



Запорожский государственный медицинский университет

Опухолевые заболевания желудочно-кишечного тракта

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины с основами права

ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА

Среди опухолевых заболеваний пищевода наиболее распространенными являются плоскоклеточный рак, аденокарцинома на основе пищевода Баретта и лейомиома.

Эпителиальные опухолеподобные заболевания и доброкачественные опухоли пищевода встречаются редко.

Доброкачественные эпителиальные опухоли пищевода

- Плоскоклеточная папиллома
- Аденома
- Гликогеновый акантоз

Эзофагеальная интраэпителиальная неоплазия

- Дисплазия
- Carcinoma in situ

Рак пищевода

- Плоскоклеточный рак
 1. Поверхностный плоскоклеточный рак
 2. Глубоко инвазивный плоскоклеточный рак
- Аденокарцинома
- Мелкоклеточный рак

Опухоли пищевода разного гистогенеза

- Т- и В-клеточные лимфомы
- Болезнь Ходжкина
- Плазмоцитома
- Злокачественная меланома
- Лейомиома
- Саркомы
- Зернистоклеточная опухоль
- Полипы
- Гемангиома
- Лимфангиома

Плоскоклеточная папиллома пищевода

Это доброкачественный полиповидный узел d от 1-2 мм до 1-3 см, в котором фиброзный ствол собственной пластинки слизистой оболочки пищевода покрыт многослойным плоским эпителием. **Этиология** : сочетание рефлюксного эзофагита и местной папилломавирусной инфекции (HPV). Составляет до 0,5 % всех опухолей пищевода. Располагается на широком основании или ножке, чаще в средней или нижней трети пищевода.

У 10-15% больных
представлена в виде
множественного процесса.

Аденома пищевода

Аденома пищевода — редкая опухоль, развивающаяся из желез пищевода. Локализуется в собственной пластинке слизистой оболочки и подслизистом слое. Макроскопически представляет собой округлый плотноватый узел, приподнимающий слизистую оболочку органа, d от 0,2 до 1,0 см.

Микроскопически опухоль имеет тубулярный и папиллярный типы строения. Выстилка железистых полостей и сосочков сформирована двухслойным кубическим эпителием, который напоминает выстилку экскреторных протоков собственных желез пищевода. Количество секретлируемой слизи в структурах аденомы варьирует. Строма опухоли инфильтрирована лимфоцитами и плазматическими клетками.

Эзофагеальная интраэпителиальная неоплазия

Интраэпителиальная неоплазия пищевода (EIN) относится к облигатному предраковому состоянию. Представлена дисплазией пищевода и карциномой *in situ*. Встречается в регионах повышенного риска рака пищевода в 8 раз чаще, чем в других либо при нормальной толщине выстилки, либо при ее гиперплазии.

При дисплазии низкой степени (начальная форма) преобладает зрелый, местами ороговевающий, плоский эпителий (А).

Дисплазия высокой степени приравнена в классификации AFIP (1997) к карциноме *in situ* или внутриэпителиальному раку (Б).

По морфологическим признакам эпителий не отличается от аналогичного при инвазивном раке и занимает всю толщу пораженной выстилки, местами формируя «погружные», неинвазивные гнезда.

А

Б

Рак пищевода

Рак пищевода в форме типичного плоскоклеточного рака имеет наибольшее распространение в Китае, Сингапуре, Иране, Казахстане, ряде стран Южной Америки. В Европе она чаще всего встречается в Швейцарии и Франции. Заболеваемость раком пищевода в развивающихся странах выше, чем в индустриальных в 4 раза. В мире количество больных негроидной и монголоидной рас преобладает над числом пациентов европеоидной расы.

Факторы риска рака пищевода :

частое употребление очень горячей и острой пищи; витаминная недостаточность; алкоголизм; курение; ахалазия; хронический эзофагит (в т. ч. рефлюксный эзофагит); пищевод Барретта; вирусные поражения (HPV 16 и 18 типа); постоянный контакт с нитратами и нитрозаминами; генетические факторы (например, мутации гена p53, синдром порочной кератинизации ладоней и стоп, синдром Пламмера—Винсента и др.).

Плоскоклеточный рак

Наиболее характерная форма рака пищевода. Мужчины болеют в 3—4 раза чаще женщин. Преобладают пациенты в возрастном интервале 50—80 лет. У лиц негроидной расы встречается в 6 раз чаще, чем у европеоидной. В симптоматике доминируют дисфагия в отношении вначале плотной, а затем и жидкой пищи, а также прогрессирующее исхудание. Изредка к этому добавляется гиперкальцемия, развивающаяся под воздействием белка, связанного с паратиреоидным гормоном, вырабатываемым опухолевыми клетками. У 10 % больных может развиваться метастатический, реже синхронный рак губы, языка, полости рта или небной миндалины. Выделяют две клинико-морфологические формы рака пищевода.

Поверхностный плоскоклеточный рак

Распространяется в пределах подслизистого слоя пищевода, независимо от наличия либо отсутствия метастатические поражения регионарных лимфоузлов.

У больных с такой формой рака меньше выражена дисфагия, у половины в целом отсутствует симптоматика со стороны пищевода. Более 85 % пациентов с поверхностным раком пищевода выживают в течение 5 лет и более 55 % — в течение 10 лет. Опухолевый рост может быть мультицентричным, но редко достигает протяженности в несколько сантиметров. Внешний вид варьирует от слегка отекающей зоны слизистой оболочки к эрозии с чуть приподнятыми краями, затем к бородавчатому или полиповидному возвышению или бляшковидной площадке с зернистой и эрозированной поверхностью.

Микроскопически характеризуется наличием небольших солидных гнезд или мелких групп раковых клеток, лежащих ниже базальной мембраны пораженного эпителия. В инвазивных очагах встречаются крупные кератиноциты, частично с ороговением (в то время как поверхностный эпителий отличается базалоидной дифференцировкой без ороговения). Реже указанные очажки целиком подвергаются дифференцировке в базалоидном направлении.



Глубоко инвазивный плоскоклеточный рак

Развивается в средней, реже нижней части грудного отдела пищевода. Различают три наиболее распространенные макроскопические формы роста такого рака: грибовидную (экзофитную), язвенную (интрамуральную) и язвенно-инфильтративную. Реже встречается медуллярная (трансмуральная, циркулярная) форма. Считается, что изначальная карцинома *in situ*, прорастает собственную пластинку слизистой оболочки и в течение некоторого времени существует в форме интрамукозной карциномы.

Опухоль прорастает в субмукозный слой, в котором происходят «горизонтальное распространение» и циркулярный рост. У 15% больных отмечается лимфогенное метастазирование в печень, в 23% случаев периневральное распространение. Инвазия за пределами пищевода обычно направлена в трахею, бронхи, кардию желудка.

Микроскопически плоскоклеточный рак пищевода принято разделять на три типа по степени гистологической дифференцировки: высоко-, умеренно- и низкодифференцированный в зависимости от выраженности одного из следующих компонентов: клетки базального типа, крупные светлые плоские клетки, очаги ороговения. Чем сильнее выражен базально-клеточный компонент, тем ниже степень дифференцировки опухоли. Наиболее распространенным типом в пищеводе является умеренно-дифференцированный плоскоклеточный рак. Плоскоклеточный рак пищевода следует дифференцировать, в первую очередь, от изменений в зоне рефлюксной (нераковой) язвы, вторичных изменений у лиц, прошедших лучевую и/или химиотерапию, а также от изъязвленного полипа.

Аденокарцинома пищевода

Аденокарцинома составляет до 50 % всех злокачественных опухолей пищевода.

Возросла частота аденокарциномы, ассоциированной с пищеводом Барретта (около 80 % от всех случаев рака нижней трети пищевода). Аденокарцинома, не связанная с пищеводом Барретта и возникшая проксимальнее кардиального отдела пищевода, встречается редко..

Факторы риска для пищевода Барретта и аденокарциномы:

наличие рефлюксного эзофагита, а также ахалазию, хронический алкоголизм и курение.

Макроскопически опухоль представлена плоскими белесоватыми бляшками на фоне неизменной слизистой. В запущенных случаях опухоль имеет вид бело-розового гомогенного узла, нередко прорастающего в кардию желудка.

Лейомиома пищевода

Лейомиома -доброкачественная опухоль из гладкомышечного слоя стенки пищевода, составляет до 95% неэпителиальных опухолей пищевода. Локализуется внутрискелетно и имеет вид единичного узла, реже нескольких, соединенных между собой и штопорообразно охватывающих пищевод. Течение лейомиомы пищевода длительное, без выраженных клинических проявлений. Образования значительных размеров вызывают дисфагию, которая, однако, менее выражена, чем при раке. Одиночные больших размеров лейомиомы могут изъязвляться и быть источником кровотечения.

ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА

Доброкачественные эпителиальные опухоли и опухолеподобные процессы желудка

- Полипы желудка
- Аденома

Рак (аденокарцинома) желудка

- Экзофитный тип (бляшковидный, полиповидный рак)
- Изъязвленный (блюдцеобразный) тип
- Инфильтративный (эндофитный, интрамуральный) тип
- Пластический линит

Неэпителиальные опухоли желудка

1. Доброкачественные опухоли

(Лейомиома, фиброма, фибромиома, липома и др.)

2. Злокачественные опухоли

- Лимфомы желудка
- Лейомиосаркомы
- Карциноид желудка

Полипы желудка

Полип — это пальцевидное, грибовидное или более сложное по форме выпячивание слизистой оболочки в просвет органа. Термин «гастральный полип» отражает только внешний вид процесса.

Полип может быть построен из компонентов слизистой или обусловлен ростом интрамуральных (стромальных, лимфоидных и др.) структур, приподнимающих интактную слизистую оболочку.

Опухолеподобные процессы в слизистой оболочке желудка обусловлены аномальным ростом эпителиальных компонентов, в частности выстилки ямок и желез. Такие полипы составляют всего 2—3 %. Женщины поражаются несколько чаще мужчин.

При классификации полипов желудка выделяют:

(Британское гастроэнтерологическое общество., 2010 .

Goddard A. Guidelines. The management of gastric polyps /A.F.Goddard, R. Badreldin, D.M.

Pritchard et al. //Gut.-2010.-№ 59.-P.1270-1276.).

А. Эпителиальные полипы:

- гиперпластический полип
- железистый полип фундального отдела желудка
- аденоматозный полип (в т.ч. семейный аденоматозный полип)
- гамартомный полип: ювенильный полип

Б. Неслизистые интрамуральные полипы:

- лейомиома
- воспалительный фиброидный полип
- гастроинтестинальная стромальная опухоль
- фиброма, фибромиома
- липома
- эктопическая ткань поджелудочной железы
- нейрогенные и сосудистые опухоли
- нейроэндокринные опухоли (карциноиды)

Гиперпластические полипы желудка

Гиперпластические полипы составляют 80-90% всех доброкачественных неопластических процессов желудка. Некоторые авторы относят их к истинным опухолям. Они могут расти солитарно или мультифокально. Макроскопически гиперпластические полипы – это округлые образования на ножке. Высокий риск малигнизации гиперпластического полипа на фоне атрофического гастрита. Отдельную группу составляют множественные гиперпластические полипы желудка у лиц с активными аденомами паращитовидных желез и гиперхлоргидрией, множественными липомами кожи, множественными аденомами толстой кишки, карциномой полости рта, пищевода желчного пузыря.

Аденома желудка

Аденома желудка - истинная доброкачественная опухоль, построенная из тубулярных и/или ворсинчатых структур, выстланных эпителием с признаками дисплазии. Аденомы желудка составляют 15% всех доброкачественных новообразований желудка. Часто представлены образованиями на ножке, макроскопически не отличаются от гиперпластических полипов, но больше 1 см. Риск малигнизации высок для аденом более 2 см в диаметре (40-50% этих образований подвергаются злокачественной трансформации.

Рак желудка

Рак (аденокарцинома) желудка составляет более 90% всех злокачественных опухолей желудка и является одним из наиболее частых раков в развитых странах, уступая раку легкого, молочной и предстательной железы, составляя около 30% в структуре всех раков человека. Самая высокая смертность от рака желудка в Японии: 72 случая на 100 тыс. населения.

Этиопатогенетические факторы:

- **предраковые процессы: генетические полипозы, хронические гастриты с кишечной метаплазией и фовеолярной гиперплазией; аденомы с риском малигнизации**
- **длительное употребление канцерогенов в пищу (гидрокарбонаты, копчености)**
- **атрофический гастрит при пернициозной анемии**

Макроскопические формы рака желудка

Экзофитный тип (полиповидный, бляшковидный, грибовидный рак) представлен одиночным умеренно плотным белесовато-серым узлом с ворсинчатой шероховатой поверхностью, имеет широкое основание, составляет 10% всех раков желудка

Изъязвленный тип (блюдцеобразный, экзофитно-эндофитный рак) представлен опухолью с центральным глубоким язвенным дефектом, края которого значительно выступают на поверхность. Складки слизистой расходятся от опухоли, что служит дифференциально-диагностическим признаком. 97% изъязвленных раков являются первичными опухолями, 3% составляют язвы желудка с малигнизацией.

Инфильтративный тип (эндофитный, интрамуральный рак) характеризуется утолщением и ригидностью всех слоев стенки желудка, обширными изъязвлениями и прорастанием в соседние органы. Складки слизистой утолщаются, становятся грубыми, фовеолярный рисунок отсутствует. Опухоль из интрамуральной прорастает серозную оболочку и в 20-30% случаев поражает стенку двенадцатиперстной кишки, при проксимальном росте – пищевод.

Пластический лимит (диффузный рак) – максимальное развитие раковой инвазии. Желудок в виде тонкостенного кожного мешка, (стенка 10-12 мм), полость уменьшена. Изъязвление не характерно.

Микроскопические формы рака желудка

- Тубулярная аденокарцинома (А)
- Папиллярная форма
- Муцинозная форма (слизистый, коллоидный рак) (Б)
- Перстневидно-клеточная форма (В)

А

В

Б

Степени дифференцировки аденокарциномы:

- высокодифференцированный рак (А)
- умереннодифференцированный (солидный) рак (Б)
- низкодифференцированный рак
- недифференцированный (анapластический) рак (В)

А

Б

В

Пути метастазирования рака желудка:

прямое распространение (в 50% случаев) – внутрижелудочно и прорастание стенки; лимфогенно (в регионарные лимфоузлы, в яичник (mts Крукенберга), в надключичные лимфоузлы слева (mts Вирхова); гематогенно (печень, легкие, кости), перитонеальная диссеминация

ОПУХОЛИ КИШЕЧНИКА

Доброкачественные эпителиальные опухоли и опухолеподобные процессы

- Гиперпластический полип
- Аденома
- Наследственные полипозные синдромы

Рак кишечника

- Интраэпителиальная неоплазия (carcinoma in situ)
- Рак толстой кишки (колоректальный рак)

Карциноидные опухоли

Неэпителиальные опухоли кишечника

1. Доброкачественные опухоли

- Неврома аппендикса
- Липома
- Шваннома
- Ангиоилипома
- Лейомиома

2. Злокачественные опухоли

- Лейомиосаркома
- Саркома Капоши
- Лимфома

Полип кишечника

Полип кишечника — доброкачественное опухолевидное образование на ножке или широком основании, выступающее в просвет полого органа.

Полип не является диагнозом, а только отражает макроскопический вид процесса

Гиперпластический полип

Гиперпластические полипы (син. метапластический полип) выглядят как мелкие (d до 0,5 см), слегка возвышающиеся над уровнем слизистой оболочки образования мягкой консистенции и обычного цвета. Они характеризуются удлинением и кистозным расширением крипт. Эпителий в таких полипах пилообразно извитой, с уменьшенным количеством бокаловидных клеток. Вместе с другими опухолеподобными образованиями составляет около 90% всех эпителиальных полипов. Встречается у 25-80% взрослых лиц, больше в 60-70 лет, чаще у мужчин. Клиника отсутствует

Аденома кишечника

Аденома (син. аденоматозный полип) – доброкачественная, четко отграниченная опухоль из железистого эпителия. Является самым распространенным образованием толстой кишки. До 30 лет встречается редко. Встречается почти у 50% мужчин 50-60 лет и у 40% женщин. Может быть солитарной и множественной. До 25% всех аденом локализируются в прямой и сигмовидной кишке.

Факторы риска синхронного развития аденомы и рака :

- размеры опухоли более 1 см
- ворсинчатый тип строения
- высокая степень дисплазии

Гистологические типы аденомы кишечника

- Тубулярная аденома
- Ворсинчатая аденома
- Тубулярно-ворсинчатая аденома

Интраэпителиальная неоплазия

Интраэпителиальная неоплазия (син. карцинома *in situ*) характеризуется малигнизацией энтероцитов без инвазии базальной мембраны. Отмечается атипизм и полиморфизм железистого эпителия. Может возникать на фоне полипа, аденомы, хронического колита, гамартомы кишечника.

Рак толстой кишки

Колоректальный рак - злокачественная опухоль слизистой оболочки толстой или прямой кишки.

Рак прямой кишки занимает по частоте 6-7-е место среди других локализаций, составляя около 4-5% всех раковых заболеваний. Среди локализаций в кишечнике раку прямой кишки принадлежит первое место (70-80%).

Наиболее часто рак прямой кишки наблюдается в возрасте 40-60 лет, однако он может возникать и в более молодом возрасте (20-30 лет), причем даже чаще, чем другие формы рака. Женщины и мужчины заболевают с одинаковой частотой.

К предшествующим заболеваниям, с которыми связывают возникновение рака прямой кишки, относят хронические воспалительные процессы в прямой кишке (проктиты, язвы), осложнения длительно существующего геморроя - трещины, свищи, полипы и полипоз прямой кишки.

Основными причинами возникновения рака прямой кишки являются:

- наследственная предрасположенность;
- избыточное употребление в пищу «красного мяса» (свинина, говядина, баранина), шашлыка;
- частое употребление даже небольших доз алкоголя;
- курение;
- малоподвижный образ жизни;
- недостаточное содержание в рационе свежих овощей и фруктов, круп и злаков, рыбы и птицы
- анальный секс, папилломовирусная инфекция

Симптомы колоректального рака:

- тупая боль при прохождении каловых масс
- наличие свежей крови и слизи в кале
- деформация каловых масс («лентовидный» стул)
- частые позывы на дефекацию
- запоры, сменяющиеся диареей
- примесь кровянисто-гнойных зловонных масс
- выделение свежей крови перед актом дефекации

Классификация

По типу роста рак толстой кишки делится на:

- **Экзофитная форма:** при этом опухоль растет в просвет кишки.
- **Эндофитная форма:** опухоль растет в толще стенки кишки.
- **Блюдцеобразная форма:** эта форма сочетает в себе обе вышеперечисленные и бывает в виде опухоли-язвы

Гистологическая классификация рака толстой кишки

Опухоли ободочной кишки

Аденокарцинома

Слизистая аденокарцинома

Мукоцеллюлярный рак

Недифференцированный рак

Неклассифицируемый рак

Опухоли прямой кишки

Те же типы рака прямой кишки, что и ободочной, а также:

Плоскоклеточный рак

Железисто-плоскоклеточный рак

Базальноклеточный рак

Аденокарцинома

высокодифференцированная

умереннодифференцированная

низкодифференцированная

недифференцированная

муцинозная

Метастазирование : гематогенное и лимфогенное
в печень (80%), легкие и ЦНС (15%), кости (5%)

Карциноидные опухоли кишечника

Карциноидные опухоли (син. - карциноид), представляют собой сборную группу редких нейроэндокринных новообразований кишечника- апудомы.

Карциноид локализуется преимущественно в 70—80% случаев в червеобразном отростке, реже в желудке и кишечнике.

Встречается также в поджелудочной железе в виде инсулом, в т.ч. инсулином, бронхах, желчном пузыре, печени и других органах.

Величина его колеблется d от 0,1 до 2 см, иногда 6—8 см. Опухоль имеет плотноэластическую консистенцию, серо-желтую окраску

Характерный признак наличие в цитоплазме аргентаффиновых гранул.

Особенность карциноида— медленный рост без метастазов.

Метастазы появляются в поздних стадиях заболевания примерно в 40% случаев; исключение - карциноид червеобразного отростка который метастазирует очень редко.

Клинически выделяют так называемый **нефункциональный** карциноид и **функциональный** (с карциноидным синдромом).

Нефункциональный карциноид, особенно червеобразного отростка, может долгое время протекать бессимптомно. Лишь в поздних стадиях могут появиться боли, развиться в зависимости от локализации патологического процесса непроходимость кишечника, перитонит, кровотечение, ателектаз легкого.

Карциноидный синдром

наблюдается приблизительно у 25% больных, обычно в тех случаях, когда имеются метастазы.

Он обусловлен выделением клетками опухоли биологически активных веществ — серотонина, гистамина, кининов.

Симптомы: приливы в виде диффузной или пятнистой гиперемии кожи лица и верхней половины туловища с чувством жара, тахикардией, падением АД.

Опухоли печени

Классификация ВОЗ (1983)

Эпителиальные доброкачественные:

- печеночноклеточная аденома
- аденома внутрипеченочных желчных протоков
- цистаденома внутрипеченочных желчных протоков

Эпителиальные злокачественные:

- гепатоцеллюлярный рак
- холангиокарцинома
- цистаденокарцинома желчных протоков
- смешанный гепатохолангиоцеллюлярный рак
- гепатобластома
- недифференцированный рак

Неэпителиальные опухоли:

- гемангиома
- инфантильная гемангиоэндотелиома
- гемангиосаркома
- эмбриональная саркома и др.

Различные другие типы опухолей:

- тератома
- карциносаркома и др.
- Неклассифицируемые опухоли.
- Опухоли кроветворной и лимфоидной тканей.
- Метастатические опухоли.

Гепатоцеллюлярная аденома

Доброкачественная опухоль из гепатоцитов, нередко отграничена капсулой. Возникает чаще у женщин детородного возраста, длительно принимающих оральные контрацептивы (частота : 3-4 случая на 100 тыс.) реже возникает при длительном приеме анаболических стероидов.

В большинстве случаев аденома протекает бессимптомно, но опухоли крупных размеров могут вызывать дискомфорт в правом верхнем квадранте живота. Реже аденома проявляет себя перитонитом и шоком в связи с разрывом печени и внутрибрюшинным кровотечением. В редких случаях аденомы могут подвергаться злокачественной трансформации.

Гепатоцеллюлярная карцинома

Гепатоцеллюлярная карцинома — злокачественная опухоль из гепатоцитов. По частоте развития занимает 5-е место в мире среди всех злокачественных опухолей и составляет 80-90% всех злокачественных опухолей печени. Является третьей по распространенности причиной смерти от рака. Ежегодно в мире диагностируют около 600 000 случаев. Мужчины болеют в 5-10 раз чаще женщин, в основном, после 50 лет, но отмечается тенденция к развитию в молодом возрасте. В 80-90% случаев развивается на фоне цирроза печени различной этиологии. Быстро прогрессирует с метастазированием и летальным исходом.

Факторы риска:

- циррозы печени разной этиологии
- хронические вирусные гепатиты (В и С)
- злоупотребление алкоголем
- регулярное употребление в пищу канцерогенов (афлотоксины)

Клинические симптомы различны. На фоне цирроза печени возможно резкое ухудшение общего состояния, быстрая потеря массы тела, боль в правом подреберье, нарастание лабораторных показателей дисфункции печени, появление асцита. При прогрессировании болезни может развиваться внутрибрюшное кровотечение, желтуха, асцит, другие симптомы.

Метастазирование:

лимфогенное и гематогенное в

- регионарные лимфоузлы**
- печень**
- легкие**
- кости**
- надпочечники**

Имплантационное метастазирование в серозные оболочки

Гемангиома печени

Наиболее частая доброкачественная опухоль печени сосудистого происхождения. Располагается чаще субкапсулярно, в правой доле, нередко имеет капсулу. Новообразования больших размеров (более 5 см) могут приводить к некрозу, инфаркту или тромбозу, и могут вызывать боль в брюшной полости. Обычно гемангиомы печени небольших размеров, и протекают бессимптомно. Выявляются у 1-5% взрослого населения. Они характеризуется обширной васкуляризацией, Разрывы возникают редко, даже при достаточно больших опухолях, и лечебные мероприятия, как правило, не показаны. Большие гемангиомы в детском возрасте могут приводить к артериовенозному шунтированию и сердечной недостаточности. При наличии больших гемангиом возможно применение кортикостероидов. Лучевая терапия и эмболизация также приводят к уменьшению размеров гемангиом.

Опухоли поджелудочной железы

Классификация ВОЗ (1983)

I. Эпителиальные опухоли

А. Доброкачественные:

1. Аденома (папиллярная аденома)
2. Цистаденома

Б. Злокачественные:

1. Аденокарцинома.
2. Плоскоклеточный рак
3. Цистаденокарцинома
4. Ацинарноклеточный рак
5. Недифференцированный рак

II. Опухоли островков поджелудочной железы

III. Неэпителиальные опухоли

IV. Различные другие типы опухолей

V. Неклассифицируемые опухоли

VI. Опухоли кроветворной и лимфоидной ткани

VII. Метастатические опухоли

VIII. Аномалии эпителия

IX. Опухолоподобные процессы.

A. Кистозные образования:

1. Врожденная киста
2. Ретенционная киста
3. Псевдокиста
4. Паразитарная киста

Б. Липоматозная псевдогипертрофия (липоматоз)

В. Другие

Рак поджелудочной железы

Рак поджелудочной железы (карцинома) – злокачественная опухоль, развивающаяся из клеток поджелудочной железы.

В Украине в 2007 году карцинома поджелудочной железы была диагностирована у 4471 человек. В структуре заболеваемости карцинома поджелудочной железы у мужчин занимает девятое, у женщин – десятое место.

Эта форма рака также относится к числу относительно редких (2 - 3% всех раков) и значительно чаще наблюдается у мужчин, главным образом в возрасте старше 50 лет. Риск заболевания имеется уже после 30 лет с пиком после 70 лет.

Раковые опухоли наиболее часто располагаются в головке поджелудочной железы (75% случаев), реже поражая ее тело и хвост. По гистологическому строению - это чаще всего аденокарциномы (95%), нередко скirroзного строения.

Предраковые состояния:

- хронический панкреатит
- кисты поджелудочной железы
- доброкачественные опухоли поджелудочной железы.

Факторы риска:

- курение повышает риск развития рака ПЖ в 2 раза (30% случаев)
- алкоголь (20% случаев)
- алиментарная недостаточность (дефицит свежих овощей, фруктов в рационе)
- сахарный диабет – повышает риск развития рака ПЖ в 2 раза
- наследственные факторы (10-15% случаев, аденоматозный полипоз, неполипозный колоректальный рак и др.)
- хронический панкреатит (5% случаев)

Клинические симптомы:

- Абдоминальная боль (тупая/острая, с иррадиацией чаще в спину)
- Желтуха (при раке головке ПЖ)
- Снижение массы тела (90-100% случаев)
- Анорексия (30-65% случаев)
- Тошнота, рвота (35-45%)
- Сахарный диабет (как следствие рака ПЖ, в 20-25% случаев)
- Может быть асцит, гепатомегалия, тромбоз глубоких вен

Прорастание в соседние органы в 30-50%, **метастазирование** в 45-70% гематогенно в печень, легкие, кости, надпочечники, почки и др., лимфогенно, имплантационно по брюшине.