

ГБОУ ВПО «Красноярский Государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения и социального развития»
Кафедра общей хирургии проф.им. М.И. Гульмана

Заведующий кафедры: д.м.н. проф. Винник Юрий Семенович
Преподаватель: к.м.н. проф. Дунаевская Светлана Сергеевна

РЕФЕРАТ

Тема: Рак поджелудочной железы.

Выполнила: Врач-ординатор
Косик А.А.

Красноярск 2018 г.

Содержание

1.Распространенность.....	3
2.Этиология.....	5
3.Классификация.....	6
4.Патологическая анатомия.....	8
5.Клиническая картина.....	9
6.Диагностика.....	12
7.Дифференциальная диагностика.....	16
8.Лечение.....	19
9.Список литературы.....	26

Распространенность

Рак поджелудочной железы (РПЖ) составляет 2—7% от всех злокачественных новообразований, занимая 4-е место среди опухолей желудочно-кишечного тракта (после опухолей желудка, толстой кишки, пищевода).

До последнего десятилетия рак поджелудочной железы относили к сравнительно редким болезням. С появлением новых методов диагностики было выявлено, что рак поджелудочной железы встречается значительно чаще.

Диагноз рака поджелудочной железы труден и часто устанавливается поздно. Подавляющее большинство заболевших погибает в течение года после подтверждения диагноза. Хирургия рака этой области, в отличие от рака многих других локализаций, долгое время находилась в такой стадии развития, когда мнения относительно выбора метода лечения были противоречивы. Это связывалось с техническими трудностями операций, высокой послеоперационной летальностью, плохими отдаленными результатами. В последнее время диагностике и лечению рака поджелудочной железы уделяется большое внимание. Однако уровень ранней диагностики за это время существенно не улучшился, что при чрезвычайной злокачественности рака поджелудочной железы делает крайне ограниченной возможность выполнения радикальных операций.

В современной онкологической практике рак поджелудочной железы остается самой фатальной опухолью. Заболеваемость раком поджелудочной железы в России соответствует таковой в других европейских странах. Стандартизованный показатель заболеваемости у мужчин — 8,5 на 100 000 населения; у женщин — 6,1 на 100 000 населения (европейский стандарт). Средний возраст заболевших среди мужчин и женщин составляет соответственно 62,7 и 69 лет.

Медиана выживаемости больных РПЖ, по американским данным, составляет 4,1 месяца; пятилетняя выживаемость отмечается у 1,3% из всех заболевших.

По данным ВОЗ, отношение показателей смертности к заболеваемости равняется 0,99. Единственным радикальным методом лечения рака поджелудочной железы является хирургический, но всего лишь у 5% больных, обратившихся к онкологу, можно выполнить радикальную операцию. В 46% случаев невозможно выполнить билпанкреатодуоденальную резекцию из-за инвазии опухоли соседние органы и наличия метастазов в лимфатических узлах; в 49% случаев — из-за наличия отдаленных метастазов.

Этиология

Развитию рака билипанкреатодуоденальной зоны способствуют следующие факторы:

- характер питания (западная диета) — избыточное потребление мяса и животных жиров — механизм их влияния объясняют стимуляцией выработки кишечного гормона панкреозимина, который вызывает гиперплазию клеток поджелудочной железы;
- курение — повышает риск заболевания в 2 раза, на вскрытии у курильщиков находят гиперпластические изменения в протоках поджелудочной железы. Связь курения с развитием рака можно рассматривать с нескольких точек зрения: табак содержит нитрозамины, которые индуцируют рак и стимулируют его развитие; способствует увеличению содержания некоторых липидов крови, повышенная концентрация которых обуславливает гиперплазию эпителия протоков и приводит к раку; канцерогены табака в результате метаболизма могут попасть в желчь и в панкреатический проток;
- алкоголизм — риск возникновения рака поджелудочной железы в 2 раза больше среди мужчин, которые употребляют алкоголь каждый день по сравнению с непьющими;
- сахарный диабет — риск заболеть РПЖ у больных, страдающих сахарным диабетом, увеличивается в 2 раза, так как у них отмечается гиперплазия протоков поджелудочной железы;
- хронический панкреатит — в 50—60% случаев сочетается с РПЖ. Предполагают, что сужение протоков и застой секрета могут способствовать продолжительному воздействию на эпителий протоков выделяемыми канцерогенами;

Классификация

В настоящее время используют TNM-классификацию.

TNM-классификация

T — первичная опухоль

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

TO — первичная опухоль не определяется.

T1 — опухоль ограничена поджелудочной железой до 2 см в наибольшем измерении.

T2 — опухоль ограничена поджелудочной железой более 2 см в наибольшем измерении.

T3 — опухоль распространяется за пределы поджелудочной железы, но без вовлечения в процесс ствола чревной артерии или верхней брыжеечной артерии.

T 4 — опухоль вовлекает в процесс ствол чревной артерии или верхнюю брыжеечную артерию (первично нерезектабельная опухоль).

N — регионарные лимфатические узлы

NX — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.

N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 — регионарные лимфоузлы поражены метастазами.

и проксимальные мезентериальные; селезеночные: в воротах селезенки и около хвоста поджелудочной железы (только для опухолей тела и хвоста поджелудочной железы); чревные: только для опухолей головки поджелудочной железы.

M — отдаленные метастазы

MO — нет признаков отдаленных метастазов.

M1 — имеются отдаленные метастазы.

Группировка по стадиям

Стадия 0 Tis N0 M0

Стадия I A T1 N0 M0

Стадия I B T2 N0 M0

Стадия II A T3 N0 M0

Стадия II B T1 N1 M0

T2 N1 M0

T3 N1 M0

Стадия III T4 Любая N M0

Стадия IV Любая T Любая N M1

Частота опухолевого поражения различных отделов поджелудочной железы не одинакова. Головка железы поражается раком в 60—70% случаев, тело — в 20—30% и хвост — в 5—10% наблюдений. Тотальное поражение органа наблюдается в 2—5% случаев.

Формы роста опухоли бывают: узловыми, экзофитными и диффузными. Злокачественные опухоли развиваются преимущественно из протоков, реже — из паренхимы поджелудочной железы.

Гистологически различают аденокарциному, плоскоклеточный рак, цистаденокарциному, ацинарно-клеточный рак, недифференцированный рак поджелудочной железы. Чаще встречается аденокарцинома (скирр, слизистые, папиллярные формы).

Рак поджелудочной железы метастазирует лимфогенно, гематогенно и распространяется путем прямого прорастания окружающие ткани и по перинеуральным щелям. Отдаленные метастазы могут быть в легких, почках, печени, костях, стенке желчного пузыря и в виде диссеминации по брюшине (асцит).

Патологическая анатомия

Из-за скрытого развития,и как следствие,поздней диагностики опухоли поджелудочной железы отмечается высокий процент летальности в течение 1-го года после взятия на учет.Злокачественные опухоли поджелудочной железы являются преимущественно аденокарциномами,исходящими из протоков.РПЖ имеет вид белесоватого узла округлой или вытянутой формы,метастазирует рано в регионарные лимфоузлы (в 90% случаев),медиастинальные и надключичные лимфоузлы.Поражение забрюшинных лимфопротоко нередко приводит к появлению хилезного асита и диссеминации опухоли по брюшине.У 50% Больных к моменту установления диагноза уже имеются метастазы в печень,а у 1/3-инвазия двенадцатиперстной кишки с ее изъязвлением.

Следует отметить,что,хотя и редко,могут возникнуть опухоли из островков клеток Лангерганса.Они принадлежат к классу опухолей,известных как апудомы.Клетки этих опухолей секретируют различные субстанции(инсулин,глюкагон,гастрин,АКТГ,серотонин).В 10% случаев такие функционирующие опухоли малигнизуются и метастазируют.Часто они мультицентричны.

Клиническая картина

Ведущими симптомами *рака головки поджелудочной железы* являются боль, похудение, диспептические расстройства, желтуха. *Боль* — самый частый симптом, наблюдается у 70—85% больных. Боль может локализоваться в эпигастриальной области, правом подреберье, иррадиировать в спину. У большей части пациентов боль появляется за несколько недель или месяцев до желтухи и является первым признаком заболевания. Боль чаще возникает в результате прорастания или сдавления опухолью нервных стволов, реже — вызвана закупоркой желчного или вирсунгова протока или перитонеальными явлениями из-за обострения сопутствующего панкреатита.

Вторым симптомом заболевания является *похудение*. Этот признак связан не столько с опухолевой интоксикацией, сколько с нарушением процессов пищеварения в результате частичного или полного прекращения поступления в кишечник панкреатического сока.

К числу клинических симптомов рака головки поджелудочной железы относятся также *диспептические расстройства*: анорексия, тошнота, отрыжка, чувство тяжести в эпигастрии, рвота, иногда отмечаются поносы, запоры. В дальнейшем к триаде клинических признаков опухоли

(боль, похудение, диспептические расстройства) присоединяются более поздние симптомы, определяющиеся локализацией, величиной опухоли, ее отношением к окружающим органам, характером метастазирования. Если опухоль развивается из эпителия конечной части панкреатического протока, то в процесс вовлекается общий желчный проток, который сдавливается, вследствие чего развивается быстро нарастающая желтуха, увеличиваются желчный пузырь (симптом Курвуазье) и печень. У таких больных вскоре полностью обесцвечивается кал, моча приобретает темную окраску, желтуха сопровождается мучительным кожным зудом, особенно беспокоящим по ночам. На коже видны расчесы, петехиальные высыпания. В результате нарастания холемии может иметь место геморрагический синдром (носовые кровотечения, кровавая рвота, мелена). Если опухоль исходит из эпителия

ацинозной части поджелудочной железы, она может, не сдавливая общего желчного протока, прорасти в двенадцатиперстную кишку, протекая под видом язвенной болезни двенадцатиперстной кишки или стеноза привратника. Желтуха — один из основных и важных симптомов рака головки поджелудочной железы, но в большинстве случаев он более поздний, чем боль, похудение и диспептические явления. Развитие желтухи как первичного и ведущего симптома в ранние периоды заболевания возможно, когда раковый узел локализуется в конечной части вирсунгова протока. Несмотря на то что его размеры небольшие, довольно быстро происходит затруднение оттока желчи вследствие сдавления общего желчного протока. Печень при раке головки поджелудочной железы достигает больших размеров, безболезненна, край острый. В далеко зашедших случаях рака головки поджелудочной железы могут наблюдаться асцит, кишечное кровотечение, тромбозы сосудов нижних конечностей, инфаркты легких, селезенки.

Рак тела и хвоста поджелудочной железы. Один из наиболее частых начальных симптомов рака этой локализации — *боль* в подложечной области или левом подреберье. Боли мучительные, усиливаются при лежании на спине, иногда достигают такой интенсивности, что больные вынуждены прибегать к наркотикам. Боли часто иррадиируют в спину, поясницу, иногда носят опоясывающий характер. Наряду с болевым синдромом, у пациентов с указанной формой опухоли отмечается прогрессивное похудение, кахексия; потеря аппетита, тошнота, рвота, запоры.

Желтуха обычно отсутствует и может возникнуть в случаях, когда опухоль распространяется на головку, вызывая обтурацию общего желчного протока, или имеют место метастазы в ворота печени. Для рака тела и хвоста поджелудочной железы характерным является наличие множественных тромбозов сосудов, которые встречаются в 4 раза чаще, чем при опухолях головки. Рак тела и хвоста поджелудочной железы чаще возникает у

лиц, страдающих сахарным диабетом. При локализации рака в теле или хвосте поджелудочной железы опухоль удастся прощупать почти у 30% больных; у 25% имеет место увеличенная селезенка. Увеличение селезенки связано либо с прорастанием опухоли в сосуды системы воротной вены, либо с их тромбированием, либо при прорастании или метастазировании опухоли в селезенку.

Диагностика

Для диагностики рака головки поджелудочной железы важное значение имеют данные лабораторных исследований. При обтурационной желтухе и вторичном холангите нередко отмечается лейкоцитоз. Количество лейкоцитов может достигать 20 000 в 1 мм³ крови и более. Наступает выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускоряется СОЭ. Нередко отмечается тромбоцитоз. При определенных условиях это может служить подспорьем в дифференциальном диагнозе опухоли головки поджелудочной железы, обтурационной желтухе, вызванной другими факторами, и болезни Боткина. У больных с рассматриваемой формой опухоли, сопровождающейся желтухой, резко увеличивается содержание билирубина в сыворотке крови в основном за счет повышения его прямой фракции.

Не меньшее значение в дифференциальной диагностике паренхиматозных и механических желтух имеет определение активности аминотрансфераз: аспартат—аминотрансферазы (АсТ) и аланин-аминотрансферазы (АлТ). При болезни Боткина активность АлТ в начале заболевания повышается до 250—400 ед. и более, АсТ — до 250—300 ед. и более. При механических желтухах активность аминотрансферазы чаще всего нормальная или незначительно повышается (50—100 ед.). Наряду с исследованием сыворотки крови в распознавании рака головки поджелудочной железы важную роль играют лабораторные анализы мочи и кала. При полной обтурации желчного протока реакции на уробилин и стеркобилин становятся отрицательными. В кале появляются непереваренные мышечные волокна (креаторея), испражнения приобретают специфический блеск (стеаторея). Большое значение для диагностики рака головки поджелудочной железы имеет выявление в цитологических препаратах из дуоденальной жидкости раковых клеток.

В комплексе современных методов распознавания рака головки поджелудочной железы важное место занимает рентгенологическое исследование. С его помощью можно установить такие признаки, как:

- 1) разворот подковы двенадцатиперстной кишки;

- 2) деформация контуров кишки и пилорического отдела желудка;
- 3) симптом Фротсберга (дефект в нисходящем отделе двенадцатиперстной кишки в форме <<Е >>);
- 4) сужение просвета кишки и замедленная эвакуация желудочного содержимого. Более полную информацию можно получить, используя данные КТ, УЗИ и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ).

В диагностике рака тела и хвоста поджелудочной железы важная роль принадлежит УЗИ, рентгенологическому исследованию и КТ. Определенную роль играют лабораторные методы диагностики.

В общем анализе крови обычно имеет место лейкоцитоз, тромбоцитоз, ускоренная СОЭ. Ценным представляется исследование уровня липазы; при раке тела и хвоста поджелудочной железы этот фермент обычно повышен в 40—55% случаев.

Специальные методы диагностики:

1) ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ) позволяют выявить в поджелудочной железе объемное образование диаметром до 2 см, а также расширение желчных протоков и протока поджелудочной железы, метастазы в печени и внепеченочное распространение первичной опухоли. Хотя УЗИ более доступно, проведение исследования может быть затруднено из-за усиленного газообразования в кишечнике. Часто КТ более предпочтительна, а современные модификации ее — спиральная КТ и динамическая КТ с высоким разрешением — позволяют установить диагноз более чем в 95% случаев.

Эндоскопическое УЗИ предложено недавно. Оно позволяет с помощью эндоскопа с ультразвуковым датчиком на концевизуализировать через стенку желудка и двенадцатиперстной кишки поджелудочную железу и окружающие ее ткани. У опытного специалиста точность оценки стадии опухоли (Т) достигает 85%; выявление инвазии сосудов — 87%; поражение

регионарных лимфатических узлов (N) — 74%. Опыт применения этого метода пока невелик. Результаты исследования зависят от квалификации врача, а само оно требует больших затрат времени. Поэтому метод не вошел в повседневную клиническую практику.

Таким образом, при раке поджелудочной железы наиболее ценными визуализационными методами диагностики являются УЗИ и КТ; прицельная пункционная биопсия под их контролем; при необходимости — дуоденография, ангиография, лапароскопия, эндоскопическое УЗИ;

2) прицельная пункционная биопсия объемного образования поджелудочной железы под контролем УЗИ или КТ безопасна и позволяет установить диагноз у 57—96% больных;

3) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) обычно помогает визуализировать проток поджелудочной железы и желчные протоки, выполнить биопсию ампулы, получить желчь или сок поджелудочной железы, выполнить щеточную биопсию места стриктуры для цитологического исследования.

У всех больных с клиническими признаками холестаза и расширения внутрипеченочных желчных протоков, выявленных при УЗИ или КТ, показано выполнение эндоскопической чрескожной чреспеченочной холангиографии либо их сочетания;

4) рентгенологическое исследование двенадцатиперстной кишки с использованием медикаментов, вызывающих ее релаксацию (*метацил, атропин с кальция хлоридом, аэрон*) позволяет оценить степень инвазии и обструкции двенадцатиперстной кишки опухолевым процессом;

5) определение стадии опухолевого процесса является важным для оценки резектабельности. Одним из хирургических методов диагностики, позволяющим выявить метастазы в печени, обсеменение брюшины и сальника и выполнить биопсию, является лапароскопия. Если метастазы не

выявлены при лапароскопии, КТ и ангиографии, то в 75% случаев есть вероятность проведения радикальной операции;

б) с помощью дигитальной субтракционной ангиографии можно визуализировать печеночную артерию и воротную вену, а также их внутрипеченочные ветви. Этот метод по-прежнему имеет большое значение для дооперационной оценки резектабельности опухоли. При раке большого дуоденального сосочка обследование можно начать с дуоденографии и дуоденоскопии с биопсией, УЗИ, КТ, эндоскопической холангиографии, цитологического исследования, биопсии. При раке внепеченочных желчных протоков первый этап — УЗИ, КТ. Для установления уровня и параметров стриктуры выполняют чрескожную или эндоскопическую холангиографию, ангиографию, цитологическое исследование и биопсию.

Дифференциальная диагностика

ЖКБ.

Диагностика рака поджелудочной железы, особенно при локализации его в теле и хвосте железы, крайне трудна. Эти трудности обусловлены топографическими особенностями расположения поджелудочной железы (забрюшинное расположение ее), что осложняет ее обследование методами, обычно применяемыми при исследовании органов брюшной полости, общностью симптоматики (боль, похудание, диспепсические явления и т.д.) и отсутствием специфических функциональных и рентгенологических методов исследования.

При постановке диагноза рака поджелудочной железы приходится проводить дифференциальную диагностику с различными заболеваниями и, прежде всего со злокачественными заболеваниями органов брюшной полости - раком желудка, печени, желчного пузыря и желчных путей, толстой кишки, левой почки и других органов, которые могут дать метастазирование в лимфатические узлы ворот и паренхиму печени, а также с хроническим панкреатитом, циррозом печени, и, наконец, с болезнью Боткина.

При наличии резко выраженной желтухи, развившейся при раке головки поджелудочной железы, приходится, прежде всего, проводить дифференцирование с обтурационной желтухой, вызванной закупоркой общего желчного протока камнем. В этих случаях большую роль играет тщательный расспрос больного, из которого обычно выясняется, что в прошлом у него бывали приступы болей, характерные для желчно-каменной болезни. Интенсивность желтухи, вызванной закупоркой общего желчного протока - так называемым вентильным камнем, может быть различной в отличие от желтухи, обусловленной раком головки поджелудочной железы. Важное значение для диагностики в этих случаях имеет состояние желчного пузыря. Симптом Курвуазье более характерен для рака головки поджелудочной железы, чем для желчно-каменной болезни, при которой

вследствие склерозирования пузыря, обусловленного хроническим воспалением в нем, этот симптом обычно не наблюдается.

В дуоденальном содержимом при раке головки поджелудочной железы количество панкреатических ферментов уменьшено или полностью или они совсем отсутствуют, тогда как при желчно-каменной болезни концентрация панкреатических ферментов обычно не нормальная.

Решающее значение при дифференцировании, если нет у больных желтухи, имеет метод холеграфии, дающих возможность при желчно-каменной болезни выявить наличие камней в желчном пузыре и желчных протоках.

Рак фатерова соска.

Принято считать, что рака фатерова соска характерно наличие интермиттирующей желтухи в отличие от рака головки поджелудочной железы, при котором она носит постоянный и прогрессирующий характер. Такое колебание в интенсивности желтухи, по мнению исследователей, обусловлено свойством рака фатерова соска быстрее распадаться. Рак фатерова соска часто сопровождается вторичным холангитом и протекает под видом этого заболевания с ознобами и высокой температурой. Ввиду большой склонности рака фатерова соска к распаду при нем чаще, чем при раке головки поджелудочной железы, отмечают наличие крови в дуоденальном содержимом и скрытой крови в испражнениях. С этим положением едва ли можно согласиться или, во всяком случае, этот симптом не дает полной уверенности в правильности диагноза рака фатерова соска и исключения рака головки поджелудочной железы, при котором наличие скрытой крови в испражнениях не редкость. Рак фатерова соска в отличие от рака головки поджелудочной железы чаще протекает без болей и позже дает метастазирование в другие органы.

Для дифференцирования этих заболеваний большое значение имеет исследование панкреатических ферментов в дуоденальном содержимом. При раке головки поджелудочной железы вследствие обтурации панкреатического

протока опухолью панкреатические ферменты в дуоденальном содержимом могут отсутствовать или концентрация их бывает значительно пониженной, тогда как при раке фатерова соска отделение панкреатических ферментов нарушается или изменяется значительно меньше, чем при раке головки железы.

Индуративный панкреатит.

Особую трудность в дифференциальной диагностике иногда приходится испытывать при проведении дифференциального диагноза между раком головки поджелудочной железы и склерозирующей формой хронического панкреатита, когда последний сопровождается механической желтухой. Эти трудности могут возникнуть даже у хирургов во время операции. В подобных случаях предлагается производить скеннирование поджелудочной железы, а если нужно биопсию ее и панкреатографию. Особенно трудно поставить диагноз рака головки поджелудочной железы при отсутствии у больного желтухи. В этих случаях раковая опухоль разрастается в сторону двенадцатиперстной кишки, прорастает ее стенку, давая при этом, кроме общих явлений, свойственных раковому процессу, местную, локальную симптоматику. Заболевания может протекать под видом язвенной болезни, стеноза привратника и сопровождаться желудочно-кишечным кровотечением и резкими болями в верхней половине живота. Для уточнения диагноза в таких случаях большое значение имеют тщательно собранный анамнез, клиническое течение заболевания, данные рентгенологического обследования, скеннирование поджелудочной железы и методы функционального исследования железы.

Лечение

Для лечения РПЖ используют хирургический, лучевой, химиотерапевтический и комбинированный методы.

Хирургическое вмешательство наиболее разработано в последнее время.

Основными видами радикальных операций при раке билипанкреатодуоденальной зоны являются:

- стандартная гастропанкреатодуоденальная резекция —ГПДР (субтотальная панкреатотодуоденэктомия);
- панкреатэктомия (тотальная панкреатодуоденэктомия);
- дистальная (левосторонняя) резекция поджелудочной железы;
- расширенная ГПДР (расширенная субтотальная или тотальная панкреатодуоденэктомия, региональная субтотальная или тотальная панкреатодуоденэктомия).

Сравнительно редко выполняемые разработанные операции:

- привратниксохраняющаяпанкреатодуоденальная резекция;
- резекция головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки и билиарного тракта;
- дистальная резекция поджелудочной железы с сохранением селезенки.

Эти операции выполняются по функциональным соображениям, так как их онкологическая адекватность крайне сомнительна.

Стандартная ГПДР, выполняемая по поводу билипанкреатодуоденального рака, проводится во многих хирургических и онкологических клиниках.

Стандартная ГПДР включает резекцию холедоха, выходного отдела желудка с прилежащим малым и правой половиной большого сальника; удаление головки поджелудочной железы, 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 вен. Удаляются

лимфоузлы следующих регионарных групп: N 1 — пилорические; N2 — вокруг холедоха; N3 — по верхнему краю головки поджелудочной железы; N4 — по нижнему краю головки поджелудочной железы; N5 — передние панкреатодуоденальные; N6 — задние панкреатодуоденальные; N7 — проксимальные мезентериальные лимфоузлы. Техника выполнения всех этапов стандартной ГПДР в настоящее время достигла определенного уровня и хорошо описана в литературе. При раке тела и хвоста поджелудочной железы выполняется так называемая дистальная или левосторонняя резекция поджелудочной железы. Операция сопровождается удалением селезенки. Объем удаляемой поджелудочной железы варьирует от резекции хвоста поджелудочной железы, что соответствует 25% объема органа, до субтотальной резекции — удаляется 75-90% объема поджелудочной железы. В последние годы в ведущих центрах России и мира стали выполнять расширенную ГПДР.

Расширенная ГПДР помимо панкреатодуоденального комплекса с регионарными лимфоузлами, удаляемыми при стандартной ГПДР, предполагает резекцию поджелудочной железы на границе тела и хвоста органа, удаление единым блоком прилежащих к панкреатодуоденальному комплексу соединительной ткани, лимфатических сосудов 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. В этих пределах осуществляется скелетизация всех крупных артерий и вен. При этом в препарате оказываются лимфоузлы как регионарного, так и юкстарегинарного лимфоколлектора. К последнему относятся группы лимфоузлов: N8 — по верхнему краю тела поджелудочной железы; N9 — по нижнему краю тела поджелудочной железы; N10 — вокруг общего печеночного протока; N11 — вокруг чревного ствола; N12 — вокруг верхней брыжеечной артерии; N13 — вокруг средних толстокишечных сосудов; N 14

— парааортальная группа лимфоузлов. При подозрении на инвазию верхней брыжеечной вены, последняя резецируется с ее одномоментной пластикой.

Паллиативные операции проводятся с целью:

- устранения желтухи;
- улучшения пассажа по двенадцатиперстной кишке;
- включения в процесс пищеварения поджелудочной железы;
- снятия болей.

К паллиативным вмешательствам относятся: наложение обходных анастомозов и эндоскопическое или чрескожное чреспеченочное эндопротезирование

(стентирование). Билиодигестивные операции (холецистоэнтероанастомоз с межкишечным соустьем по Брауну; холецистогастроанастомоз с межкишечным соустьем по Брауну, холецистодуоденоанастомоз с межкишечным соустьем по Брауну) способствуют устранению гипертензии в желчных путях; устраняют холемию, включают желчь в процессы пищеварения. Стенты могут быть пластмассовыми и из металлической сетки. Стентирование желчных протоков без вскрытия брюшной полости показано пожилым больным из групп высокого риска, у которых выявлены нерезектабельные опухоли желчных протоков, поджелудочной железы. У более молодых больных в таких

ситуациях можно прибегнуть к наложению билиодигестивного анастомоза.

Лучевая терапия. Одним из традиционных методов лучевой терапии является дистанционная лучевая терапия. Оптимальные суммарные очаговые дозы — 55—75 Гр. В основном лучевая терапия используется в послеоперационном периоде. Это лечение целесообразно проводить в возможно более короткие сроки после операции, как правило, этот интервал составляет 2—4 недели.

Основным показанием для проведения послеоперационного облучения является наличие нерезектабельной опухоли поджелудочной железы на фоне ликвидированной обтурации внепеченочных путей.

К *показаниям* относятся:

- морфологически верифицированный местно-распространенный рак поджелудочной железы после наложения билиодигестивного анастомоза;
- местно-распространенный рак поджелудочной железы, дистального отдела холедоха после подтверждения диагноза во время операции;
- рецидивы рака панкреатодуоденальной зоны после радикальных операций.

К *противопоказаниям* относятся:

- выраженная раковая кахексия;
- хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивно-язвенный эзофагит, острые эрозии и язвы желудка, осложненные кровотечением;
- неразрешенный обтурационный желчеотток;
- прорастание опухоли в просвет двенадцатиперстной кишки, распад ее или изъязвление, осложненное кровотечением;
- выявленное во время операции массивное прорастание сосудов панкреатодуоденальной зоны (нижняя полая вена, воротная вена, верхняя брыжеечная вена, артерия);
- наличие лейкопении ниже $3 \cdot 10^9 / \text{л}$.

Целесообразным является индивидуализированный подход к выбору режима фракционирования лучевой терапии. Так, у компенсированных больных радикальное либо паллиативное лучевое лечение рационально проводить в режиме динамического фракционирования (3 фракции по 4 Гр, затем по 2 Гр — 5 раз в неделю).

Повышению эффективности лечения и улучшению переносимости способствует проведение <<сплит>>-курсов дистанционной гамма-терапии в СОД — 36—38 Гр в режиме динамического фракционирования, перерыв 10—20 дней, продолжение лечения до радикальной дозы - 60—70 Гр.

Лечение ослабленных пациентов с выраженной желтухой лучше проводить в режиме мультифракционирования (1—1,2 Гр 2 раза в день с интервалом 4—6 ч); СОД при этом зависит от цели облучения (паллиативное или

симптоматическое). При улучшении состояния больного возможен переход на режим динамического фракционирования дозы.

Проведение паллиативного курса лучевой терапии с «радикальной» дозой требует подведения СОД — 60 изоГр — при мелкоклеточном раке и инсуломе; СОД — 65 изоГр — при аденокарциноме и СОД — 65—75 изоГр при солидных раках поджелудочной железы.

Использование лучевой терапии позволяет обеспечить исчезновение болевого синдрома, вызвать регрессию опухоли, незначительно повысить продолжительность жизни. Однако, учитывая раннее гематогенное метастазирование при раке поджелудочной железы надеяться на получение существенных положительных результатов от применения локального противоопухолевого воздействия невозможно.

Химиотерапия рака. Химиотерапия рака поджелудочной железы разрабатывается по разным направлениям: создание новых избирательно действующих на опухолевые клетки препаратов, разработка комбинированного применения двух и более препаратов, совершенствование химиотерапии как компонента комплексного или комбинированного лечения. До определенного времени основным препаратом при лечении больных раком поджелудочной железы был 5-фторурацил, который в дальнейшем использовался в сочетаниях с *эпирубицином, митомицином С, интерфероном, цисплатином, лейковорином, метотрексатом.* Непосредственный объективный эффект от разных схем такого лечения отмечен у 8,3—43% пациентов. Степень выраженности токсичности составила 5—60%. Вместе с тем отдаленные результаты оказались одинаковыми, увеличение продолжительности жизни отмечено не более чем в 15% наблюдений.

Перспективы в химиотерапевтическом лечении рака поджелудочной железы появились после создания нового химиотерапевтического препарата *гемцитабина (гемзара)*. В настоящее время во всем мире проводится

большое количество исследований лечения рака поджелудочной железы с использованием *гемцитабина* и препаратов группы токсанов.

Вторая фаза клинического испытания показала, что эта комбинация увеличивает время до прогрессирования заболевания (приблизительно 10 месяцев) и годовую выживаемость до 30% у больных с диссеминированным раком поджелудочной железы. Однако проведенный анализ данных различных исследований показал, что применение химиотерапии как самостоятельного метода лечения не является эффективным у больных раком поджелудочной железы.

Комбинированное лечение. В последние десятилетия появляется большое количество работ, посвященных химиолучевому лечению рака поджелудочной железы. Применение полихимиотерапии по схеме FAP:

5-фторурацил — 300 мг/м² в 1-й—5-й дни, *адриамицин*—50 мг/м² в 1-й день, *цисплатин*- 20 мг/м² в 1—5-й дни курса) в сочетании с расщепленным курсом лучевой терапии в суммарной очаговой дозе 40 Гр позволило ряду исследователей улучшить отдаленные результаты лечения рака поджелудочной железы до 14 месяцев.

Прогноз. Прогноз при раке поджелудочной железы неблагоприятный.

После наложения билиодигестивного анастомоза средняя выживаемость больных составляет около 6 месяцев. Прогноз после радикальных операций при раке поджелудочной железы зависит от размеров опухоли, гистологически выявляемой инвазии кровеносных сосудов и состояния регионарного лимфоаппарата. При отсутствии метастазов в регионарных лимфоузлах пятилетняя выживаемость составляет 40—50%; а в случае их выявления — 8%; при опухолевой инвазии сосудов продолжительность жизни в среднем составляет 11 месяцев, при отсутствии ее — 39 месяцев.

Результаты предоперационной химиолучевой терапии неутешительны.

В некоторых случаях улучшения можно добиться, применяя после радикальной операции сочетание лучевой и химиотерапии.

При нерезектабельных опухолях никакие схемы лучевой или химиотерапии не дали положительных результатов.

Несмотря на то что единственным радикальным методом лечения больных билпанкреатодуоденальным раком на сегодняшний день является хирургический, следует отметить, что эффективность его зависит от гистологической структуры опухоли и ее локализации. Результаты лечения в целом нельзя признать удовлетворительными. Улучшение отдаленных результатов лечения больных раком поджелудочной железы надо искать на пути разработок комбинации хирургического и химиолучевого методов лечения.

Наблюдения, сроки и объем обследования. Активное наблюдение больных раком поджелудочной железы после радикального лечения должно проводиться у районного онколога или в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера. В первый год после лечения показано контрольное наблюдение 1 раз в 3 месяца. Во второй год после лечения — 1 раз в 6 месяцев; в последующие годы после лечения пожизненно — 1 раз в год.

Объем наблюдения;

- УЗИ органов брюшной полости;
- рентгенологическое исследование легких;
- общий анализ крови;
- биохимический анализ крови;
- фиброгастроскопия;

По показаниям; фиброколоноскопия, ирригоскопия, компьютерная томография, ангиография, ЯМР-исследование, сцинтиграфия костей скелета, лапароскопия.

Список литературы

1. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. 1-е изд. // М.: Импакт, 1996. – 152 с.
2. Башкаев И.С., Лебедкова Т.С. Интраоперационная диагностика в абдоминальной онкохирургии / Интраоперационная диагностика в онкологии. М., 1990. - С. 95-101.
3. Богер М.М. Методы исследования поджелудочной железы // Новосибирск: Наука. – 1982. – 237 с.
4. Власов П.В., Котляров П.М. Лучевая диагностика заболеваний поджелудочной железы // Вестн. рентгенол. радиол. – 1995. - №3. – С. 5-12.
5. Давыдов М.И. Энциклопедия клинической онкологии. – М., 2004.
Давыдов М.И. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 г. РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН. – М., 2002.
6. Данилов М.В., Помелов В.С., Вишневский В.А., Буриев И.М., Вихорев А.В., Казанчян П.О., Савина Т.В. Методика панкреатодуоденальной резекции и тотальной дуоденопанкреатэктомии // Хирургия. – 1990. – №10. – С. 94-100.
7. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. М.: Медицина – 1995. – 512 с.
8. Егоров А.В. Топическая диагностика и выбор метода хирургического лечения органического гиперинсулинизма / Дисс. на соиск. уч. ст. докт. мед.наук. - Москва. - 1997.