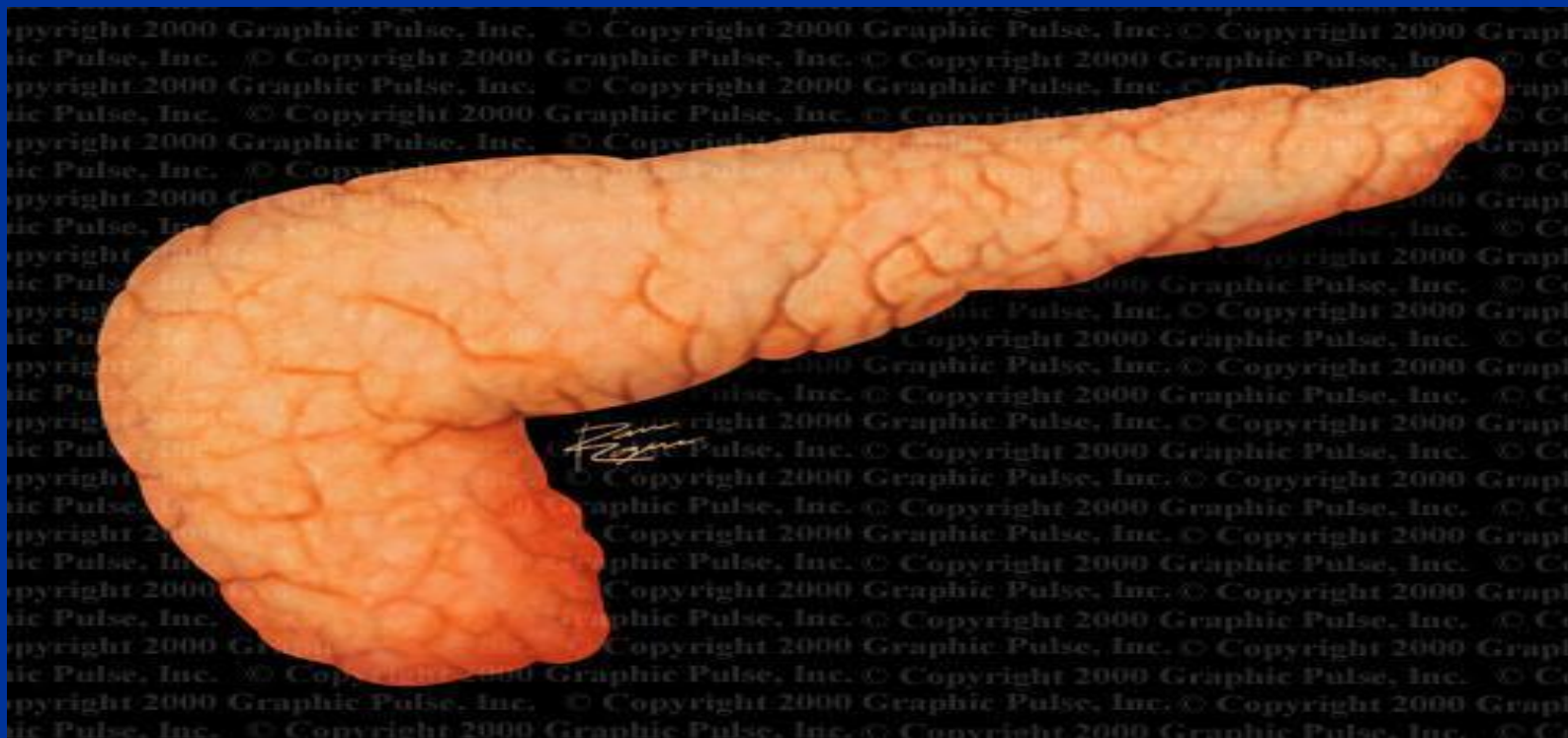


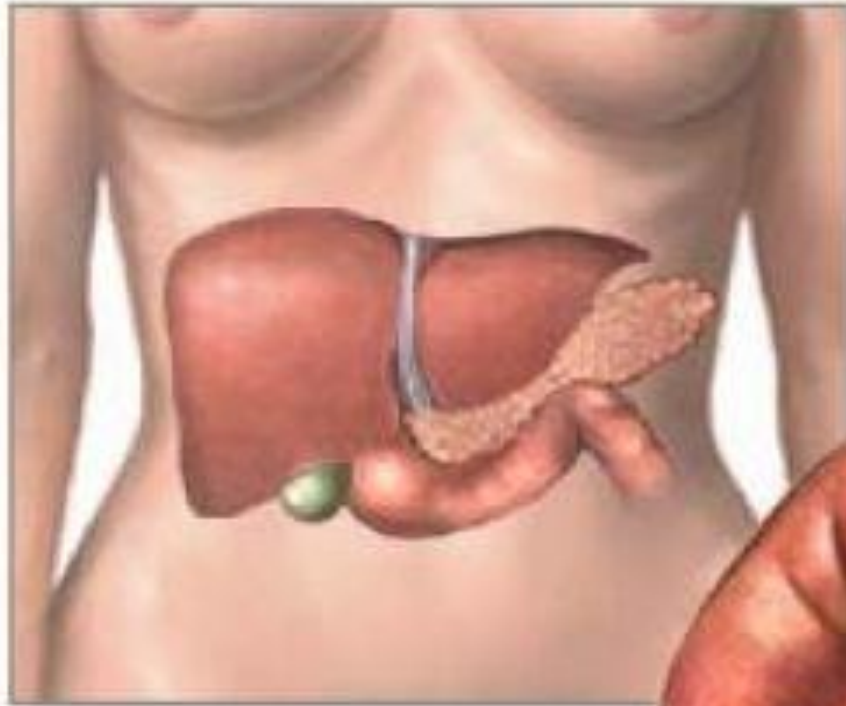
# Рак поджелудочной железы: клиника, диагностика, лечение.



# Поджелудочная железа - это орган пищеварительной и эндокринной системы.

- Анатомически в поджелудочной железе различают головку, тело и хвост. Головка железы предлежит к двенадцатиперстной кишке. Через головку или рядом с ней проходят общий желчный проток, по которому желчь поступает из печени и желчного пузыря в двенадцатиперстную кишку.

Функционально различают две части этого органа - экзокринную и эндокринную.

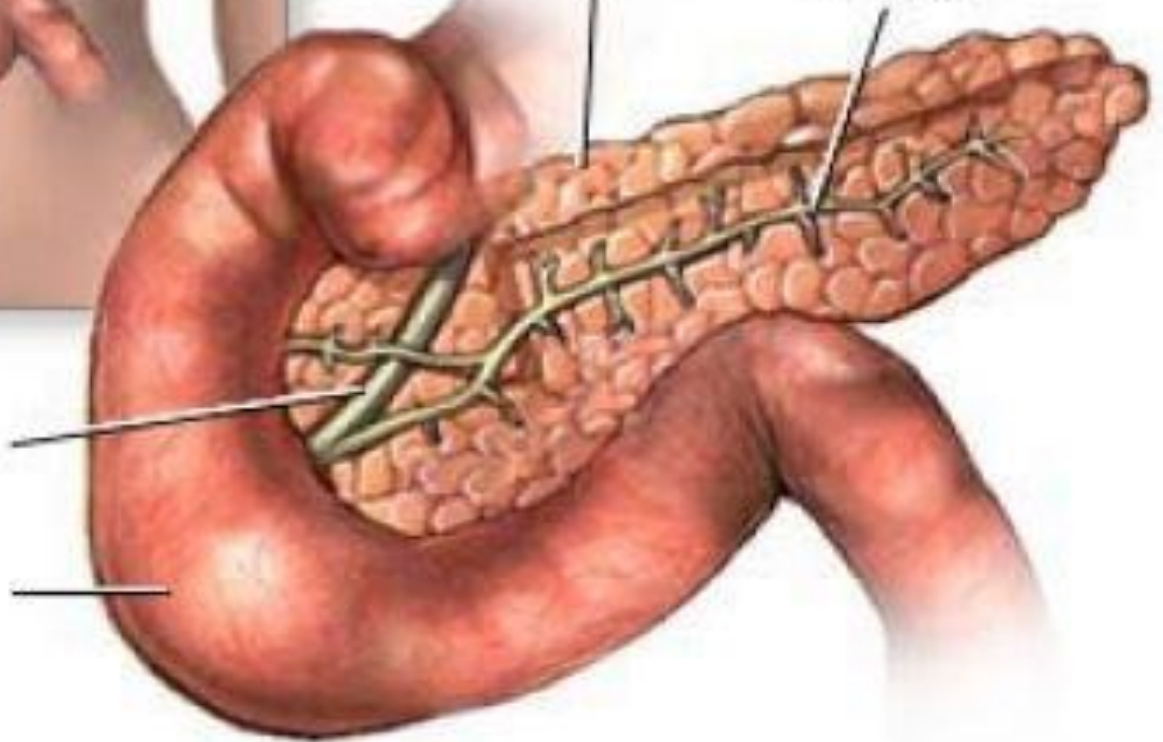


Pancreas

Pancreatic duct

Bile duct

Duodenum



# Заболееваемость

- Рак поджелудочной железы занимает шестое место по распространенности среди онкологических заболеваний и четвертое по числу вызываемых им случаев среди взрослого населения. Он поражает преимущественно лиц пожилого возраста и несколько чаще мужчин. Наиболее высокий уровень заболеваемости отмечен в некоторых штатах США, Канаде, Израиле, Японии, однако он не более чем в 1,5-2 раза превышает заболеваемость в большинстве европейских стран.



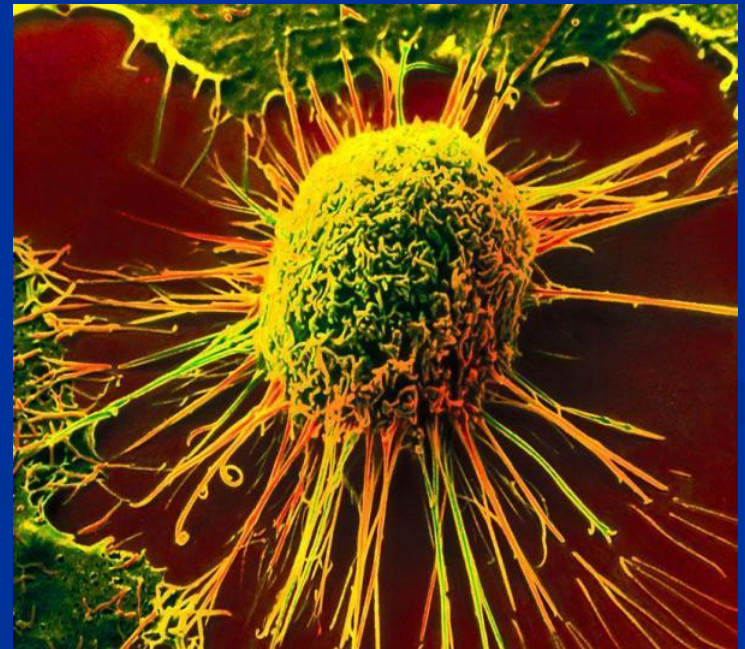
# Факторы риска.

- Курение
- Характер питания.
- Злоупотребление алкоголем.
- Диабет.
- Хронический панкреатит .
- Болезни желчевыводящих путей.



# Клиническая картина

- Симптомы рака поджелудочной железы :
- Феномен компрессии;
- Феномен обтурации;
- Феномен интоксикации.



# Клиническая картина

- **Феномен компрессии** проявляется болевыми ощущениями в результате прорастания или сдавления опухолью поджелудочной железы нервных стволов



# Клиническая картина

- **Феномен обтурации** возникает, если растущая опухоль обтурирует общий желчный проток, двенадцатиперстную кишку, панкреатический проток, сдавливает селезеночную вену. Обтурация общего желчного протока ведет к появлению желчной гипертензии, с которой связано возникновение механической желтухи, кожного зуда, увеличение печени и желчного пузыря, появления обесцвеченного кала и темной окраски мочи. . Исходом длительной и интенсивной желтухи является печеночная и печеночно-почечная недостаточность, холемические кровотечения.

Pancreatic  
tumor  
obstructs  
the flow of  
bile into  
duodenum

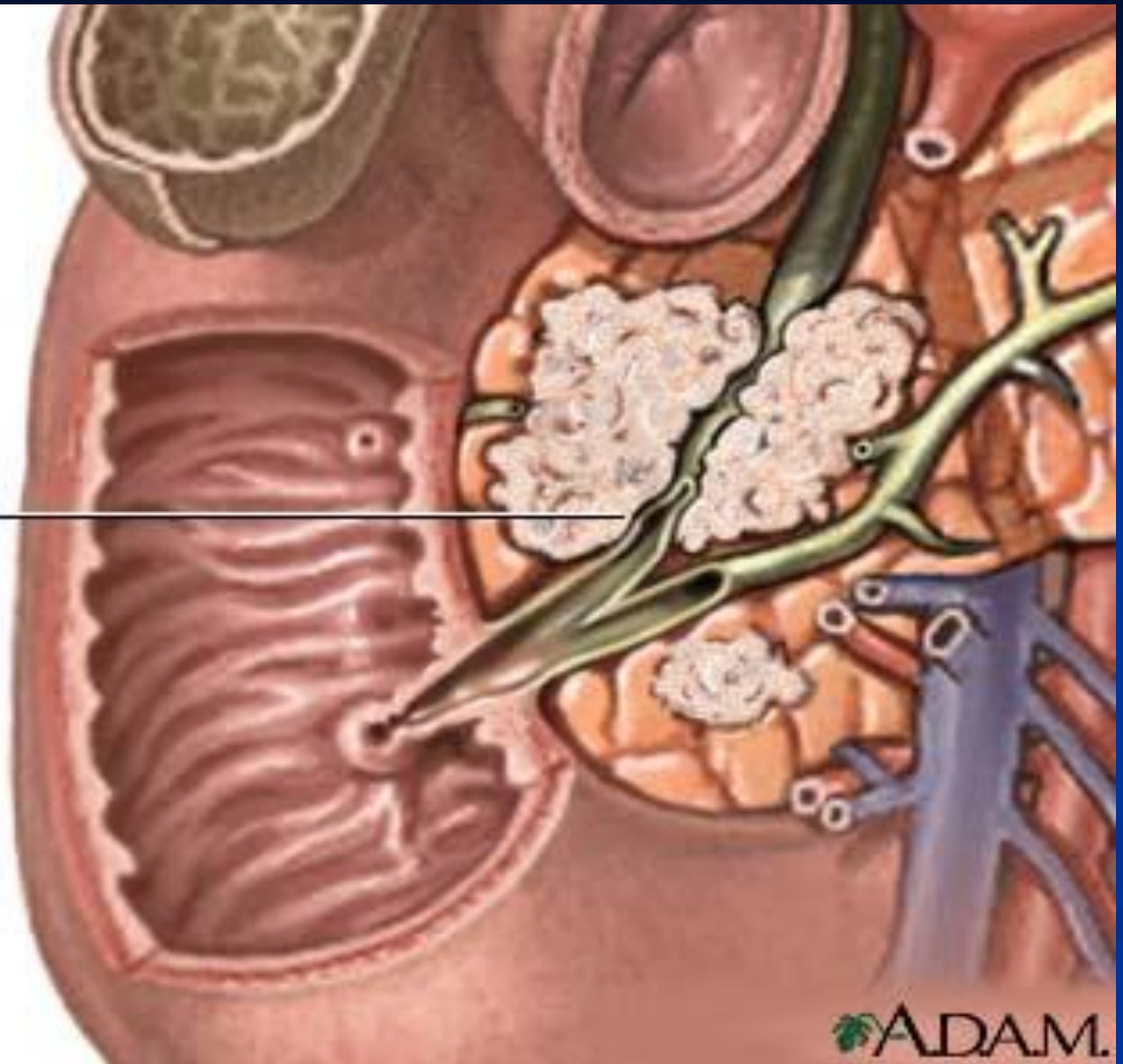




Рис. Вид больного при  
обтурационной желтухе.

# Клиническая картина

- **Феномен интоксикации** проявляется похуданием, снижением аппетита и общей слабостью.
  1. Боль - самый частый симптом, наблюдается у 70-85% больных
  2. Желтуха - наиболее яркий симптом рака головки поджелудочной железы
  3. Кожный зуд обусловлен раздражением кожных рецепторов желчными камнями.
  4. Похудание и снижение аппетита сочетается с нарастающей слабостью, утомляемостью, иногда - тошнотой и рвотой.

# Клиника рака головки поджелудочной железы

Дожелтушный период

Желтушный период

- Дожелтушный период продолжается около полугода. В это время больные могут предъявлять жалобы на чувство тяжести в правом подреберье, похудание, тошноту, нарушение стула, слабость, повышенную утомляемость, кожный зуд.
- Желтушный период наступает после прорастания или сдавления опухолью общего желчного протока. Характеризуется стойкой и интенсивной механической желтухой, кожным зудом, появлением обесцвеченного кала и темно-коричневой мочи, увеличением размеров печени и желчного пузыря, вызванные застоем желчи.

# Клиника рака тела и хвоста поджелудочной железы

- Клиническую картину определяют два симптома: сильная постоянная или приступообразная боль в надчревной области и быстрое прогрессирующее похудание. Пальпация надчревной области болезненна, но опухоль удается прощупать редко.

# Диагностика

1. Сбор анамнеза
2. Физикальный осмотр
3. Ультразвуковое сканирование брюшной полости
4. ЭРХПГ
5. КТ-сканирование
6. Биопсия для гистологического исследования
7. Определения опухолевых маркеров (СА-19-9)



# Лечение

- Единственным способом радикального лечения является оперативное вмешательство





# Лечение рака поджелудочной железы

- При раке тела и хвоста поджелудочной железы выполняется ее резекция с удалением селезенки-корпорокаудальная резекция.
- При раке головки поджелудочной железы выполняют панкреатодуоденальную резекцию.

**Методика выполнения  
панкреатодуоденальной  
резекции лапароскопическим  
способом**

1-й этап (удаление органокомплекса)

Положение на спине с разведенными ногами и приподнятым головным концом. Инсуффляция брюшной полости через иглу Вереща введенную в брюшную полость на 1 см ниже пупка. Из этой точки устанавливали лапароскоп, после чего выполнялся диагностический осмотр. Признаков генерализации злокачественного процесса выявлено не было ни в одном из случаев. Для лучшего обзора и с целью фиксации печени круглая связка чрескожно подвязывалась к передней брюшной стенке капроновой нитью на время операции. Устанавливалось 4-е дополнительных троакара веерообразно по бокам от лапароскопа. Оперирующий хирург располагался между ног больного, ассистенты по бокам от пациента.

Операции начинали с пересечения желудочно-ободочной связки. При выполнении пилоросохраняющего варианта ПДР стремились сохранить желудочно-сальниковые сосуды, последовательно выполняя пересечение ветвей идущих к поперечно-ободочной кишке. Последующее пересечение осуществляли по направлению к пилорическому отделу желудка. Во всех случаях при этом использовали аппарат ультразвуковой диссекции и аппарат Liga Sure. Брюшину гепатодуоденальной связки и малого сальника пересекали ближе к воротам печени и далее выделяли анатомические образования, проходящие в последних. Лимфаденэктомия по ходу печеночных артерий с использованием аппарата Гармоник.

Туннель под нижней третью общего печеночного протока выполняли с использованием инструмента Golden finger, после чего в дистальном его отделе производили перевязку, а в проксимальном накладывали зажим для предотвращения поступления желчи, а также подтекания крови из парахоledoхеальных сосудистых сплетений. Общий печеночный проток пересекали. Гастродуоденальная артерия выделялась и пересекалась после предварительного двухстороннего клипирования. Кохер маневр с использованием ультразвукового скальпеля позволял бескровно выделить 12 перстную кишку. Ее пересечение, в случае выполнения пилоруссохраняющей операции, осуществлялось на 1 см ниже пилорического отдела аппаратом Endo GIA 30. При ГПДР резецировали 2/3 желудка с использованием аппаратного шва. Туннелирование под перешейком поджелудочной железы и выделение верхней брыжеечной и воротной вены выполнялось с

использованием тупого конца ирригатора, УЗ диссектора и инструмента Goldenfinger.

Поджелудочная железа пересекалась аппаратом Гармоник.

Тощая кишка пересекалась на 15 см ниже связки с помощью аппарата Endo GIA 30, после чего выполнялась мобилизация кишки с переводом ее в верхний этаж брюшной полости.

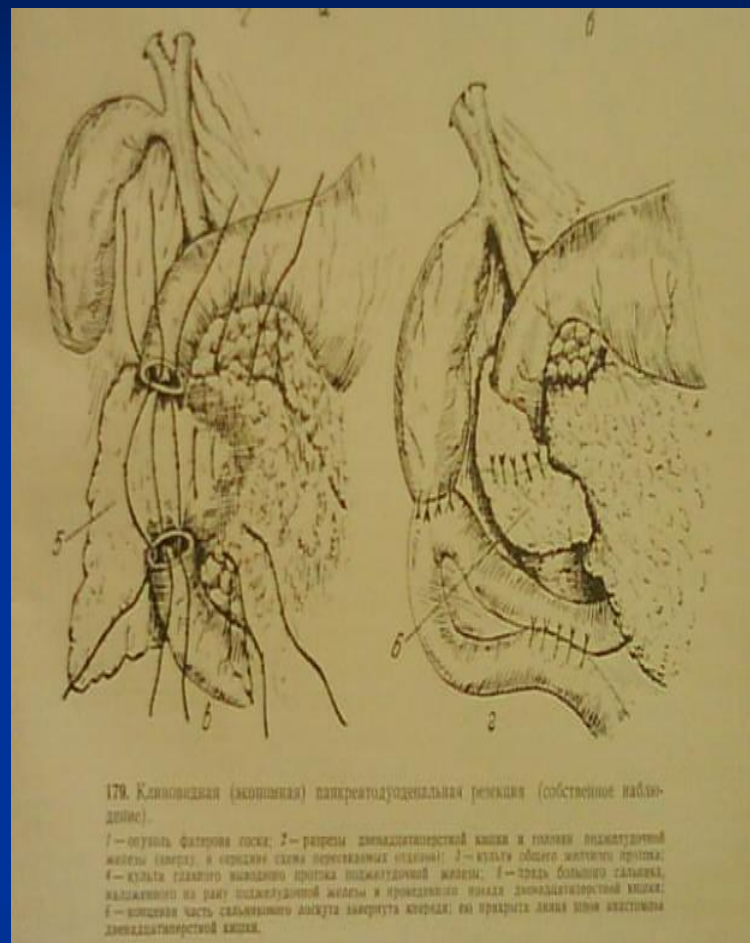
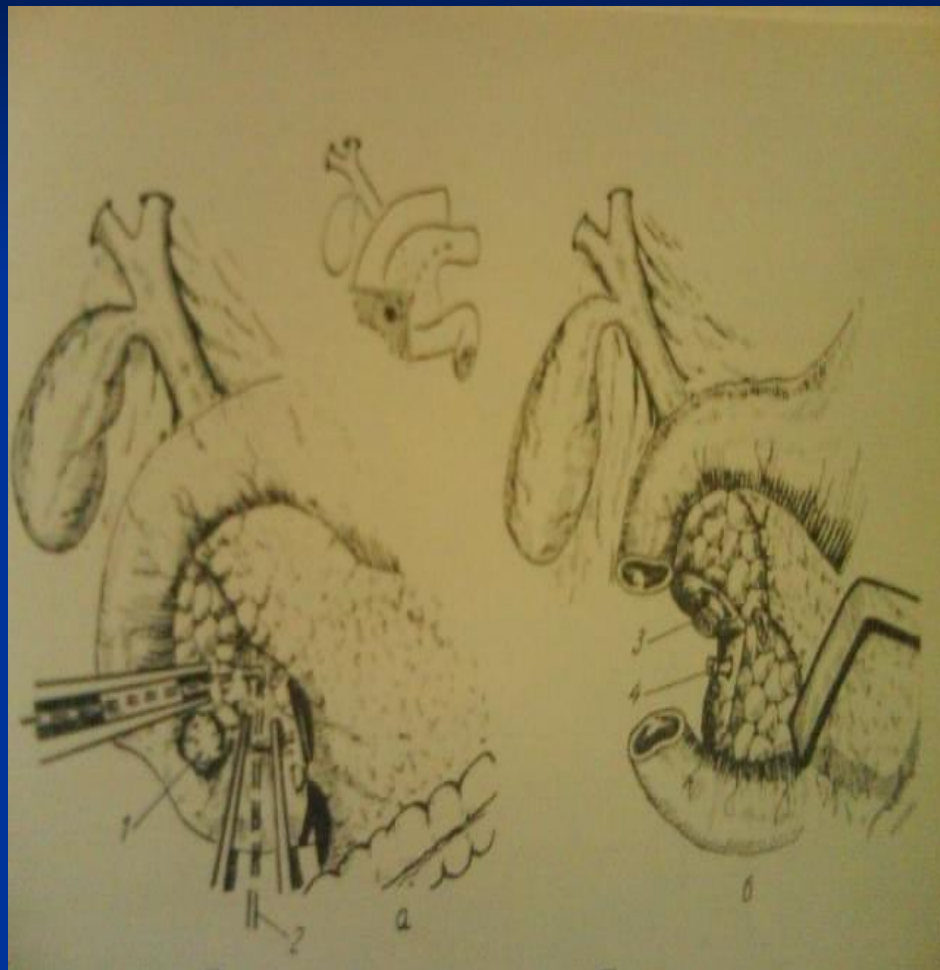
Головка поджелудочной железы, крючковидный отросток мобилизовывались с помощью аппарата Гармоник, Liga Sure и клипирования под тщательным визуальным контролем нижней полой, верхней брыжеечной и портальной венами. Лимфаденэктомия выполнялась по ходу операции. Органокomплекс во всех случаях погружался в пластиковый контейнер и в дальнейшем удалялся через расширенный до 4 см разрез в мезогастральной области

2-й этап (реконструктивный)

В трех случаях выполняли пилоруссохраняющий вариант ПДР и в одном выполнена операция Whipple в связи с интраоперационным диагностированием прорастания опухоли в 12 перстную кишку. Реконструктивный этап у пациентов с пилоруссохраняющим вмешательством заключался в формировании: терминалолатерального панкреатоеюноанастомоза с отдельным вшиванием ГПП узловыми швами (в одном случае, в связи с отсутствием расширения ГПП и мягкой структурой поджелудочной железы, выполнено формирование инвагинационного панкреатоеюноанастомоза конец в конец с использованием непрерывного шва на атравматической игле нерассасывающейся нитью). Гепатикоеюноанастомоз во всех случаях выполнялся – непрерывным однорядным швом с использованием рассасывающегося монофиламента. Дуоденоеюноанастомоз бок в бок с помощью аппарата Endo GIA 30 с ушиванием дефекта непрерывным швом. Формирование анастомозов выполнялось на одной петле. У одного пациента, которому выполнена операция Whipple, потребовалось дополнительно изолировать по Ру петли тощей кишки с последующим формированием по вышеописанной методике панкреатикоеюно и гепатикоеюно анастомозов отдельно от гастроеюноанастомоза. Все операции закончены установкой дренажей к зоне анастомозов.



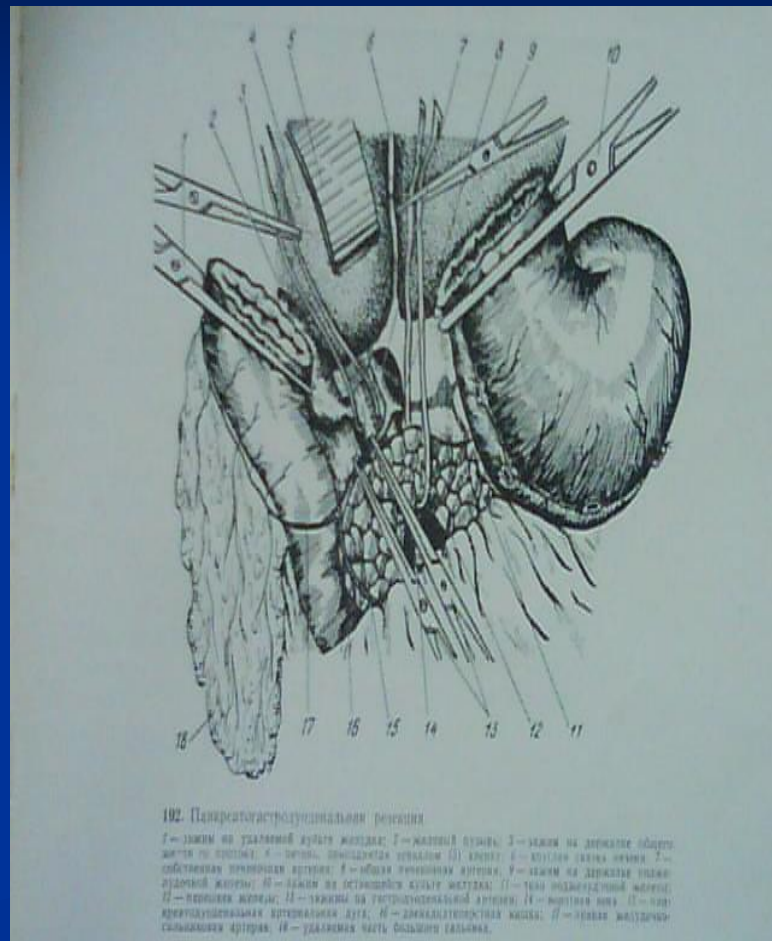
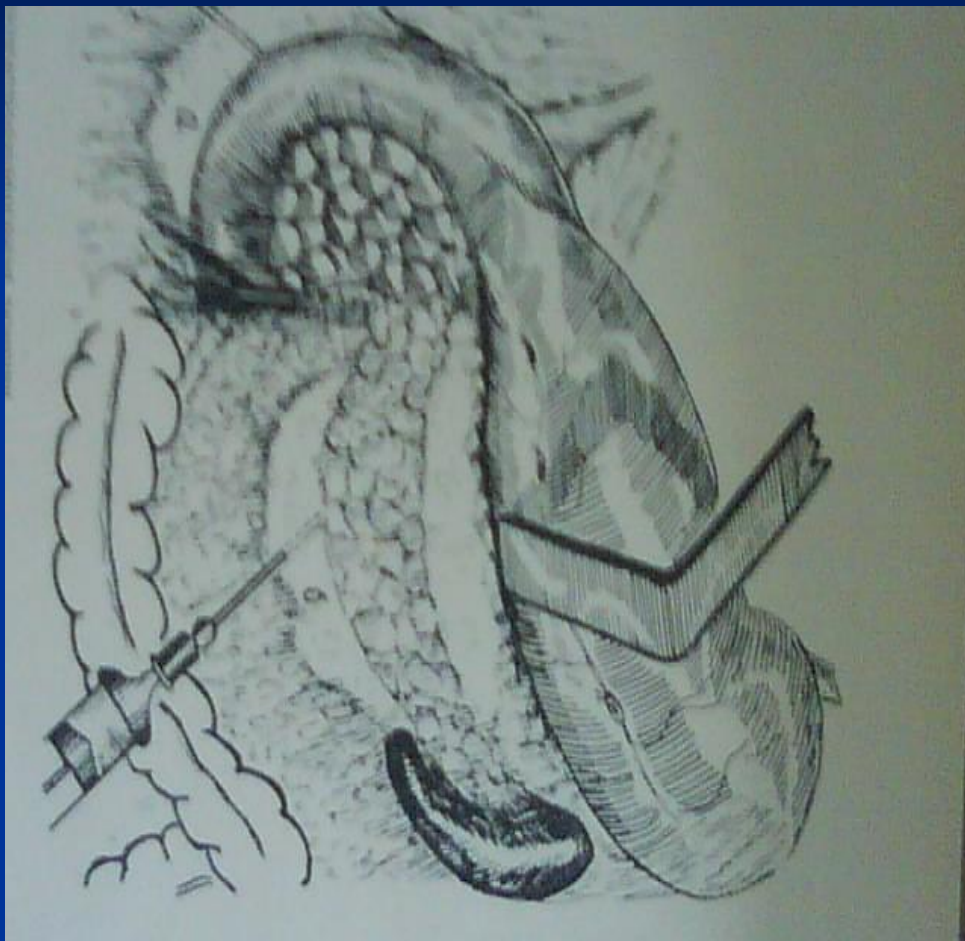
# Лечение рака поджелудочной железы.



179. Клиновидная (акопшиная) панкреатодуоденальная резекция (собственное наблюдение).

1 — культя фалерова соска; 2 — разрезы двенадцатиперстной кишки и головки поджелудочной железы (справа), в середине схема пересечения сосудов; 3 — культя общего желчного протока; 4 — культя главного выводящего протока поджелудочной железы; 5 — трещина большого сальника, наложенная на рану поджелудочной железы и пронизывающая канал двенадцатиперстной кишки; 6 — концевая часть сальникового листка зашнурована кпереди; на правых рисках линия ниже указывает двенадцатиперстную кишку.

# Лечение рака поджелудочной железы.



192. Панкреатодуоденальный резекция.  
 1—железы на удаленной части желудка; 2—желчный пузырь; 3—железы на донорской области  
 желудка; 4—селезенка; 5—желчный пузырь; 6—желчный пузырь; 7—  
 собственная печеночная артерия; 8—общая печеночная артерия; 9—железы на донорской  
 области желудка; 10—железы на оставшейся части желудка; 11—желчный пузырь;  
 12—печеночная железа; 13—железы на панкреатодуоденальной артерии; 14—желчный пузырь;  
 15—панкреатодуоденальная артерия; 16—общая печеночная артерия; 17—общая  
 печеночная артерия; 18—удаленная часть большого сальника.

# Лечение рака поджелудочной железы

- Если опухоль нельзя удалить хирургически, и она блокирует желчный проток, вызывая желтуху, для уменьшения его непроходимости можно прибегнуть к различным хирургическим процедурам:
  1. ЭРХПГ (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, предусматривающая введение катетера в желчные протоки и инъецирование рентгено-контрастного красителя)
  2. Чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХ)
  3. Шунтирование (холецистоеюностомия)

# Радиотерапия.

- Применяется после удаления опухоли поджелудочной железы хирургическим путем в целях уничтожения мельчайших очагов раковых клеток, которые могли остаться после операции.
- Радиотерапия также очень помогает облегчить боль у пациентов, которых нельзя оперировать.

# Химиотерапия.

- Сочетание химиотерапии с радиотерапией позволяет несколько улучшить состояние больного с неоперабельной опухолью при отсутствии распространения ракового процесса на другие органы.
  - Побочные эффекты: тошнота, рвота, диарея и стоматит.



# Гормональная терапия

- Для многих опухолей поджелудочной железы характерно высокое содержание в раковых клетках рецепторов эстрогена, представляющих собой белок, который соединяется с содержащимся в крови эстрогеном и стимулирует рост раковых клеток. Получены некоторые доказательства того, что тамоксифен, препарат, не позволяющий рецепторам раковых клеток связываться с эстрогеном, может дать эффект в плане продления жизни больных.

# Обезболивание

- Постоянная боль может быть причиной мучений у больных раком поджелудочной железы. Для снятия чувствительности нервов, ведущих к поджелудочной железе, таким больным с момента появления боли можно делать инъекции химических препаратов, которые дают хороший эффект в плане ее облегчения.

# Прогноз

- Посредством хирургического удаления опухоли излечивать удастся лишь незначительное число больных раком поджелудочной железы. У остальных наступает рецидив, поскольку в организме после операции остаются мелкие очаги раковых клеток. Больным, у которых опухоль нельзя удалить хирургическим путем, лечение проводят в целях ослабления симптомов и обеспечения хорошего качества жизни.





*БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!!!!*