:

Заболеваемость раком поджелудочной железы может быть связана:

- ◆ с табакокурением,
- ◆ сахарным диабетом,
- ◆ воздействием асбеста.
- ◆ Риск карциномы поджелудочной железы значительно возрастает у больных с наследственными формами панкреатита.

МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ

Метастазирование при раке поджелудочной железы бывает: лимфогенным, гематогенным и имплантационным.

(1). Лимфогенное метастазирование происходит в несколько этапов:

- ◇ первый этап — **панкреатодуоденальные л/узлы (л/у в области головки поджелудочной железы);**
- ◇ второй этап — **ретропилорические и гепатодуоденальные л/узлы;**
- ◇ третий этап — **чревные и верхнебрыжеечные лимфоузлы;**
- ◇ четвертый этап — **забрюшинные (парааортальные) л/у.**

МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ

- (2). При гематогенном метастазировании отдаленные метастазы рака поджелудочной железы наиболее часто обнаруживаются в печени, легких, почках, костях и других органах.
- (3). Имплантационное метастазирование рака поджелудочной железы происходит путем контактного переноса раковых клеток по брюшине (карциноматоз брюшины, раковый асцит).

TNM - классификация МАИР

◆ T - Первичная опухоль

- T0- первичная опухоль не определяется
- T1- опухоль ограничена поджелудочной железой
- T1a- опухоль до 2 см в наибольшем измерении. T2 опухоль инфильтрует стенку кишки до подслизистой
- T1б- опухоль более 2 см в наибольшем измерении.
- T2- опухоль, распространяющаяся на любую из следующих структур: двенадцатиперстная кишка, желчный проток, ткани около поджелудочной железы.
- T3 опухоль распространяется на соседние органы и структуры

TNM - классификация МАИР

- ◆ **N - Регионарные лимфатические узлы**
 - **NX** недостаточно данных для оценки регионарных л/узлов.
 - **N0** нет признаков метастатического поражения регионарных л/у.
 - **N1** поражены регионарные л/у метастазами.
- ◆ **M - отдаленные метастазы:**
 - **Mx** - недостаточно данных для оценки отдаленных метастазов.
 - **M0** - нет признаков отдаленных метастазов.
 - **M1** – имеются отдаленные метастазы.

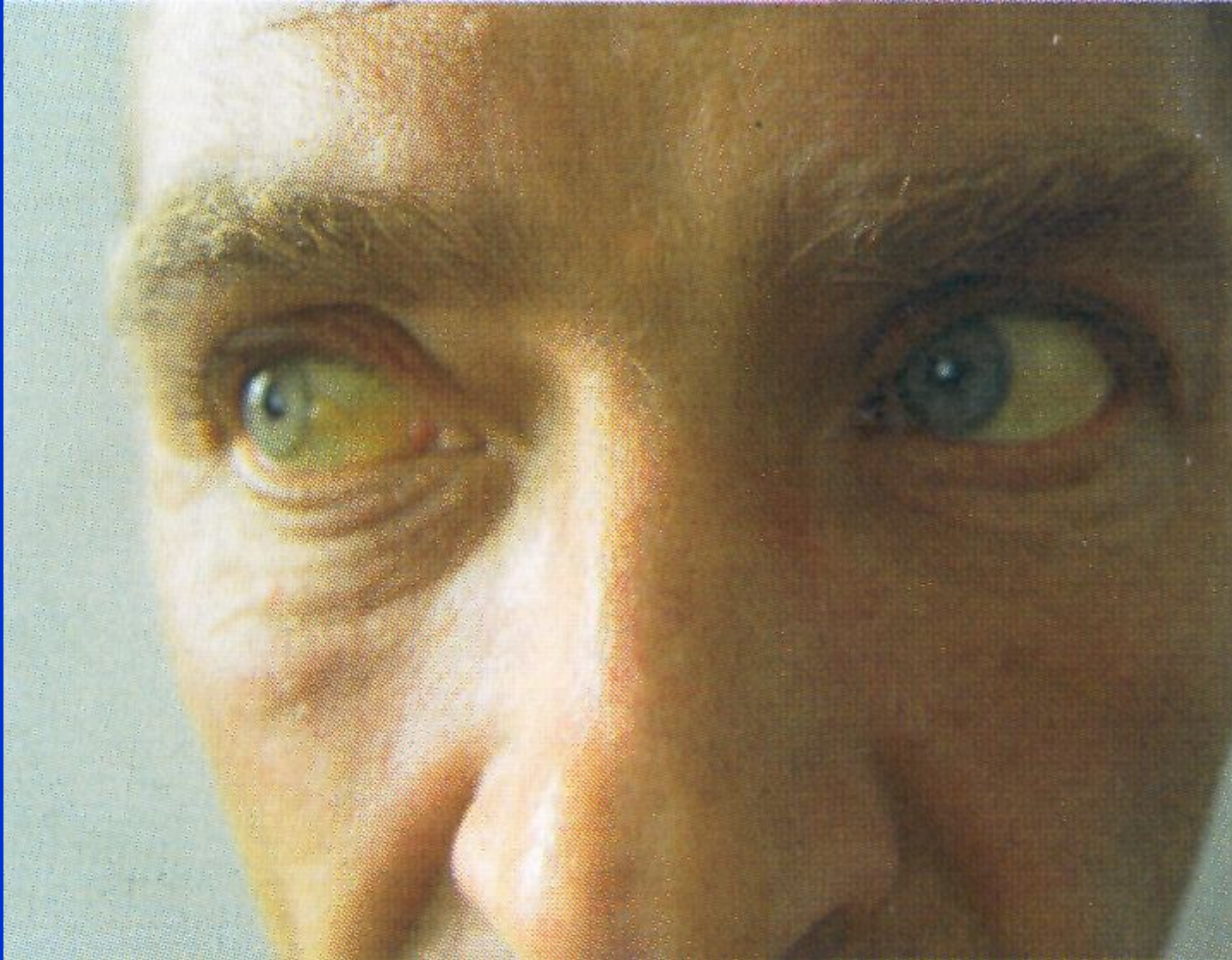
Патологическая анатомия

- ◇ По данным Грубера, Эвинга и Ривеса, рак в головке поджелудочной железы отмечается в 56%, в теле - 9,8%, в хвосте – 6,0% и тотальные поражения в 28,2%.
- а. *Макроскопически* рак поджелудочной железы имеет вид плотного бугристого узла, без четких границ. На разрезе опухоль имеет белый или светло-желтый цвет с отдельными участками распада
- б. *Микроскопически* в большинстве случаев это аденокарциномы различной степени зрелости. В зависимости от преобладания соединительной ткани или паренхимы рак поджелудочной железы делят на скирры и мозговидные опухоли. В случае сохранения железистого строения рака его определяют как аденокарциному, при преобладании слизи - слизистый рак. Вокруг опухоли всегда имеется зона хронического воспалительного склеротического процесса, т. е. имеет место хронический панкреатит, который в ряде случаев путает клиническую картину.

Клиническая картина

- а. *Ранние симптомы* рака поджелудочной железы неспецифичны – тупые боли в эпигастральной области, ноющие боли в спине, общая слабость, потеря аппетита, тошнота, быстрая утомляемость, расстройство функции кишечника, похудание.
- б. Первым проявлением рака поджелудочной железы могут быть *тромбофлебиты мигрирующего характера* («симптом Труссо» - приблизительно у 10% пациентов). Часто ранним клиническим признаком рака поджелудочной железы («сигналом тревоги») является протекающая без повышения температуры тела и болевых приступов *механическая желтуха*.

Клиническая картина



«Симптом желтухи»
при раке головки
поджелудочной
железы.

Клиническая картина

◇ Симптомы, зависят от локализации опухоли в поджелудочной железе.

(1) Рак головки железы. Чаще всего рак ПЖЖ развивается в ее головке (50-80%). У 75% пациентов основными симптомами бывают похудание и прогрессирующая механическая желтуха.

- Механическая желтуха появляется без болевого приступа у 25% .
- Опоясывающие боли и неопределённый дискомфорт в эпигастрии.
- Сдавление желчных протоков ведет к равномерному увеличению печени и желчного пузыря (с-м «Курвазье»).
- При пальпируемой опухоли в эпигастральной области (у 20%) можно говорить о неоперабельности.

Клиническая картина

(2) Рак тела или хвоста поджелудочной железы встречается реже и проявляется на поздних стадиях, поскольку опухоли такой локализации вызывают механическую желтуху только в 10% случаев. По мере роста опухоли в верхней половине живота появляются интенсивные боли - давление на солнечное сплетение. Опухоль пальпируется редко, но определяется некоторая резистентность брюшных мышц. Положительный «Симптом Мэйо – Робсона» (+).

Диагностика

Неинвазивные диагностические методики:

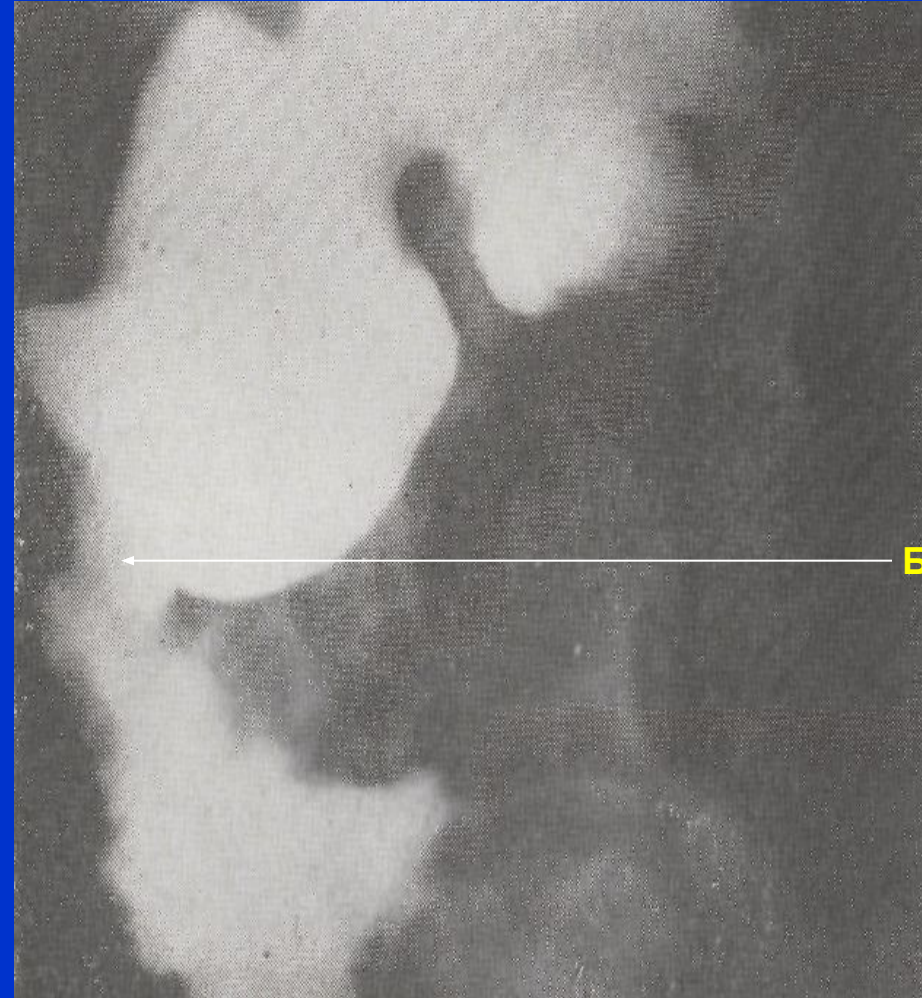
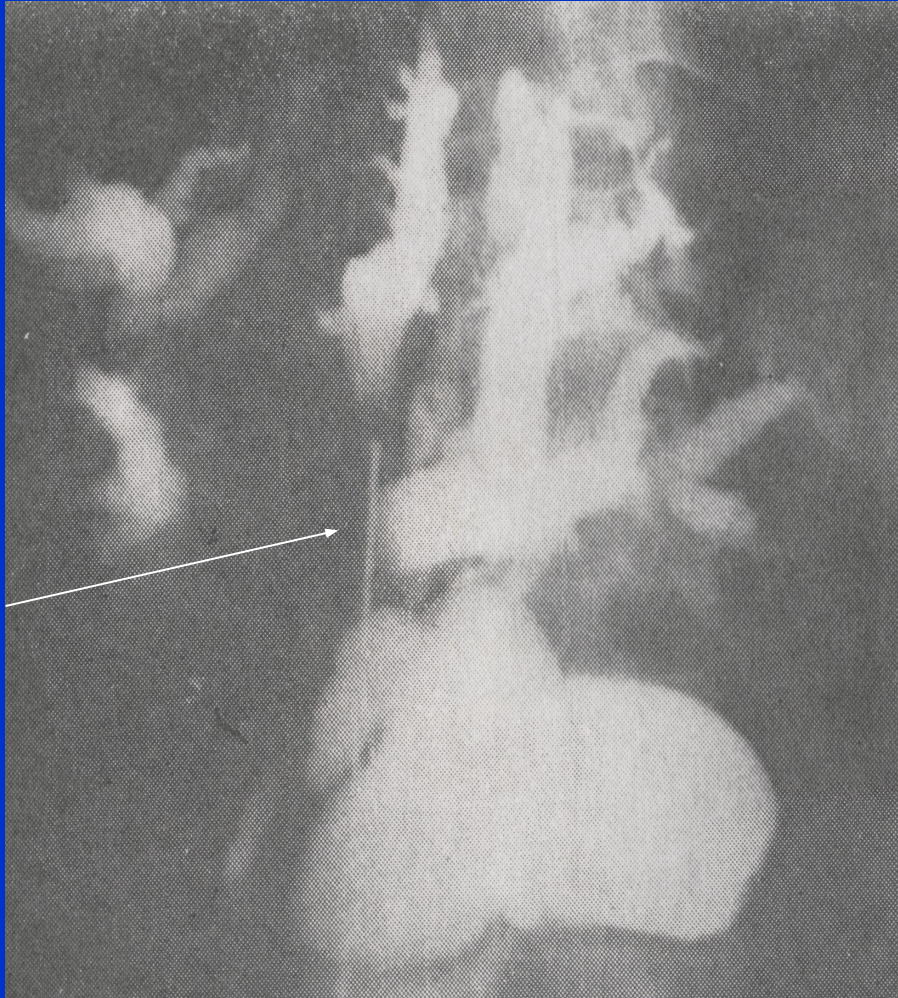
- **(1) КТ и УЗИ** — наиболее точные методы исследования для диагностики рака поджелудочной железы, т.к. с их помощью можно обнаружить опухоли размерами 2-3 см.
- **(2) Рентгенография.**
 - а) При опухолях головки ПЖЖ** достаточно больших размеров при исследовании верхних отделов ЖКТ, можно обнаружить:
 - 1) смещение кверху и вправо 12-перстной кишки или расширена ее подкова;
 - 2) сужение просвета 12-перстной кишки;
 - 3) деформация привратника и 12-перстной кишки;
 - 4) смещение желудка вперед и влево;
 - 5) дефект наполнения в желудке при гладких контурах;
 - 6) сдавление и смещение поперечно-ободочной кишки;
 - 7) дефект наполнения или ампутация дистального конца общего желчного протока при холангиографии; Рентгеновские методы обследования лучше проводить на фоне искусственной гипотонии 12-перстной кишки.

Диагностика

б) При локализации рака в теле и хвосте поджелудочной железы отмечаются следующие симптомы:

- 1) дефект наполнения по малой кривизне желудка или округлый дефект на задней стенке желудка - «подушечный симптом» Кейза;
- 2) сдавление конечного отдела 12-перстной кишки с явлениями дуоденостаза;
- 3) явления смещения или непроходимости толстого кишечника;
- 4) При спленопортографии и аортографии обнаруживается симптом обтекания опухоли и ампутация опухолью сосудов.

Диагностика



Рак головки поджелудочной железы: А. Чрескожная холангиограмма,
Б. Рентгенограмма двенадцатиперстной кишки.

Диагностика

Инвазивные диагностические методики

- (1) Чрескожная аспирационная биопсия опухоли тонкой иглой под контролем УЗИ или КТ с последующим цитологическим исследованием пунктата с высокой точностью и практически без осложнений позволяет ставить диагноз злокачественного новообразования ПЖЖ.**
- (2) Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с использованием для канюлирования протока ПЖЖ фиброволоконного дуоденоскопа. После введения в проток рентгенконтрастного вещества выполняется серия снимков. При панкреатографии выявляется деформация или ампутация выводного протока.**

Диагностика

Инвазивные диагностические методики

- (3) При обследовании пациентов с механической желтухой эффективна чрескожная чреспечёночная холаигиография.**
- **(а) Под местной анестезией через кожу и ткань печени под контролем УЗИ в один из расширенных внутрипечёночных протоков проводят длинную тонкую иглу для введения контрастного вещества с целью топической диагностики обструкции желчевыводящих путей.**
 - **(б) После катетеризации расширенных внутрипечёночных протоков следует провести катетер через участок обструкции (для разрешения механической желтухи), поскольку высокий уровень билирубина в крови приводит к увеличению частоты осложнений.**
 - **(в) Возможные осложнения этой процедуры - крово- и желчеистечение из места вкола иглы в печень и гнойные осложнения.**

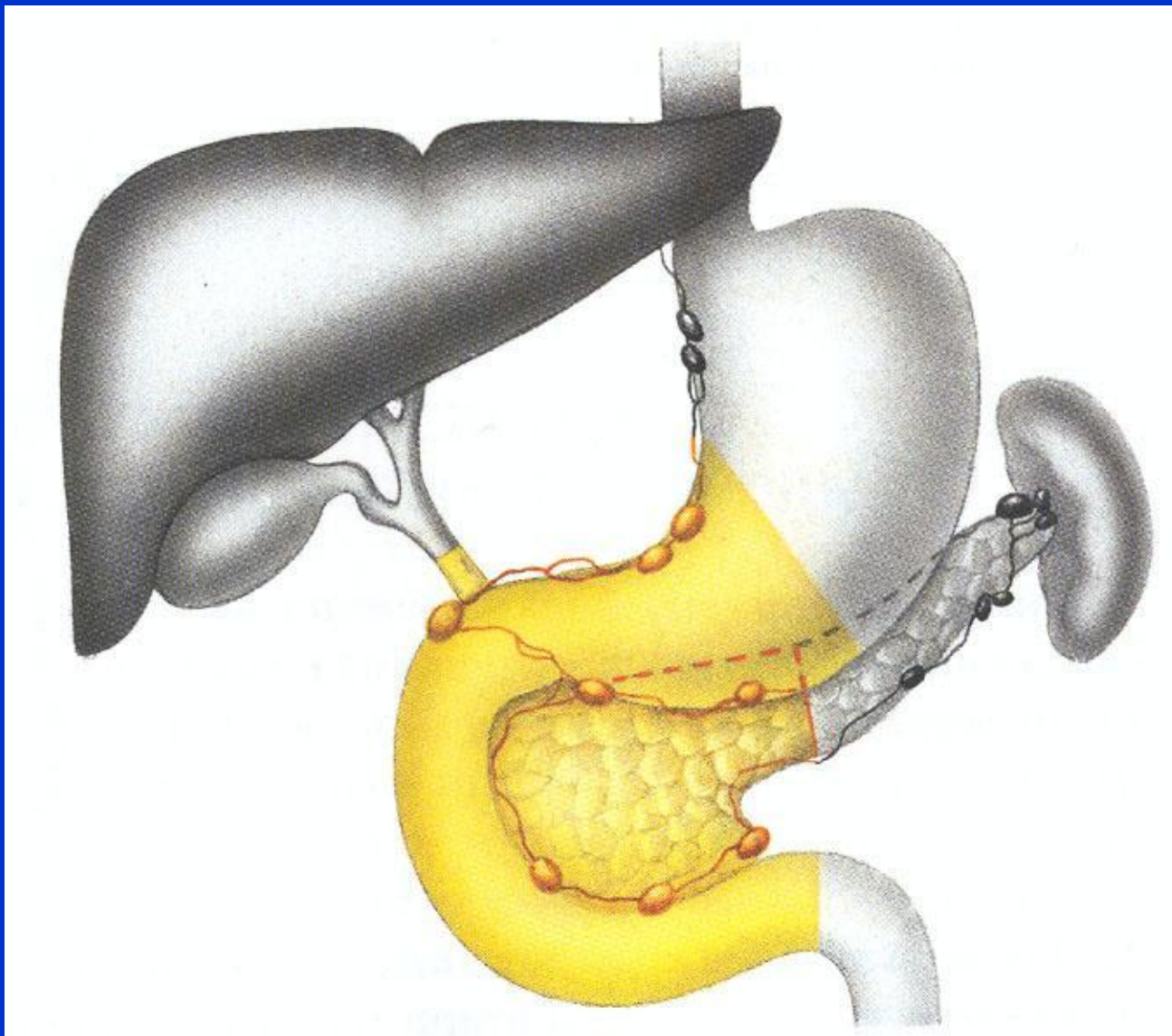
Диагностика

- в. Лабораторные исследования.
- У 80% больных повышена активность щелочной фосфатазы в сыворотке.
- уровни КЭАг, ЛДГ и сывороточной глутаматоксалоацетат трансминазы повышается у 65% больных.
- а у 25% - высокие уровни амилазы в крови и в моче.
- Анемия и лейкоцитоз указывают на распад опухоли.
- Отсутствие свободной соляной кислоты в желудке является результатом непоступления в 12-перстную кишку панкреатического сока
- содержание билирубина в сыворотке крови и в моче резко увеличивается.
- положительной пробы на эфирорастворимый билирубин.
- значение имеет определение щелочной фосфотазы и трансамилазы в сыворотке (повышается при начальных стадиях заболевания).

Диагностика

- Исследования кала показывают недостаточную перевариваемость пищи.
- чувствительность *карциноэмбрионального антигена (КЭА)*, составляет 80%, а специфичность - 90%).
- Определенное значение в настоящее время придается *изотопному скенированию с помощью 75-селенометионина и ультразвуковому скенированию.*
- Проводится разработка перкутанной биопсии - введение игл через брюшную стенку в опухоль, но имеется опасность повреждения полых органов.
- *Ангиография* может выявить смещение или сдавление поджелудочной артерии или артерии двенадцатиперстной кишки. Венозная фаза может быть особенно информативной при закупорке верхней брыжеечной или селезеночной вен.
- *Проба со стимуляцией секретин*ом выявляет снижение объёма панкреатической секреции при нормальном содержании ферментов и бикарбоната

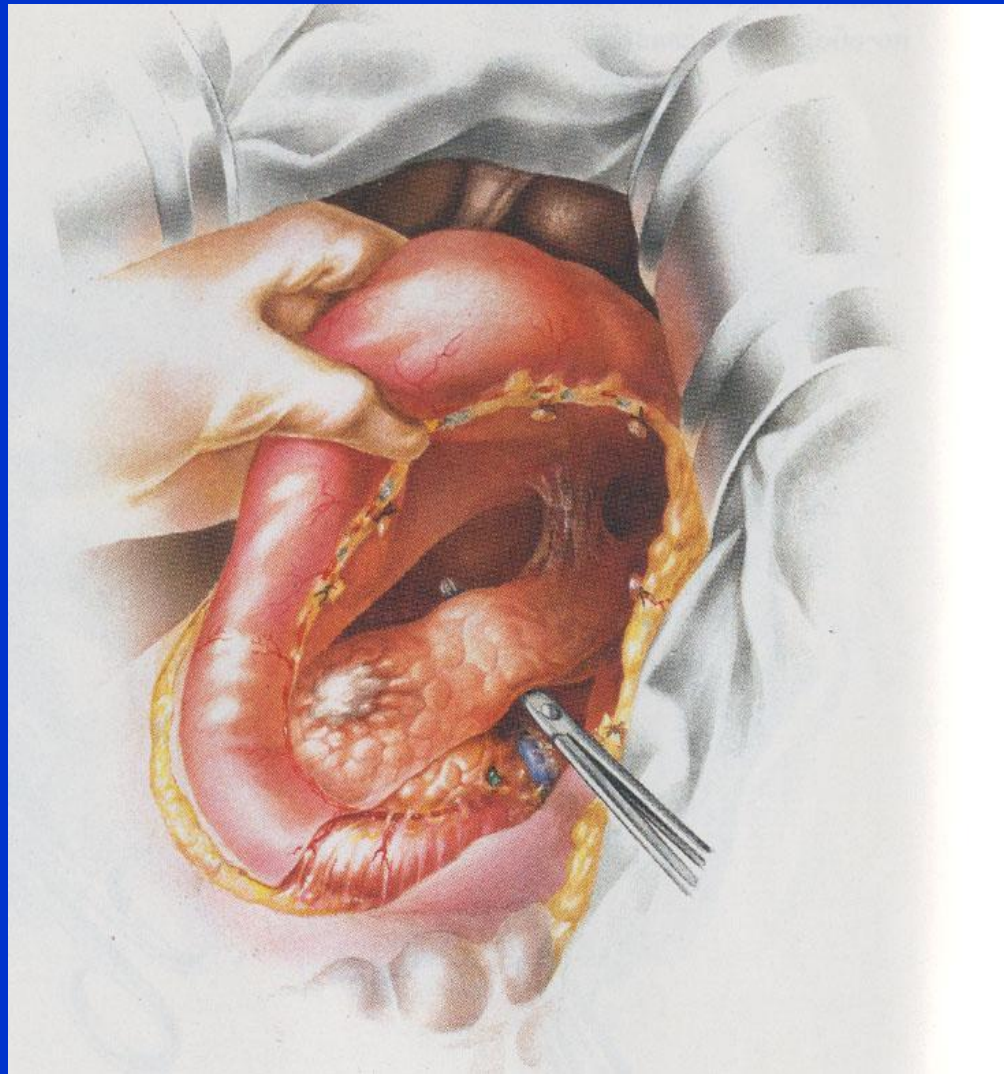
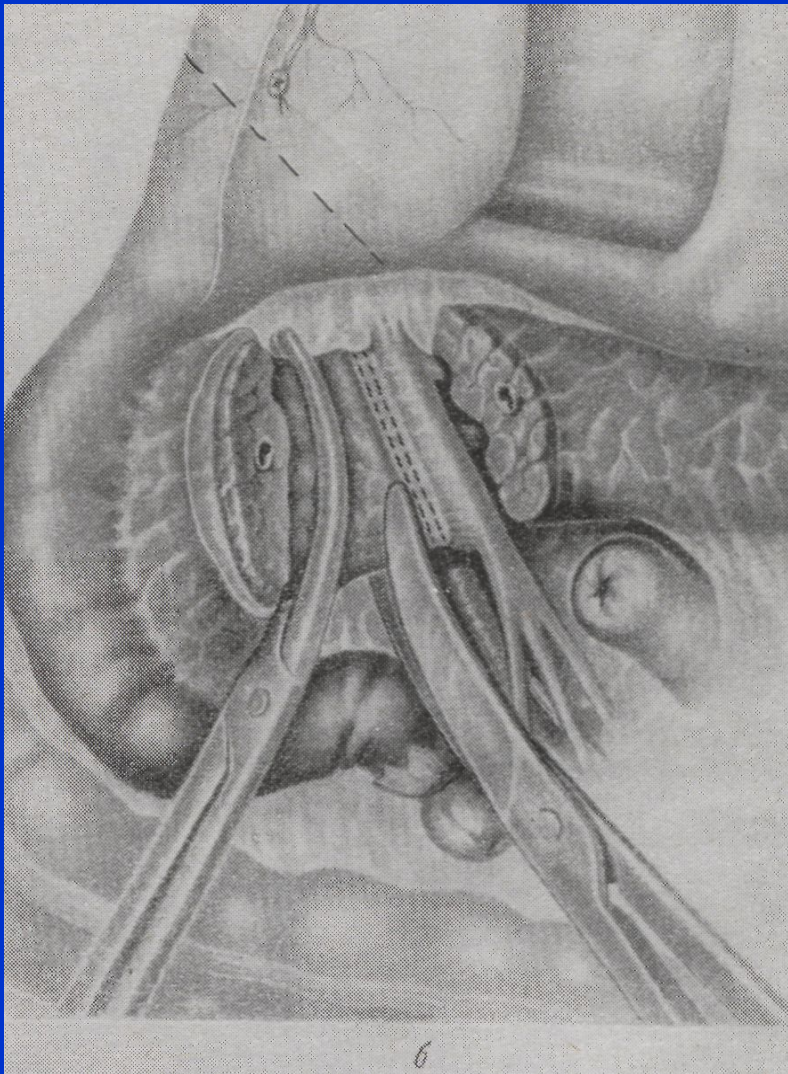
Лечение



Панкреатодуоденальная резекция (схема)

Лечение

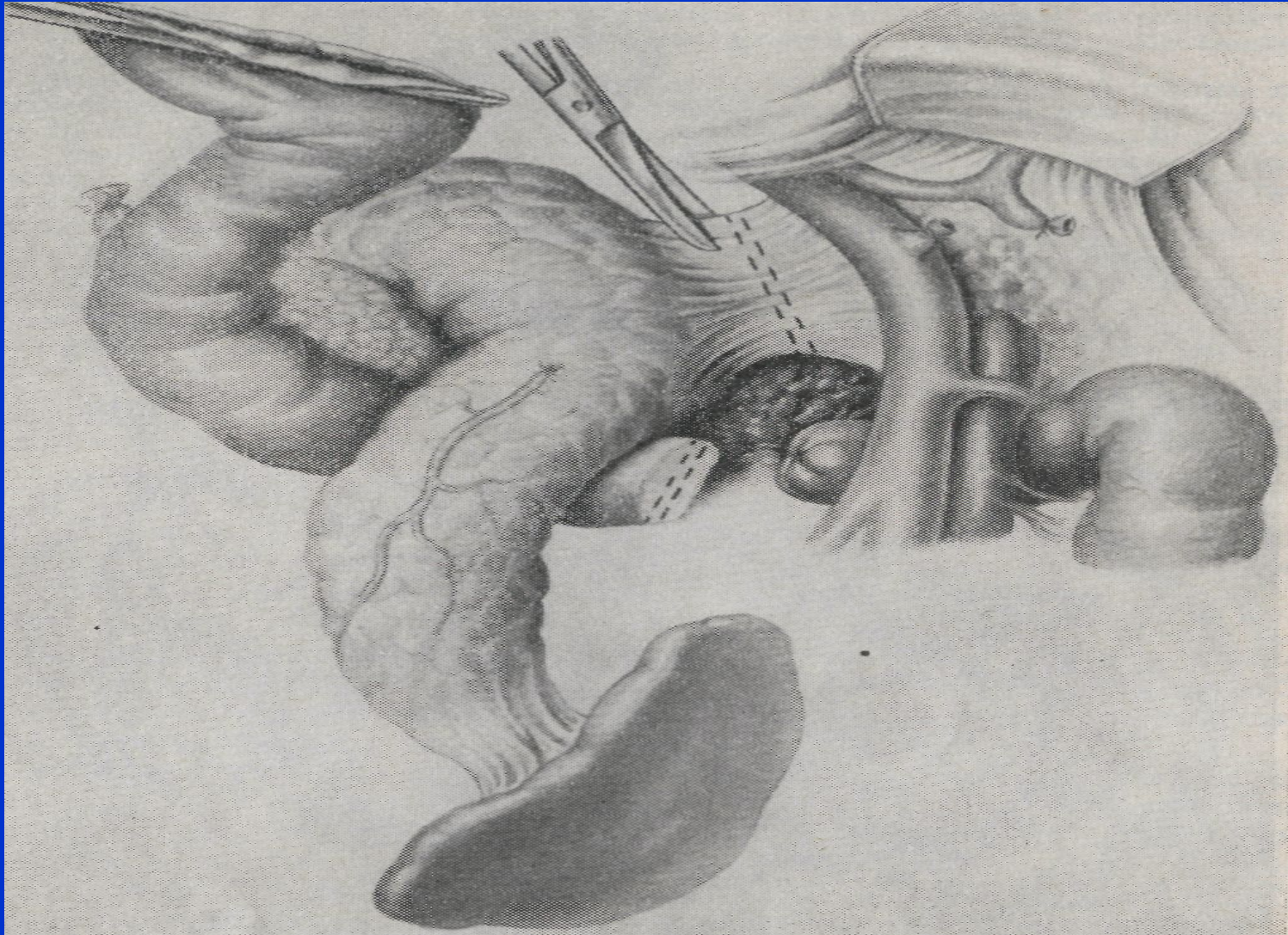
A



Панкреатодуоденальная резекция

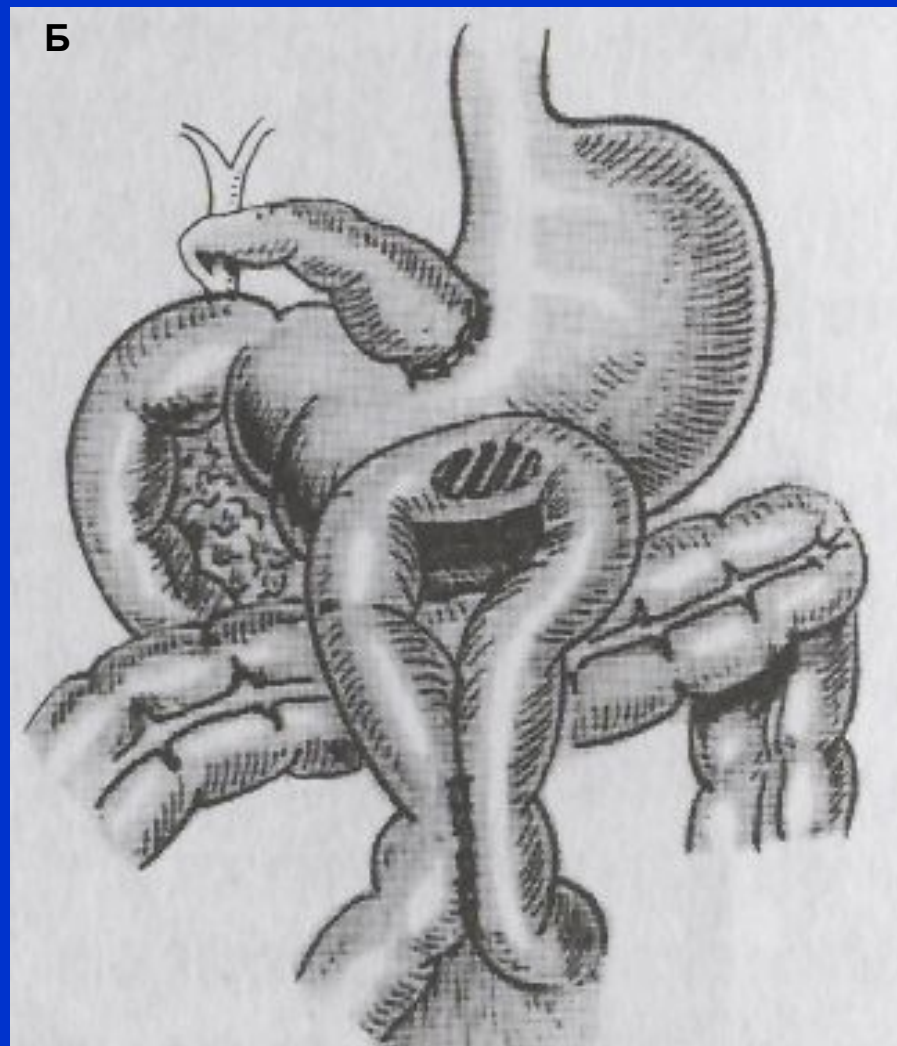
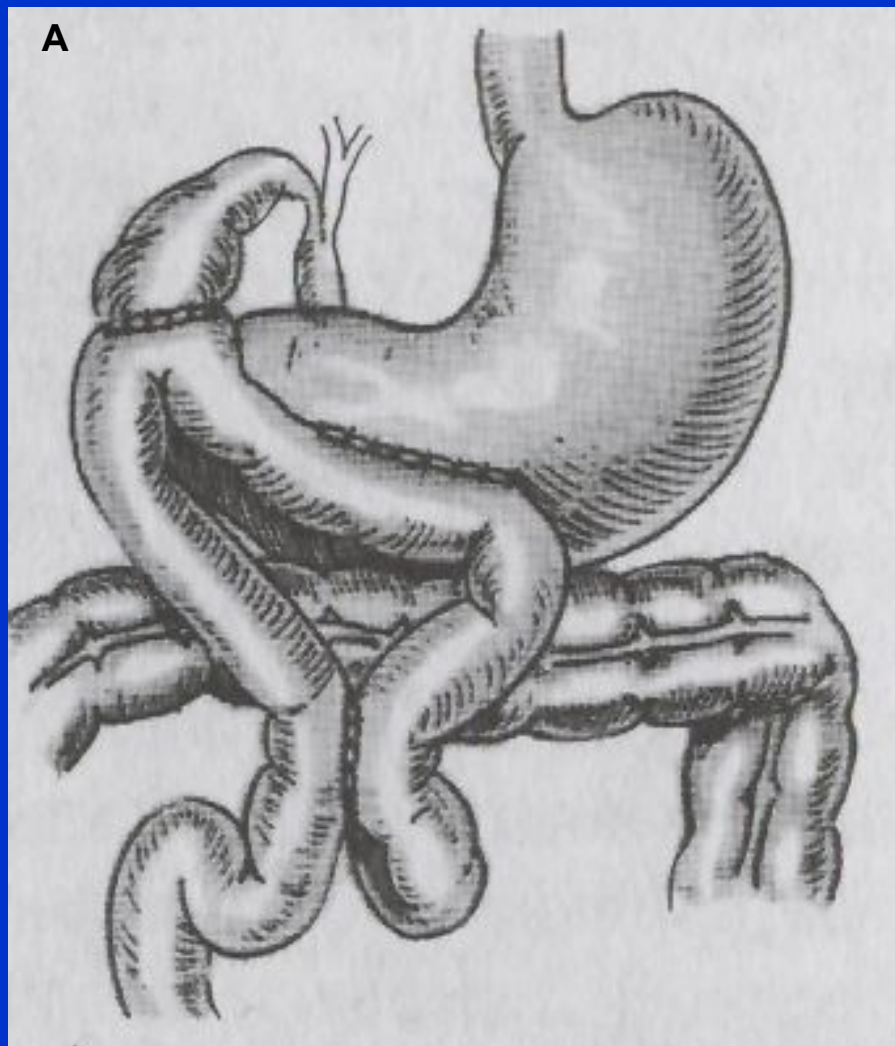
Лечение

Б



Б. Тотальная панкреатэктомия.

Лечение



Паллиативные операции при раке головки поджелудочной железы

Благодарю за внимание!

