



Рак підшлункової залози.

Виконала: студентка 6 курсу, 11 групи
3 мед. факультету
Яременко Олена Сергіївна

Рак підшлункової залози- це злоякісна пухлина у вигляді горбистого щільного вузла без чітких меж, що розвивається з епітелію залози або її проток, а також з острівкових клітин. На розрізі пухлина має білий або світло-жовтий колір. Найчастіше вузол утворюється на голівці залози (у 50-60% випадків), рідше - на тілі (10%) або хвості (5-8%). Крім того, може спостерігатися і повне ураження органу - у 20-35% випадків. Вирізняється низькою чутливістю до хіміопроменевої терапії та тим що має схильність до мультицентричного росту (багатовогнищевий) пухлини, а також він довго протікає малосимптомно.

РПЗ через свою локалізацію має складність у діагностиці та лікуванні, тому що поряд з ПЗ розташовані великі судини та аорта, тому ефективний метод д-ки Ендо УЗД (датчик вводиться в 12-палу кишку)

Складність в лікуванні те що ми неможемо зробити радикальну операцію всієї пухлини
Етіологія:

1. Канцерогени:

- N-нітрозаміни, що містяться в тютюновому диму, що потрапляють в результаті метаболічних перетворень через жовч в панкреатичні протоки;
- промислові агенти типу бета-нафтиламіна і бензидина, і його похідних, хлоргідрин, ароматичні гідрокарбони і акриламід;

2. Фонові захворювання:

- цукровий діабет(1-2 тип) може бути як прояв РПЗ так і фактором, що спричинює.
- Хронічний панкреатит(калькульозний), холецистит.
 - тривала біліарна гіпертензія (внаслідок спазму сфінктера Одді, стенозуючого папілліту),
- кісти підшлункової залози, після деструктивного панкреатиту;
- спадковий неполіпозний рак товстої кишки
- Похилий вік чоловіків 50-70 років

Патанатомія:

Рак підшлункової залози найчастіше розвивається з епітелію панкреатичних проток, рідше - з епітелію ацінозних тканини і ще рідше з острівців Лангерганса. Гістологічно розрізняють багато різновидів раку, але найчастіше спостерігається аденокарцинома, рідше - плоскоклітинний рак, кістоаденокарциноми. У більшості випадків аденокарциноми різного ступеня зрілості, що дають ранні і великі метастази в регіонарні лімфатичні вузли (парапанкреатичні, мезентеріальні і т.д.). Раковий вузол має білувате забарвлення, на відміну, від нормальної залози (колір м'яса) і може розташовуватися поверхнево або в глибині її.

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

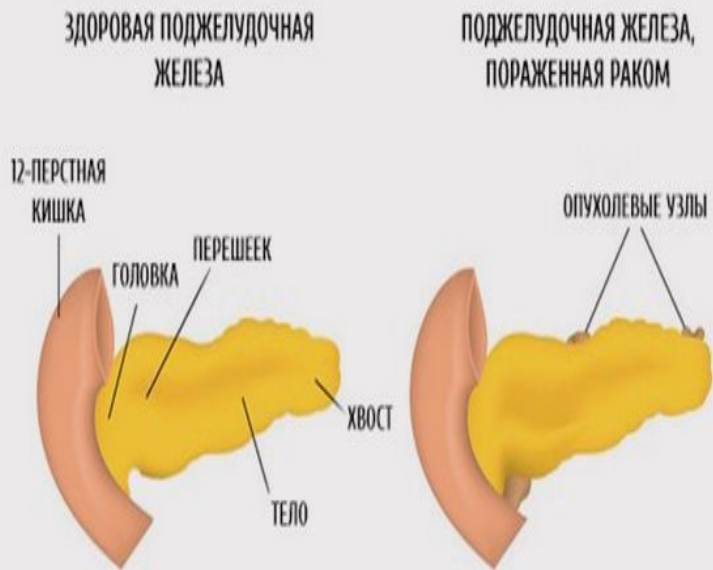


Рис. 1. Основные варианты кистозных образований ПЖ

Класифікація TNM:

- Регіонарні лімфатичні вузли:

T первинна пухлина (Рак in situ)

T0 первинна пухлина не визначається

T1 пухлина обмежена підшлунковою залозою менш ніж 2 см

T2 пухлина обмежена підшлунковою з-зою більш ніж 2 см

T3 пухлина за межами підшлункової з-зи, яка поширюється на будь-яку з наступних структур: шлунок, селезінка, ободова кишка, прилеглі великі судини.

T4 Уражені черевна і верхня брижова артерії

N Регіонарні лімфатичні вузли

NX недостатньо даних для оцінки регіонарних лімфатичних вузлів

N0 немає ознак метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів N1 регіонарних лімфатичні вузли вражені метастази

M Є віддалені метастази.

Регіонарними лімфатичними вузлами є:

Верхні - вище головки і тіла підшлункової залози

Нижні - нижче головки і тіла підшлункової залози

Передні - передні панкреато -дуоденальні, пилорические і проксимальні брижові

Задні - задні панкреато-дуоденальні, загальної жовчної протоки і проксимальні брижові

селезінкові - воріт селезінки і хвоста підшлункової залози (тільки для пухлин тіла і хвоста)

Черевні - (тільки для пухлин тіла підшлункової залози)

Гістологічна класифікація:

1. Аденокарцинома - папілярна, серозна, тубулярна, муциозна;
2. Залозисто-плоскоклітинний рак;
3. Плоскоклітинний рак;
4. Недиференційований рак;
5. Некласифікований рак.

95% випадків раку підшлункової залози - аденокарцинома з протокового епітелію.

Групування за стадіями:

Стадія 0	T- T is	N 0	M 0
Стадія 1A	T-1		M 0
Стадія 1B	T-2		M 0
Стадія 2A	T-3	N 0	M 0
Стадія 2B	T-1-2-3	N 1	M 0
Стадія 3	T-4	Будь яка N	M 0
Стадія 4	Будь яка T	Будь яка N	M 1

2.Ендокринні:

- ✓ Високо-і помірнодиференційовані:
Інсулома, Гастронома, Віпома, Глюкагонома,
Соматостатинома.
- ✓ Низькодиф. (дрібнокліт. активний і нефункціонуючий рак).

Морфологічна класифікація:

1.Екзокринні: (епітеліал.)

- Протокова аденокарцинома(5 мікроскопічних форм), часто.
- Гігантоклітинна пухлина
- Серозна і мукозна цистаденокарцинома
- Внутрішньо-протокова папілярно-муциозна карцинома
- Ацинарно-клітинний рак
- Панкреатобластома
- Солідний псевдопапілярний рак
- Змішані карциноми

Неепітеліальні пухлини

Діагностуються надзвичайно рідко. До цих пухлин належать мезенхімальні новоутворення (лейоміосаркоми та гастроінтестинальні стромальні пухлини) та лімфоми підшлункової залози.

Клініка: На початку симптоми мало виражені, наростання відбувається на пізніх стадіях.

1. Болі у верхній половині живота іррадіюють в поперек
2. Швидко розвиваюче схуднення, що приводить до ранкової кахексії
3. Диспептичні явища (анорексія, нудота, блювання, відрижка)
4. Механічна жовтяниця на пізній стадії (обумовлена стисканням жовчних проток, при розташуванні пухлини в голівці підшлункової залози жовтяниця може проявитися трохи раніше, тому що жовчні протоки проходять дуже близько або безпосередньо через неї) - шкірний свербіж, знебарвлений кал,
5. Збільшення печінки з наявністю симптому Курвуазьє (пальпується збільшений жовчний міхур)
6. Промацування пухлини підшлункової залози
7. Розвиток асцити
8. Шлункове чи кишкова кровотеча у випадках проростання пухлини в шлунок або дванадцятипалу кишку
9. Поява глюкозурії
10. Заходи спрямовані на виключення метастазів у віддалені органи - рентгенографія легенів, комп'ютерна томографія грудної клітини, лапароскопія, остеосцинтиграфія за показаннями.

Клініка раку головки підшлункової залози :

Дожовтушний період - 3-6 місяців: біль, відчуття тяжкості в правому підребер'ї, схуднення нудота, порушення стільця, слабкість, підвищена стомлюваність, свербіж шкіри.

Жовтушний період: стійка інтенсивна механічна жовтяниця, болісний свербіж шкіри, біль в правому підребер'ї або надчеревній ділянці наростає схуднення аж до анорексіяї, блювота прогресує печінково-ниркова недостатність, знебарвлення калу і темна сеча.

Клініка раку хвоста пз:

- наявність у лівому підребер'ї безболісної пухлини, що пальпується

- інші симптоми

- асцит (внасл. портальної гіпертензії)



Діагностика:

- УЗД й УЗКТ (дає змогу виявити пухлинний вузол завбільшки понад 1,5-2 см, визначити локалізацію, форму, контур, структуру та відношення до прилеглих о-нів), також під контролем УЗКТ можна виконати пункційну біопсію пухлини.
- Ендоскопічне УЗКТ (введ. Датчика у 12-палу, візуалізує пухлини розміром від 5мм).
- ФГДС (визнач. стиснення 12-палої кишки ззовні або проростання пухлиною її стінки).
- ЕРХПГ (викор. для диференціювання пухлини головки пз і запальних змін в дистальному відділі спільної жовчної протоки)
- РКТ (заст. для уточнення місцевого поширення пухлинного проц., виявл. можливої пухлинної інвазії 12-палої)
- МРТ (вияв. пухлини більше 1,5см).
- Ангіографія (для оцінки стану поширеності пухлини та визнач. варіанти кровопостачання для подальшого хірургічного втручання).
- Рентгенологічне досл. шлунка і 12-палої (допоміжний метод)
- Радіоізотопне дослідження з октеросканером (д-ка нейроендокринних пухлин)

Діагностика:

Методи лабораторного діагностування:

- Загальний аналіз крові показує ознаки анемії, може відзначатися підвищення кількості тромбоцитів і прискорення ШОЕ. Біохімічної дослідження показує білірубінемія, підвищення активності лужної фосфатази, печінкових ферментів при руйнуванні жовчних шляхів або метастазуванні в печінку. Також в крові можуть відзначатися ознаки розвиненого синдрому мальабсорбції.
- Визначення онкомаркерів. Маркер **СА-19-9** визначається для вирішення питання про операбельності пухлини. На ранніх стадіях цей маркер при раку підшлункової залози НЕ виявляється. Раковий ембріональний антиген виявляють у половини хворих на рак підшлункової залози. Проте варто відзначити, що позитивним може бути аналіз на Цей маркер і при хронічних панкреатиті (5% випадків), СА-125 також відзначають в половини хворих. На пізніх стадіях захворювання можуть виявлятися пухлинні антигени: CF-50, СА-242, СА-494.

Методи інструментальної діагностики:

Ендоскопічна або трансабдомінальні ультрасонографія.

УЗД органів черевної порожнини виключає захворювання жовчного міхура і печінки, дозволяє виявити пухлину підшлункової залози. Ендоскопічне дослідження дає можливість зробити забір біоптату для дослідження.

Комп'ютерна томографія та МРТ дозволяють візуалізувати тканини підшлункової залози і виявити пухлинні утворення від 1 см (КТ) і 2 см (МРТ), а так само оцінити стан органів черевної порожнини, наявність метастазів, збільшення лімфатичних вузлів.

Позитронно-емісійна томографія (ПЕТ) дозволяє виявити злоякісні клітини, пухлини і метастази.

Для виявлення невеликих метастазів у печінці, на брижі кишечника або очеревині проводять діагностичну лапароскопію.

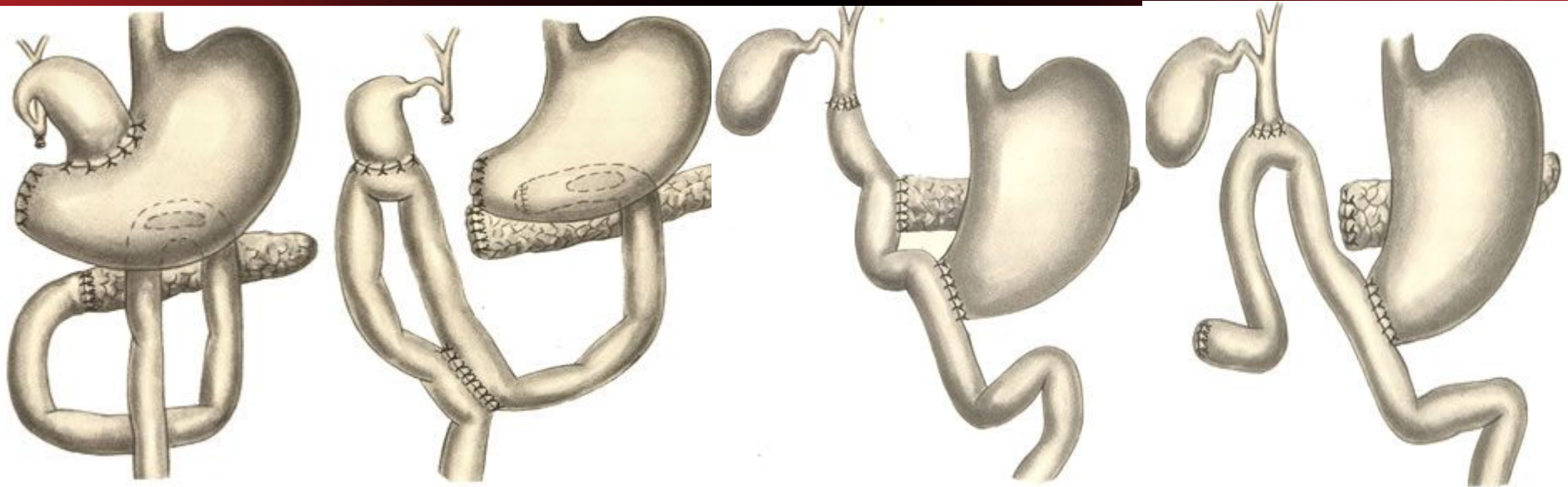
-Новим методом діагностики раку підшлункової залози є тестер раку, винайдений 15-річним Джеком Андрака (США) в 2012 р. Цей тестер застосовується також в діагностиці раку легенів і яєчок на ранніх стадіях і «працює» при зануренні його в сечу або кров, володіючи точністю на більш ніж 90%.

Результатом стало створення схожого на глюкометр експериментального приладу, який за допомогою вуглецевих нанотрубок виявляє в крові білок мезотелін - основний маркер для виявлення ракових захворювань, що виробляється злоякісними клітинами.

Експерти кажуть, що сенсор Андрака зможе обчислити небезпечні білки ще до того, як рак встигне як слід закріпитися в організмі хворого. Один такий сенсор коштує всього лише 3 долари США. Одним сенсором Андрака можна виконати до десяти перевірок, причому кожна займе лише п'ять хвилин.

ЛІКУВАННЯ:

- Хірургічне: Стандартом в хірургії є операція Wipple, стандартна гастропанкреатодуоденальна резекція.
- До першої групи належать способи, які характеризуються накладенням анастомозу між жовчним міхуром і шлунком і вшиванням кукси підшлункової залози в тонку кишку.
- Друга група об'єднує способи, при яких накладають анастомоз між загальним жовчним протоком і тонкою кишкою; культю залози вшивають в тонку кишку.
- Третя група характеризується накладенням холецистоєюностомія з ушиванням кукси підшлункової залози наглухо або екстирпацією її.
- Для четвертої групи характерним є накладення співустя між загальним жовчним протоком і тонкою кишкою з закриттям кукси підшлункової залози наглухо або видаленням її.



-Пілорозберігальна панкреатодуоденальна резекція

-Панкреатотомія

-Розширена гастропанкреатодуоденальна резекція.

- Серед перспективних методів впливу на пухлину може бути радіочастотна термоабляція (РЧА), що одержує все більшого поширення при пухлинах різної локалізації та їх метастази (на-приклад - печінка, кості, молочна залоза й ін.), за кордоном використовується при локалізації пухлин дистальних відділів залози, але вимагає подальшого вивчення.

Променева терапія: Проводиться під час або після операції. Найчастіше застосовується подовжений післяопераційний курс дрібними фракціями дозою 40-50 Гр.

-Використовують дистанційну променеву терапію у комбінації з радіочутливими хіміотерапевтичними агентами(фракція по 2 Гр щоденно); інтраопераційну променеву терапію(СВД 120-140 Гр); тривимірну комфортну променеву терапію.

-Ад'ювантна радіотерапія (можна проводити разом з хіміотерапією 5-фторурацилом у вигляді пролонгованих інфузій.)

- Використання Кібер-ножа: виробляє опромінення потужним лінійним прискорювачем за допомогою рентгенівського випромінювання з енергією фотонів 6 МэВ.

Медикаментозна: 5-фторурацил, мітоміцин с, стрептозотоцин, гемцитабін, доксорубіцин, метил-CCNU, семустін.



Як і стандартна радіотерапія, Кібер-ніж забезпечує високі дози радіації до пухлини. Різниця полягає в тому, що застосовується одночасно багато променів в більш низьких дозах замість однієї великої дози. Кожен з пучків несе невеликий обсяг радіації. Дана система здатна відстежувати стан пухлини, реагуючи на рух і дихання пацієнта, роблячи своєю мішенню тільки злоякісне утворення. Це гарантує, що пухлина отримає велику дозу радіації з мінімальним впливом на навколишні здорові тканини, що робить Кібер-ніж більш безпечним для пацієнтів. Традиційна променева терапія при раку підшлункової залози зазвичай складається з декількох процедур, так званих фракцій, всі разом вони дають сумарну дозу опромінення. Процес лікування займає до 6 тижнів і передбачає, як правило, щоденне відвідування клініки. За допомогою кібер-ножа знадобитися лише кілька або навіть один сеанс терапії. При раку підшлункової залози дуже складно доставити випромінювання в зв'язку з близькістю інших органів (шлунка, кишечника, дванадцятипалої кишки, печінки, нирок і спинного мозку). Кібер-ніж може запропонувати більш точний спосіб забезпечити цільову променеву терапію до пухлини з меншою кількістю побічних ефектів

Неад'ювантна терапія: Ґрунтується на застосуванні дистанційної передопераційної променевої або хіміотерапії. Найчастіше використовують короткі курси у режимі великого фракціонування або розщеплених курсів дрібними порціями, з хіміопрепаратів використовують 5-фторурацил, мітоміцин С, цисплатин, гемцитабін.

Паліативне лікування при раку підшлункової залози спрямоване на зняття основних клінічних симптомів: Знеболення, корекція прохідності жовчних шляхів для лікування жовтяниці. У разі неможливості відновлення циркуляції жовчі призначають холестирамін, фенобарбітал.

Недостатність зовнішньосекреторної функції підшлункової залози коригують за допомогою ферментних препаратів (панцитрат, панкреаз, креон).

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!



