



ХИРУРГИЧЕСКИЙ КЛУБ
ВолгГМУ
СЕКЦИЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ
ХИРУРГИИ



РАК
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ
С25

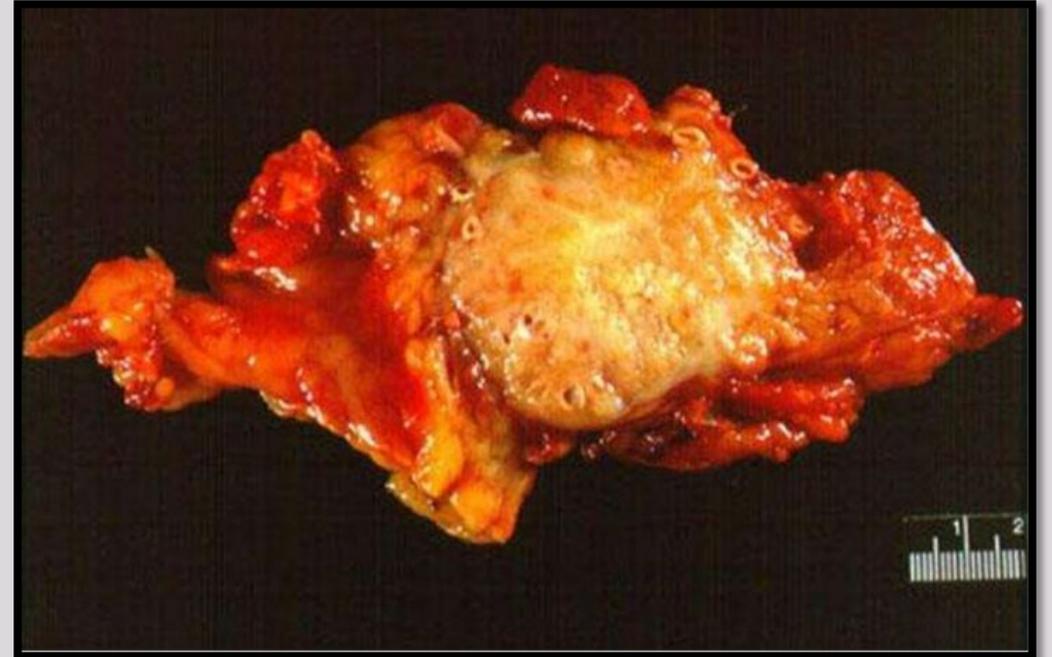
Сделала: тьютор секции -
Полина



РАК – НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ
ОПУХОЛЬ ПЖ.

ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ
ЭПИТЕЛИЯ ПРОТОКОВ
(80-90%), РЕЖЕ - ИЗ
ЭПИТЕЛИЯ ЖЕЛЕЗИСТЫХ
АЦИНУСОВ (АЦИНАРО-
КЛЕТОЧНЫЙ РАК).

НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ФОРМА
ПРОТОКОВОГО РАКА –
АДЕНОКАРЦИНОМА (БОЛЕЕ
80%).



ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ТЕРРИТОРИЙ РОССИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Год: 2017

Локализация: Поджелудочная железа (C25)

Республика, край, область	Все население				Мужчины				Женщины			
	Абсол. число	Показатель на 100 тыс. населения			Абсол. число	Показатель на 100 тыс. населения			Абсол. число	Показатель на 100 тыс. населения		
		"гру-бый"	стандартизо-ванный	ошибка		"гру-бый"	стандартизо-ванный	ошибка		"гру-бый"	стандартизо-ванный	ошибка
<u>РОССИЯ</u>	<u>18774</u>	12,79	6,96	0,05	<u>9120</u>	13,40	9,11	0,10	<u>9654</u>	12,26	5,45	0,06

<u>Волгоградская область</u>	<u>412</u>	16,30	7,88	0,42	<u>192</u>	16,40	9,98	0,75	<u>220</u>	16,20	6,38	0,49
------------------------------	------------	-------	------	------	------------	-------	------	------	------------	-------	------	------

НАИБОЛЬШЕЕ ЧИСЛО ЗАБОЛЕВШИХ –
люди **СТАРШЕ 60 ЛЕТ.**

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ НЕ
ПОЛУЧАВШЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО
ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ПЕРВЫХ
КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАКА **4-11**
МЕСЯЦЕВ.



СТИВЕН
ПОУЛ ДЖОБС



АЛАН
РИКМАН

ЛОКАЛИЗАЦИЯ

1. ГОЛОВКА И ШЕЙКА – 70%
2. ТЕЛО – 15-20%
3. ХВОСТ – 5-10%
4. ПРОТОК (ВИРСУНГОВ, САНТОРИНИЕВ) <1%



ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА

1. КУРЕНИЕ (40 ПАЧЕК – 5 ЛЕТ ЖИЗНИ)
2. ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС И ХАРАКТЕР ПИТАНИЯ:
 - УПОТРЕБЛЕНИЕ КРАСНОГО МЯСА ПОВЫШАЕТ РИСК
 - УПОТРЕБЛЕНИЕ ТОМАТОВ СНИЖАЕТ РИСК
 - МЯСО ПТИЦЫ, МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ, КОФЕ НЕ ОКАЗЫВАЮТ ВЛИЯНИЯ НА РИСК
3. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ II ТИПА
СД В НЕКОТОРЫХ СЛУЧАЯХ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ МАНИФЕСТАЦИИ РАКА ПЖ!
4. ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ
У 4% ЛИЦ С ХП, СПУСТЯ 20 ЛЕТ ВОЗНИКАЕТ РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ!
5. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ:
 - НАСЛЕДСТВЕННЫЙ ПАНКРЕАТИТ
 - СИНДРОМ АТИПИЧНОЙ МНОЖЕСТВЕННОЙ МЕЛАНОМЫ РОДИНОК
 - МУТАЦИИ ГЕНОВ



КЛИНИКА

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЗАТРУДНЕНА – Т.К. НАЧАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ НЕСПЕЦИФИЧНЫЕ (СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА, НЕДОМОГАНИЕ, ТОШНОТА) В ДАЛЬНЕЙШЕМ ВОЗНИКАЮТ:

1. БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ, ИХ ОСОБЕННОСТИ:

- УСИЛИВАЮТСЯ НОЧЬЮ (ПОЛОЖЕНИЕ ЛЕЖА)

- ИРРАДИАЦИЯ В СПИНУ (ПОЯСНИЧНУЮ ОБЛАСТЬ) –

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРИЗНАК, КОТОРЫЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОМ РАСПРОСТРАНЕНИИ ОПУХОЛИ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ N, SPLANCHICUS

2. ЖЕЛТУХА – НЕРЕДКО ПЕРВОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ РАКА ГОЛОВКИ ПЖ

ПЕРЕД ПОЯВЛЕНИЕМ ИКТЕРИЧНОСТИ НЕРЕДКО ПАЦИЕНТЫ ОТМЕЧАЮТ ПОТЕМНЕНИЕ МОЧИ, ИЗМЕНЕНИЕ СТУЛА (АХОЛИЧЕСКИЙ КАЛ – Б/ЦВ), ЗУД.

ПАЛЬПИРУЕТСЯ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

3. СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ – ДИАРЕЯ, СТЕАТОРЕЯ, СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА

4. МАНИФЕСТАЦИЯ СД В ТЕЧЕНИИ ГОДА

5. ДЕПРЕССИИ

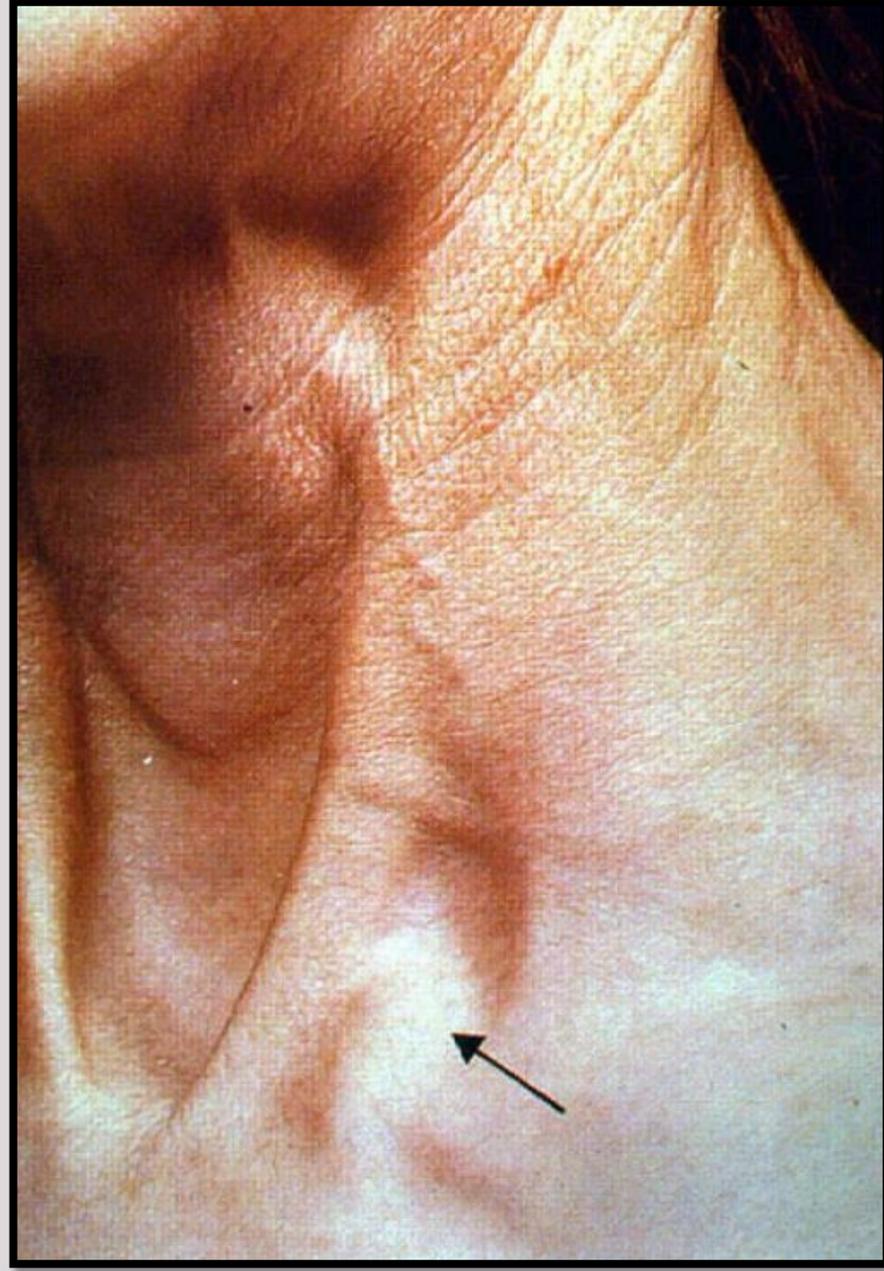
ЧАСТОТА ВЫШЕ, ЧЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ИНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЖКТ

6. МИГРИРУЮЩИЙ ТРОМБОФЛЕБИТ

7. АСЦИТ, СПЛЕНОМЕГАЛИЯ, ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, МТС МАРИ-ДЖОЗЕФ, ВЫСТУП БЛЮМЕРА ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ, МТС ВИРХОВА И Т.Д.



MTS МАРИ-
ДЖОЗЕФ



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ



1. ПЕПТИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА
2. РАК ЖЕЛУДКА
3. ХРОНИЧЕСКИЙ И ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ
4. ХОЛЕЦИСТИТ
5. ХОЛЕЛИТИАЗ
6. ХОЛАНГИТ
7. АБДОМИНАЛЬНАЯ АНЕВРИЗМА АОРТЫ
8. ИШЕМИЯ КИШЕЧНИКА

ДИАГНОСТИКА

1. ЖАЛОБЫ, АНАМНЕЗ, ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ
2. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:
 - А) КТ – ОСНОВНОЙ МЕТОД/ МДКТА*
(ОПРЕДЕЛЯЕТ СТАДИИ, ОТДАЛЕННЫЕ МТС)
 - Б) УЗИ ЧРЕСКОЖНО/ЭНДОСКОПИ
 - В) МРТ
 - Г) ПЭТ
 - Д) ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ
 - Е) ПУНКЦИЯ
(ЧРЕСКОЖНАЯ/ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ) ИЛИ
БИОПСИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ



**БОЛЕЕ 40% ОПУХОЛЕЙ РАЗМЕРОМ БОЛЬШЕ 3
СМ НЕ ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ С ПОМОЩЬЮ КТ И
УЗИ!**

ЛЕЧЕНИЕ



1. НЕМЕТАСТАТИЧЕСКИЙ (M0)
 - РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫЙ
 - ПОГРАНИЧНО-РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫЙ
 - НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫЙ (T4)
2. МЕТАСТАТИЧЕСКИЙ (M1)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

1. ПДР (ОПЕРАЦИЯ УИППЛА)
2. ТОТАЛЬНАЯ ПАНКРЕАТЭКТОМИЯ
3. ДИСТАЛЬНАЯ ПАНКРЕАТЭКТОМИЯ
4. РЧА/ РЕЗЕКЦИЯ ОТДАЛЕННЫХ МТС

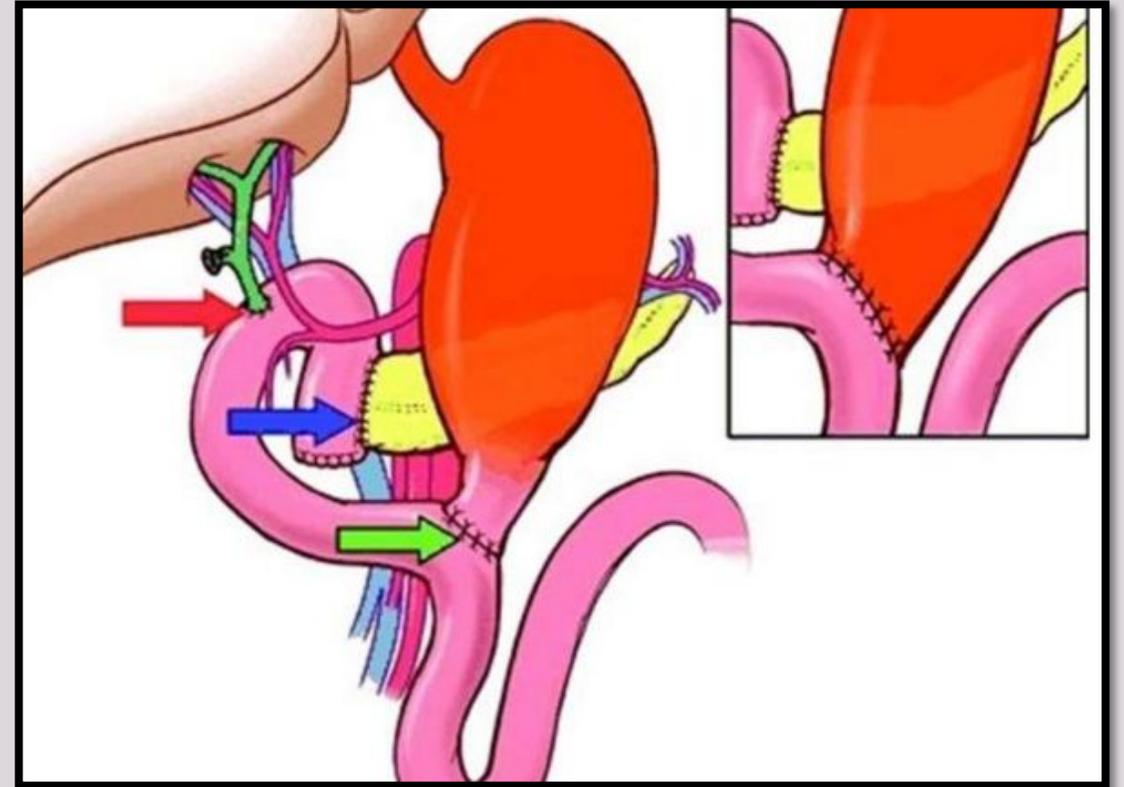


+ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ:

1. БИЛИОДИГЕСТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
2. ГАСТРОЕЮНОСТОМИЯ
3. СТЕНТИРОВАНИЕ УЧАСТКА КИШЕЧНИКА
4. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ БЛОКАДА ЧРЕВНОГО СПЛЕТЕНИЯ

ОПЕРАЦИЯ УИППЛА – (ГАСТРО) ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ

1. ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПЖ
2. РЕЗЕЦИРУЕТСЯ ГОЛОВКА И ШЕЙКА ПЖ С ОПУХОЛЬЮ, ЧАСТЬ ДПК, ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ + АНТРАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ ЖЕЛУДКА + ДРЕНИРОВАНИЕ ОСТАВШЕЙСЯ ДИСТАЛЬНОЙ ЧАСТИ + АНАСТОМОЗЫ
3. СМЕРТНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПДР – 6,6%
4. **ОСЛОЖНЕНИЯ:**
 - ЗАДЕРЖКА ОПОРОЖНЕНИЯ ЖЕЛУДКА
 - НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ АНАСТОМОЗОВ
 - МАЛЬАБСОРБЦИЯ И МАЛЬДИГЕСТИЯ
 - ЭНДОКРИННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ



Jejunum anastomosed to:

1. Pancreas
2. Common hepatic duct
3. Proximal duodenum or stomach

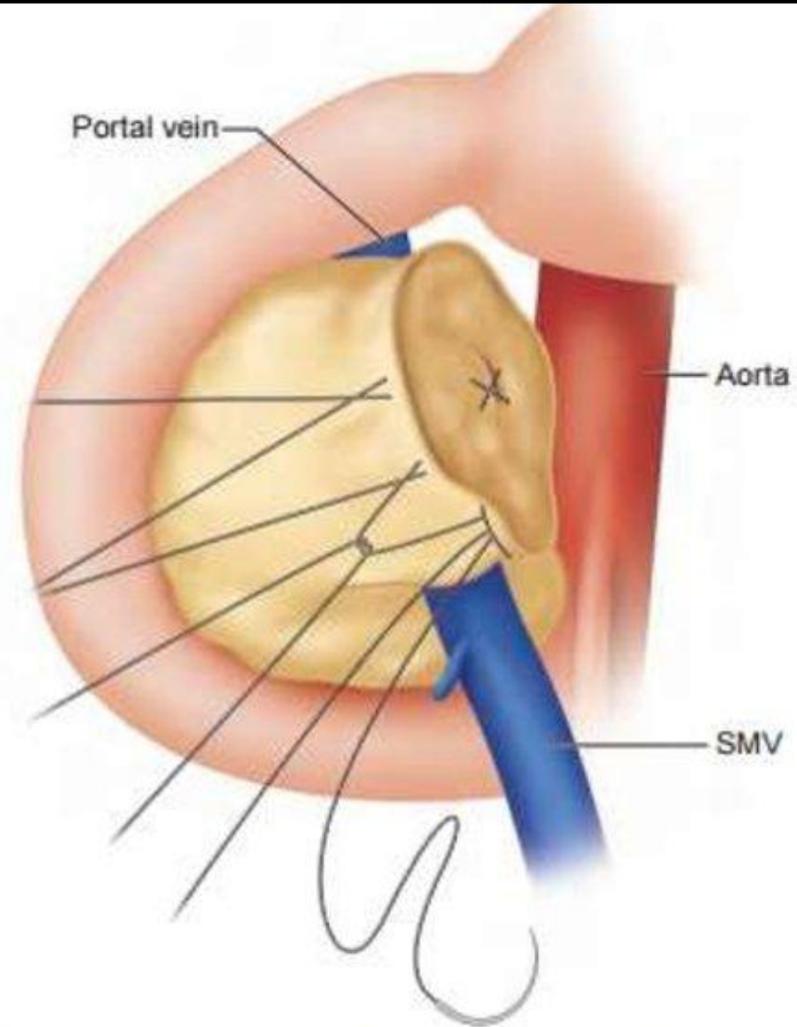
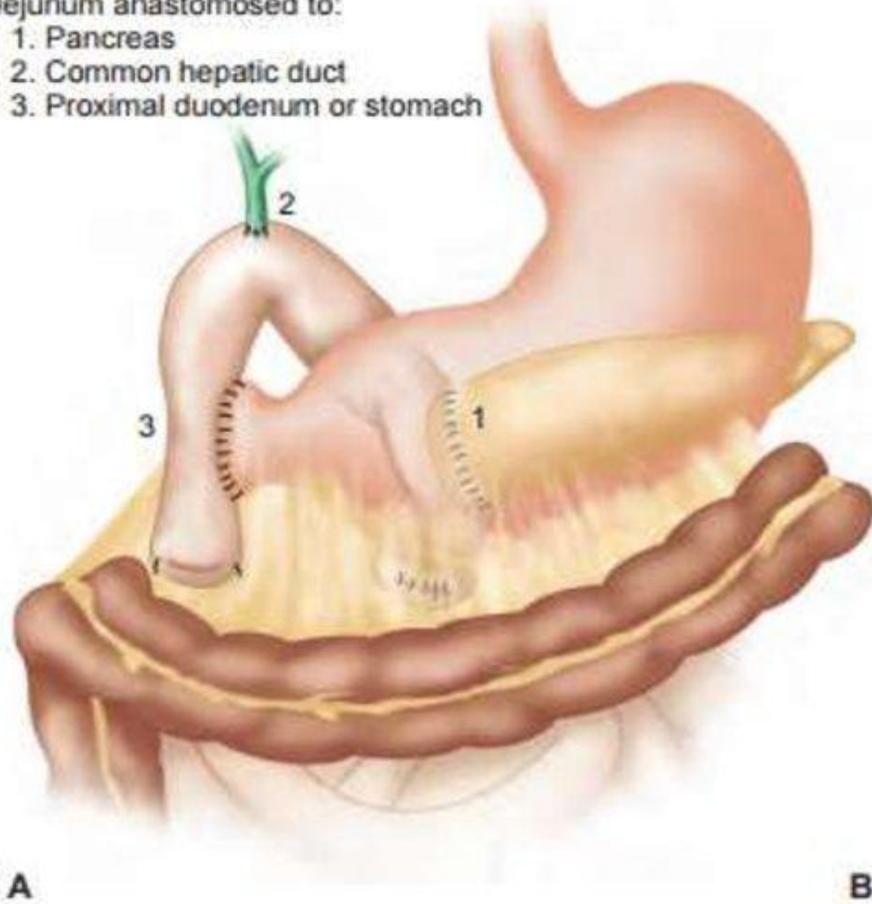


Figure 49.5 (A) Standard reconstruction after a pancreaticoduodenectomy, with an end-to-side pancreaticojejunostomy, an end-to-side hepatic jejunostomy, and a retro-colic and end-to-side duodenojejunostomy. (B) Suture closure of the pancreatic remnant after distal pancreatectomy.

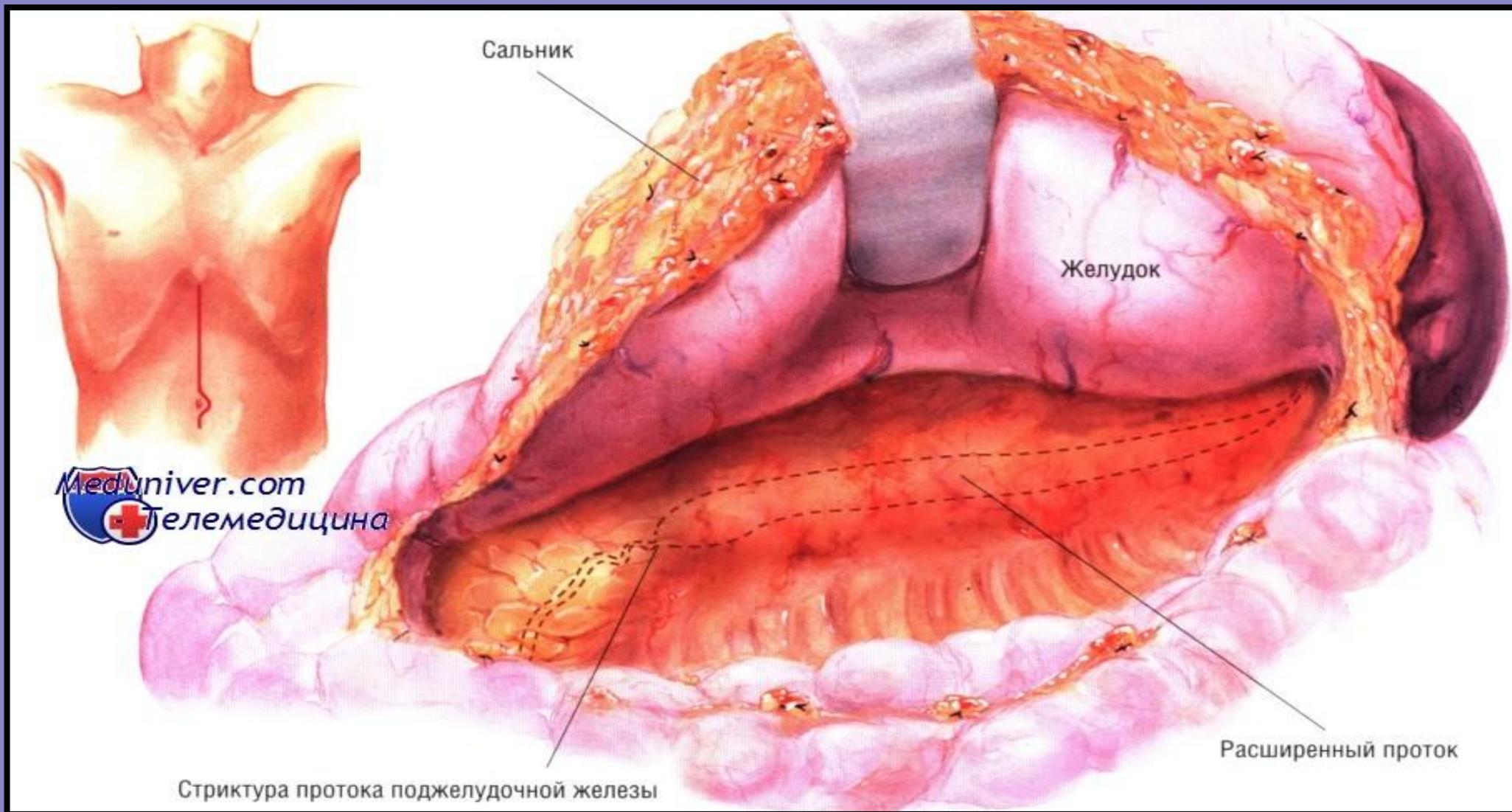
ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЖ - ПРИ РАКЕ
ХВОСТА И ТЕЛА ПЖ

ТОТАЛЬНАЯ ПАНКРЕАТЭКТОМИЯ – ПРИ РАКЕ
ГОЛОВКИ ПЖ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ШЕЙКИ

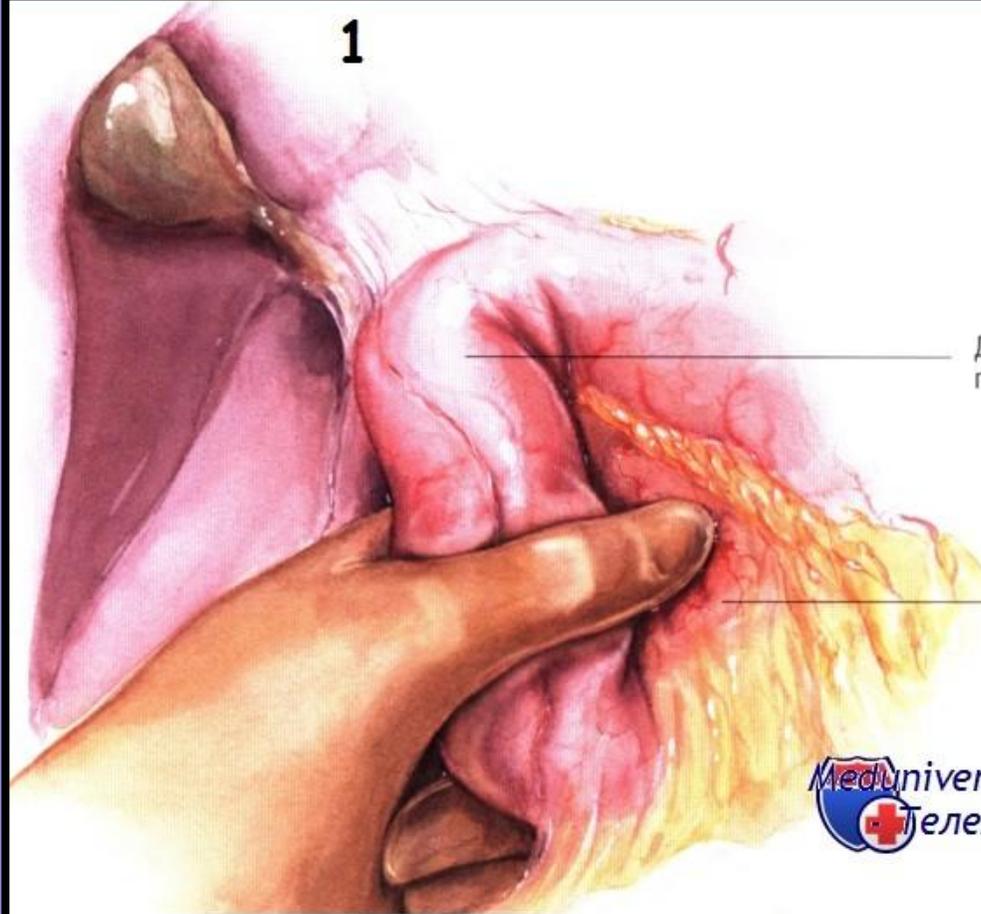
ОСЛОЖНЕНИЕ:

РАЗВИВАЕТСЯ ИНСУЛИН-ЗАВИСИМЫЙ ДИАБЕТ

ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЖ



1

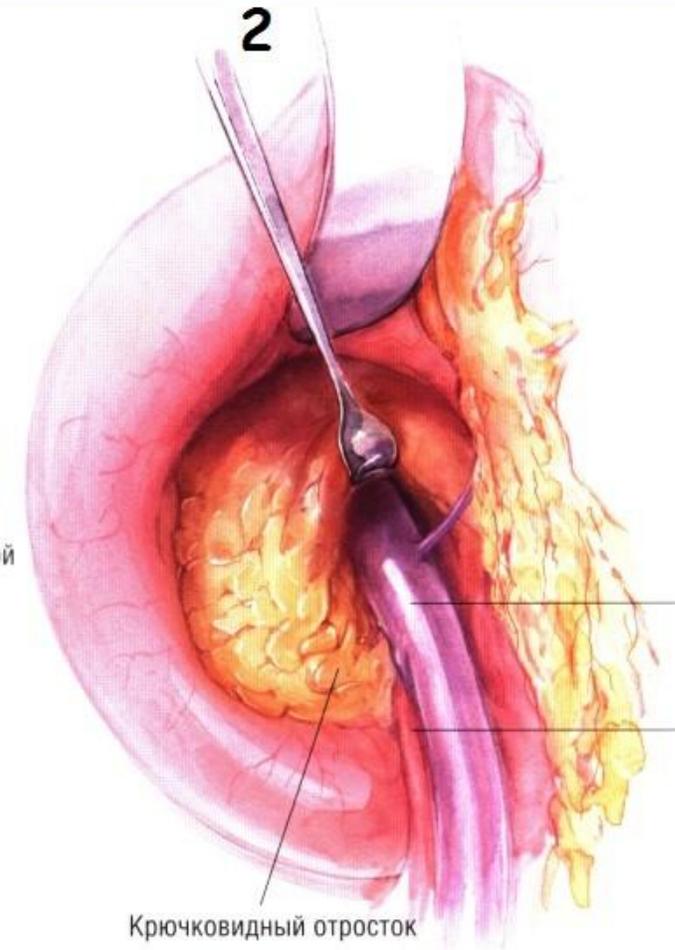


Двенадцатиперстная кишка после процедуры Кохера

Головка поджелудочной железы

Meduniver.com
Телемедицина

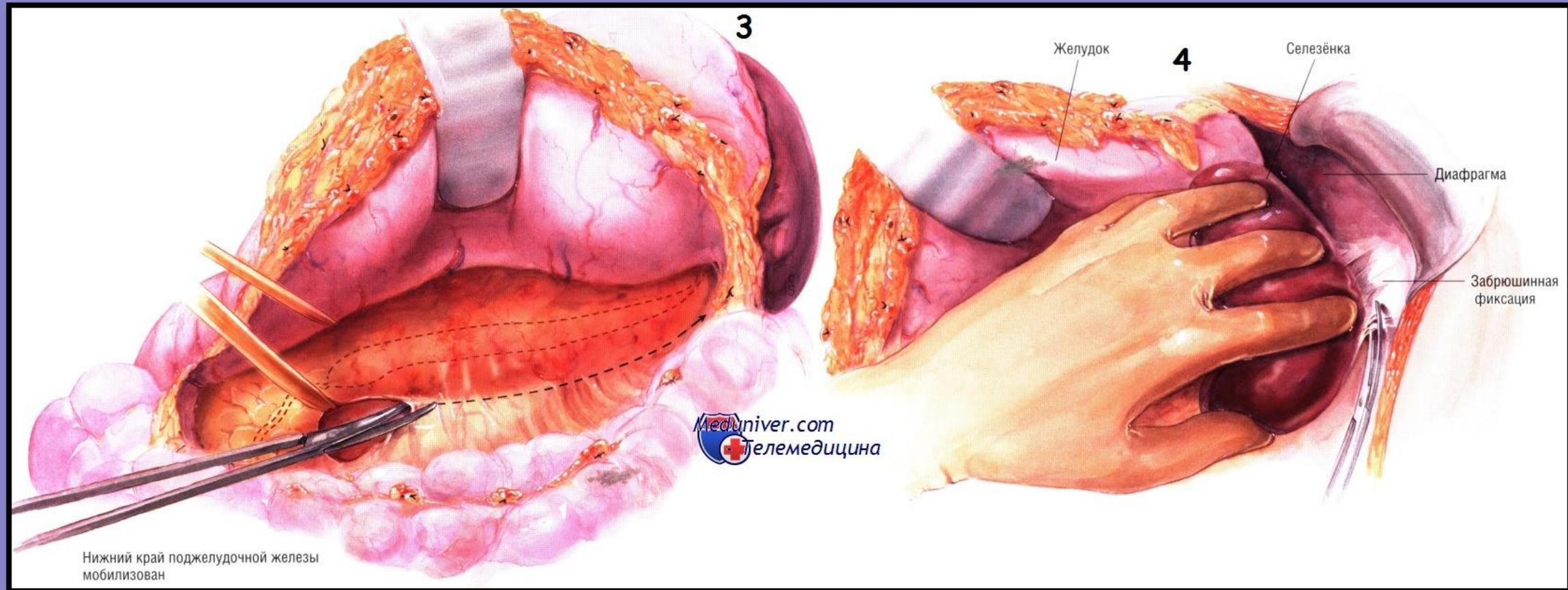
2

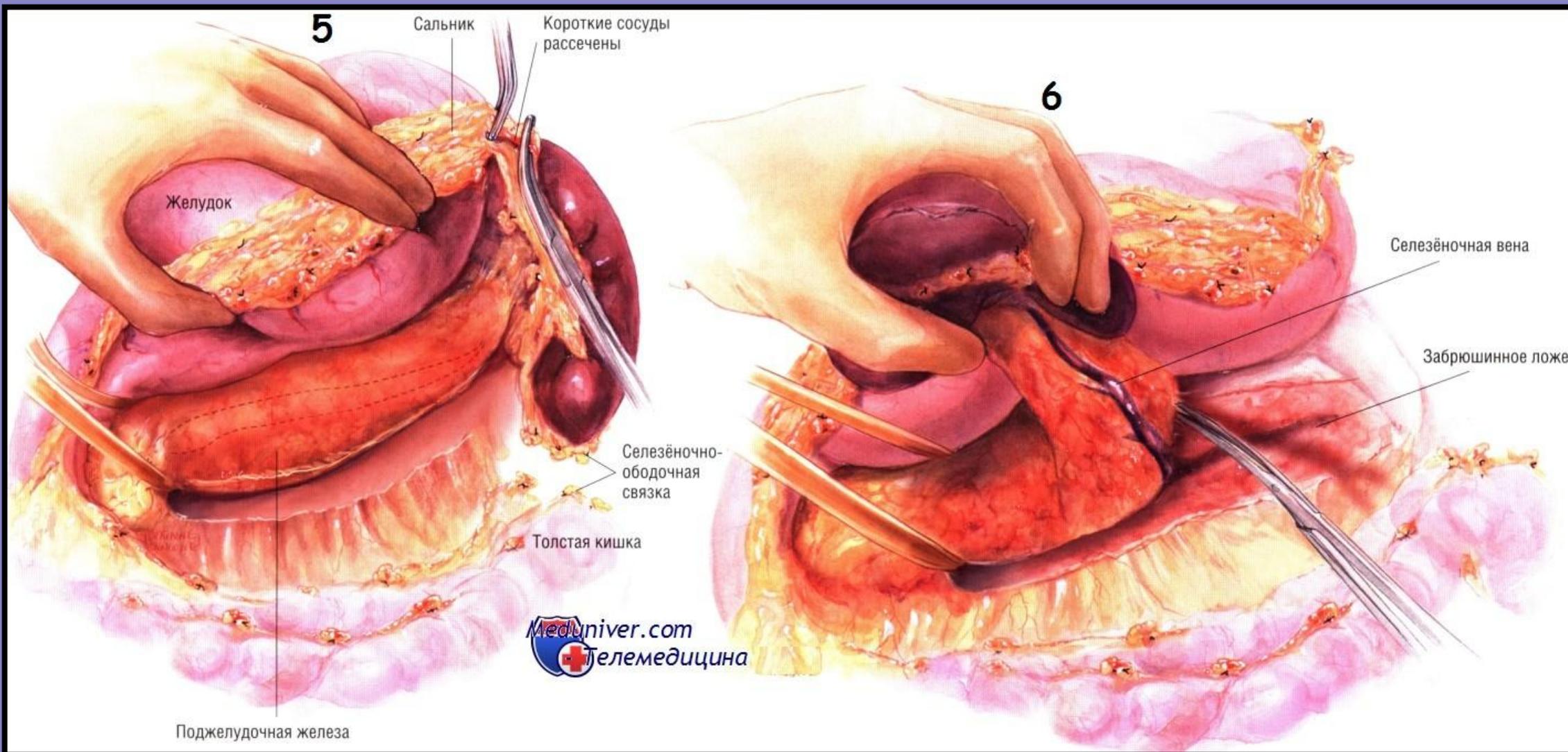


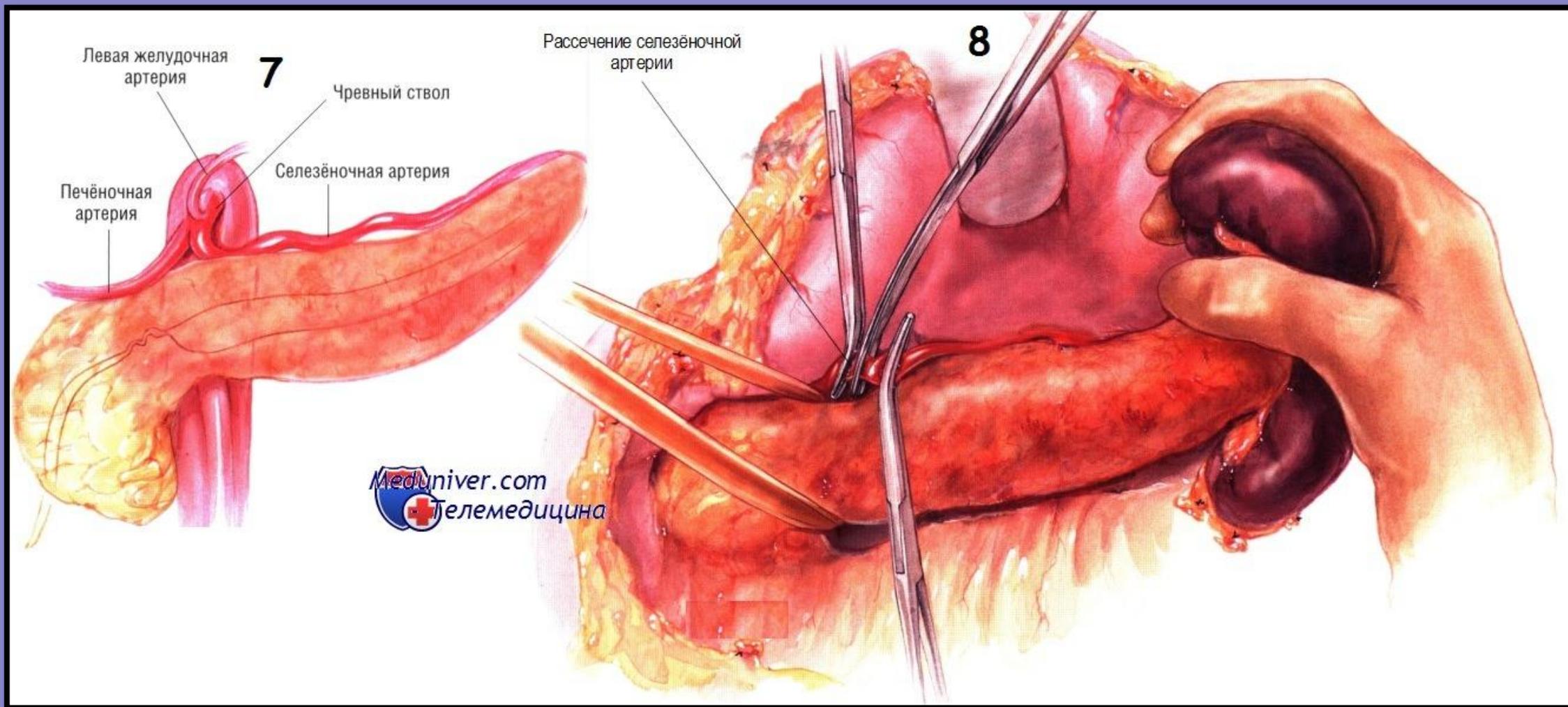
Верхняя брыжеечная вена

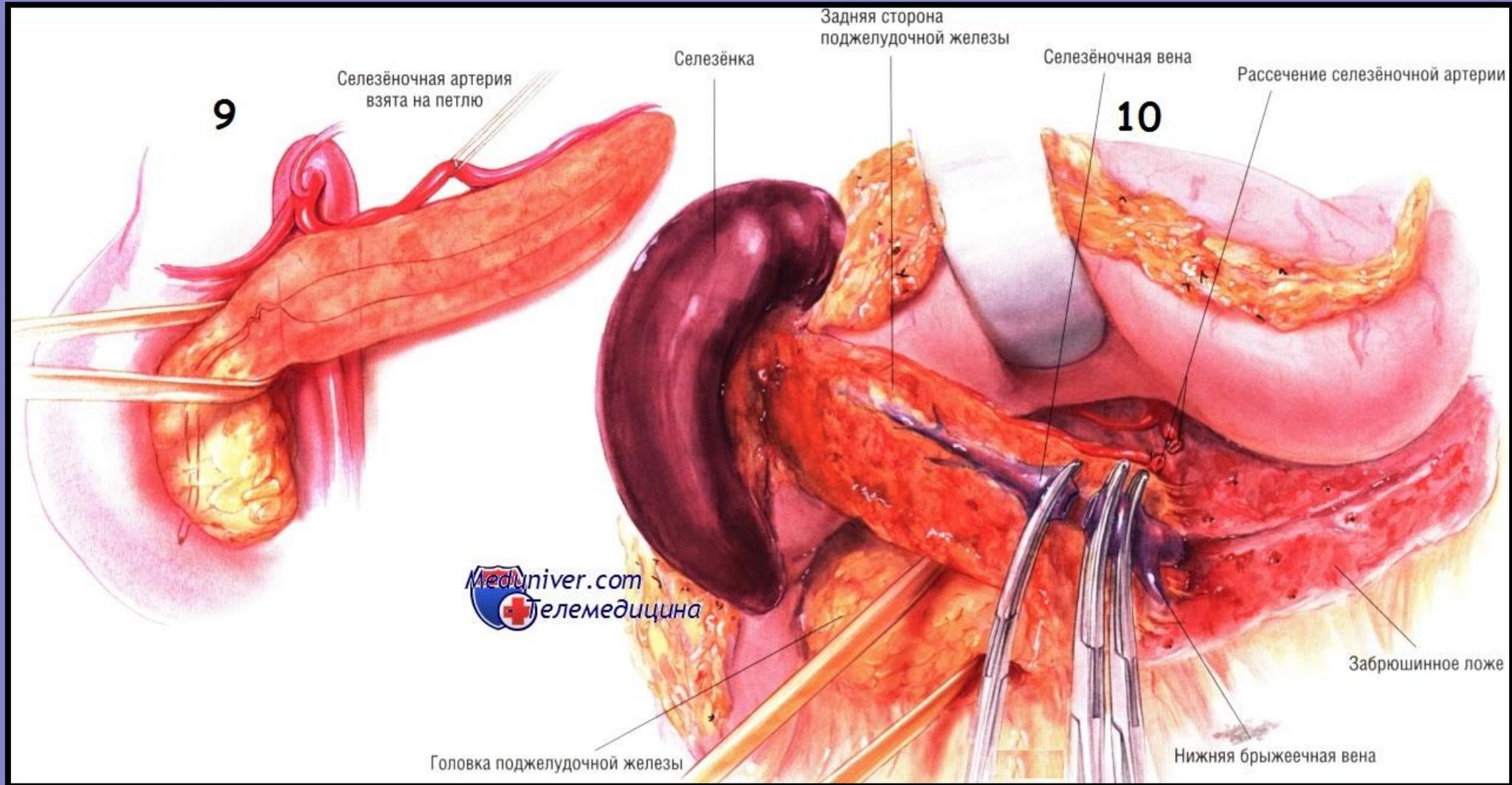
Верхняя брыжеечная артерия

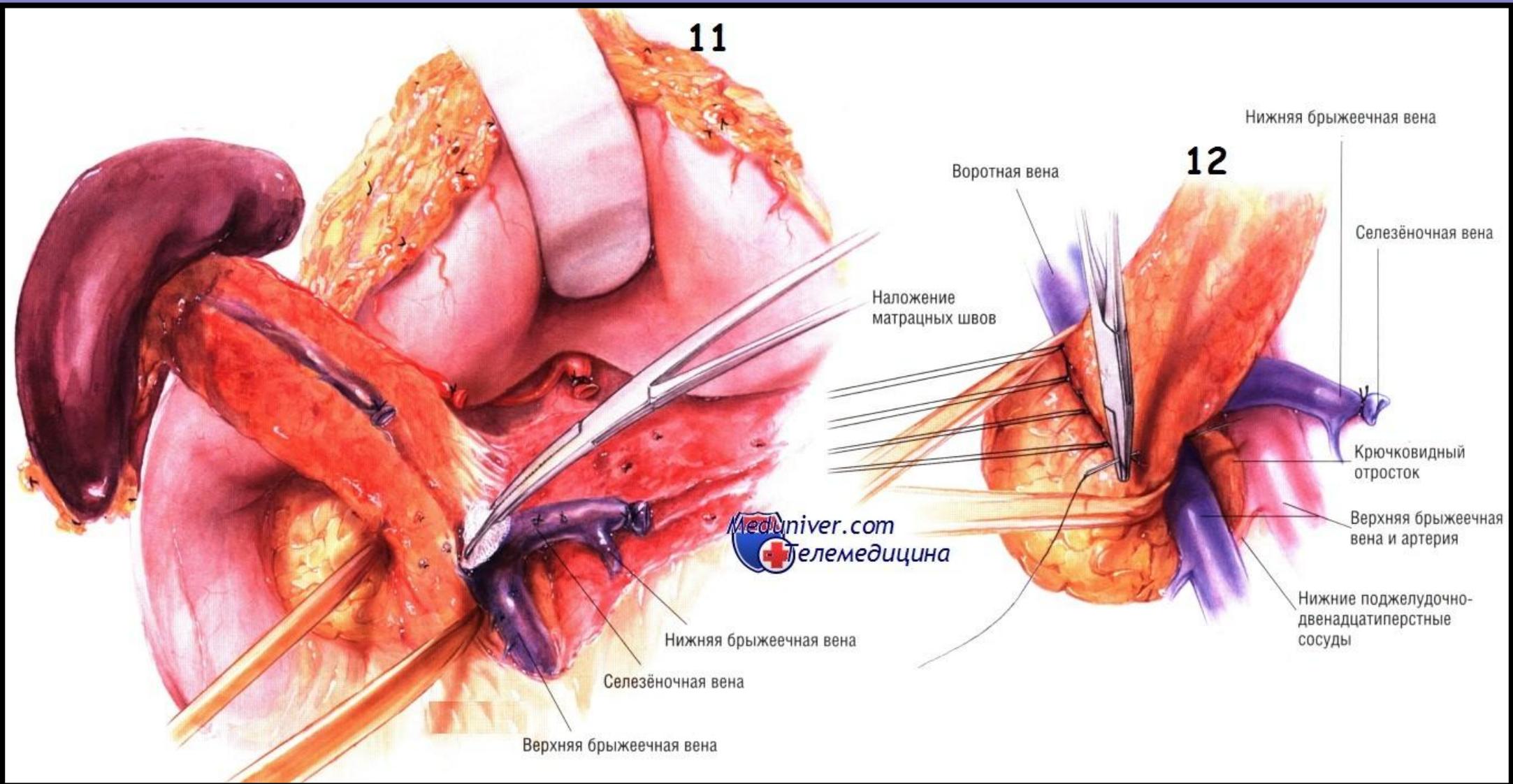
Крючковидный отросток

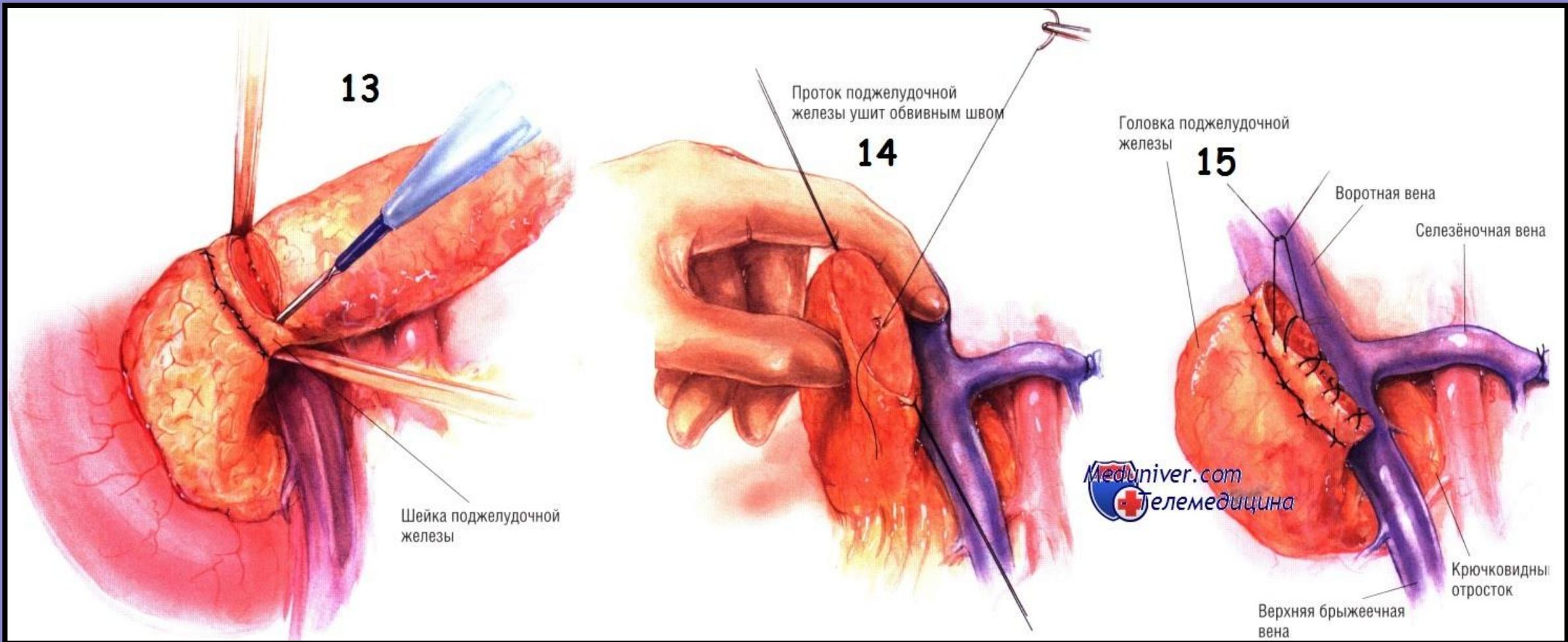












ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

1. ПРИМЕНЕНИЕ ЛТ ВОЗМОЖНО В СЛУЧАЕ ЛОКОРЕГИОНАРНОГО РЕЦИДИВА ПОСЛЕ Х/ЛЕЧЕНИЯ

2. ПРОДОЛЖЕНИЕ РОСТА ПЕРВИЧНОЙ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ОТДАЛЕННЫХ МТС

4. ИЗУЧАЕТСЯ ВОПРОС О ПРИМЕНЕНИИ ЛТ С ХТ



ПРОГНОЗ

У ПАЦИЕНТОВ, СПОСОБНЫХ
ПРОЙТИ УСПЕШНУЮ
РЕЗЕКЦИЮ (ОКОЛО 20%
БОЛЬНЫХ),
ВЫЖИВАЕМОСТЬ = 12-19
МЕСЯЦЕВ, А 5-ЛЕТНЯЯ
ВЫЖИВАЕМОСТЬ
СОСТАВЛЯЕТ 15-20%

