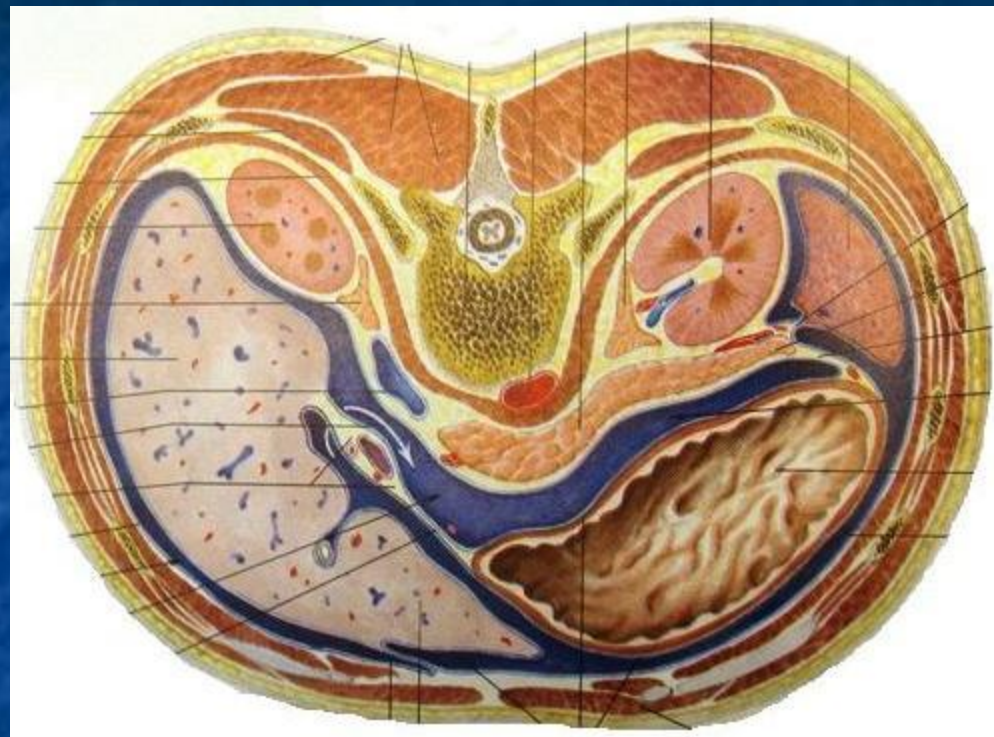
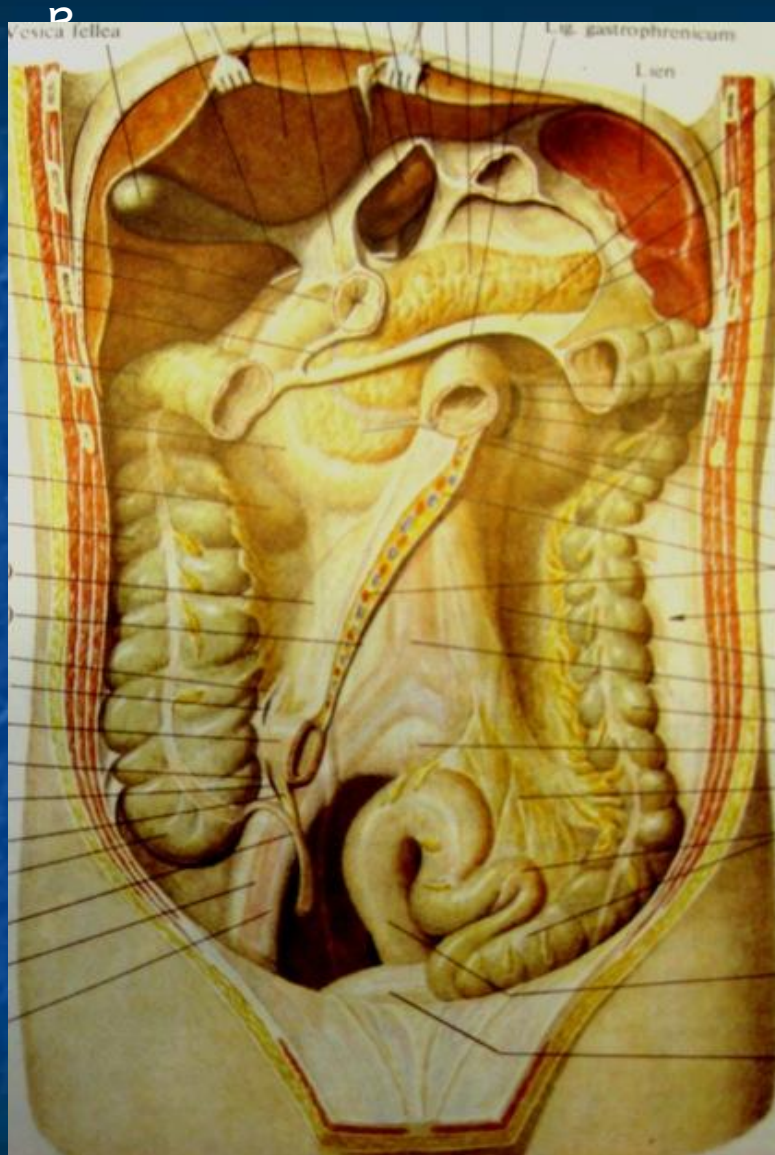


Кафедра госпитальной хирургии ОмГМА

Тема: «Рак панкреато-дуоденальной зоны».

Выполнил: студент 534 гр.  
Белоусов С.В

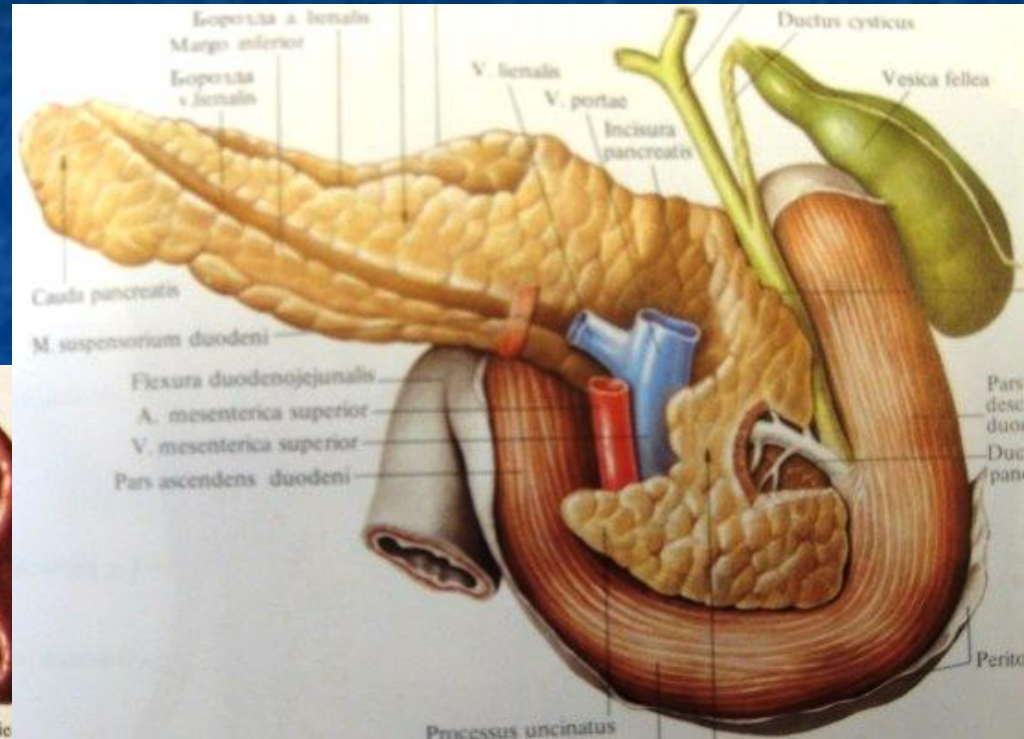
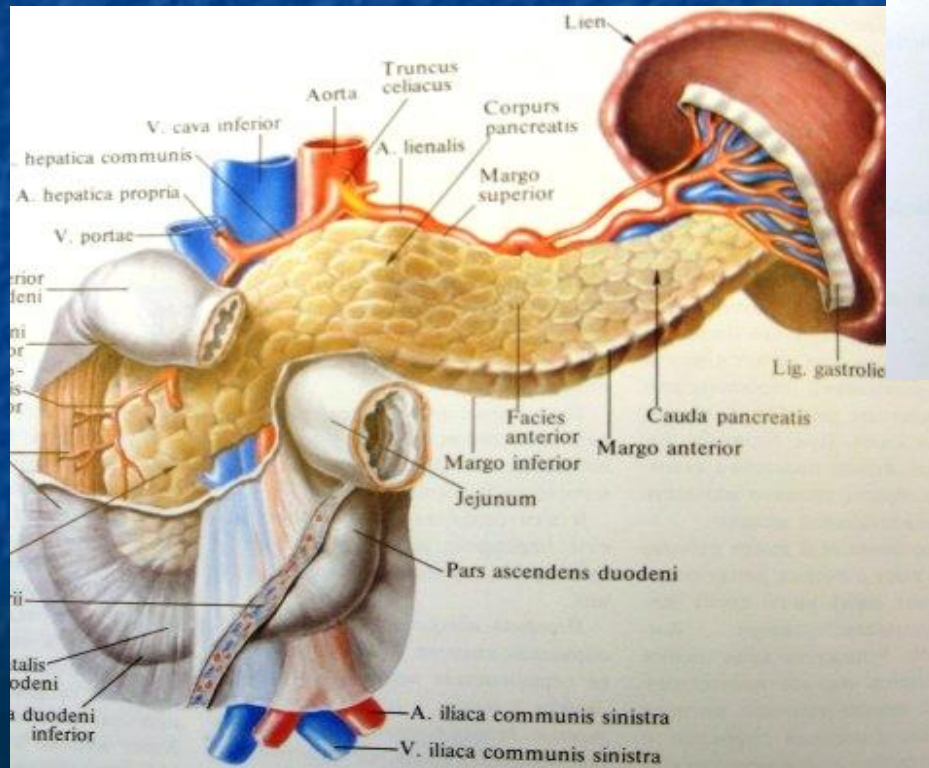
1  
0 Хирургическая анатомия поджелудочной железы и панкреатодуоденальной зоны.



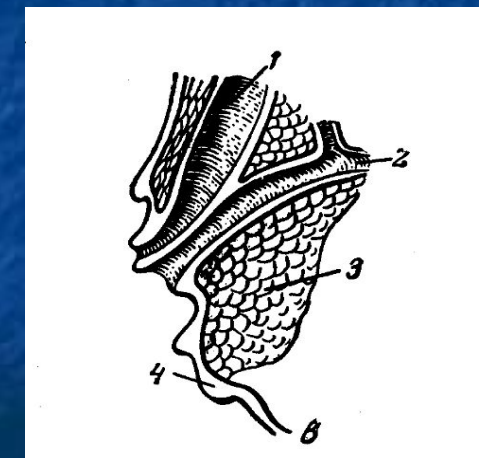
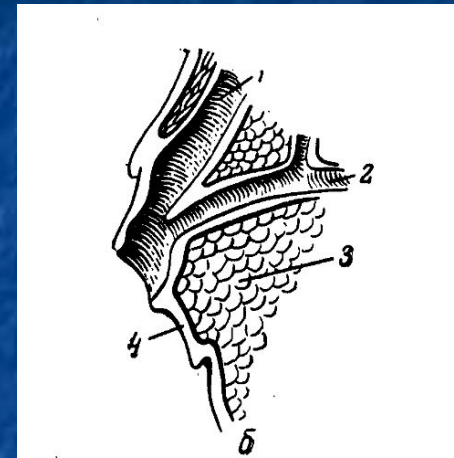
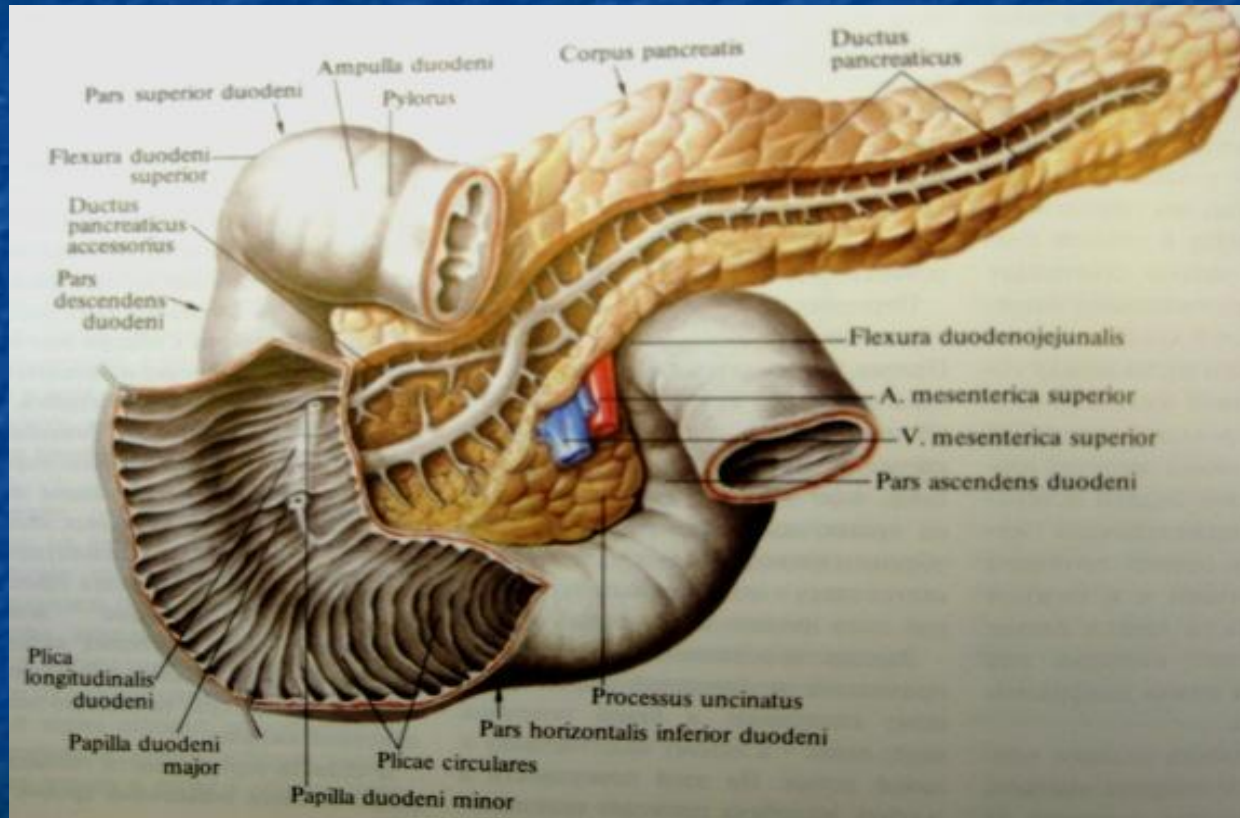
Длинна от 15-20 см.  
Ширина от 3-6 см.  
Толщина от 2-3 см.

# Хирургическая анатомия поджелудочной железы и панкреатодуоденальной зоны

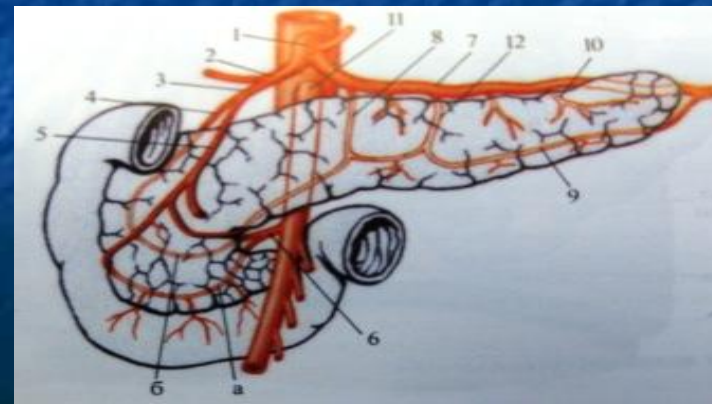
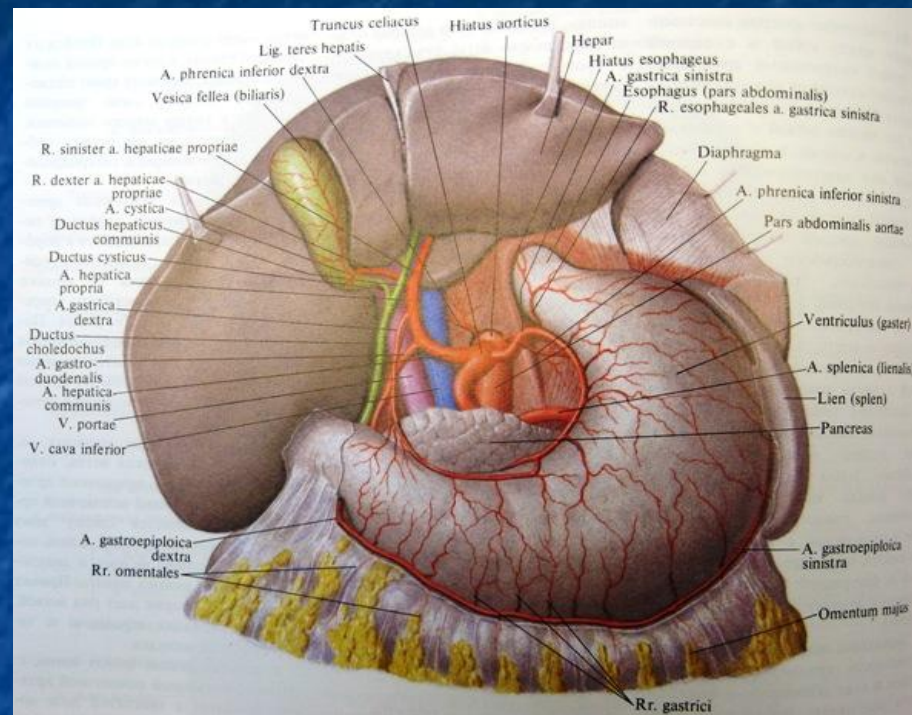
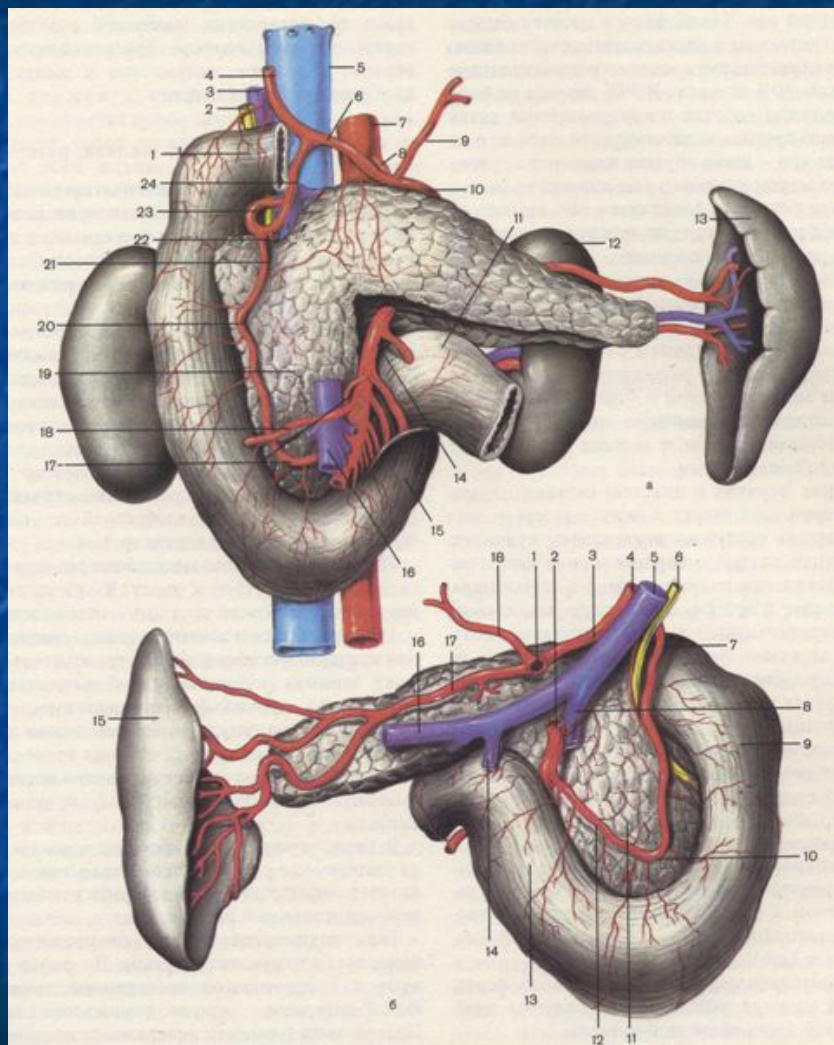
ПЖ – повышенный к хирургической агрессии орган.  
Покрывается тонкой, слабо выраженной соединительнотканной капсулой.



# Хирургическая анатомия поджелудочной железы и панкреатодуоденальной зоны



# Хирургическая анатомия поджелудочной железы и панкреатодуоденальной зоны



# Опухоли поджелудочной железы

## Эпидемиология

- Злокачественные и доброкачественные гормонально-активные опухоли островкового аппарата поджелудочной железы встречаются довольно редко – одно наблюдение на 900 вскрытий. Среди них на долю злокачественных опухолей приходится 10% случаев. Женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины. Наиболее часто встречаются в возрасте 35 – 55 лет.

### **Этиология.**

Недостаточно изучена. В основе указанных заболеваний лежат хронические воспалительные и дегенеративные изменения в ткани поджелудочной железы, формирующиеся под воздействием пищевых, промышленных, наследственных и экологических факторов.

### **Классификация по месту локализации и происхождения опухоли:**

- головка;
- тело;
- хвост;
- проток;
- островковые клетки поджелудочной железы;
- неуточнённые.

### **Гистологическая классификация опухолей поджелудочной железы.**

- Эпителиальные:
- из ацинарных клеток.
- из протокового эпителия.
- из эндокринных клеток.
- смешанного строения.
- неясного генеза.
- Неэпителиального генеза.
- Дизонтогенетические.
- Кровеносной и лимфоидной ткани.
- Метастатические.
- Наиболее часто (до 80%) встречаются эпителиальные опухоли поджелудочной железы.

## Гистологическая классификация эпителиальных опухолей

Опухоли из ацинарных клеток:

- доброкачественные – аденома;
- злокачественные - ацинарноклеточный рак.

Опухоли из протокового эпителия:

- доброкачественные – цистаденомы;
- злокачественные – аденокарцинома, плоскоклеточный рак, анапластический рак, скirrosный рак.
- Опухоли из эндокринной клеток - составляют 5% от всех опухолей поджелудочной железы. К ним относятся опухоли из островковых клеток (инсуломы, випомы, гастриномы и опухоли диффузной эндокринной системы– карциноиды):
  - высокодифференцированные;
  - средней степени дифференцировки;
  - низкодифференцированные;
  - опухоли смешанного строения;
  - опухоли неясного гистогенеза;
  - мукокарциноид;
  - малодифференцированные эндокринные раки;
  - опухолеподобные процессы:
    - гиперплазия эндокринных клеток,
    - эктопия эндокринной ткани поджелудочной железы,
    - синдром множественной эндокринной неоплазии.

**Функциональная классификация эндокринных опухолей:**

- Функциональные нарушения:
  - гипофункция;
  - гиперфункция:
    - гипогликемия, ахлоргидрия, “панкреатическая диаррея” (наблюдается при островковоклеточных опухолях, випомах, из них до 15% являются злокачественными);
    - гипергликемия;
    - синдром Золлингера-Элисона (обусловлен гастриномой, проявляющейся триадой - пептическими язвами, экстримальной секрецией, агрессивностью течения);
    - синдром Вермера-Моррисона (множественный эндокринный аденоматоз составляет 5% случаев от числа эндокринных опухолей);

## Диагностика

- Копрологический анализ, копроцитограмма.
- Биохимический анализ крови: электролиты, трансаминазы, щелочная фосфатаза, билирубин, креатинин, NH<sub>3</sub>, амилаза.
- Определение в крови серотонина, норадреналина, адреналина, кортизола, хромогранина А, гастрин, вазоактивного пептида, инсулина, С-пептида, панкреатического пептида, глюкагона, соматостатина.
- Определение суточной экскреции с мочой адреналина, норадреналина, ванилилминдальной кислоты, 5-ГОИУК (при необходимости проба с резерпином).
- Определение желудочной секреции.
- Эзофагофиброгастродуоденоскопия.
- Компьютерная томография и(или) ядерно-магнитно-резонансная томография, спиральная компьютерная томография с болюсным контрастным усилением.
- Эндоскопическое ультразвуковое исследование.
- Интраоперационное ультразвуковое исследование, поскольку большинство эндокринных опухолей имеют незначительный размер от 2 мм до 30 мм.
- Ангиография (целиакография), в том числе селективная абдоминальная ангиография с взятием крови из панкреатических вен и определением в ней гормонов.
- Ультразвуковое цветное доплеровское сканирование.
- Сцинтиграфия с радиоактивным октреотидом (Октрео-Скан).

### Дифференциальная диагностика

- хронический панкреатит,
- забрюшинные опухоли,
- кисты поджелудочной железы,
- пенетрирующие язвы желудка и 12-перстной кишки,
- сосудистые аневризмы,
- опухоли брыжейки кишечника,
- поражение поджелудочной железы при эхинококкозе и цистицеркозе.



## Лечение

- Хирургическое лечение – удаление опухоли, гемирезекция поджелудочной железы при расположении опухоли в теле или хвосте поджелудочной железы. При злокачественных карциноидах и эндокринном раке с локализацией опухоли в головке поджелудочной железы – пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция. Вопрос о целесообразности панкреатодуоденальной резекции, гастрэктомии или селективной ваготомии при гастриномах – остаётся открытым.
- Консервативное:
- при низком коэффициенте пролиферации (Ki 67), доброкачественной нейроэндокринной опухоли с незначительным повышением хромогранина А, соответствующих гормонов и их метаболитов, умеренных клинических признаках гиперсекреторных синдромов используют сандостатин+омепразол;
- при высоком коэффициенте пролиферации, значительном повышении хромогранина А, соответствующих гормонов и их метаболитов, гистологически подтверждённая малигнизация или выявленные метастазы показана полихимиотерапия (5-фторурацил, стрептозоцин, эпирубицин) + интрон-А+сандостатин+радиоактивный октреотид;
- симптоматическая терапия при гастриномах предусматривает сочетанное лечение гистаминовыми H2-блокаторами+ингибиторы „протонной помпы“+холинолитики.

## Прогноз

- При доброкачественных опухолях прогноз благоприятный - в 90% случаев достигается выздоровление.

# Рак поджелудочной железы

- Относится к наиболее агрессивным злокачественным опухолям, отличающийся высокой резистентностью к специальным методам лечения.

## Эпидемиология.

- Смертность от рака поджелудочной железы составляет 4-9 случаев на 100 000 населения. В структуре заболеваемости злокачественными опухолями рак поджелудочной железы занимает 4-5 место и составляет 9,3 на 100 000. Соотношение больных мужчин и женщин составляет 1,5:1. Летальность у мужчин в возрасте от 35 до 54 года при раке ПЖ выходит на 3-4 место среди причин смертности от рака других локализаций. В последнее время заболеваемость РПЖ повсеместно выросла в 2-4 раза.
- Резектабельность при РПЖ, даже в специализированных клиниках составляет всего 17-28%, а 5-ти летняя выживаемость – не превышает 1 –5%. 90% больных умирает на протяжении первого года с момента установки диагноза. Средняя продолжительность жизни – 3,5-6 мес.

## Этиология:

- Канцерогены:
  - нитрозамины, содержащиеся в табачном дыму, попадающие в результате метаболических превращений через желчь в панкреатические протоки;
  - промышленные агенты типа бета-нафтиламина и бензидина;
  - регулярное потребление алкоголя, кофе на фоне табакокурения.
- Фоновые заболевания:
  - сахарный диабет;
  - хронический индуративный рецидивирующий панкреатит;
  - длительная билиарная гипертензия (вследствии спазма сфинктера Одди, стенозирующего папиллита, оддита, желчно-каменной болезни, холелитиаза, повышенной литогенности желчи);
  - кисты поджелудочной железы, после деструктивного панкреатита;
  - калькулезный панкреатит.

## Патологическая анатомия

- В соответствии с анатомическим строением поджелудочной железы рак локализуется в головке в 73,4-56%, в теле – 18,2-9,8%, в хвосте – 7,4-6%, тотальное поражение 28,2-5,9%. Основная характерная черта – мультицентричность роста, что обуславливает высокую частоту рецидивов. Прорастание опухоли в соседние органы и структуры наблюдается в 50-60% случаев. Лимфогенным путем в 40-50% случаев поражаются сначала регионарные, а затем отдаленные лимфатические узлы: мезентериальные, забрюшинные, ворот печени, желудка, сальника, брыжейки поперечно-ободочной кишки. Изредка поражаются медиастинальные и паратрахеальные, надключичные лимфатические узлы. Метастазы в яичники, параректальные и паховые лимфатические узлы отмечается при обратном токе лимфы в результате «блока» отводящих лимфатических путей.
- Регионарный лимфатический аппарат головки и крючковидного отростка поджелудочной железы представлен 3 коллекторами: чревными, верхнебрыжеечными, воротнопеченочными. В каждом из них имеется 4 последовательных этапа в виде скопления регионарных лимфатических узлов.
- Первый этап – панкреатодуоденальные лимфоузлы, второй этап – ретропилорические и гепатодуоденальные лимфоузлы, третий этап – чревные и верхнебрыжеечные лимфоузлы, четвертый этап – парааортальные и паракавальные лимфоузлы. Гематогенное метастазирование отмечается в 50-55% случаев, из них – по системе воротной вены в 25% случаев поражается печень, а в остальных – лёгкие, надпочечники, почки, кости, иногда кожа.
- Интраоперационное изучение срезов замороженных парапанкреатических, воротнопеченочных лимфоузлов формируют основные критерии целесообразности выполнения радикальной или симптоматической операции. Выявление микрометастазов в указанных лимфоузлах является основанием к отказу от радикальной операции в пользу симптоматической, поскольку существенной разницы в 5-ти летней выживаемости не наблюдается.

### Гистологическая классификация:

- Аденокарцинома - папиллярная, скirroзная, тубулярная, муцинозная;
- Железисто-плоскоклеточный рак;
- Плоскоклеточный рак;
- Недифференцированный рак;
- Неклассифицированный рак.
- **95% случаев рака поджелудочной железы – аденокарцинома из протокового эпителия.**

## TNM клиническая классификация:

- 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
- pTNM патоморфологическая классификация:
  - Категории pT, pN, pM соответствуют категориям T, N, M.
  - pN0 - Материал для гистологического исследования после регионарной лимфаденэктомии должен включать не менее 10 лимфатических узлов.
- G – гистопатологическая градация
  - G1 – высокий уровень дифференциации
  - G2 – средний уровень дифференциации
  - G3 – низкий уровень дифференциации
  - G4 – недифференцированная опухоль

# Группировка по стадиям

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия IA	T1	N0	M0
Стадия IB	T2	N0	M0
Стадия IIA	T3	N0	M0
Стадия IIB	T1, T2, T3	N1	M0
Стадия III	T4	любое N	M0
Стадия IV	любое T	любое N	M1

## Клинические признаки

- Дожелтушные проявления:
- боль носит неспецифический и вариабельный характер, преимущественно сосредоточена в эпигастральной области с иррадиацией в пояснично-крестцовую зону, не связанна с приемом пищи;
- стремительно прогрессирующая потеря массы тела;
- выраженная анорексия (anorexia pancreatica) у 64% больных;
- тошнота;
- функциональные кишечные расстройства;
- общая слабость, повышенная утомляемость, апатия у 70% больных;
- лихорадка у 26% больных;
- паранеопластические состояния («необъяснимые» мигрирующие периферические флебиты, симптом Труссо).
- Желтушные проявления:
- зависят от локализации опухоли в поджелудочной железе, при локализации опухоли в ее головке желтуха развивается в 89% случаев;
- кожный зуд;
- брадикардия;
- явления холангита – ознобы;
- бессонница;
- кожные эскориации;
- холемический геморрагический синдром;
- иктеричность кожи и склер в зависимости от цифр гипербилирубинемии.
- Физикальные признаки рака поджелудочной железы:
- пальпируемая опухоль у 20% больных;
- положительный симптом Курвуазье у 50- 60% больных с локализацией опухоли в головке поджелудочной железы;
- асцит на поздних стадиях заболевания.

# Диагностика

## Неинвазивные методы:

- прямые методы контрастирования – релаксационная зондовая дуоденография;
- непрямые методы контрастирования – выделительная инфузионно-капельная холангиография. Последняя невозможна при гипербилирубинемии больше 34 мкмоль/л;
- ультрасонография + доплерография;
- компьютерная томография с контрастным усилением;
- ядерно-магнитно-резонансная томография.

## Инвазивные прямые методы:

- пункционная черезкожная черезпеченочная холангиография. При билиарной гипертензии может быть завершена наружной холангиостомией;
- эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография ;
- ультрасонография + пункционная аспирационная тонкоигольная биопсия.
- Лабораторная диагностика:
  - Повышение уровня  $\alpha$ -фетопротеина, щелочной фосфатазы, раково-эмбрионального антигена, СА-19 (специфичность СА-19 достигает до 90%), трансаминаз, амилазы сыворотки, билирубина, мочевины, глюкозы.
  - Проба со стимуляцией секретинном выявляет снижение объема панкреатической секреции при нормальном содержании ферментов и бикарбоната.
  - Признаки гиперкоагуляции.
- Ангиография – используется редко, в основном, для выявления вовлечения в опухоль верхней брыжеечной и селезеночной вены. Позволяет определить смещение и/или сдавление панкреатодуоденальной артерии.
- Мероприятия направленные на исключение метастазов в отдаленные органы – рентгенография легких, компьютерная томография грудной клетки, лапароскопия, остеосцинтиграфия по показаниям.

## Дифференциальная диагностика:

- кисты поджелудочной железы,
- хронический индуративный панкреатит,
- калькулезный панкреатит,
- рак желудка,
- рак толстой кишки,
- поражение поджелудочной железы при лимфопролиферативных заболеваниях.

## Лечение

- Радикальное хирургическое лечение при раке головки поджелудочной железы включает:
- стандартная гастропанкреатодуоденальная резекция (по Whipple) - включает: резекцию холедоха, резекцию выходного отдела желудка с прилежащим малым и правой половиной большого сальника, холецистэктомию (в случае наличия воспаления, полипов, конкрементов и при низком впадении пузырного протока), удаление головки поджелудочной железы и всей 12-перстой кишки, клетчаточно-фасциальные футляры общей и собственной печёночной артерии, верхней брыжеечной и воротной вены. Удаляются лимфатические узлы следующих регионарных групп:
  - №1 – пилорические,
  - №2 – вокруг холедоха,
  - №3 – по верхнему краю головки поджелудочной железы,
  - №4 – по нижнему краю головки поджелудочной железы,
  - №5 – передние панкреатодуоденальные,
  - №6 – задние панкреатодуоденальные,
  - №7 – проксимальные мезентеральные лимфоузлы.
- панкреатэктомия (тотальная регионарная панкреатикодуоденэктомия по Fortner) - включает тотальное удаление поджелудочной железы и 12-перстой кишки с резекцией окружающих органов и сосудов. Показанием к операции по Fortner является местно-распространенный рак головки и/или мультицентрический (тотальный) рак поджелудочной железы. Недостаток ее состоит в низком качестве жизни (сахарный диабет, нарушение пищеварения, диаррея, паренхиматозная дистрофия в органах и тканях спланхической зоны, гиперкоагуляция, неудовлетворительная отдаленная выживаемость).
- расширенная гастропанкреатодуоденальная резекция - помимо панкреатодуоденального комплекса с регионарными лимфоузлами, удаляемыми при стандартной ГПДР, предполагает моноблочное удаление соединительной ткани, юкстарегинарных лимфососудов и узлов, нервных сплетений, фасциально-клетчаточных футляров всех крупных сосудов в следующих границах: верхняя – уровень аортального отверстия в диафрагме, нижняя – уровень нижней брыжеечной артерии, правая – ворота правой почки, левая – левая почечная ножка. Осуществляется обязательная скелетизация всех крупных артерий и вен. В удаляемый юкстарегинарный лимфоколлектор относят следующие группы лимфоузлов:
  - №8 – по верхнему краю поджелудочной железы,
  - №9 – по нижнему краю поджелудочной железы,
  - № 10 – вокруг общего печёночного протока,
  - №11 – вокруг чревного ствола,
  - №12 – вокруг верхней брыжеечной артерии,
  - №13 – вокруг средних толстокишечных сосудов,
  - №14 – парааортальная группа лимфоузлов.



- Восстановление непрерывности ЖКТ осуществляют посредством формирования гастроэнтеро-, панкреатоеюно-, холедохоеюноанастомоза.
- Операционная летальность составляет 11-15%.
- Наибольшее количество послеоперационных осложнений сопряжено с ненадёжностью панкреатоеюноанастомоза – несостоятельность, панкреатический свищ, абсцесс, аррозивное кровотечение, панкреонекроз, послеоперационный перитонит.
- Радикальное хирургическое лечение при раке тела и хвоста поджелудочной железы:
- Дистальная (левосторонняя) субтотальная резекция поджелудочной железы выполняется в едином блоке с регионарной лимфаденэктомией и спленэктомией.

**Операбельность опухоли окончательно устанавливают на операционном столе, которая определяется:**

- отсутствием метастазов в печень, брюшину;
- отсутствием прорастания опухоли в элементы ворот печени, воротную вену и магистральные брыжеечные сосуды на значительном протяжении;
- интраоперационной экспресс-биопсией опухоли, регионарных и юкстарегинарных лимфоузлов.
- Паллиативные операции при раке поджелудочной железы преследуют цель циторедукции и тем самым открывают перспективу некоторого увеличения медианы выживаемости:
- паллиативная гемипанкреатэктомия;
- криодеструкция опухоли;
- алкоголизация опухоли.
- Симптоматические операции выполняют чаще, чем радикальные, так как большая часть диагностированных опухолей поджелудочной железы уже нерезектабельна.
- Симптоматические операции при раке головки поджелудочной железы направлены на устранение желчной гипертензии вследствие опухолевой обтурации супрадуоденальной и/или интрапанкреатической части холедоха и периапулярной зоны, для чего накладывают декомпрессивный билиодигестивный анастомоз (холецистоеюноанастомоз, холедоходуоденоанастомоз, гепатикоеюноанастомоз на петле по Ру, который является наиболее выгодным в сравнении с двумя предыдущими).
- В 20% случаев билиодигестивный анастомоз приходится дополнять обходным гастроэнтероанастомозом по причине опухолевой обтурации 12-перстой кишки.
- В случае выраженной механической желтухи, сопровождающейся печеночной недостаточностью используют черезкожную черезпеченочную холангиостомию для наружного отведения желчи, что позволяет избежать рискованной травматичной операции.
- Денервационные вмешательства (введение спирт-новокаиновой смеси в нервные структуры по ходу чревного ствола, невролиз).

**Радиохимиотерапия нерезектабельных опухолей:**

- Показания: первичный морфологически верифицированный местно-распространенный рак поджелудочной железы после ликвидации механической желтухи в сроки не более 2-х месяцев со дня паллиативной или симптоматической операции при относительно удовлетворительном общем состоянии больного.
- Противопоказания: тяжелое общее состояние больного, выраженная раковая интоксикация, наличие отдаленных метастазов с асцитом, опухолевая инфильтрация стенки желудка или 12-перстной кишки с изъязвлением и/или кровотечением, возраст больше 70 лет, депрессия гемопоза.
- Используемые специальные методы – дистанционная телегаматерапия СОД 60 - 70 Гр, подведенных за два этапа + различные комбинации цитостатических препаратов (5-ФУ с лейковорином, митомицин С, гемзар, цисплатин, капецитабин, доксорубин) + гормонотерапия (сандостатин, тамоксифен). Монохимиотерапия 5-ФУ, по результатам достижения временной частичной регрессии или стабилизации процесса, мало отличается от полихимиотерпии, которая бывает успешной всего в 20% случаев (регрессия опухоли на 10%).

# Прогноз

- Результат лечения рака поджелудочной железы – неудовлетворительный.
- 5-летняя выживаемость 1 - 10%. Наилучший прогноз определяется следующими прогностическими факторами:
- диаметр опухоли менее 3 см;
- отсутствие метастазов в регионарных лимфоузлах;
- отсутствие опухолевой инвазии краёв резецированной поджелудочной железы, стенок крупных сосудов, капсулы железы;
- высокодифференцированная опухоль;
- интраоперационная кровопотеря менее 800 мл, отсутствие интраоперационной гемотрансфузии;
- адьювантная полихимиотерапия + радиотерапия.
- Средняя выживаемость после радикального лечения рака поджелудочной железы составляет – 8,5 месяца.
- Согласно данным Japan Cancer Society staging, 5-летняя выживаемость составляет:
- 1 стадия – 46,3 %
- 2 стадия – 27,5 %
- 3 стадия – 20,4 %
- 4 стадия – 8,3 %
- В западных странах 5-летняя выживаемость составляет менее 10 %. В настоящее время существуют заметные различия в хирургической стратегии относительно рака головки поджелудочной железы в Японии и Западной Европы. В Японии ПДР с расширенной лимфодиссекцией и диссекцией экстрапанкреатических нервных сплетений (при необходимости с резекцией воротной вены) является стандартом хирургического лечения. В Западной Европе стандартная ПДР не включает расширенной лимфодиссекции с резекцией верхнебрыжеечной и воротной вены. Хотя ряд японских хирургов сообщают о 30 % 5-ти летней выживаемости после подобных радикальных операций, а некоторые американские хирурги – о 20% 5-ти летней выживаемости после стандартных резекций, невозможно сравнить эти результаты вследствие существенных различий в классификации РПЖ в Западной Европе (UICC) и в Японии (классификация Japanese Pancreas Society).

## Цистаденокарцинома поджелудочной железы

- Серозная и слизистая кистоаденомы – истинные кисты поджелудочной железы с множественными мелкими (серозными) или большими (слизистыми) кистами, в выстилке которых возникают разрастания клеток аденокарциномы. Кисты не сообщаются с панкреатическим протоком и не содержат амилазу, сывороточный уровень которой, как правило, нормален. Женщины болеют чаще мужчин. Ангиография выявляет гиперваскуляризацию.
- Основные методы диагностики – ультрасонография, компьютерная томография, ядерно-магнитно-резонансная томография. Данные о панкреатите в анамнезе – отсутствуют.
- Лечение цистаденокарцином, расположенных в теле и хвосте поджелудочной железы заключается в левосторонней ее резекции вместе с кистой и спленэктомией. При локализации цистаденокарциномы в головке поджелудочной железы, применяются пилоросохраняющие или дуоденосохраняющие панкреатодуоденальные резекции (с учетом низкой опухолевой активности).
- Прогноз при цистаденокарциномах (без отдаленных метастазов) в целом благоприятный – 70% больных живет больше 3 лет.

# Рак Фатерова соска

## Эпидемиология.

- Рак Фатерова соска составляет 0,5 – 1,6% от всех злокачественных опухолей и 2% от злокачественных опухолей ЖКТ. Соотношение мужчин и женщин составляет 1,2:1. Средний возраст – 56 лет.

## Этиология.

- Повышение литогенности желчи, ЖКБ, экзогенные эстрогены, холестеринемия, хронические заболевания воспалительного генеза – папиллит, оддит, остиум-стеноз, хронический панкреатит.

## Патологическая анатомия:

- Гистологические варианты рака Фатерова соска:
  - папиллярная аденокарцинома ( наиболее благоприятная);
  - скirrрозная;
  - плоскоклеточная;
  - метапластическая;
  - слизистая.
- Рак Фатерова соска – отличается медленным латентным течением, в 24,5% обнаруживают метастазы в регионарных лимфоузлах. Гематогенные метастазы развиваются существенно позже. Лимфогенное метастазирование осуществляется в верхние и нижние ретроудоденальные лимфоузлы.
- По характеру роста и течению заболевания отмечают:
  - экзофитные опухоли составляют 34% и сопровождаются ремиттирующей желтухой;
  - эндофитные опухоли составляют 20%;
  - экзофитно-эндофитные опухоли составляют 46%;
- в 94,2% случаев развивается механическая желтуха, при этом размер опухоли при эндоскопическом осмотре у 57% составляет более 2 см в диаметре;

## TNM клиническая классификация:

- Т - первичная опухоль
- TX – не достаточно данных для оценки первичной опухоли
- T0 – первичная опухоль не определяется
- Tis – carcinoma in situ
- T1 – опухоль ограничена ампулой Фатера или сфинктером Одди
- T2 - опухоль распространяется на стенку двенадцатиперстной кишки
- T3 – опухоль распространяется на поджелудочную железу
- T4 – опухоль распространяется на мягкие ткани вокруг поджелудочной железы или другие соседние органы или структуры
- N - региональные 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
- Примечание: селезеночные лимфатические узлы и размещенные в области хвоста поджелудочной железы не являются регионарными и классифицируются как M1.
- 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

T  
N  
G

G – гистопатологическая градация

- G1 – высокий уровень дифференциации
- G2 – средний уровень дифференциации
- G3 – низкий уровень дифференциации
- G4 – недифференцированная опухоль

## Группировка по стадиям

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия IA	T1	N0	M0
Стадия IB	T2	N0	M0
Стадия IIA	T3	N0	M0
Стадия IIB	T1, T2, T3	N1	M0
Стадия III	T4	любое N	M0
Стадия IV	любое T	любое N	M1

## **Клинические проявления:**

- клиника холангита, холестатического гепатит, симптом Курвуазье, субфибрилитет, «тяжесть» в подреберьи;
- визуальные признаки желтухи.

## **Диагностика:**

- Лабораторная:
- гипербилирубинемия, повышение уровня ЩФ, холестерина;
- определение отсутствия панкреатических ферментов при дуоденальном зондировании.
- Инструментальная:
- релаксационная зондовая дуоденография (информативна в 50% случаев);
- эзофагофиброгастродуоденоскопия с биопсией;
- ультрасонография билиарного тракта, гепатопанкреодуоденальной зоны;
- компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства;
- эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография;
- исключение отдаленных метастазов (лапараскопия, рентгенография легких).

## **Дифференциальная диагностика:**

- аденома дуоденального соска,
- папиллит,
- тубулярный стеноз холедоха,
- «вколоченный» конкремент,
- низкая дуоденальная язва.

## Лечение

### Хирургическое:

- трансдуоденальная папилэктомия (при 1-й стадии болезни);
- выявление опухолевых клеток при экспресс-гистологическом исследовании лимфоузлов или по краю резекции, указывает на необходимость проведения операции в объеме пилоросохраняющей ПДР или дуоденэктомии (при 2а, 2в, 3 стадии).
- Хирургическое симптоматическое лечение включает в себя наложение обходных декомпрессивных билиодигестивных анастомозов – холецистоюно- или холедохоеюноанастомоза ( при нерезектабельных опухолях и при 4 стадии).
- Химиотерапия проводится преимущественно 5-Фторурацилом с лейковорином, фторафуром.

## Прогноз

- При опухоли 1 стадии (Т1) выживаемость составляет – 80%. В целом, 5-летняя выживаемость составляет 28 – 37%.

## **Абсолютные противопоказания к ПДР**

- Метастазы в печени и по брюшине;
- Метастазы в лимфатические узлы вне зоны резекции;
- Вовлечение в опухоль венозного сосуда протяженностью более 1,2 см. или тотальное прорастание сосуда;
- Вовлечение в опухоль чревного ствола, верхней брыжеечной и общей печеночной артерии;
- Тяжелые сопутствующие заболевания

## **Относительные противопоказания к ПДР**

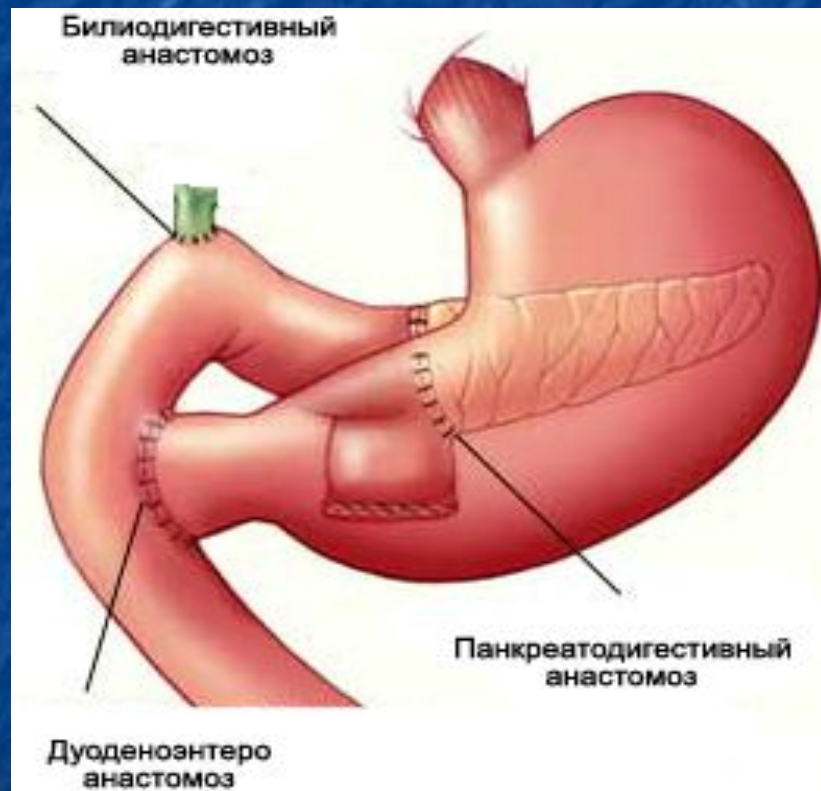
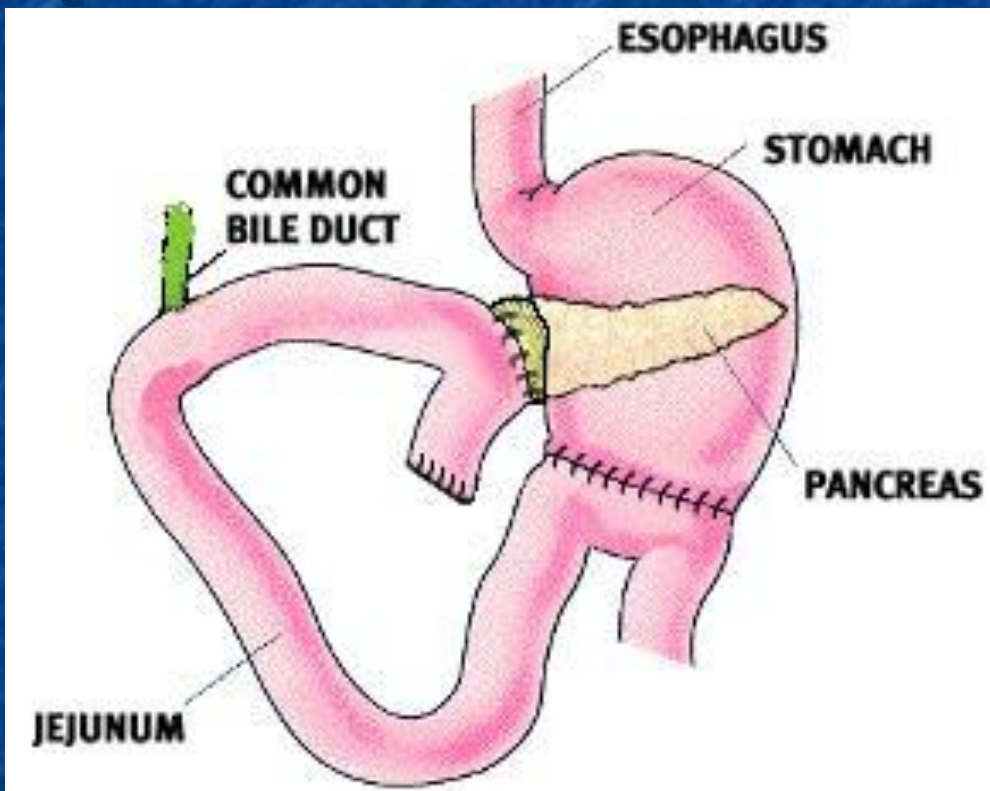
- Вовлечение в опухоль ДПК, желудка, толстой кишки;
- Метастазы в ЛУ в зоне резекции;
- Тесный контакт со стенкой верхней брыжеечной или воротной вены, или минимальное ее вовлечение;
- Вовлечение в опухоль желудочно-двенадцатиперстной артерии;
- Возраст пациента (старше 70 лет).
- Социальный статус пациента.



# Стандартная панкреатодуоденальная резекция

ПДР с удалением привратника

ПДР с сохранением привратника



Whipple

# Послеоперационные осложнения

- Послеоперационный панкреатит (68,7%)
- Гастростаз (47%)
- Несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза
- Нагноение послеоперационной раны
- Желудочно-кишечные кровотечения
- Несостоятельность билиодигестивного анастомоза
- Гнойный парапанкреатит

*Спасибо за внимание!*