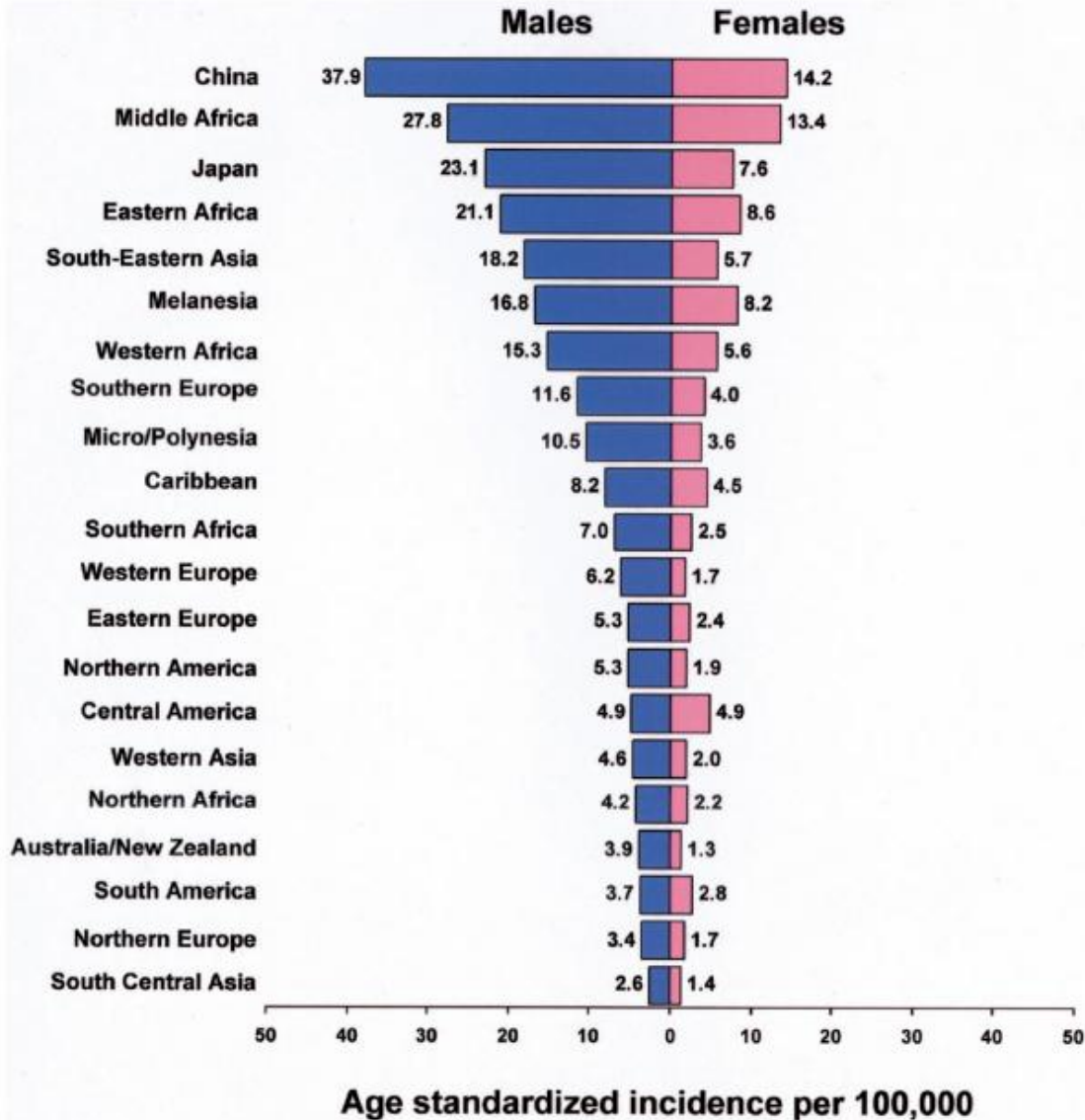


# РАК ПЕЧІНКИ І ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ



Автор презентації професор А.І. Шевченко

# Epidemiology of liver cancer



# ЧИННИКИ РИЗИКУ ГЕПАТОЦЕЛЮЛЯРНОЇ КАРЦИНОМИ

- **Хронічний гепатит В, С і D** (ризик виникнення раку печінки при хронічному носійстві вірусу В у **150-200** разів вище, ніж у здорових людей).
- **Афлотоксини** (токсичні продукти життєдіяльності пліснявих грибків *Aspergillus flavus*).
- **Алкоголізм**
- **Цироз печінки** (у хворих на цироз рак печінки зустрічається у 5-25% випадків, ще частіше – 50-80% знаходять циротичні зміни у печінці при гепатоцелюлярному раку)  
глистні інвазії (опісторхоз)

# ЧИННИКИ РИЗИКУ ХОЛАНГІОКАРЦИНОМИ

*Opisthorchis felinus*



- Хронічний опісторхоз
- Роль ініціатора злоякісного росту належить вторинним жовчним кислотам. При опісторхозі перетворення вторинних жовчних кислот у вторинні здійснюється у внутріпечінкових жовчних протоках.
- Гельмінти створюють оптимальні умови для реалізації канцерогенної дії вторинних жовчних кислот

# РАК ПЕЧІНКИ

РАК ПЕЧІНКИ

ГЕПАТОЦЕЛЮЛЯРН  
ИЙ  
РАК

ХОЛАНГІО-  
КАРЦІНОМА

МЕТАСТАТИЧНИЙ  
РАК

# ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА

**Локалізація.** Пухлина найчастіше розташовується у **правій** половині або уражає обидві її частки. Лівобічна локалізація зустрічається у 10% хворих.

**Форми росту.** За зовнішнім виглядом розрізняють три форми раку печінки:

- вузлову,
- масивну,
- дифузну.

Масивна підрозділяється на **масивну у вигляді поодинокого вузла, порожнисту, і масивну з сателітами**. Різновидом є **цирроз-рак** печінки

**Ліворуч – гепатоцелюлярний рак, праворуч – метастатична аденокарцинома печінки**

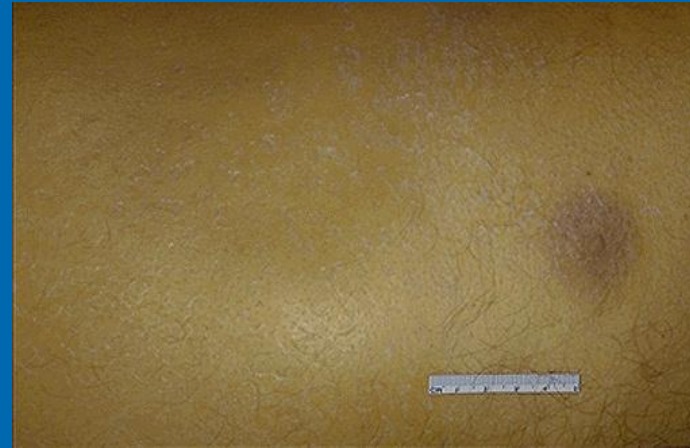


# КЛІНІЧНА КАРТИНА

- Гепатомегалія
- Біль
- Схуднення
- Зниження апетиту
- Загальна слабкість
- Підвищення температури
- Асцит
- Жовтяниця



# Асцит і жовтяниця у хворого на рак печінки



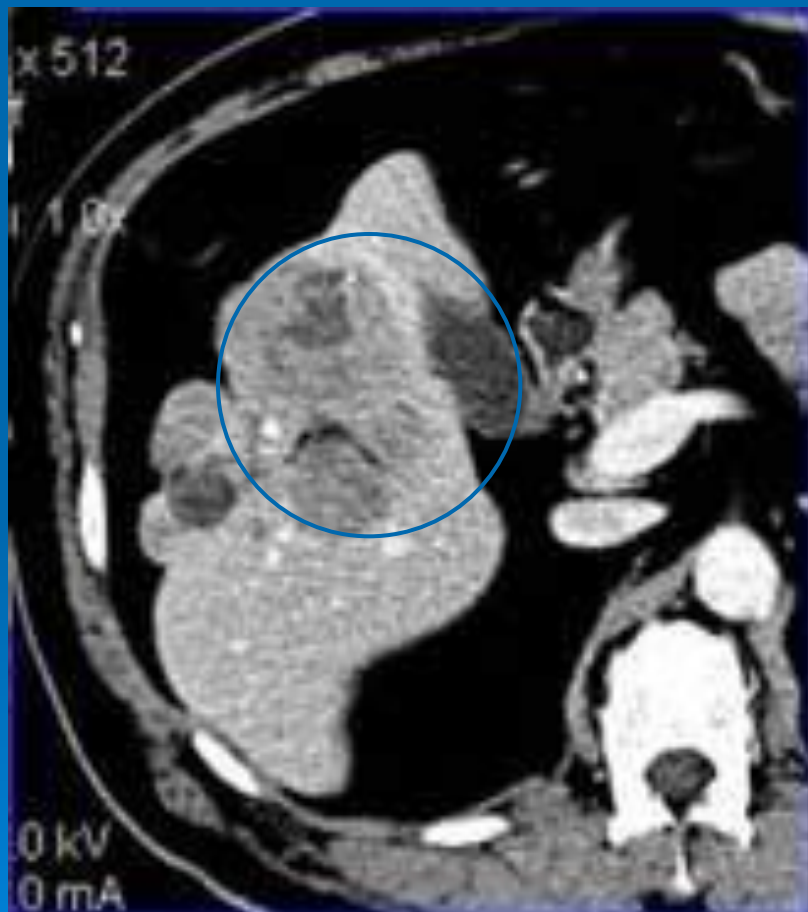
# Діагностика раку печінки

Клінічний мінімум обстеження при підозрі на рак печінки включає:

- опитування,
- об'єктивне обстеження,
- загальний і біохімічний аналізи крові,
- імунохімічну реакцію на альфа-фетопротейн,
- рентгенологічне обстеження та УЗД.

# Комп'ютерна томографія

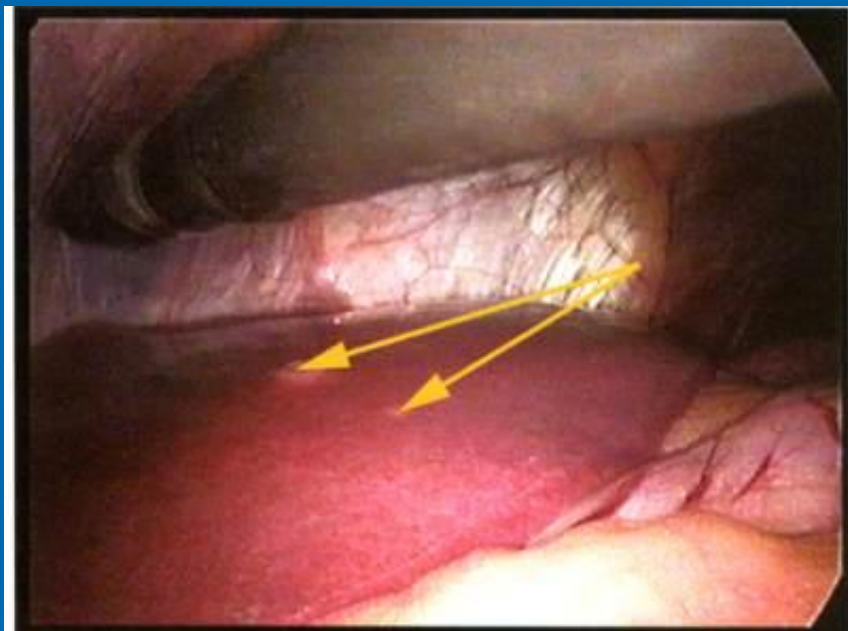
Ліворуч – гепатоцелюлярний рак, праворуч - холангіокарцинома



# МЕТАСТАТИЧНИЙ РАК ПЕЧІНКИ, комп'ютерна томограма



Ліворуч – лапароскопія, метастази у печінці, праворуч -  
транскутанеальна голкова біопсія під контролем УЗД



# РАК ПЕЧІНКИ

**Лікуванн  
я**

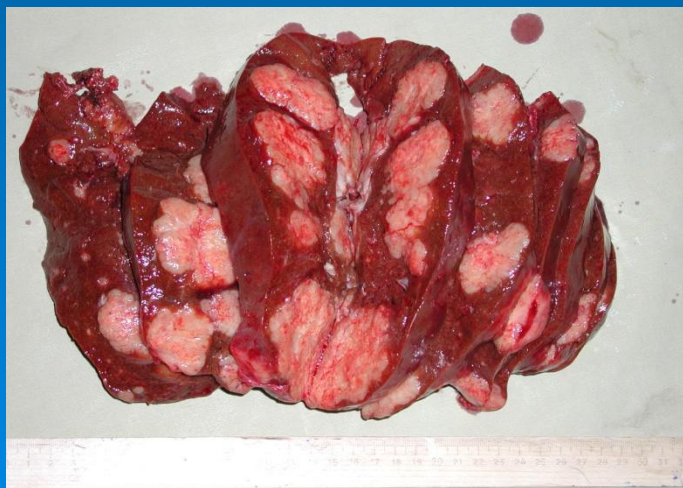
**Резекція  
печінки**

**Радіотерапія**

**Хіміотерапія**

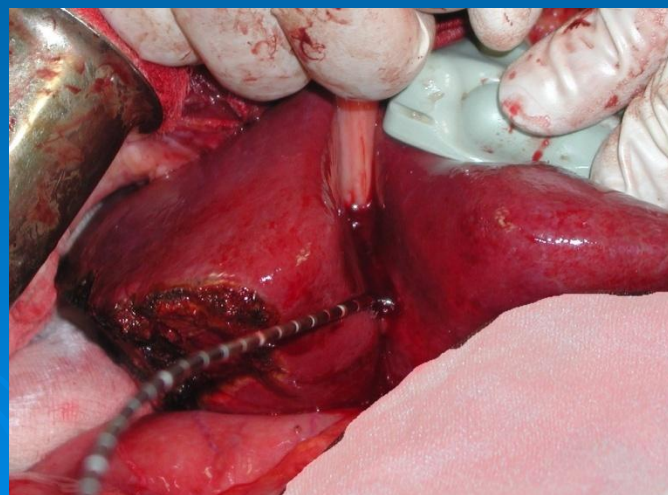
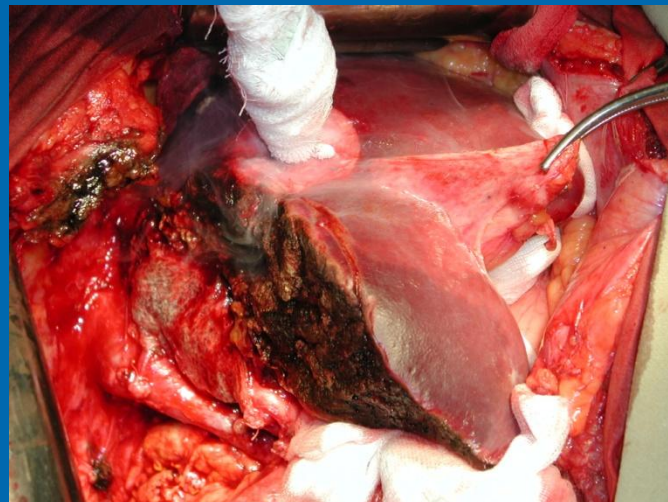
## нСтандартні показання

≤ 4 метастаза в межах однієї частки.



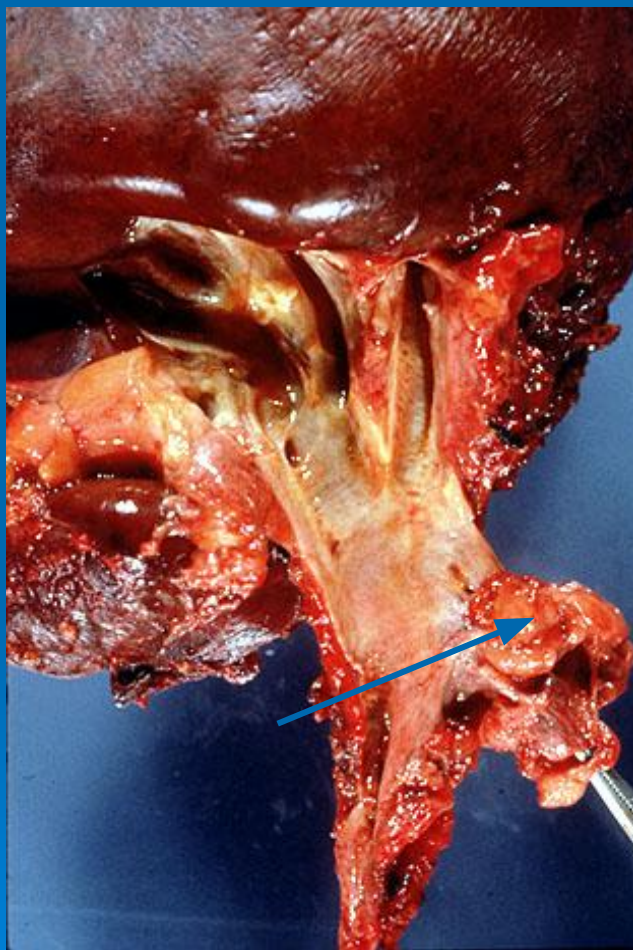
## нСучасний підхід

Немає обмежень. При множинних метастазах і білобарному ураженні – неоад'ювантна х/терапія, поетапні резекції, поєднання з абляцією.



# ХОЛАНГІОКАРЦИНОМА

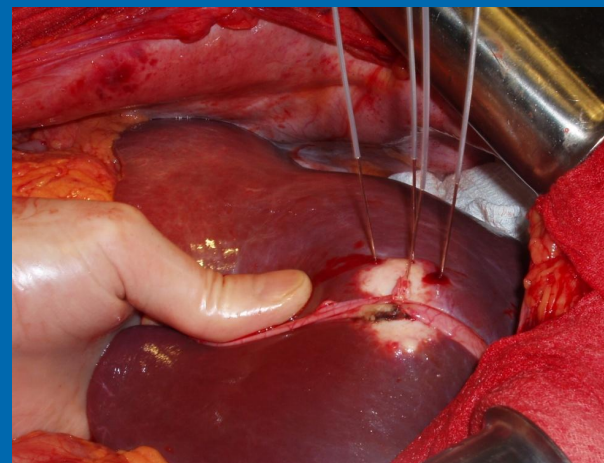
(операційний препарат)





# Радіочастотна абляція

Ліворуч апарат для радіочастотної абляції “Celon Lab Power”,  
праворуч, зверху – інтраопераційна радіочастотна абляція пухлини печінки,  
знизу - Черезшкірна радіочастотна абляція під контролем УЗД

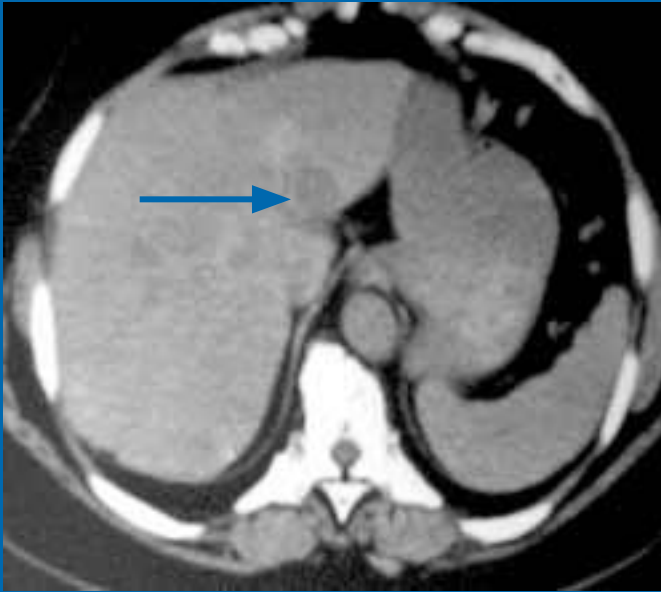




# ХІМІОТЕРАПІЯ

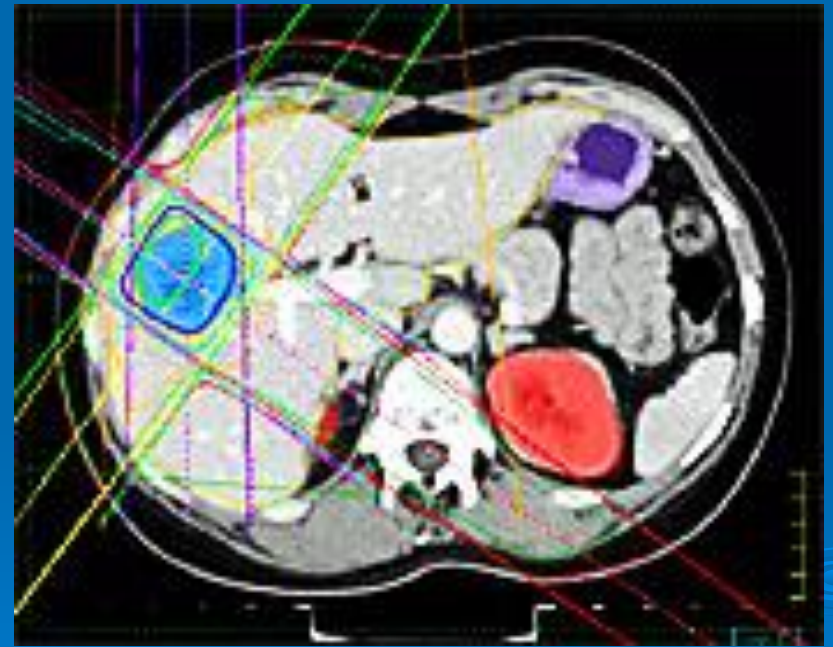
- З метою хіміотерапії використовують адриаміцин, 5-фторурацил, мітоміцин С, цисплатин, вепезид
- При в/в введенні спостерігається ремісія у 15% хворих.
- При внутриартеріальних інфузіях число ремісій досягає 50-55%, але вони нетривалі і не призводять до суттєвого продовження життя хворих.

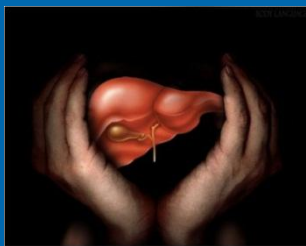
# Хіміоемболізація печінкової артерії



Рак печінки. (Ліворуч) При КТ органів черевної порожнини до хіміоемболізації у II сегменті нечітко визначається патологічне вогнище розміром до 2,0 см. (Праворуч) Після введення олійних хіміоемболів денситометрична щільність новоутворення різко зростає.

# ПРОМЕНЕВЕ ЛІКУВАННЯ





# ПРОФІЛАКТИКА РАКУ ПЕЧІНКИ



Первинна профілактика раку печінки полягає в:

- імунізації населення ендемічних районів проти вірусу гепатиту В,
- боротьбі з афлатоксинами і алкоголізмом,
- попередженні і лікуванні опісторхозу і супутньої йому бактеріальної інфекції

# ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

## раку підшлункової залози

- **Захворюваність.** На противагу раку печінки, рак ПЗ частіше зустрічається у розвинених країнах і складає 3% від загального числа злоякісних пухлин.
- Найбільш високий рівень захворюваності спостерігається у деяких штатах США, Канаді, Японії, Ізраїлі.
- В Україні рівень захворюваності дорівнює 9,8 на 100 тис населення.

# ЧИННИКИ РИЗИКУ

Виникненню рака підшлункової залози сприяють:

- Паління
- Діабет
- Відсутність жовчного міхура і його захворювання
- Підвищене споживання жирної їжі
- Вплив хімічних канцерогенів
- Нітрозаміни
- Азасерін
- Генетичні порушення (мутації онкогена K-ras (контролює ріст клітин), супресорних генів p-53 та p-16 (гальмують проходження клітин через клітинний цикл)).

# ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА

- ▣ **Локалізація.** Найчастіше рак уражає голівку (60-70%). Пухлини тіла зустрічаються у 20-30% хворих, хвоста – у 5-10%, тотальне ураження органу спостерігається у 2-5% хворих.
- ▣ **Форми росту.** За характером росту розрізняють вузлові (екзофітні) і дифузні форми.
- ▣ **Гістологічна будова.** Рак найчастіше розвивається з епітелію протоків, рідше з ацинозних клітин та клітин панкреатичних островців. РПЗ зазвичай має будову **аденокарциноми**, рідко зустрічається **плоскоклітинний, анапластичний** та інші варіанти.



# ГРУПУВАННЯ ЗА СТАДІЯМИ

- Стадія 0 T<sub>is</sub>N0M0
- Стадія I<sub>a</sub> T1N0M0
- Стадія I<sub>b</sub> T2N0M0
- Стадія II<sub>a</sub> T3N0M0
- Стадія II<sub>b</sub> T1-3N1M0
- Стадія III T4 будь-яке N M0
- Стадія IV будь-яке T будь-яке N M1

# Клінічні прояви аденокарциноми підшлункової залози

- Анорексія
- Нудота
- Блювота
- Втрата ваги
- Механічна жовтяниця
- Шкіряне свербіння
- Біль у епігастрії
- Біль у попереку
- Гепатомегалія
- Пухлина, що пальпується
- Депресія
- Холангіт
- С-м Курвуаз'є
- Симптоми, що зустрічаються нечасто:
- Мігруючий тромбофлебіт
- Гострий панкреатит
- Цукровий діабет
- Синдром Кушинга
- Гіперкальцемія

# ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ:

- Гваяколовий тест
- Збільшення рівня лужної фосфатази
- Визначення рівня СА 19-9
- УЗД
- КТ
- Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія
- Черезшкірна аспіраційна біопсія
- Цитологічне дослідження

# Рентгенологічна діагностика раку підшлункової залози:

- Рентгеноскопія (графія) шлунка і дванадцятипалої кишки.
- Релаксаційна дуоденографія.
- Іригоскопія (-графія).
- Комп'ютерна томографія.

# Рентгенограма шлунка і дванадцятипалої кишки при раку голівки підшлункової залози:

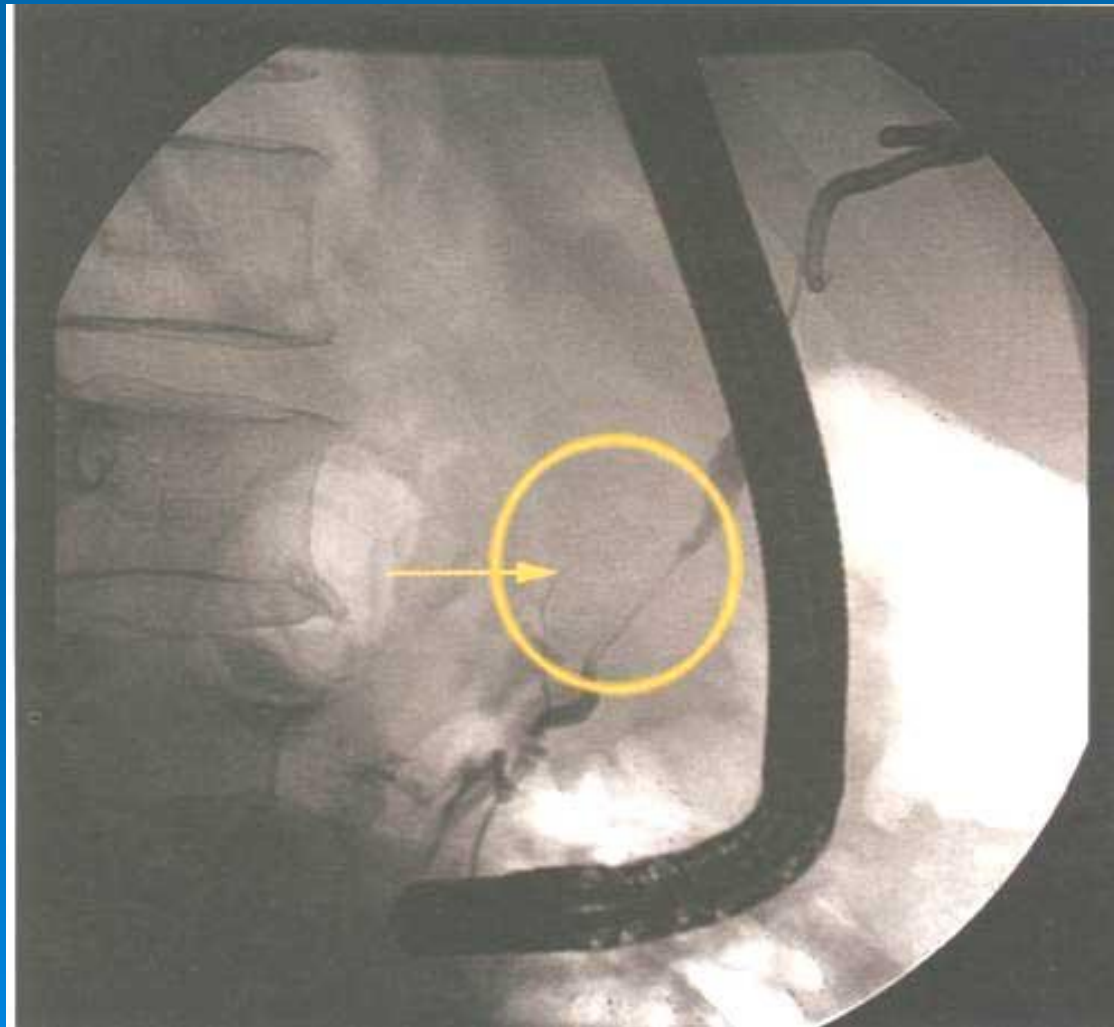


- низхідна частина дванадцятипалої кишки розширена, має нерівні контури (1), зовні визначається втиснення (2), за рахунок збільшеного жовчного міхура.

На КТ живота видно ракову пухлину в голівці підшлункової залози.



# Контрастне дослідження протоків підшлункової залози під час ФГДС



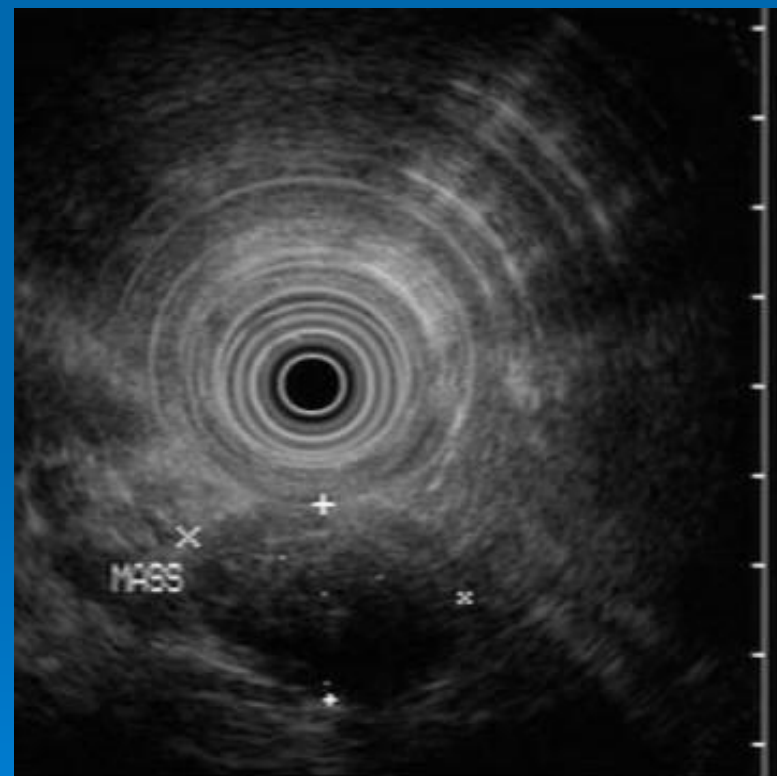
# Проростання стінки склепіння шлунка пухлиною хвоста підшлункової залози





## Ендоскопічна УЗКТ

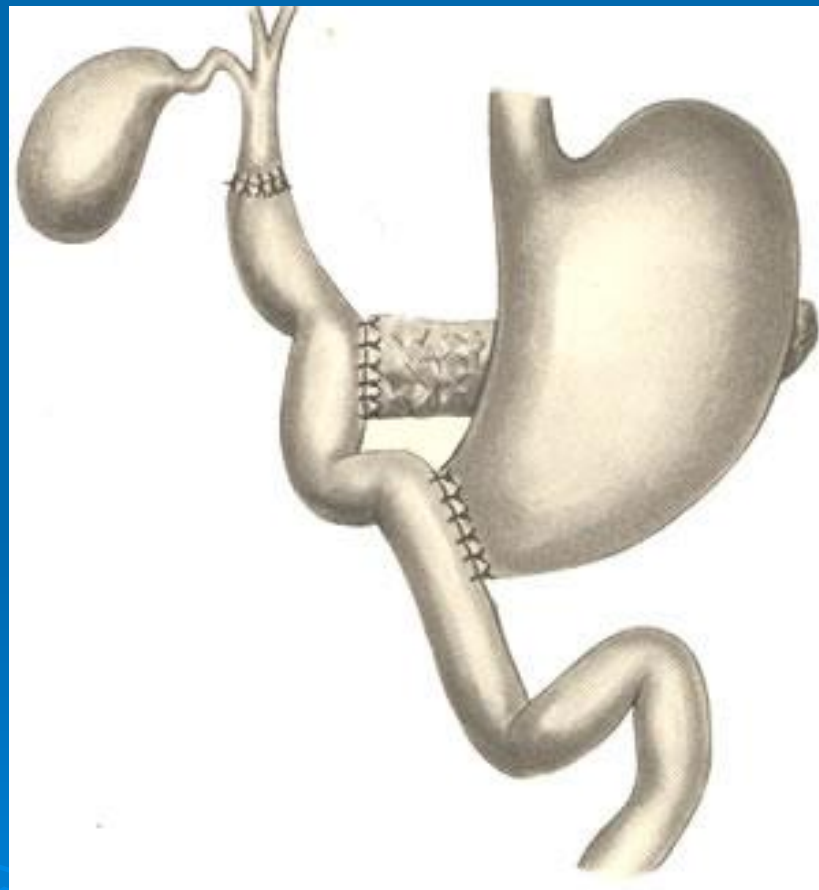
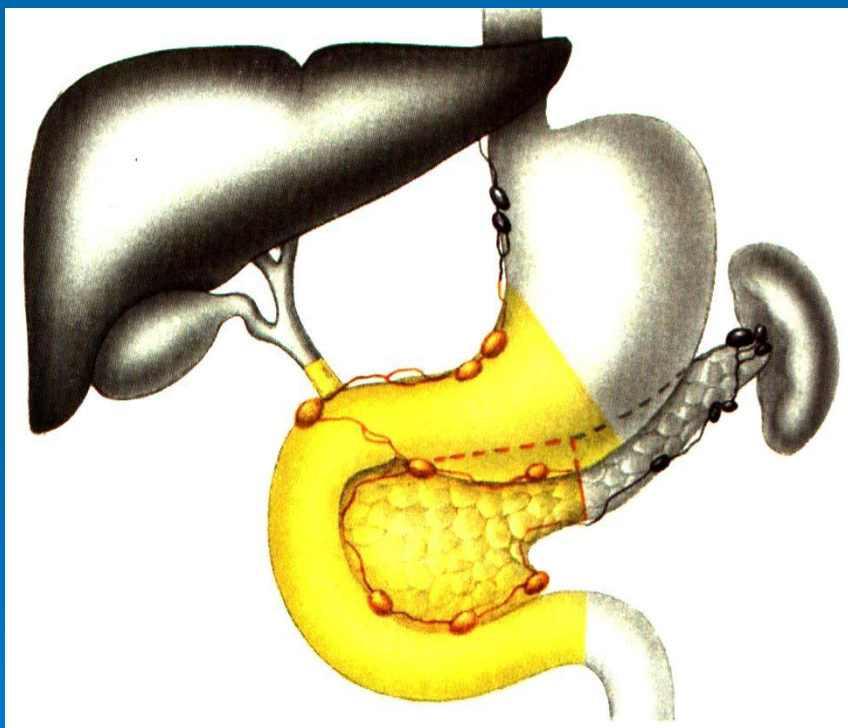
Ліворуч голівка ендоскопу з ультразвуковим датчиком,  
праворуч – пухлина підшлункової залози.



# Хірургічне лікування РПЗ

- Операбельність при раку підшлункової залози складає від 10 до 25%. Післяопераційна летальність, що досягає 25-40%, залежить від стадії пухлини. Основними причинами післяопераційної летальності є зміни у куксі залози, неспроможність панкреатоєюнального анастомозу, печінкова недостатність.
- Середня тривалість життя хворих із встановленим діагнозом раку підшлункової залози складає :
  - без операції – біля 6 міс.;
  - після радикальної операції – 1,5-2 роки (в залежності від стадії пухлини);
  - після паліативної операції – 6-12 міс.

# Схема панкреатодуоденальної резекції



# Хіміотерапія РПЗ

- **Хіміотерапія** застосовується самостійно у випадках неможливості проведення іншого лікування при розповсюджені процесі або у поєднанні з іншими методами лікування. **Ефективність монохіміотерапії складає 15-30%, поліхіміотерапії - 40%**, при цьому вдається досягнути тільки часткової регресії пухлини.

# Етапи ендоскопічного стентування фатерового соска

