



РАК ПЕЧЕНИ И РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ЛЕКЦИЯ ДЛЯ СТУДЕНТОВ VI КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

РАК ПЕЧЕНИ

Входит в десятку наиболее распространенных злокачественных опухолей человека

РАК ПЕЧЕНИ



```
graph TD; A[РАК ПЕЧЕНИ] --> B[ПЕРВИЧНЫЙ]; A --> C[ВТОРИЧНЫЙ];
```

ПЕРВИЧНЫЙ

(из собственных клеток печени)

ВТОРИЧНЫЙ

*(Как результат
метастазирования в печень
опухолей другой локализации.
Встречается в 50-60 раз чаще)*

СТАТИСТИКА РАКА ПЕЧЕНИ

- ▣ В Европе среди всех опухолей – 1,2%
- ▣ В Малайзии - 41,6%
- ▣ В Африке - 50,9%
- ▣ В России - 0,3%
- ▣ Россия (Зап. Сибирь) - 24%
- ▣ На 100 000 населения:
- ▣ Япония – 15,07
- ▣ Италия – 11,77
- ▣ Германия, Австрия – 8,8 – 9,09

РАК ПЕЧЕНИ



Первичный рак печени
занимает 7 место по частоте
возникновения

Мозамбик, Мали, ЮАР - самая частая злокачественная опухоль.
Заболеваемость более 30,0 на 100000 населения.

Гонконг, Япония, Сингапур, Новая Зеландия - занимает 3 место
по частоте после рака желудка и легкого

РАК ПЕЧЕНИ



В Российской Федерации первичный рак печени составляет 3-5% в общей структуре злокачественных новообразований.

Максимальная заболеваемость отмечается в Республике Саха (Якутия) - 17,2 на 100000 населения. Мужчины болеют примерно в 2 раза чаще, чем женщины

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ПЕЧЕНИ

1. ГЕЛЬМИНТНАЯ ИНВАЗИЯ (ОПИСТОРХОЗ)
2. АФЛАТОКСИН
3. НОСИТЕЛЬСТВО ВИРУСА В
4. ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ
5. ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ
6. КУРЕНИЕ В СОЧЕТАНИИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ
7. БЕСКОНТРОЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНТРАЦЕПТИВОВ
8. ГЕМОХРОМАТОЗ
9. ПОЛИХЛОРИРОВАННЫЕ ДИФЕНИЛЫ, ХЛОРИРОВАННЫЕ
УГЛЕВОДОРОДНЫЕ РАСТВОРИТЕЛИ
10. ДЛИТЕЛЬНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АНАБОЛИЧЕСКИХ
СТЕРОИДОВ
11. АЛКАЛОИД КРЕСТОВНИКА ЯКОБА

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ПЕЧЕНИ



ОПИСТОРХОЗ

Кошачья (сибирская) двууска распространена в речных бассейнах Днепра, Камы, Волги, Дона, Северной Двины, Печеры, Невы, Оби, Иртыша.

Хроническая глистная инвазия приводит к повреждению эпителия желчных протоков присосками гельминта, усилению пролиферации и появлению аденоматозных разрастаний. Нарушается структура и функция клеточных мембран, обменные процессы в клетках. За счет скопления в протоках червей и слущенного эпителия развивается холестаз и длительный контакт вторичных желчных кислот с клетками-мишенями.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ПЕЧЕНИ



АФЛАТОКСИН В

Продукт жизнедеятельности плесневого грибка *Aspergillus flavus*

Высокий риск заболевания первичным раком печени у жителей Южной Африки, Юго-восточной Азии. Является этиологическим фактором рака внутрипеченочных желчных путей.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ПЕЧЕНИ

НОСИТЕЛЬСТВО ВИРУСА В

Вирус интегрируется в хромосомную ДНК хозяина, вызывая хромосомные деления и транслокации, влияющие на рост и дифференцировку клеток. Носительство HBV имеет прямую корреляцию с распространенностью первичного гепатоцеллюлярного рака печени.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ПЕЧЕНИ

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ

КУРЕНИЕ В СОЧЕТАНИИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ
АЛКОГОЛЯ

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ПЕЧЕНИ

ГЕМОХРОМАТОЗ

ПОЛИХЛОРИРОВАННЫЕ ДИФЕНИЛЫ,
ХЛОРИРОВАННЫЕ УГЛЕВОДОРОДНЫЕ
РАСТВОРИТЕЛИ

ДЛИТЕЛЬНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АНАБОЛИЧЕСКИХ
СТЕРОИДОВ

АЛКАЛОИД КРЕСТОВНИКА ЯКОВА



КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ПЕЧЕНИ

1. УЗЛОВАЯ ФОРМА (60-85% всех случаев ПРП)

а. *уницентрическая*

б. *мультицентрическая*

2. МАССИВНАЯ ФОРМА (ок. 25% всех случаев ПРП)

а. *одиночный узел*

б. *с саттелитами*

в. *полостная форма*

3. ДИФФУЗНАЯ ФОРМА

4. ЦИРРОЗ-РАК (часто рассматривается как одна из форм диффузного ПРП)

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ПЕЧЕНИ

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ

- ▣ Гепатоцеллюлярный рак (65-80%)
- ▣ Холангиоцеллюлярный рак (15-25%)
- ▣ цистаденокарцинома
- ▣ Смешанный гепато-холангиоцеллюлярный рак
- ▣ гепатобластома
- ▣ Анаплазированный рак

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ

- ▣ лимфосаркома
- ▣ гемангиосаркома
- ▣ Саркома из других тканей

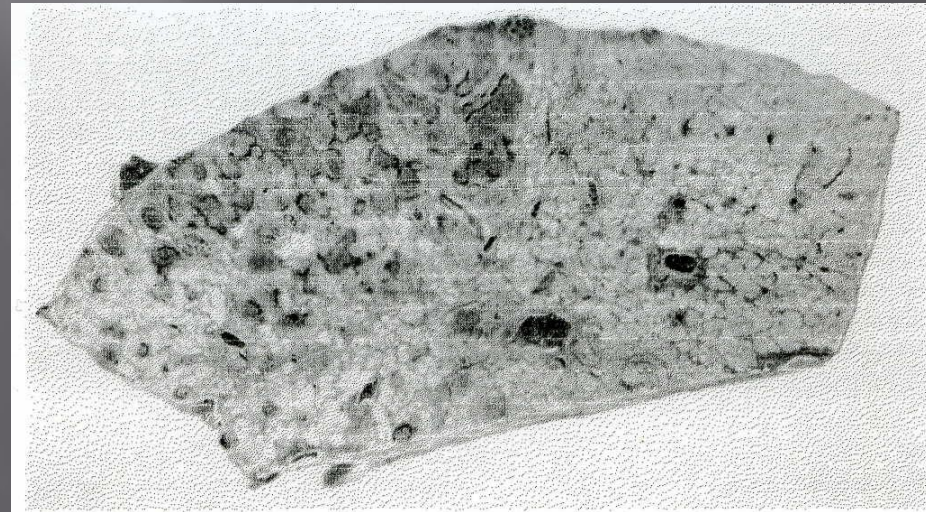
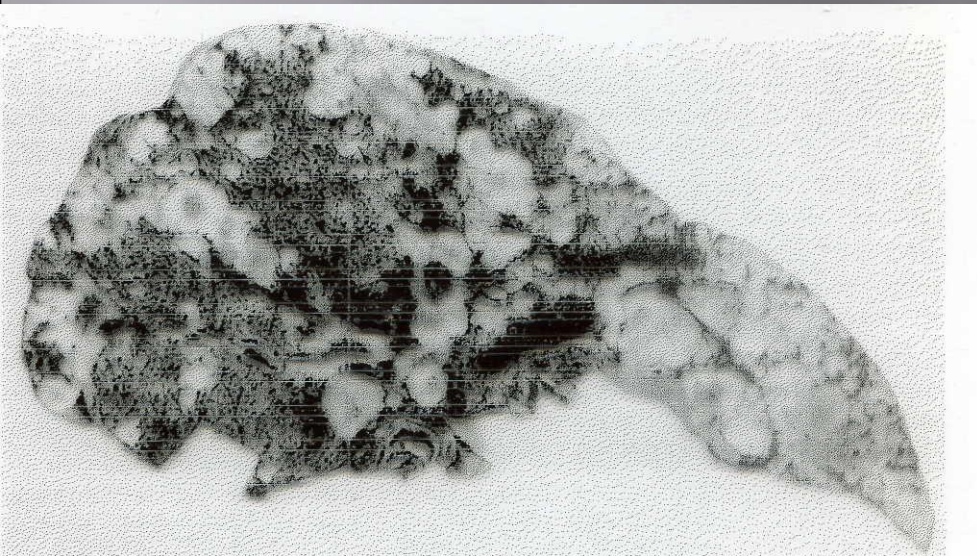
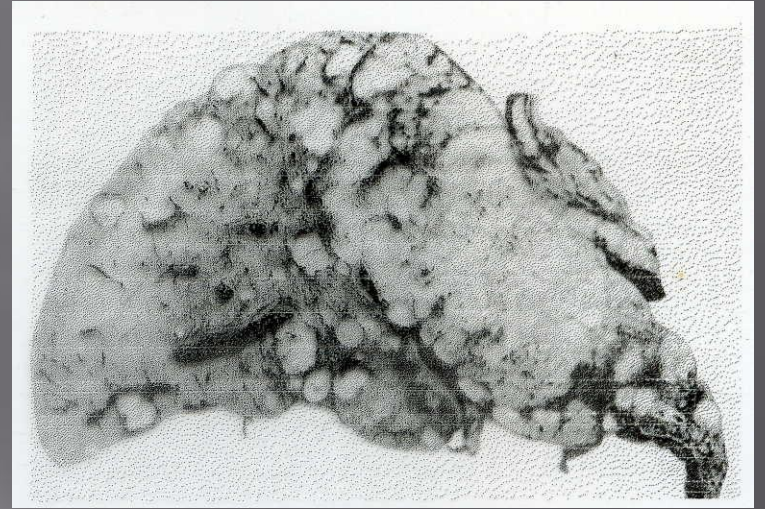
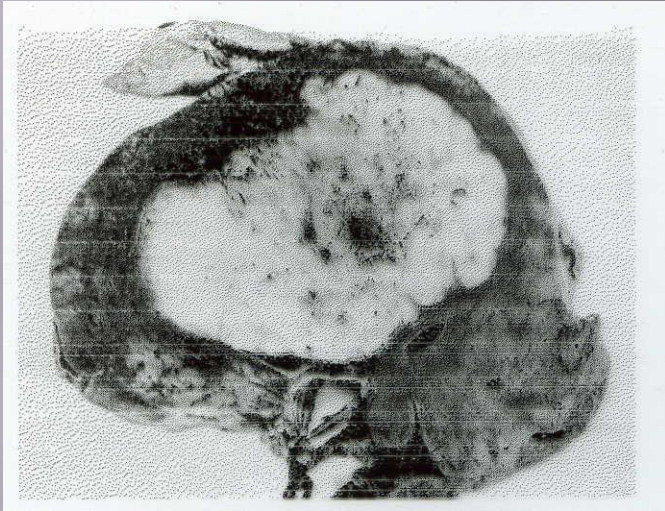
ЭМБРИОНАЛЬНЫЕ

- ▣ Тератома

РЕДКИЕ ПЕРВИЧНЫЕ ОПУХОЛИ

- ▣ Первичная меланома
- ▣ гипернефрома
- ▣ Кациноид (APUD - система)

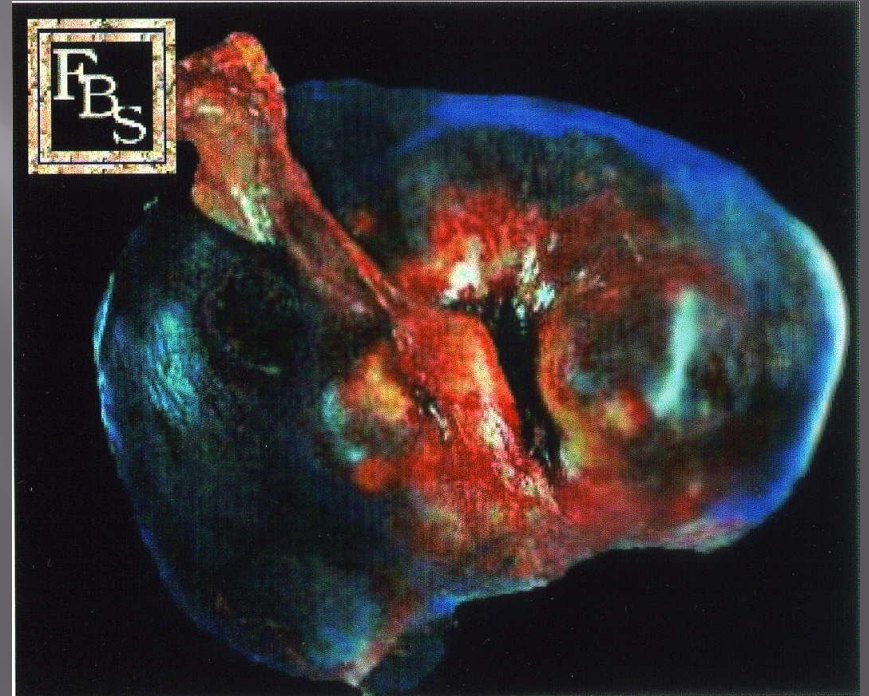
РАК ПЕЧЕНИ



HEPAR CANCER



Hepatocellular cancer



Cholangiocellular cancer

МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ РАКА ПЕЧЕНИ

Метастазы в собственные лимфатические узлы и лимфатические узлы гепато-дуоденальной связки обнаруживаются у половины больных, умерших от ПРП.

Отдаленные метастазы встречаются в ткани печени, легких (10%), ребрах и позвоночнике (1,5-5,0%), надпочечники, поджелудочную железу, почки.

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ПЕЧЕНИ ПО СИСТЕМЕ TNM

T_x – недостаточно данных для определения размеров опухоли

T₀ – первичная опухоль не определяется

T₁ – солитарная опухоль без инвазии сосудов

T₂ – солитарная опухоль с сосудистой инвазией или множественные опухоли не более 5 см в наибольшем измерении

T₃ – множественные опухоли более 5 см в наибольшем измерении или солитарная опухоль, вовлекающая большую ветвь воротной или печеночной вены

T₄ – опухоль(и) прорастающая в соседние анатомические структуры, кроме желчного пузыря или перфорирующая висцеральную брюшину

N_x – нет данных о поражении регионарных лимфатических узлов

N₀ – нет поражения регионарных лимфатических узлов

N₁ – в регионарных лимфатических узлах имеются метастазы

M₀ – нет отдаленных метастазов

M₁ – имеются отдаленные метастазы

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАКА ПЕЧЕНИ

А. НАЛИЧИЕ ПАЛЬПИРУЕМОЙ ОПУХОЛИ

Б. МЕСТНЫЕ СИМПТОМЫ

1. Гепатомегалия
2. Желтуха
3. Асцит

В. ОБЩИЕ СИМПТОМЫ

1. Интоксикация

- ▣ слабость
- ▣ снижение аппетита
- ▣ потеря в весе
- ▣ депрессия

2. Паранеоплазии

- ▣ гипогликемия
- ▣ коагулопатия
- ▣ энцефалопатия
- ▣ Кожный зуд

С. СИМПТОМЫ ОСЛОЖНЕНИЙ И ИНТОКСИКАЦИИ

- ▣ лихорадка
- ▣ кровотечение
- ▣ другие

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ПЕЧЕНИ

(по В.С. Шапкину)

Типичный рак - характерны общие симптомы: слабость, снижение веса, аппетита. Характерно увеличение размеров печени, боль в подреберье, позднее печеночная недостаточность, портальная гипертензия.

Цирроз-рак - развивается на фоне цирроза. Клиника как при циррозе.

Осложненный рак - на фоне благополучия проявляются осложнения рака: кровотечение, механическая желтуха и т.п.

Маскированный рак - проявляется признаками вторичного поражения костей, легких, головного мозга.

Бессимптомный рак.

Фиброламельлярный рак - развивается в молодом возрасте у лиц не страдающих циррозом. Характерно преобладание стромы в морфологической картине, накопление медьсодержащих белков и В12-связывающих белков. Растет медленно и лучше поддается лечению.

ДИАГНОСТИКА (скрининг) ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ



+ АФП

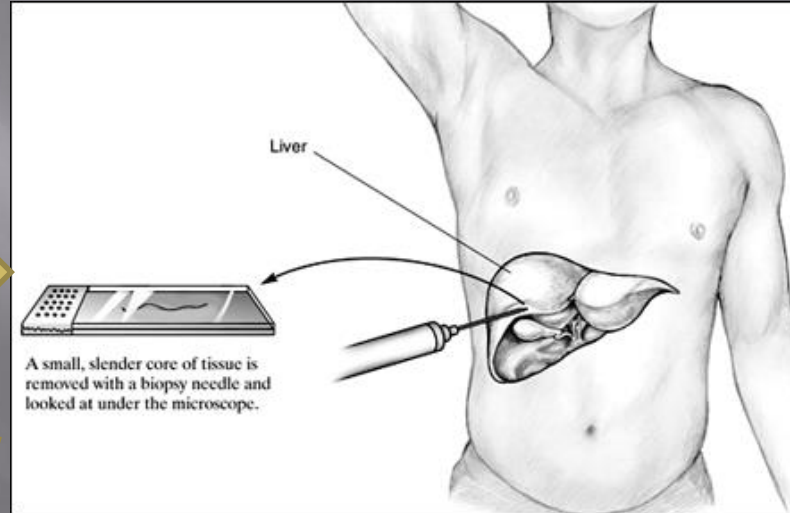
*Выявление метастатических опухолей печени основано на иммуногистохимическом и инструментальном мониторинге больных, ранее получавших лечение по поводу опухолей других локализаций

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ:

- 1) Есть ли очаговые изменения в печени;
- 2) Являются ли выявленные изменения опухолью;
- 3) Какова природа (злокачественная или доброкачественная) и характер (первичный или метастатический) опухолевого поражения;
- 4) Какова морфологическая структура новообразования;
- 5) Какова локализация опухоли в печени: долевая, сегментарная;
- 6) Имеется ли поражение «портальных» и или «кавальных» ворот печени;
- 7) Есть ли инвазия опухолью в окружающие печень структуры и органы;
- 8) Каково состояние лимфатических узлов;
- 9) Имеются ли отдаленные метастазы;
- 10) Имеется ли асцит.

Стандартный диагностический комплекс при раке печени

УЗИ



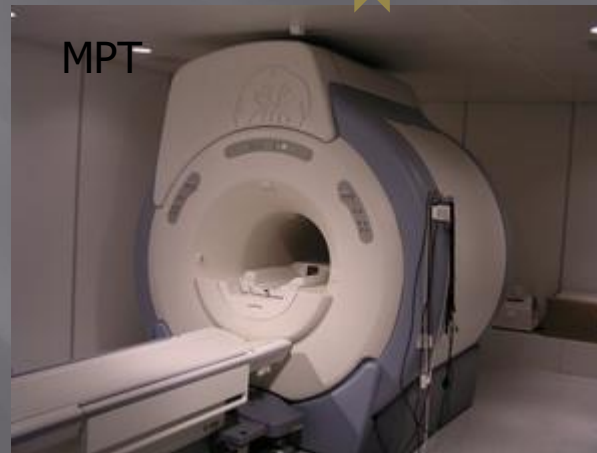
Исследование маркеров крови

+

РКТ



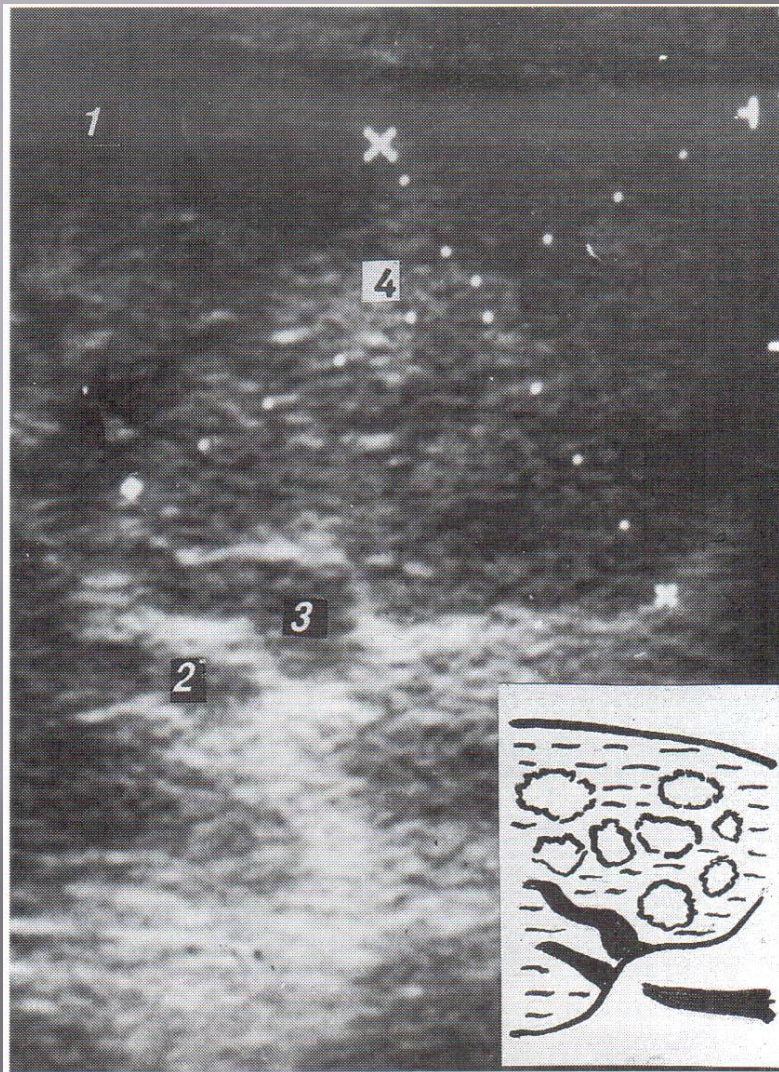
МРТ



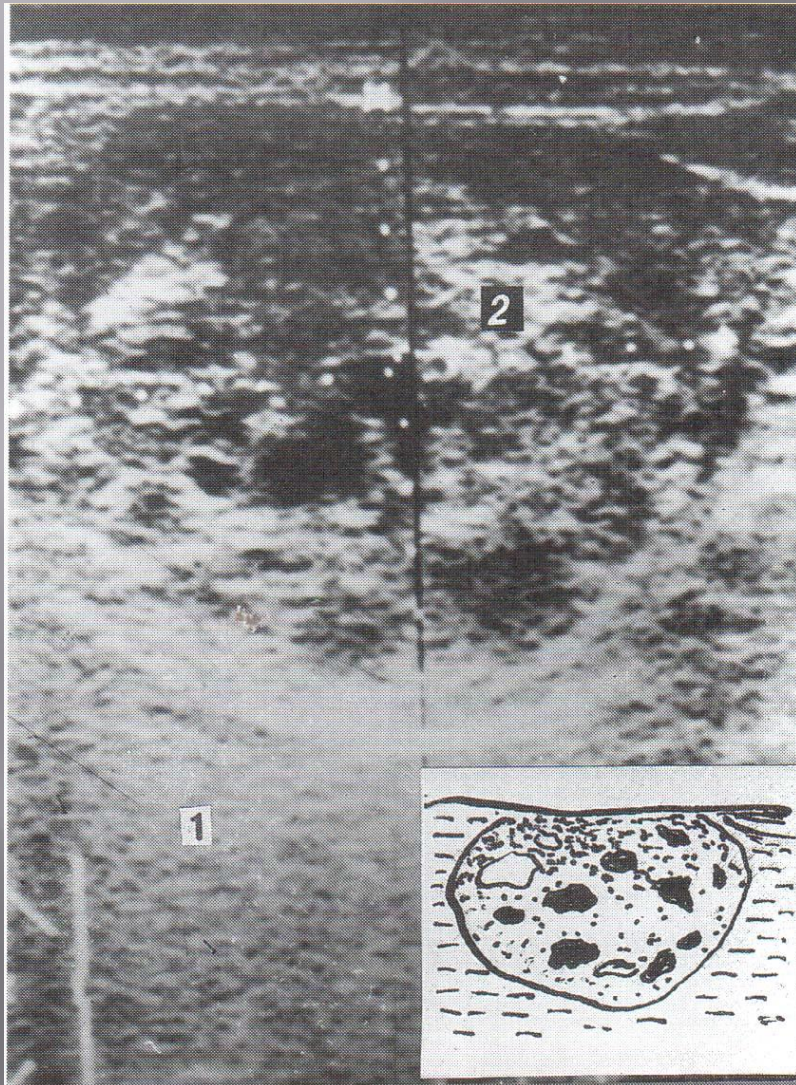
ПЭТ



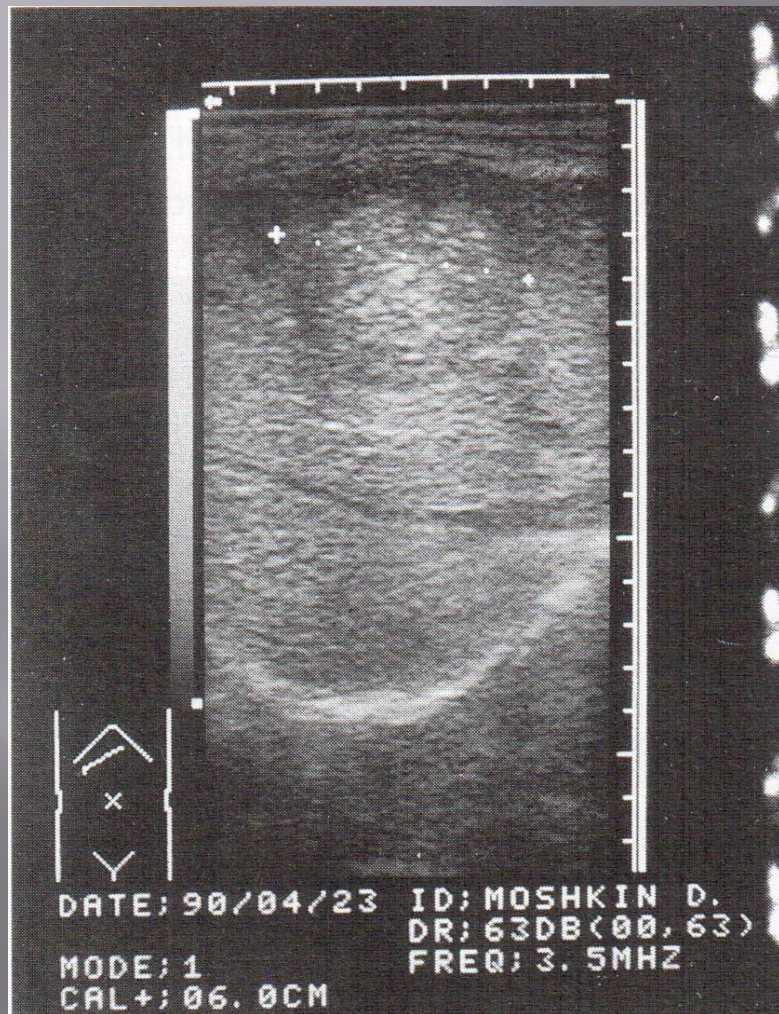
УЗИ. ПЕРВИЧНЫЙ РАК ПЕЧЕНИ



УЗИ. ПЕРВИЧНЫЙ РАК ПЕЧЕНИ



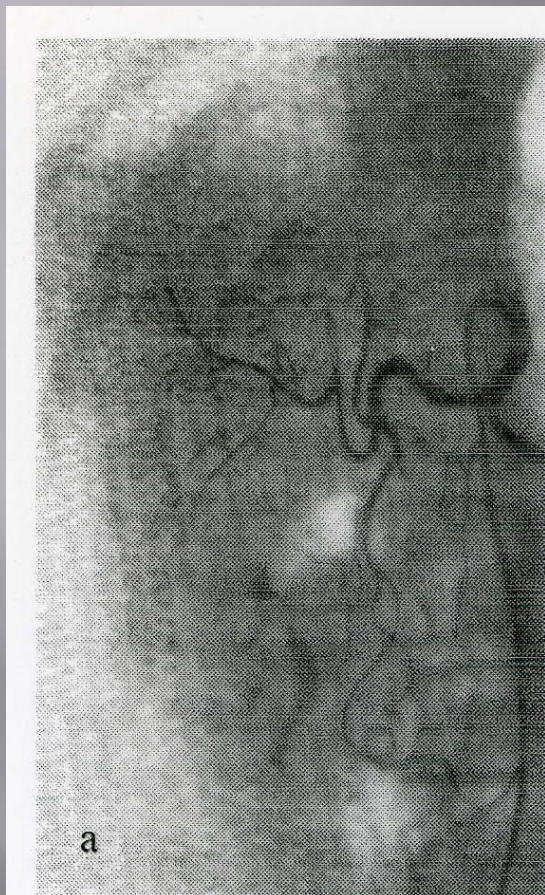
УЗИ ПЕРВИЧНЫЙ РАК ПЕЧЕНИ



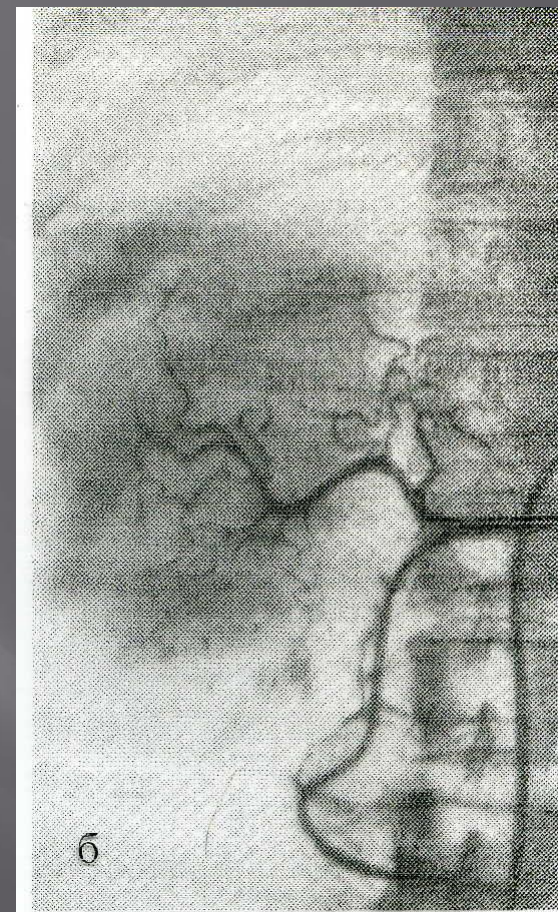
*Эхонегативная окантовка
вокруг опухоли*

АНГИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

ЦЕЛИАКОГРАФИЯ

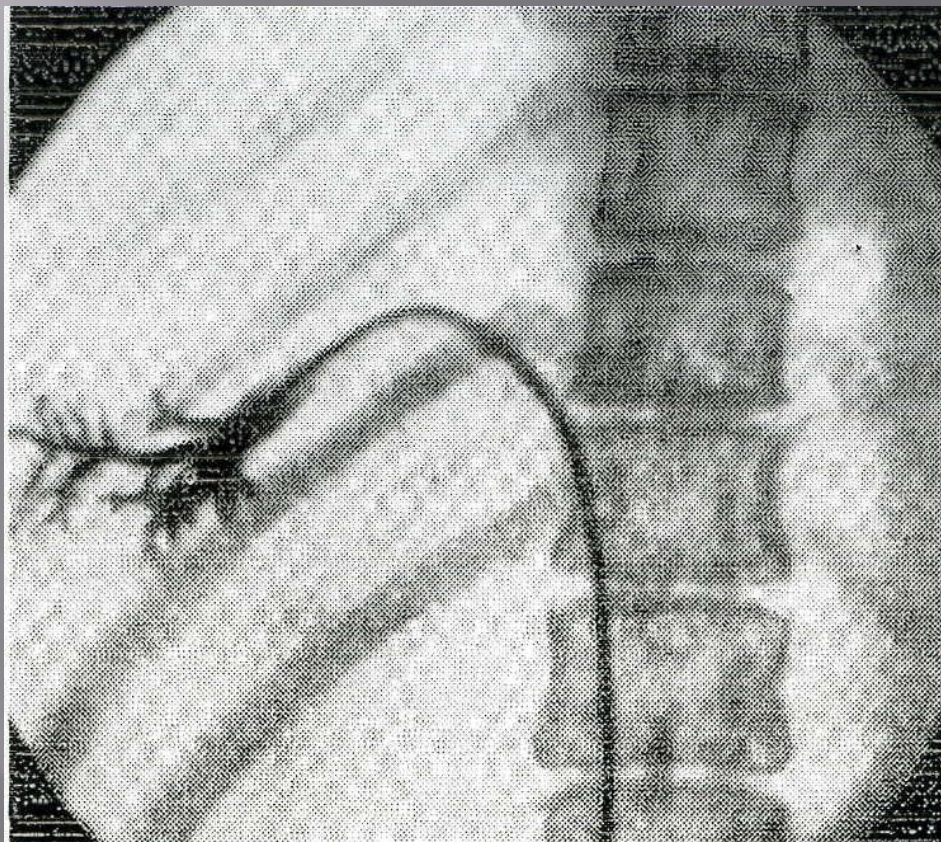


Неизменный рисунок
внутрипеченочных ветвей
печеночной артерии



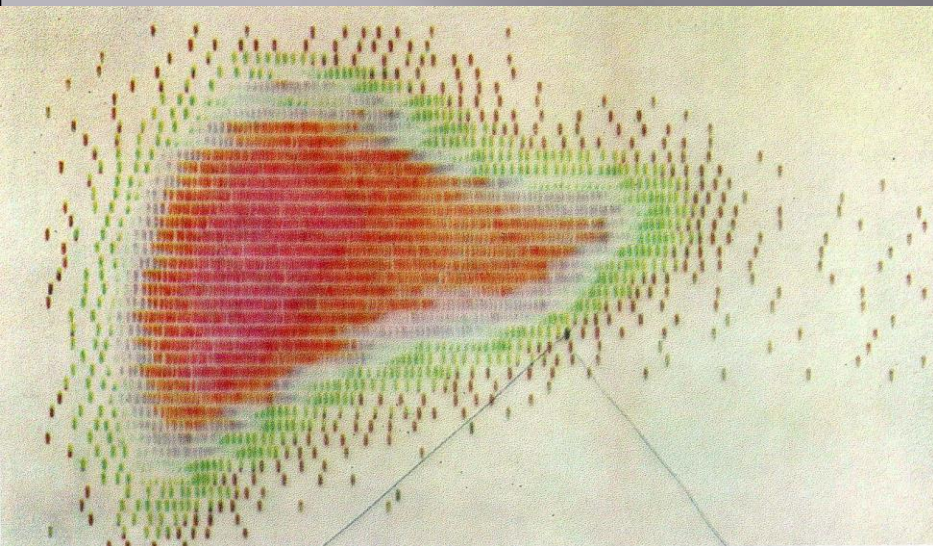
Хаотичное расположение
сосудов в IV сегменте

АНГИОГРАФИЯ
В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ
КАВАГРАФИЯ

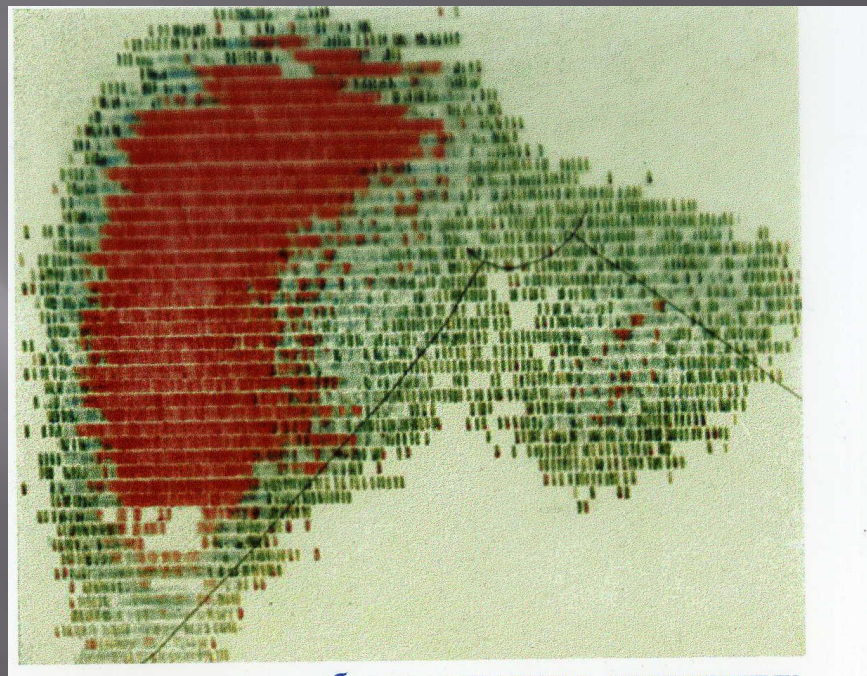


«Ампутация» нижних ветвей верхней правой
печеночной артерии в зоне опухоли

СКЕНИРОВАНИЕ ПЕЧЕНИ

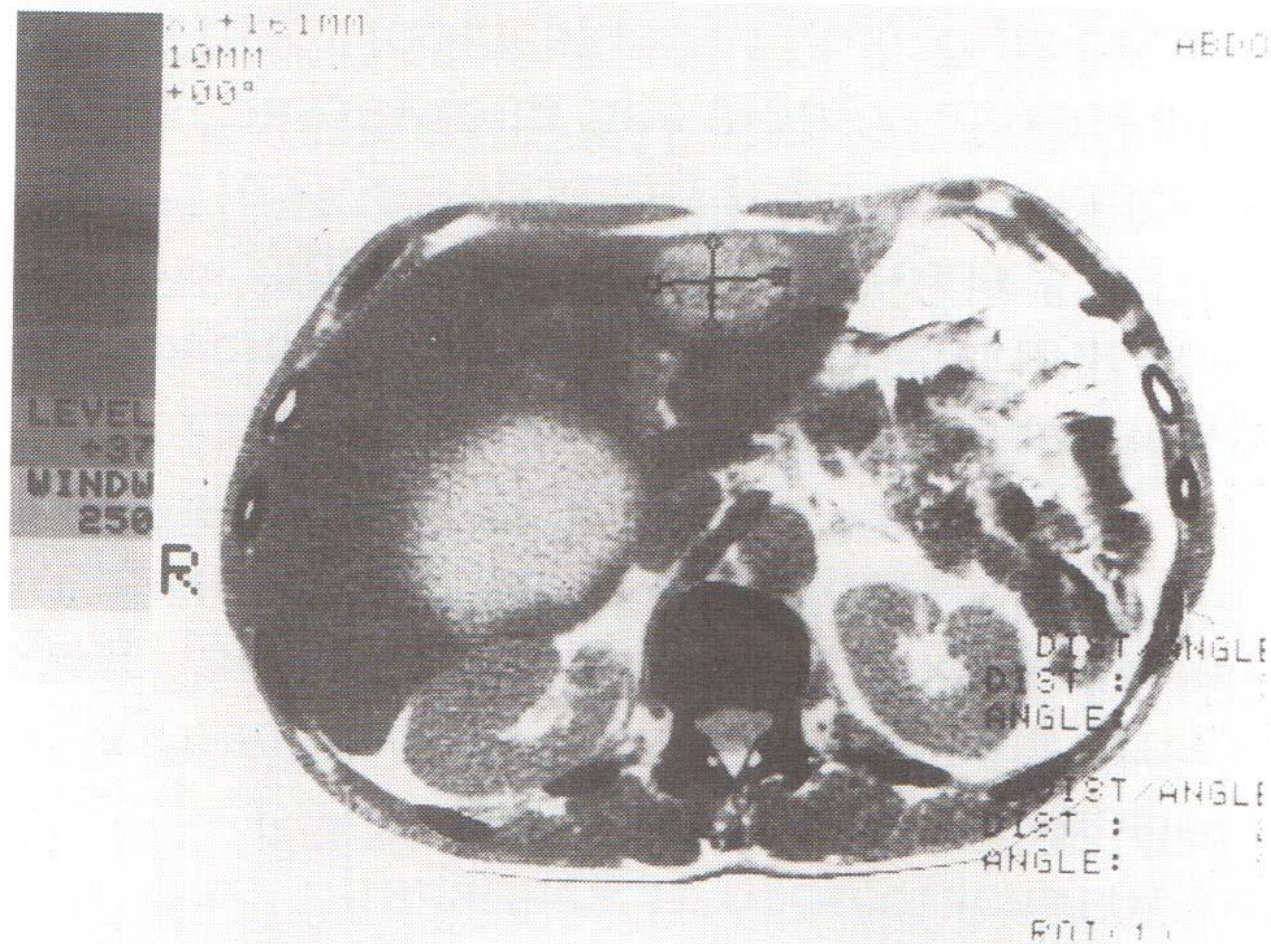


норма

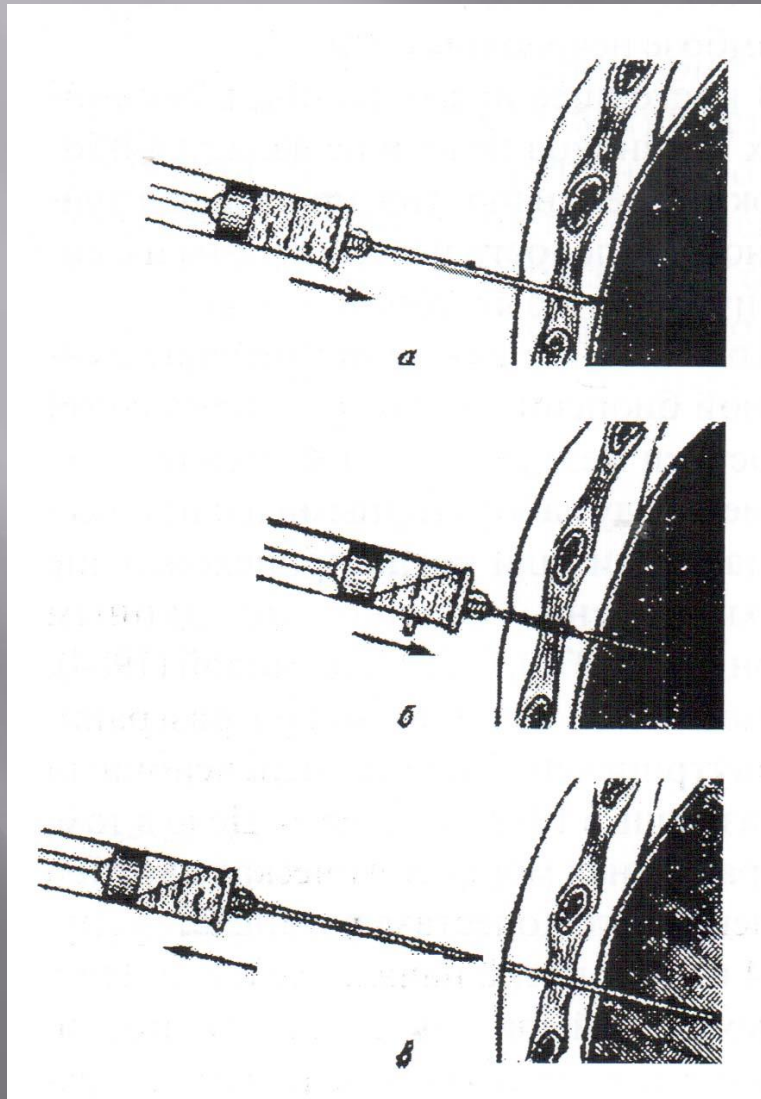


Холодная зона в области сегментов, пораженных опухолью

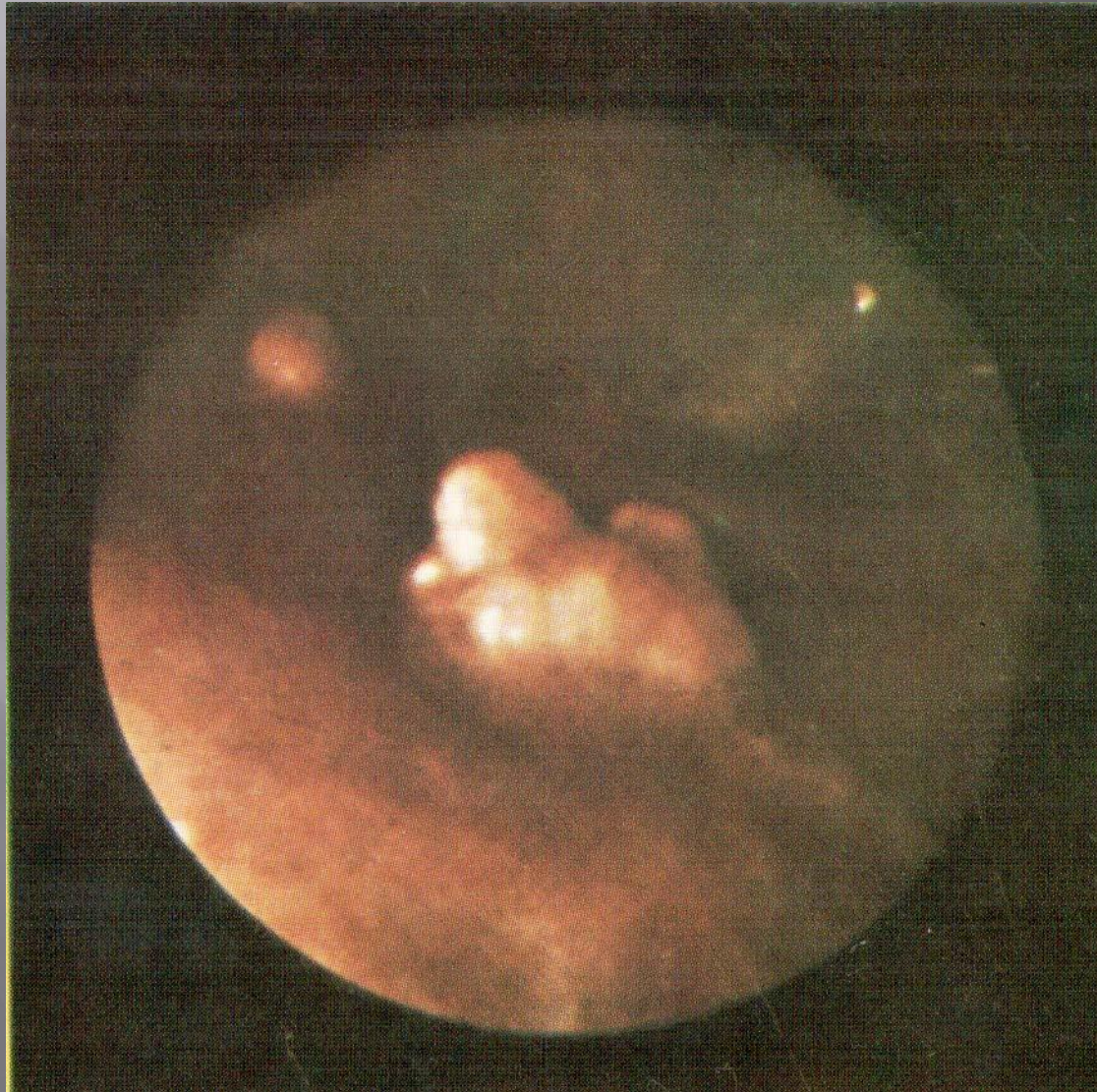
Компьютерная томография Первичный рак печени



ИГЛА МАНЧИНИ



Фотолапароскопия первичный рак печени



Фотолапароскопия метастатический рак печени



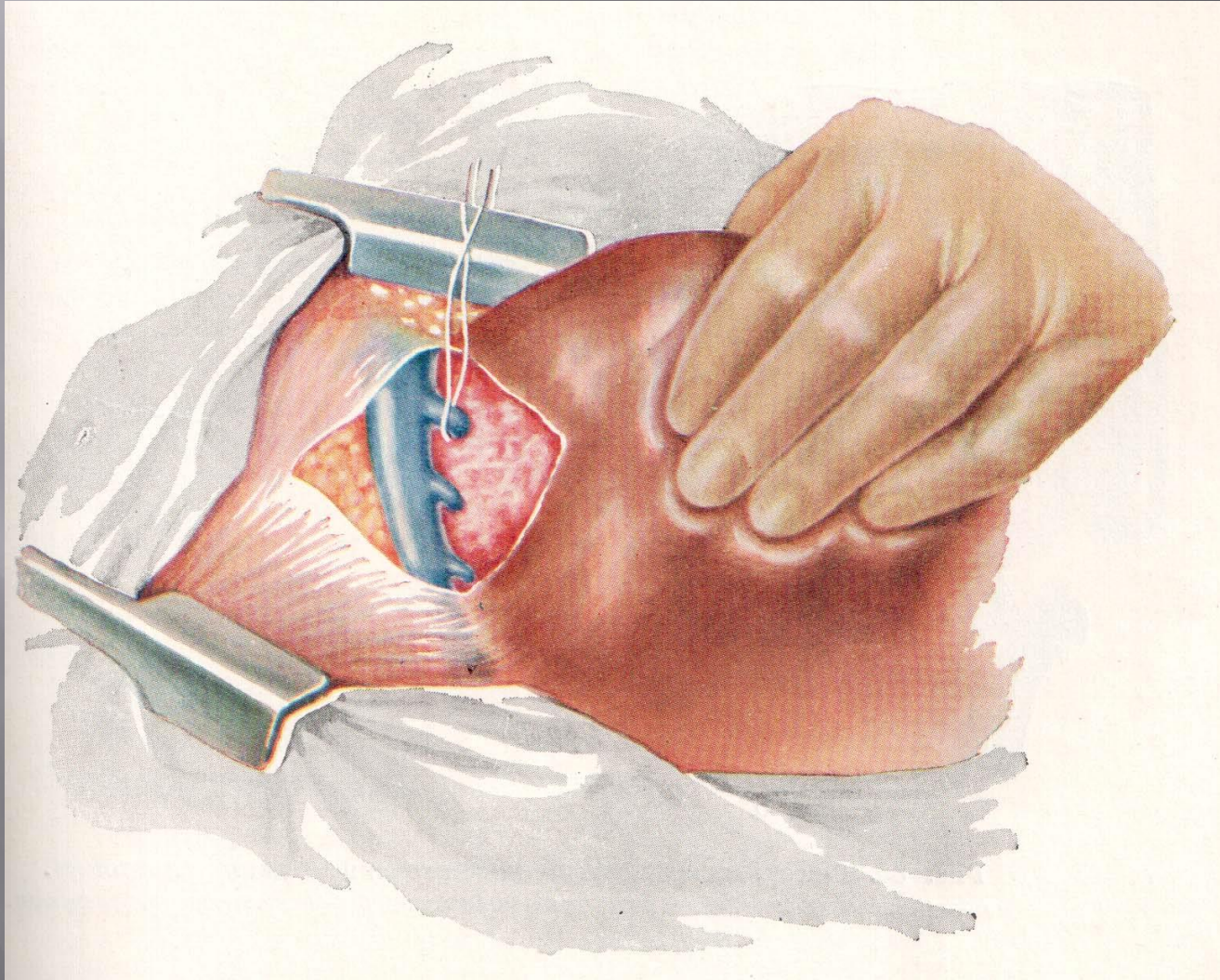
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ

- **Хирургическое лечение:** резекция печени, гепатэктомия с ортотопической трансплантацией печени
- **Локальное аблативное и циторедуктивное лечение:** радиочастотная абляция (РЧА) опухоли, криодеструкция, микроволновая фокусная деструкция, ультразвуковая фокусная деструкция, другие виды локального циторедуктивного лечения, сочетанное локальное циторедуктивное лечение
- **Внутрисосудистое чрескатетерное (ретгеноэндovasкулярное) лечение:** химиоэмболизация печёночной артерии (ХЭПА), масляная химиоэмболизация печёночной артерии (МХЭПА), регионарная радиотерапия, сочетанное внутрисосудистое чрескатетерное лечение
- **Системное лекарственное лечение:** цитостатическая химиотерапия, иммунотерапия, гормональное лечение, биотерапия (генная терапия, противоопухолевая вакциноterapia)

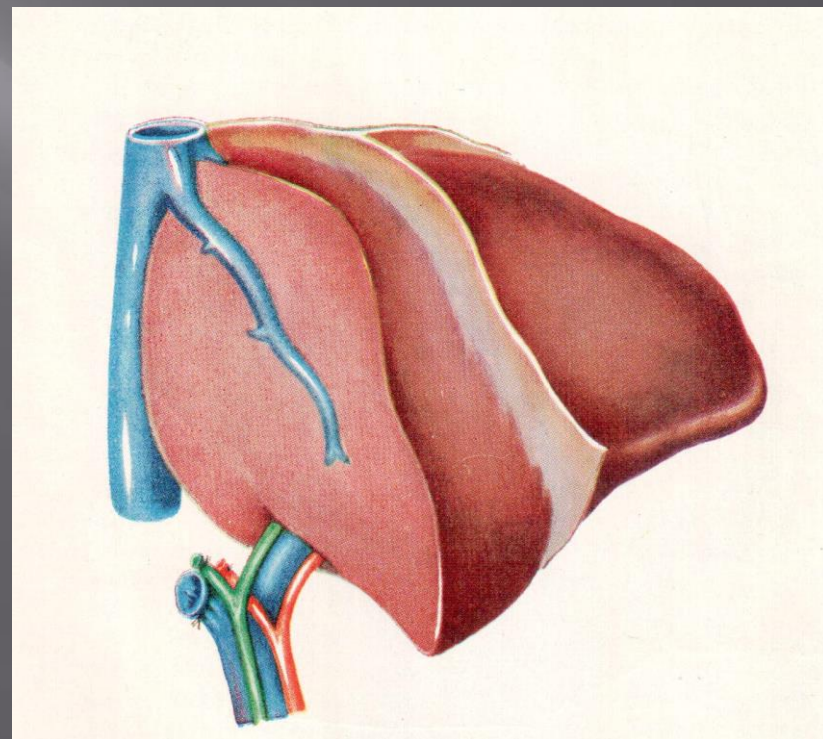
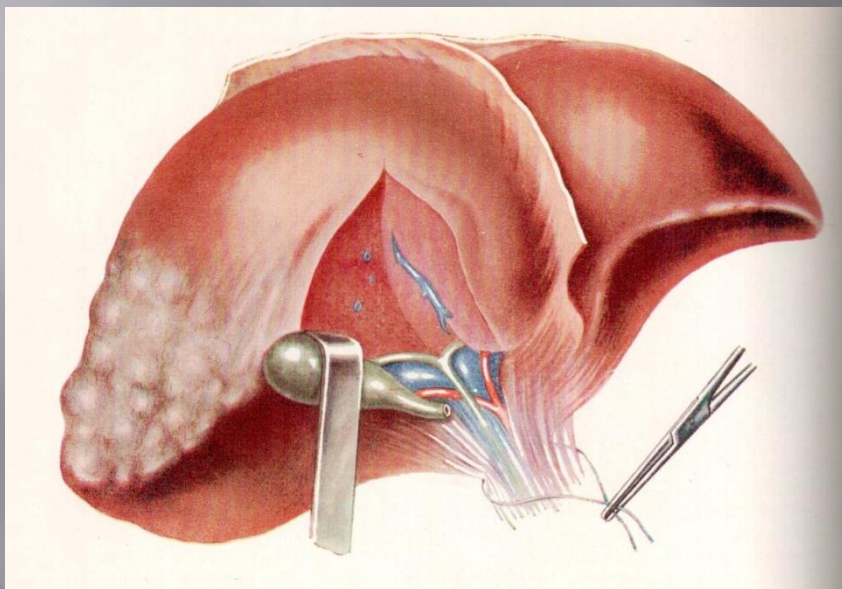
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- ▣ Резекция печени (воротный метод - Лорта-Жакоба 1952; фиссуральный –Тон Тхат Тунг 1963 г.)
- ▣ Решение триединой задачи: циторедуктивная эмболизация
борьба с кровопотерей(прием Прингля, гемостатич. швы, возврат крови)
защита печени (солкосерил, эссенциале, гептрал 400, гепа-мерц, АВП, детоксикация)

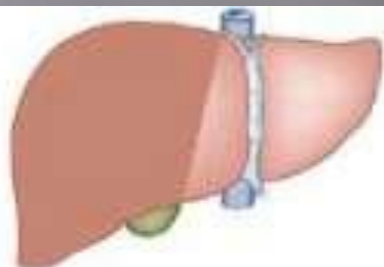
Перевязка печеночных вен при правосторонней гемигепатэктомии (воротный метод)



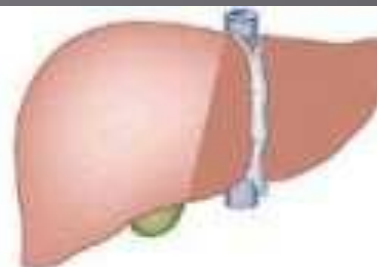
Фиссуральный способ правосторонней гемигепатэктомии использование диссекции-ультразвук, аргон



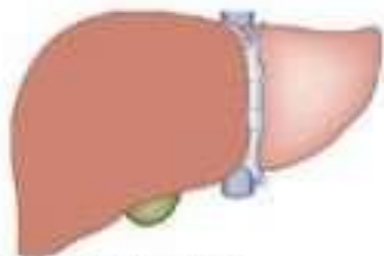
ВАРИАНТЫ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ



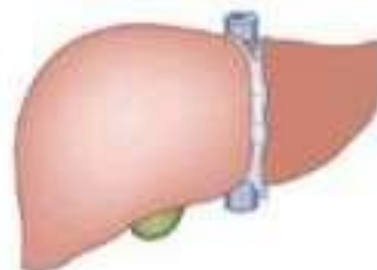
А Правосторонняя лобэктомия



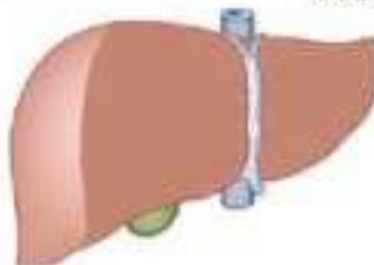
В Левосторонняя лобэктомия



С Расширенная правосторонняя лобэктомия



Д Левосторонняя сегментэктомия



Е Расширенная левосторонняя лобэктомия

ВАРИАНТЫ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

| Голдсмита-Вудберна (американская) | Куино (европейская) | Удаляемые сегменты |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Правосторонняя лобэктомия | Правосторонняя гепатэктомия | V, VI, VII, VIII |
| Расширенная правая лобэктомия (трисегментэктомия) | Правосторонняя расширенная гепатэктомия | IV, V, VI, VII, VIII±I |
| Левосторонняя лобэктомия | Левосторонняя гепатэктомия | II, III, IV±I |
| Расширенная левосторонняя лобэктомия (трисегментэктомия) | Левосторонняя расширенная гепатэктомия | II, III, IV, V, VIII±I |
| Левосторонняя латеральная сегментэктомия | Левосторонняя кавальная лобэктомия | II, III |

ИСТОРИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

1 марта 1963 года Т. Е. Strazi (Денвер) произвел первую трансплантацию печени.

Пациент умер от неконтролируемого кровотечения

23 июля 1967 года девятнадцатимесячной Julie Rodriguez операция выполнена успешно. Девочка умерла через 400 дней после операции от прогрессирования рака в легкие

На рубеже **70-х годов** сообщено о 130 полной и добавочной пересадке печени в 30 рабочих группах

КРИТЕРИИ ОТБОРА БОЛЬНЫХ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

МИЛАНСКИЕ КРИТЕРИИ (Mazzaferro et al., 1996 г.)

Одна опухоль размером до 5 см или не более 3 опухолей до 3 см в диаметре
Выживаемость – 87%

КРИТЕРИИ КАЛИФОРНИЙСКОГО УНИВЕРСИТЕТА САН-ФРАНЦИСКО (UCSF)

Одиночная опухоль 6,5 см или до 3 очагов не более 4,5 см, или
кумулятивный размер опухолей менее 8 см
Выживаемость – 60%

БАРСЕЛОНСКИЕ КОНСЕНСУС

Одиночная опухоль не более 7 см, три опухоли до 5 см, пять менее 3 см или
снижение до миланских критериев после предтрансплантационной терапией

СИСТЕМНАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ПЕЧЕНИ

**НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ОТСУТСТВУЕТ РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ
РЕКОМЕНДОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА ПЕЧЕНИ**

НЕКСАВАР – мультикиназный ингибитор, подавляющий как пролиферацию самих клеток опухоли, так и ее васкуляризацию. Не уменьшает размеры опухоли, но может отсрочить ее прогрессирование на срок до 3 лет

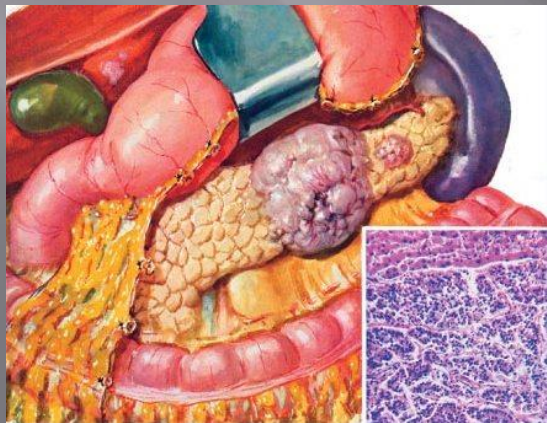
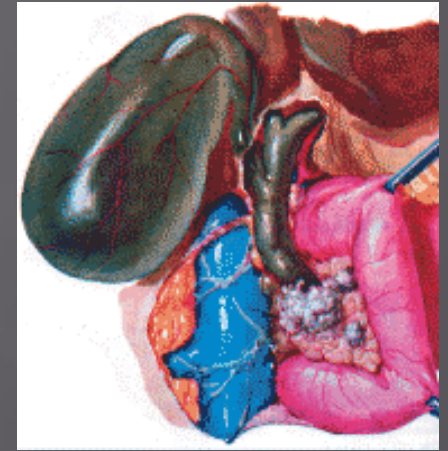
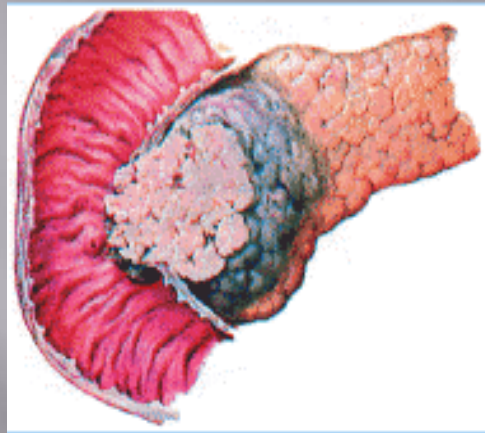
ПРОГНОЗ ПРИ РАКЕ ПЕЧЕНИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ

Послеоперационная летальность составляет более 6%.

5-летняя выживаемость - 10.3-30,9%.

Рецидив рака в течение 2 лет - 57%

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В последние десятилетия рак поджелудочной железы приобретает лидирующее положение у населения большинства индустриальных стран мира.

Самая высокая заболеваемость - США.

Самая низкая заболеваемость - Япония, Италия.

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В России заболеваемость раком поджелудочной железы занимает 7-8 место среди всех злокачественных опухолей, 4 место среди опухолей желудочно-кишечного тракта и составляет 70% среди опухолей панкреатодуоденальной зоны.

Рост заболеваемости в России составляет в среднем 1,2% в год.

Рак поджелудочной железы чаще встречается среди городского населения по сравнению с сельским.

Мужчины болеют в 2 раза чаще, чем женщины.

В структуре смертности от ЗНО он составляет 5%

ЭТИОЛОГИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

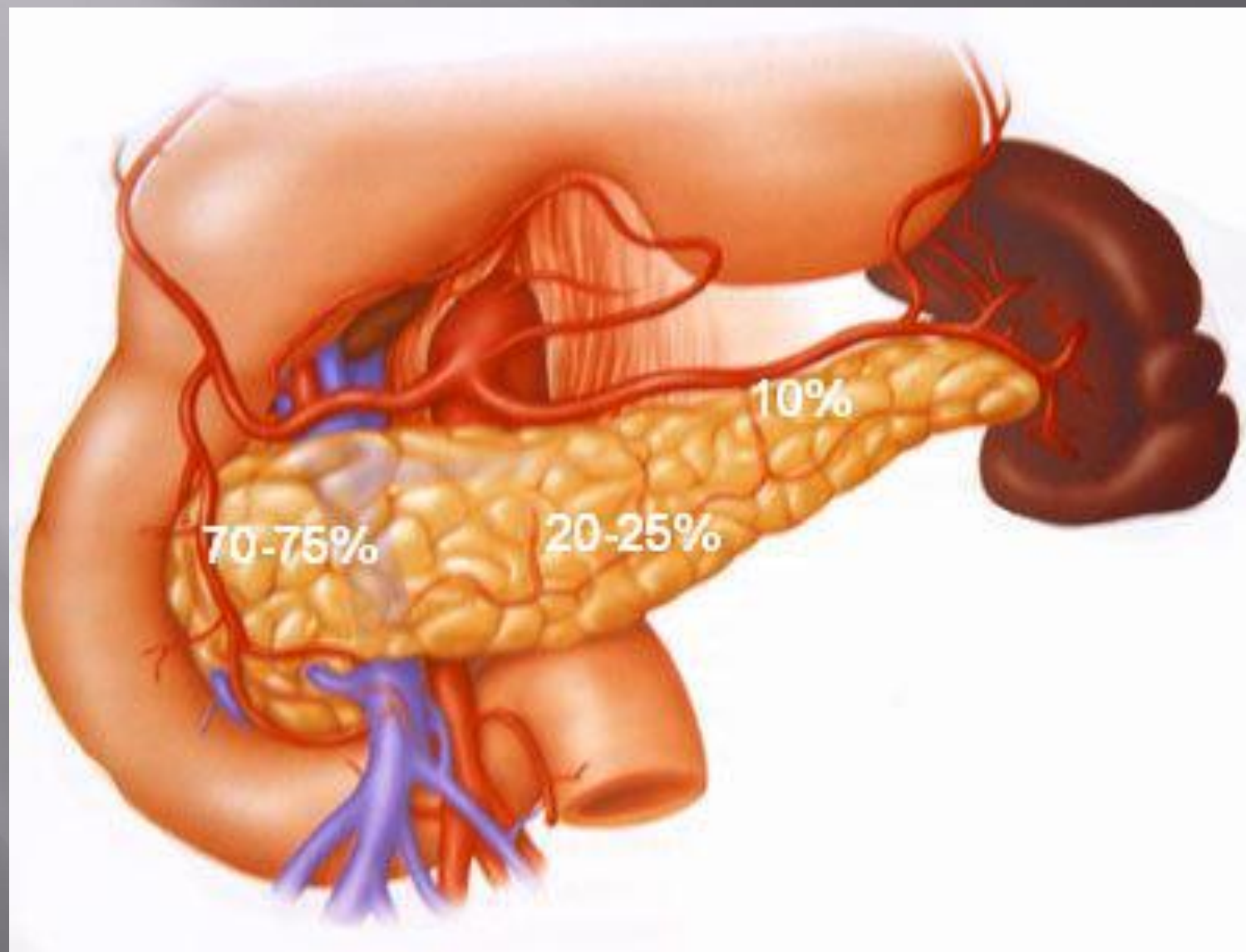
КАНЦЕРОГЕНЫ

- нитрозамины, содержащиеся в табачном дыму, попадающие в результате метаболических превращений через желчь в панкреатические протоки;
- промышленные агенты типа бета-нафтиламина и бензидина;
- регулярное употребление алкоголя, кофе на фоне табакокурения.

ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- сахарный диабет;
- хронический индуративный рецидивирующий панкреатит;
- длительная билиарная гипертензия;
- кисты поджелудочной железы, последствия деструктивного панкреатита;
- калькулезный панкреатит

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аденокарцинома - папиллярная, скirroзная, тубулярная, муцинозная;

Железисто-плоскоклеточный рак;

Плоскоклеточный рак;

Недифференцированный рак;

Неклассифицированный рак.

Экзокринный (ацинарноклеточный) рак

**95% СЛУЧАЕВ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – АДЕНОКАРЦИНОМА
ИЗ ПРОТОВОГО ЭПИТЕЛИЯ*

МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Лимфогенное метастазирование:

I этап: панкреатодуоденальные лимфатические узлы

II этап: ретропилорические и гепатодуоденальные лимфатические узлы

III этап: чревные и верхнебрыжеечные лимфатические узлы

IV этап: забрюшинные лимфатические узлы

Гематогенное метастазирование:

в печень

в легкие

в почки

в кости

Имплантационное метастазирование:

канцероматоз

асцит

TMN – КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

T – первичная опухоль

TX – не достаточно данных для оценки первичной опухоли

T0 – первичная опухоль не определяется

Tis – carcinoma in situ

T1 – опухоль ограничена поджелудочной железой, 2 см или меньше в наибольшем измерении

T2 – опухоль ограничена поджелудочной железой, более 2 см в наибольшем измерении

T3 – опухоль распространяется за границы поджелудочной железы, но без поражения брюшного ствола или верхней брыжеечной артерии

T4 – опухоль распространяется на брюшной ствол или верхнюю брыжеечную артерию (нерезектабельная первичная опухоль)

N – регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфатическими узлами являются:

Верхние – выше головки и тела поджелудочной железы

Нижние – ниже головки и тела поджелудочной железы

Передние – передние панкреато-дуоденальные, пилорические и проксимальные брыжеечные

Задние – задние панкреато-дуоденальные, общего желчного протока и проксимальные брыжеечные

Селезеночные – ворот селезенки и хвоста поджелудочной железы (только для опухолей тела и хвоста)

Брюшные – (только для опухолей тела поджелудочной железы)

NX – не достаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов

N0 – нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов

N1 – наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах

M – отдаленные метастазы

MX – не достаточно данных для определения отдаленных метастазов

M0 – отдаленные метастазы не определяются

M1 – присутствуют отдаленные метастазы

G1 – высокий уровень дифференциации

G2 – средний уровень дифференциации

G3 – низкий уровень дифференциации

G4 – недифференцированная опухоль

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ДОЖЕЛТУШНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- Боль неспецифического или переменного характера, больше в области эпигастия с иррадиацией в пояснично-крестцовую зону, не связана с приемом пищи
- Стремительная потеря массы тела
- Выраженная анорексия у 64% больных
- Тошнота
- Функциональные расстройства кишечника
- Общая слабость, повышенная утомляемость, апатия у 70% больных
- Лихорадка у 26% больных
- Мигрирующие флебиты, симптом Труссо

ЖЕЛТУШНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- Зависят от локализации опухоли, в 89% при раке головки
- Кожный зуд
- Брадикардия
- Бессонница
- Кожные расчесы
- Холемический геморрагический синдром
- Иктеричность склер и кожи зависит от уровня гипербилирубинемии

ФИЗИКАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Пальпируемая опухоль у 20% больных
- Положительный синдром Курвуазье у 50-60% при опухоли в головке
- Асцит на поздних стадиях заболевания

Методы диагностики рака поджелудочной железы

НЕИНВАЗИВНЫЕ

- Релаксационная зондовая дуоденография по Лиотту
- Выделительная инфузионно-капельная холангеография (противопоказана при $В_i > 34,0$ мкмоль/л)
- УЗИ+ доплерография
- КТ с контрастным усилением
- МРТ

ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ

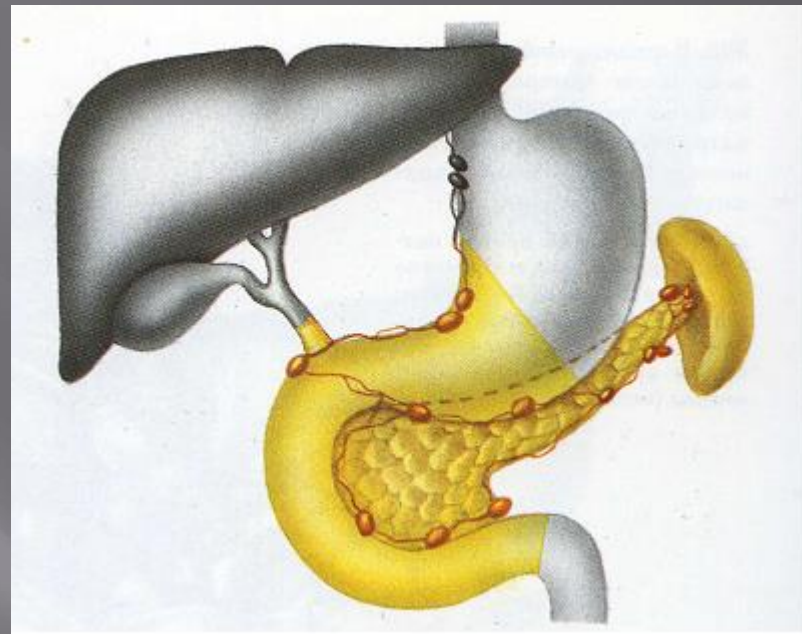
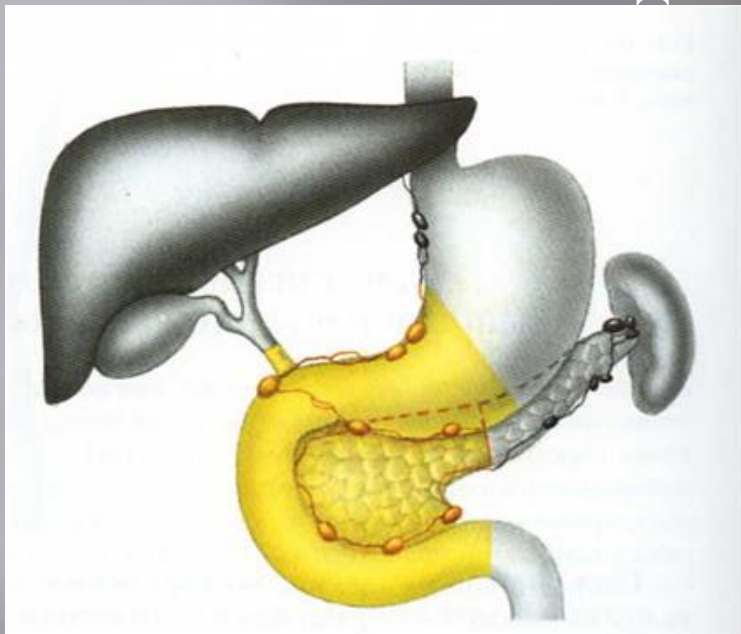
- ЧЧХГ, при выраженной билиарной гипертензии может быть закончено холангиостомой
- Эндоскопическая + РХПГ
- УЗИ + пункционная аспирационная тонкоигольная биопсия
- Ангиография

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Выявление повышенного уровня АФП, щелочной фосфатазы, РЭА, СА 19-9, трансаминаз, билирубина, мочевины, глюкозы, признаков гиперкоагуляции итд.

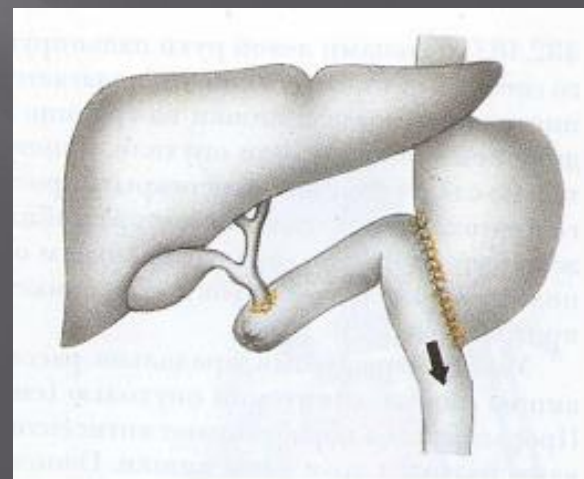
МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ВЫЯВЛЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ В ОТДАЛЕННЫХ ОРГАНАХ.

РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Операция Whipple

Операция Fortner

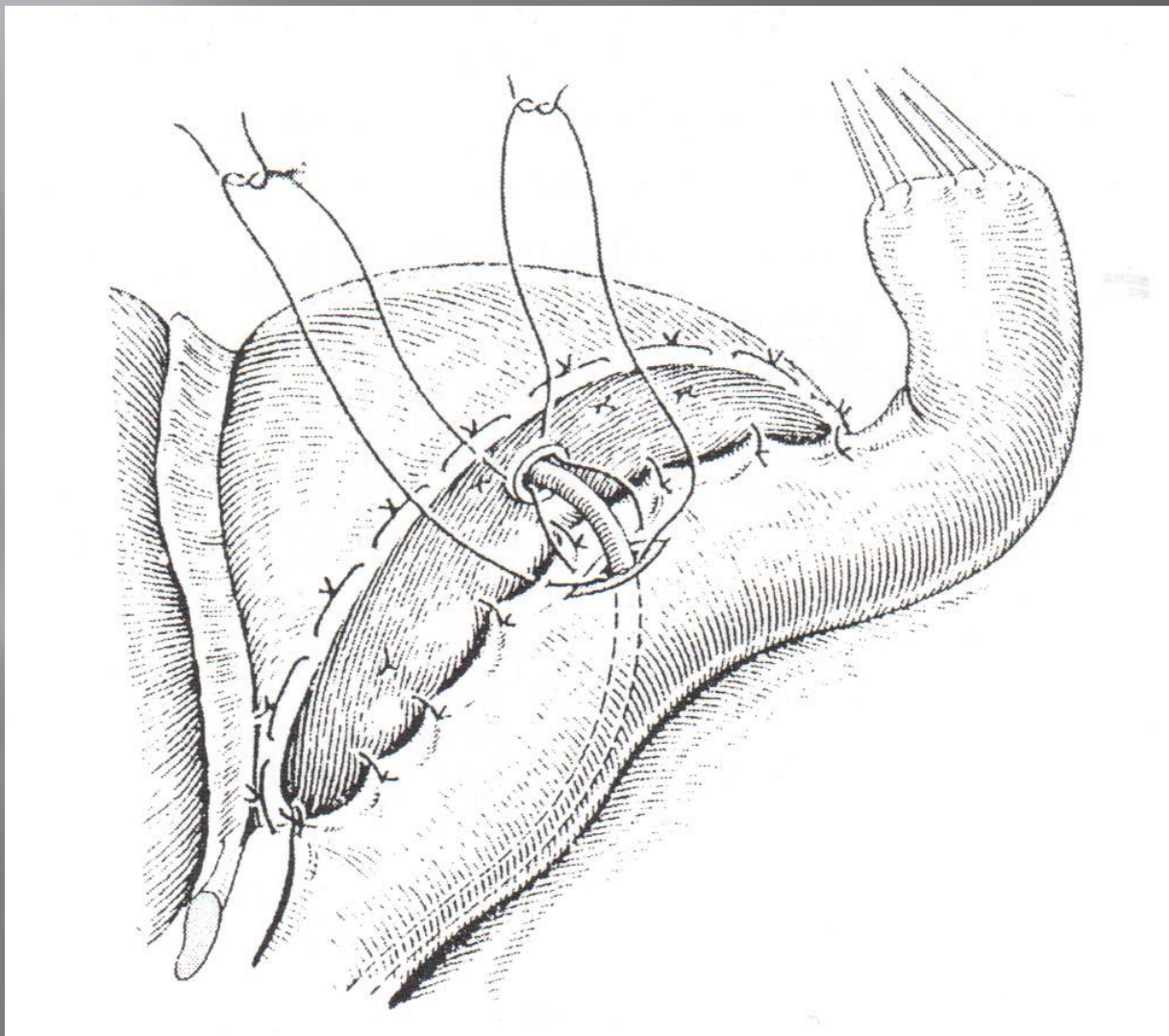


**ЦЕЛЬ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ
ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В
90% СЛУЧАЕВ – ЛИКВИДАЦИЯ
СИМПТОМОВ БИЛИАРНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ**

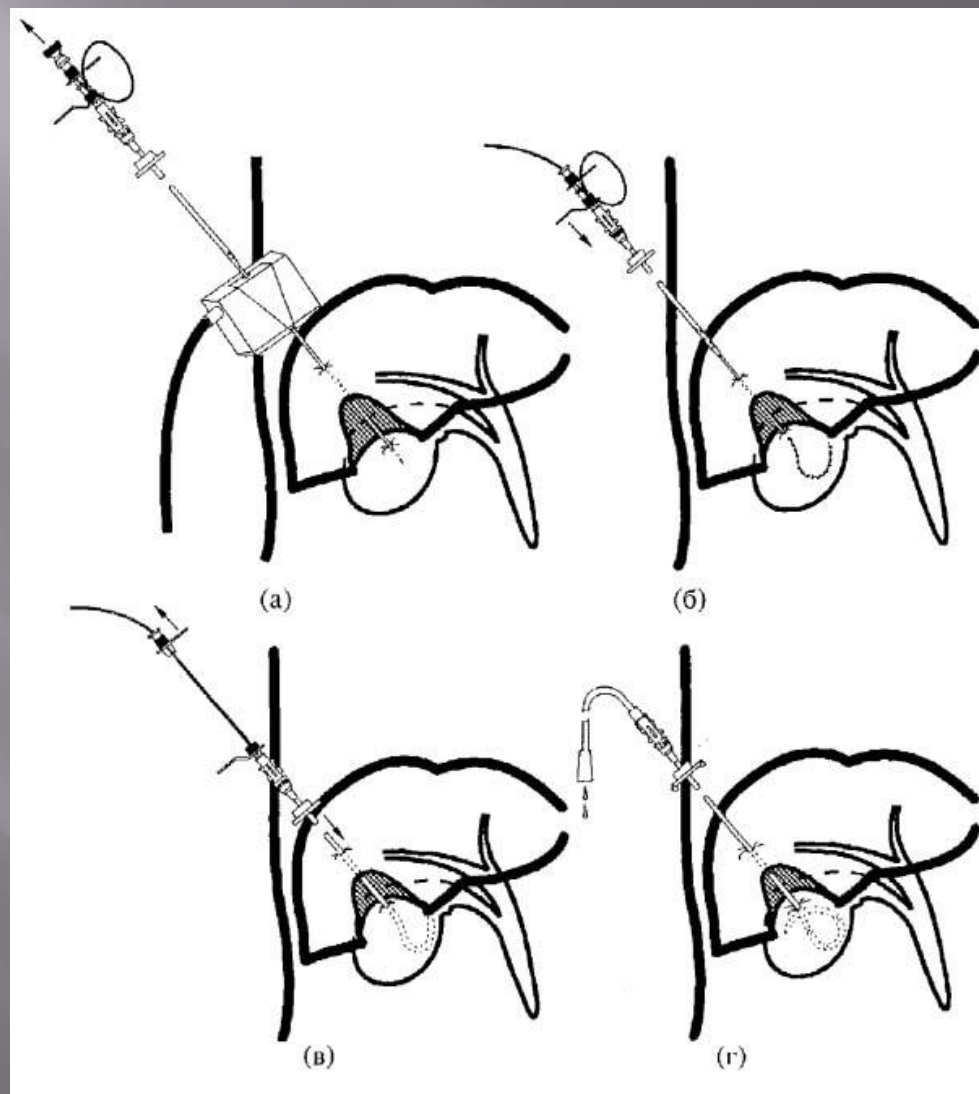
Паллиативные операции

- ▣ Операция Лонгмайера (ГЕА)
- ▣ Операция Долиотти-Фальятти (ГГА)- резекция левой доли печени
- ▣ Реканализация опухоли (дренажи Смита-Прадери, Гейтц-Сейпол-Куриану

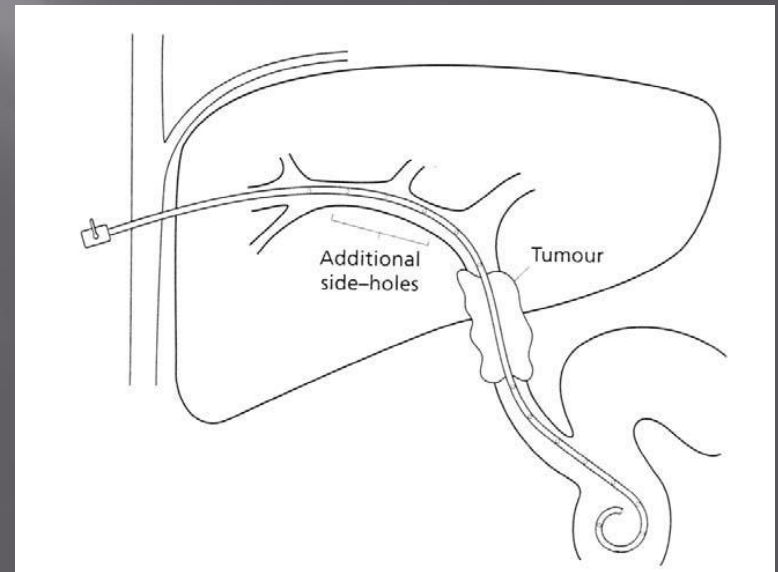
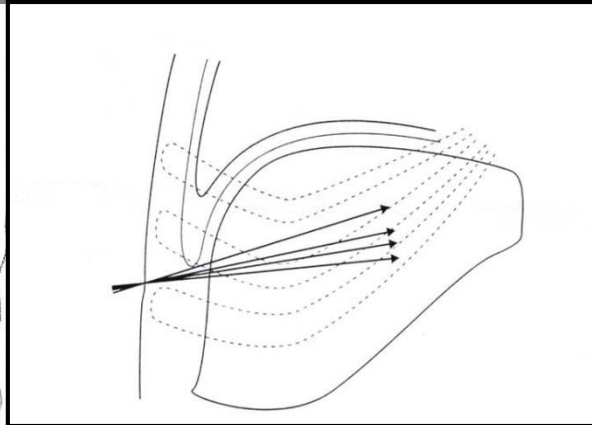
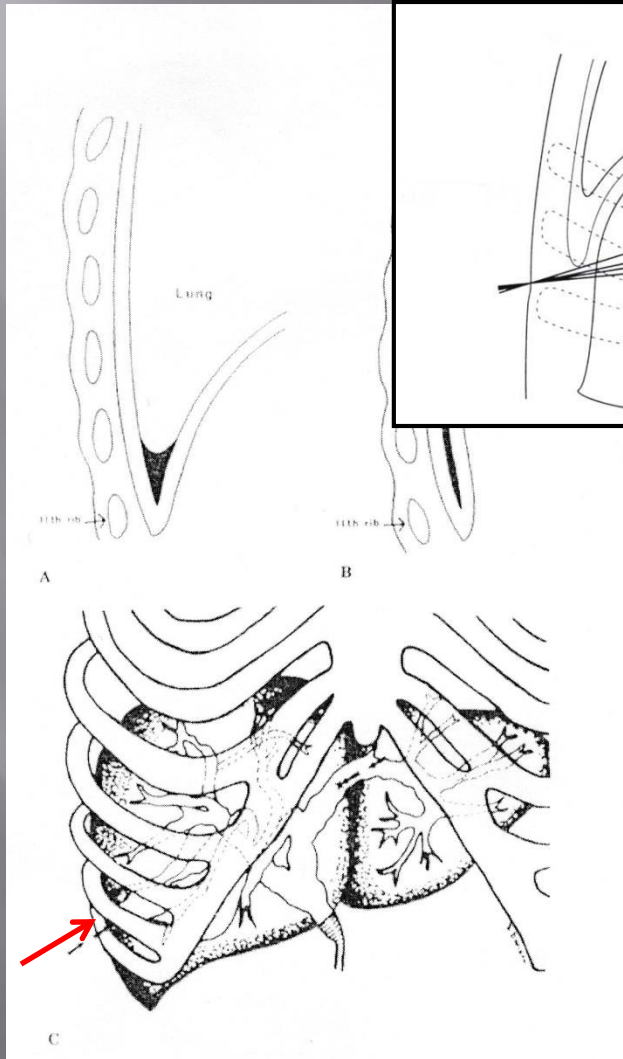
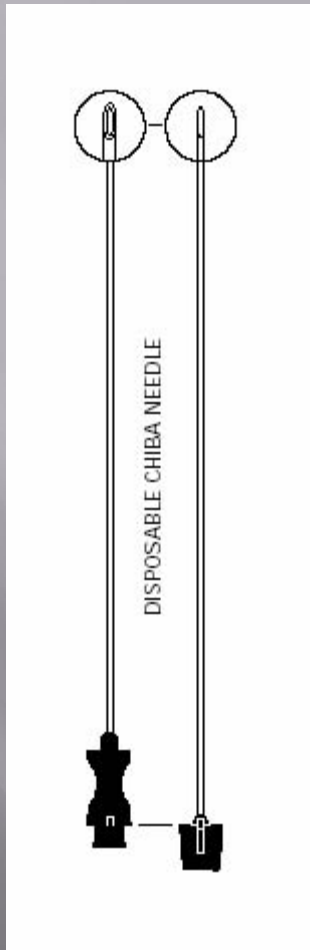
Схема операции Лонгмайера



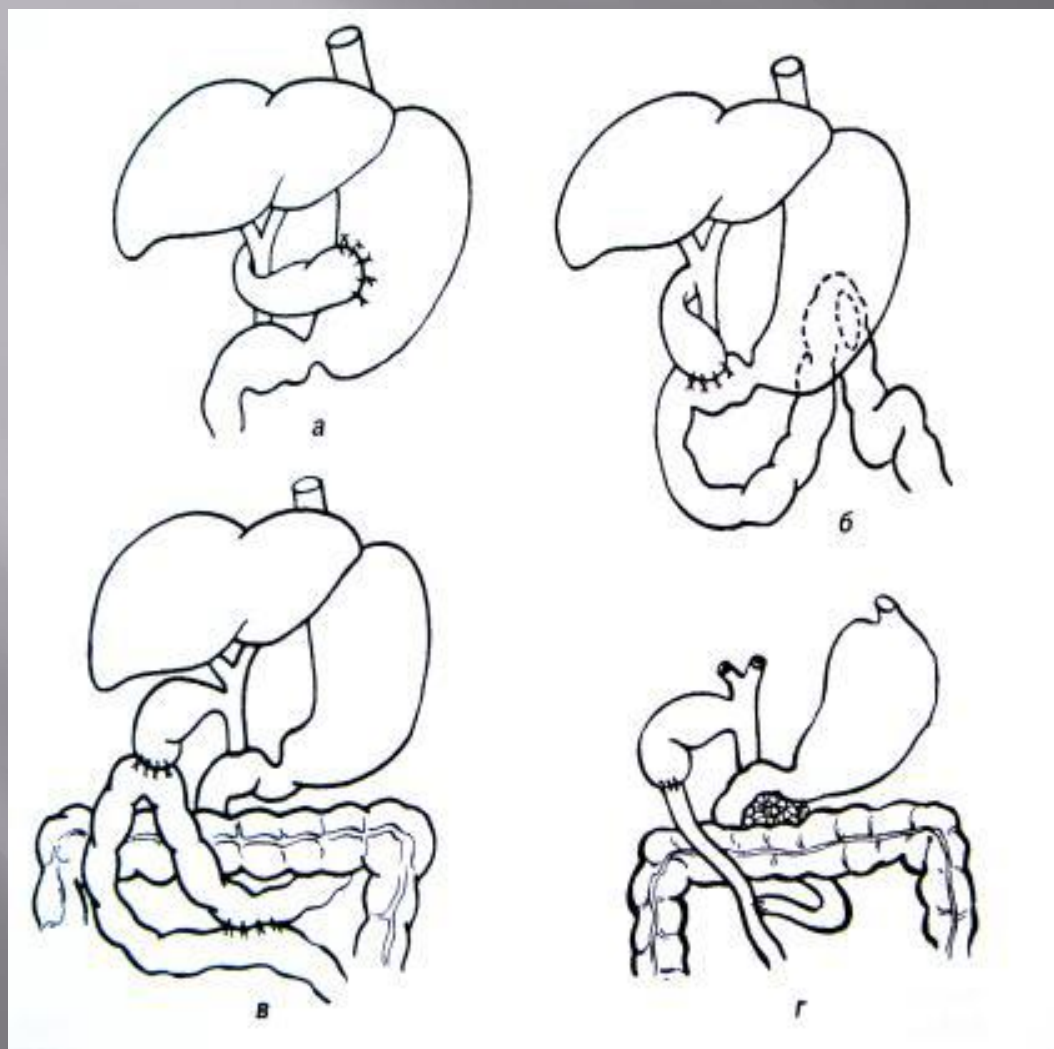
СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Способы
формирования
внутренних
билиодигестивных
анастомозов

НЕХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

РАДИОХИМИОТЕРАПИЯ

Показана при первичной верифицированной местно-распространенной опухоли после ликвидации механической желтухи в сроки не более 2-х месяцев со дня паллиативной или симптоматической операции при относительно удовлетворительном общем состоянии больного.

Сочетанная Очаговая Доза – 60-70 Гр

*Используемые противоопухолевые препараты – 5-ФУ+лейковорин,
МитомицинС, Гемзар, Цисплатин, Капецитабин, Доксорубицин
Гормонотерапия – Сандостатин, Тамоксифен*

Прогноз при раке поджелудочной железы неблагоприятный. Больные погибают от быстро нарастающей интоксикации и кахексии, механической желтухи, кишечной непроходимости и других осложнений.

Пятилетняя выживаемость после радикального лечения составляет 8-35%