

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав. Кафедрой: д.м.н., профессор Зуков Р.А.

Реферат на тему: «Рак поджелудочной железы»

Выполнил: врач-ординатор 2 года

Специальность «Онкология» Холматов А.К.

Красноярск, 2023 г.

Содержание:

1. Введение.....	3
2. Определение.....	4
3. Этиология и патогенез.....	4
4. Эпидемиология.....	4
5. Кодирование по МКБ10	5
6. Классификации.....	5
7. Клиническая картина	6
8. Диагностика	6
9. Лечение	7
10. Заключение.....	10
11.Список литературы	11

Введение

У 10 % пациентов раком поджелудочной железы развитие заболевания связано с наличием известных наследственных синдромов. Наиболее распространённые – синдром Пейтц-Егерса, синдром Линча и синдром наследования рака молочной железы и яичников, связанный с мутациями генов BRCA. У остальных пациентов рак поджелудочной железы имеет спорадический характер.

1. Определение

Рак поджелудочной железы – злокачественная опухоль, исходящая из эпителия поджелудочной железы.

2. Этиология и патогенез

В качестве факторов риска развития данной патологии рассматриваются: недостаток витамина Д3, злоупотребление алкоголем, хронический панкреатит, сахарный диабет, курение, ожирение, низкая физическая активность.

Патогенез рака поджелудочной железы делится на три последовательных стадии.

- Стадия инициации опухоли заключается в возникновении первой драйверной мутации.
- Клональное распространение и стадия метастазирования являются, соответственно, второй и третьей стадиями в патогенезе данного заболевания. Однако накапливаются сведения, что процесс метастазирования может быть не завершающей стадией канцерогенеза. Опухолевые клетки приобретают способность метастазировать на относительно ранних этапах канцерогенеза и продолжают эволюционировать независимо от первичной опухоли в отдаленных органах.

К предраковым заболеваниям относятся панкреатические внутриэпителиальные неоплазии (ПанИн, PanIN), внутрипротоковые папиллярные муцинозные опухоли (ВПМО, IPMN) и муцинозные кистозные опухоли (МКО). В процессе злокачественной трансформации эпителия поджелудочной железы происходит накопление мутаций ключевых генов. Чаще всего инициальной является мутация в гене KRAS. Далее появляются мутации в генах CDKN2, TP53, SMAD4/DPC4 и BRCA2, которые определяют путь предраковых образований от легкой дисплазии до инвазивного рака. Значительную роль в опухолевой прогрессии играют компоненты стромы и микроРНК.

3. Эпидемиология заболевания

Протоковая аденокарцинома с её более редкими микроскопическими вариантами составляет приблизительно 95% всех экзокринных новообразований поджелудочной железы. Поэтому данные о заболеваемости

и смертности от рака поджелудочной железы фактически отражают таковые при протоковой аденокарциноме. В структуре онкологических заболеваний населения России в 2017 году рак поджелудочной железы составил 3,0%.

В структуре смертности от онкологических заболеваний в России в 2017 году рак поджелудочной железы составил 6,2%, что соответствует 5-му месту, после рака лёгкого, желудка, ободочной кишки и молочной железы. Средний возраст умерших от рака поджелудочной железы мужчин – 65,2 года, женщин – 71,3 года.

4. Особенности кодирования заболевания по МКБ-10

Злокачественное новообразование поджелудочной железы (C25):

C25.0 Головки поджелудочной железы

C25.1 Тела поджелудочной железы

C25.2 Хвоста поджелудочной железы

C25.3 Протока поджелудочной железы

C25.4 Островковых клеток поджелудочной железы

C25.7 Других частей поджелудочной железы

C25.8 Поражение поджелудочной железы, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций

C25.9 Поджелудочной железы неуточненное

Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Международная гистологическая классификация (классификация ВОЗ, 5-е издание, 2019 г)

- Эпителиальные опухоли
- Доброкачественные
- Ацинарноклеточная цистаденома
- Серозная цистаденома
- Предзлокачественные изменения поджелудочной железы
- Панкреатическая интраэпителиальная неоплазия 3 степени (PanIN-3)
- Внутрипротоковая папиллярная муцинозная опухоль с лёгкой или умеренновыраженной дисплазией
- Внутрипротоковая папиллярная муцинозная опухоль с тяжёлой дисплазией

- Внутрипротоковая тубулопапиллярная опухоль
- Муцинозная кистозная опухоль с лёгкой или умеренновыраженной дисплазией
- Муцинозная кистозная опухоль с тяжёлой дисплазией
- Злокачественные
- Протоковая аденокарцинома
- Аденоплоскоклеточный рак
- Коллоидный рак (муцинозный некистозный рак)
- Гепатоидный рак
- Медуллярный рак
- Перстневидноклеточный рак
- Недифференцированный рак
- Недифференцированный рак с остеокластоподобными гигантскими клетками
- Ацинарноклеточная карцинома
- Ацинарноклеточная цистаденокарцинома
- Внутрипротоковая папиллярная муцинозная опухоль ассоциированная с инвазивной высоко-, умеренно-, низкодифференцированной протоковой аденокарциномой
- Смешанный ацинарно-протоковый рак
- Смешанный ацинарно-нейроэндокринный рак
- Смешанный ацинарно-нейроэндокринно-протоковый рак
- Смешанный протоково-нейроэндокринный рак
- Муцинозная кистозная опухоль ассоциированная с инвазивной высоко-, умеренно-, низкодифференцированной протоковой аденокарциномой
- Панкреатобластома
- Серозная цистаденокарцинома
- Солидно-псевдопапиллярная опухоль

Стадирование рака поджелудочной железы по системе TNM (8-е издание)

Первичная опухоль (T):

Tx – недостаточно данных для оценки первичной опухоли,

Tis – carcinoma in situ,

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

T1A – опухоль до 0,5 см в наибольшем измерении,

T1B – опухоль больше 0,5 см, но не более 1 см в наибольшем измерении,

T1C – опухоль больше 1 см, но не более 2 см в наибольшем измерении,

T2 – опухоль ограничена поджелудочной железой более 2 см но не более 4 см в наибольшем измерении,

T3 – опухоль более 4 см в наибольшем измерении,

T4 – опухоль распространяется на чревный ствол, верхнюю брыжеечную или общую печеночную артерию.

Региональные лимфатические узлы (N):

NX – недостаточно данных для оценки регионарных лимфоузлов,

N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфоузлов,

N1 – наличие метастазов в 1-3 регионарных лимфоузлах,

N2 - наличие метастазов в 4 или более регионарных лимфоузлах.

Отдаленные метастазы (M):

M0 – нет отдаленных метастазов,

M1 – наличие отдаленных метастазов

5. Клиническая картина заболевания

Рак головки поджелудочной железы чаще манифестирует с развития желтухи, вызванной обструкцией желчных протоков. Однако при раке тела и хвоста поджелудочной железы первыми симптомами заболевания, как правило, являются снижение массы тела, появление болей в животе и повышение глюкозы в крови. Неспецифичность симптомов, появление симптомов только в поздний период развития заболевания приводят к тому, что большая часть пациентов имеют III-IV стадии на момент выявления заболевания.

6. Диагностика заболевания

Критерии установления диагноза/состояния:

- 1) данные анамнеза;
- 2) данные физикального и инструментального обследования;
- 3) данные морфологического исследования.

Жалобы и анамнез

Сбор жалоб и анамнеза у всех пациентов с раком поджелудочной железы для определения тактики лечения.

Физикальное обследование

Оценка общего состояния по шкале ECOG, оценка алиментарного статуса, болевого синдрома, температуры тела, гемодинамики, цвета кожных покровов и склер, увеличения периферических лимфоузлов, наличие асцита.

Балл	Описание
0	Пациент полностью активен, способен выполнять все, как и до заболевания (90–100 % по шкале Карновского)
1	Пациент не способен выполнять тяжелую, но может выполнять легкую или сидячую работу (например, легкую домашнюю или канцелярскую работу, 70–80 % по шкале Карновского)
2	Пациент лечится амбулаторно, способен к самообслуживанию, но не может выполнять работу. Более 50 % времени бодрствования проводит активно – в вертикальном положении (50–60 % по шкале Карновского)
3	Пациент способен лишь к ограниченному самообслуживанию, проводит в кресле или постели более 50 % времени бодрствования (30–40 % по шкале Карновского)
4	Инвалид, совершенно не способен к самообслуживанию, прикован к креслу или постели (10–20 % по шкале Карновского)
5	Пациент мертв

Ключ (интерпретация): приведен в самой шкале

Лабораторные диагностические исследования

Выполнить развернутые клинический и биохимический анализы крови, анализ крови на раковый эмбриональный антиген (РЭА), определения уровня антигена аденогенных раков СА 19-9, исследование свёртывающей системы крови, а также общий анализ мочи для определения тактики лечения и дифференциальной диагностики заболевания.

Инструментальные диагностические исследования

Проведение биопсии с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала поджелудочной железы тем пациентам, кому планируется начало лечения с консервативного этапа.

ЭГДС - обязательный метод исследования пациентов с подозрением на опухоль поджелудочной железы. ЭГДС позволяет визуализировать инвазию двенадцатиперстной кишки, оценить степень опухолевого стеноза двенадцатиперстной кишки, уточнить локализацию и местную инвазию опухоли органов и структур билиопанкреатодуоденальной зоны.

Выполнить динамическую мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) исследование с болюсным контрастным усилением

органов брюшной полости, грудной клетки и малого таза с внутривенным контрастированием для оценки распространенности опухолевого процесса и дифференциальной диагностики заболевания.

УЗИ - наиболее простой метод визуализации образования в поджелудочной железе и оценки других органов на наличие метастазов. УЗИ может являться альтернативой КТ в оценке эффективности лечения у пациентов, получающих паллиативную химиотерапию.

Женщинам дополнить УЗИ исследованием малого таза в связи с риском метастазирования в придатки матки.

Выполнить **эндосонографию** при необходимости дополнительной оценки местной распространенности опухоли и для навигации при выполнении биопсии.

Выполнить **ретроградную холангиопанкреатографию (РХПГ)** при наличии механической желтухи, требующей выполнения стентирования общего желчного протока.

Выполнить позитронно-эмиссионную томографию/компьютерную томографию КТ (**ПЭТ/КТ**) при невозможности исключить метастатический процесс другими методами исследования.

7. Лечение

Хирургическое лечение: у пациентов с резектабельным раком поджелудочной железы I–III стадий (T1–3N0–1M0) - на первом этапе проведение хирургического лечения или проведение предоперационной химиотерапии.

У пациентов с погранично резектабельным и нерезектабельным раком поджелудочной железы (T3–4N0–1M0) необходимо проводить предоперационную и индукционную химиотерапию соответственно, а в последующем направлять пациентов в крупные центры, обладающие большим опытом лечения данного заболевания, для повторной оценки резектабельности.

Если при операции по поводу рака головки поджелудочной железы у пациента процесс признается нерезектабельным, и есть угроза развития кишечной непроходимости и/или механической желтухи в ближайшие сроки, необходимо выполнить формирование обходных анастомозов для профилактики механической желтухи и стеноза верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

В случае тяжелых сопутствующих заболеваний, исключающей выполнение оперативного вмешательства, пациентам с раком

поджелудочной железы необходимо проведение паллиативного лекарственного лечения, миниинвазивных процедур (например, чрескожная чреспеченочная холангиостомия ЧЧХС, стентирование общего желчного протока, стентирование двенадцатиперстной кишки) для купирования симптомов желтухи или высокой тонкокишечной непроходимости, а также симптоматической терапии.

Заключение:

Пациентам с раком поджелудочной железы рекомендуется динамическое наблюдение после окончания лечения, подразумевающее визиты пациента каждые 12-16 недель в течение первых двух лет, каждые 6 месяцев в последующем, с целью своевременного выявления прогрессирования заболевания.

Список литературы:

- Клинические рекомендации «Рак поджелудочной железы» 2020 г.
- Базин И. Место химиотерапии в лечении локализованного рака поджелудочной железы / И. Базин, И. Покатаев. – 2016. – Т. 21. – № 4(спецвыпуск 1). – С. 20-25.
- Кудашкин Е. Стратегия радикального лечения опухолей периампулярной локализации, осложненных механической желтухой / Е. Кудашкин. – 2012. – Т. 241. – № 8. – С. 77-81.