

*Диагностика и лечение опухолей
поджелудочной железы и
внепеченочных желчных
протоков.*

Заболеваемость раком поджелудочной железы

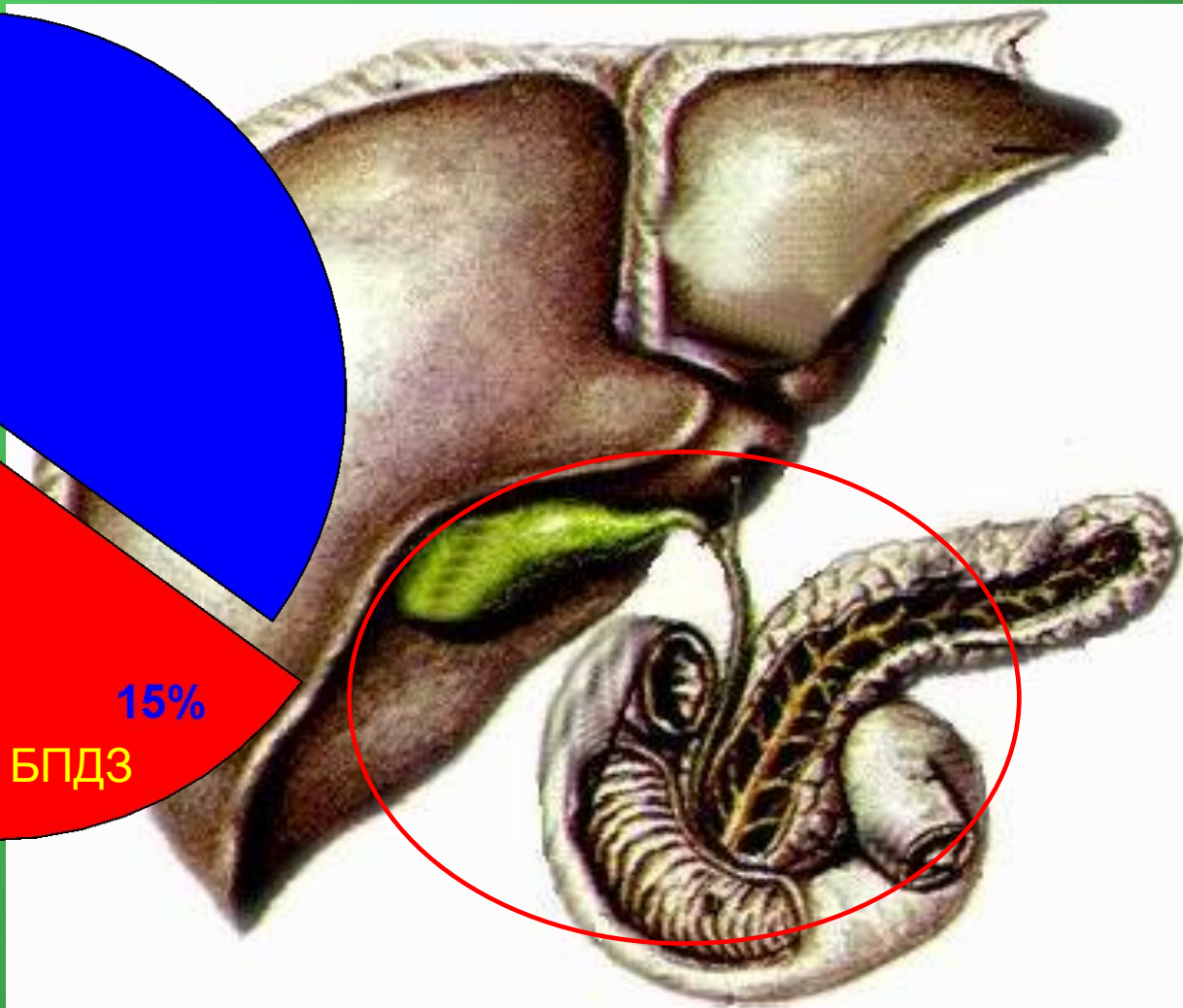
Россия	-	13 000 случаев
США	-	28 600 случаев

Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны - опухоли, локализованные в сравнительно небольшой области: поджелудочная железа, большой дуоденальный сосок, ДПК, внепеченочные желчные протоки

Все
злокачественные
новообразования

Опухоли БПДЗ

15%



За последнее десятилетие отмечается рост опухолей БПДЗ



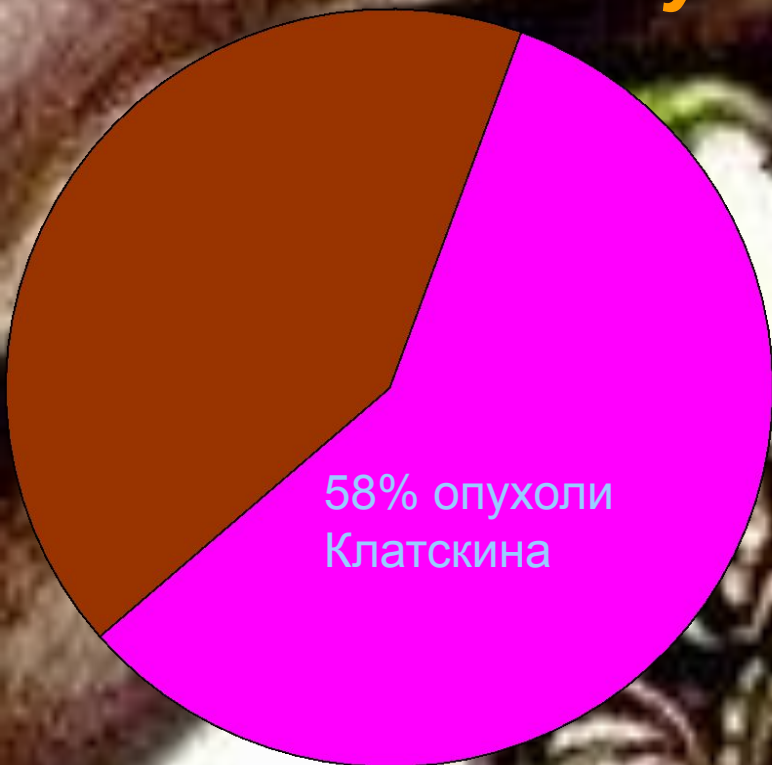
**Раком ПЖ ежегодно
заболевают около
185000 человек**

J.Ahlyren

Эпидемиология РПЖ.

- Курение (нитрозамины-онкогены K-ras)
- Белок животного происхождения и мясо
- Алкоголь – не доказано
- Кофе – не доказано
- Химические вещества (дериваты бензидина, бетанафтиламины, металлическая пыль, пестициды, ртуть и т.д.)

Частота опухолевых поражений БПДЗ



Внепеченочные ЖП 3-18%

ПЖ 73-76%

БДС 8-26%

Головка

Тело

Хвост

Диффузное

75

14,1

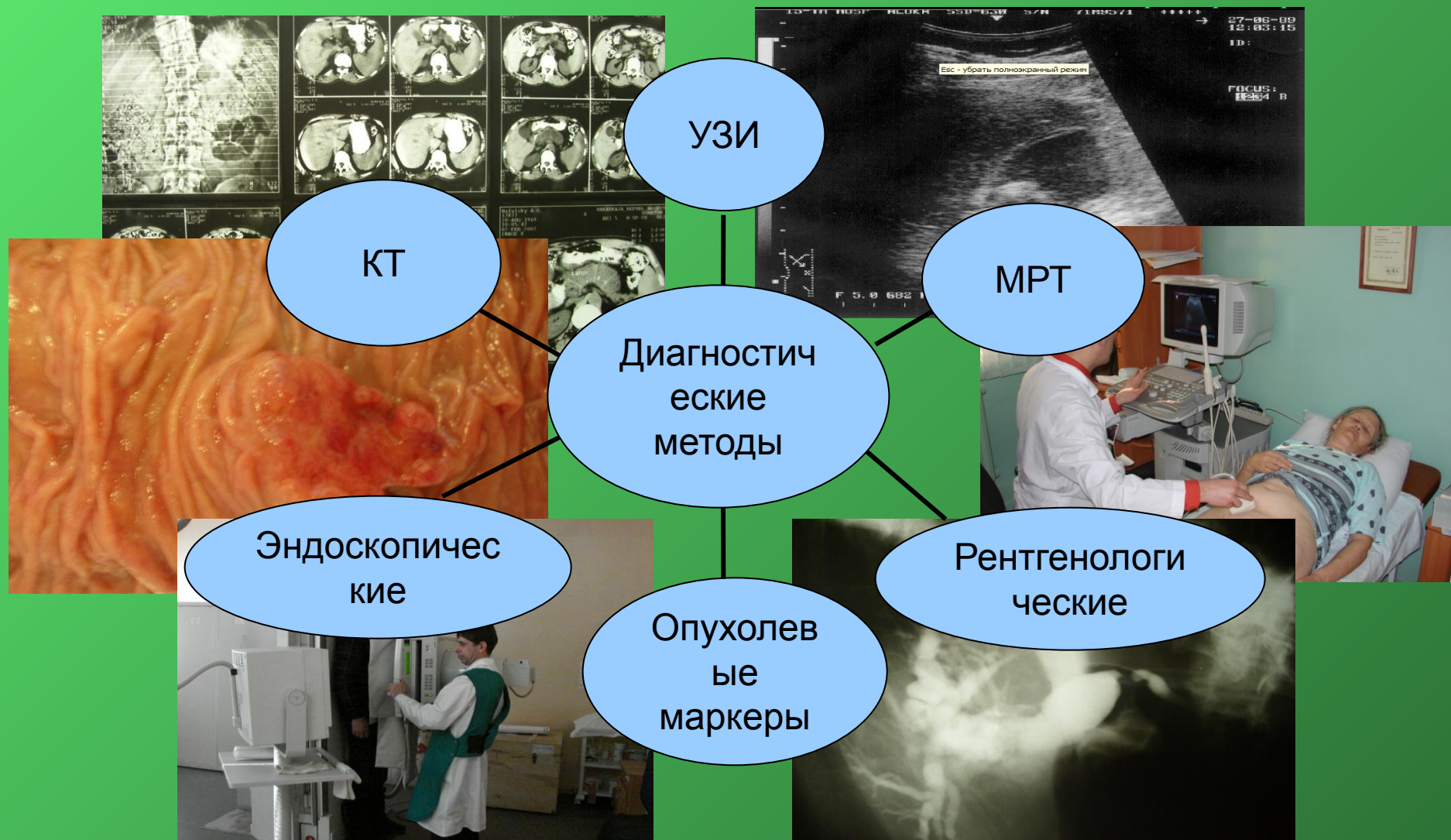
5,9

6,6

Методы диагностики опухолей панкреатодуоденальной области

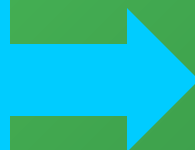
- УЗИ
- Пункционная биопсия
- РКТ с контрастированием
- МРТ с контрастированием
- РХПГ
- Чрескожная чреспеченочная холангиостомия
- Биопсия через холангиостому
- Маркеры (СА-19-9, РЭА)
- Лапароскопия

Диагностические методы



Оптимальный диагностический алгоритм

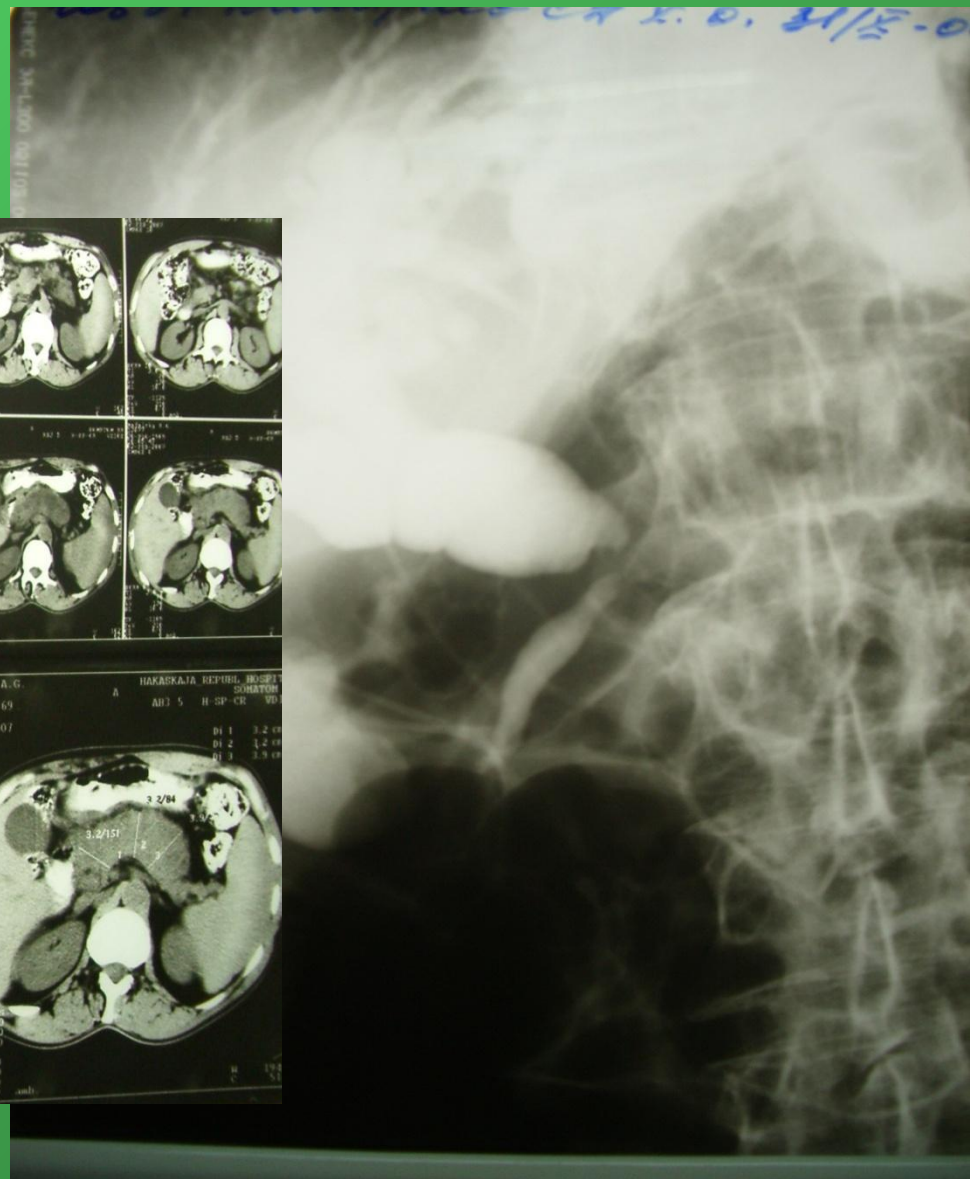
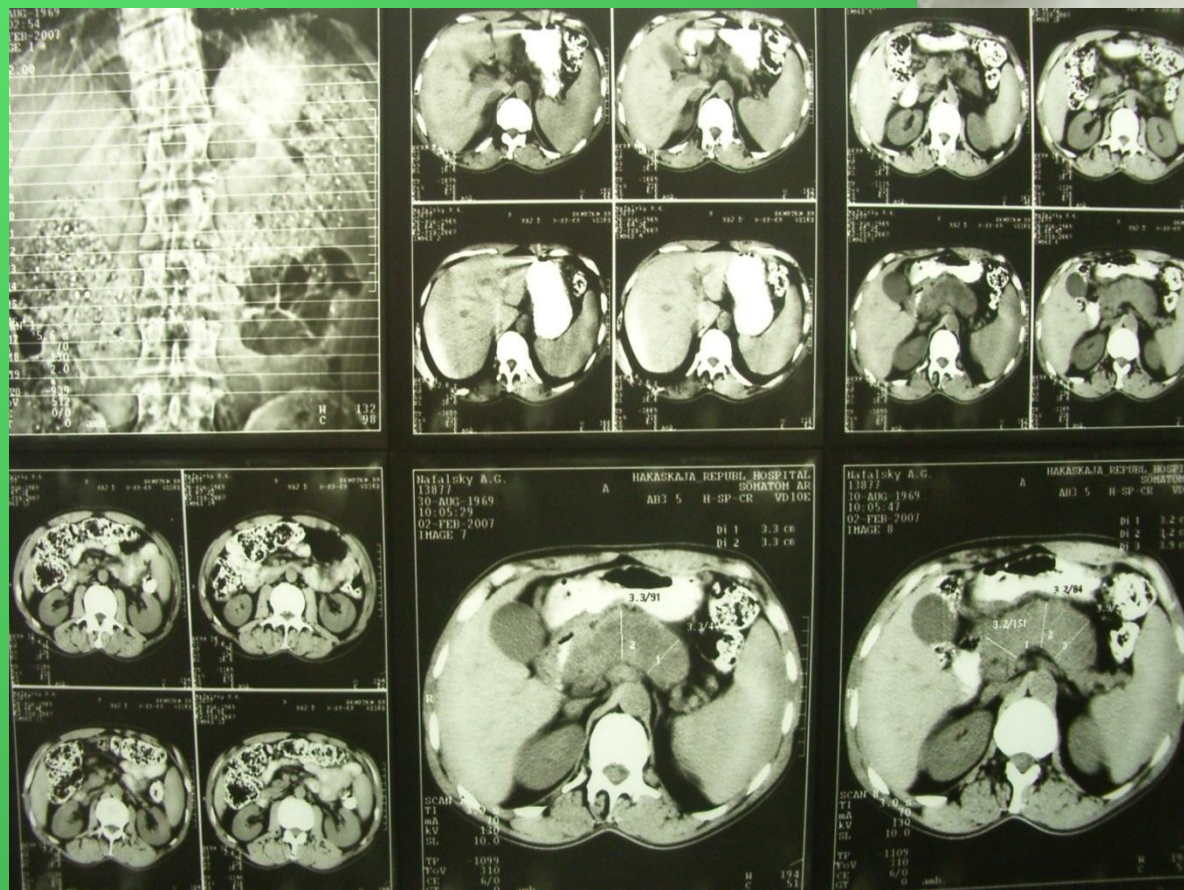
**УЗ-Допплер и
КТ
+
ПАЦБ
+
СА 19-9**



Лапаротомия

Компьютерная томография

РХПГ



Классификации

- **Классификации по стадиям заболевания**
 - Классификация по стадиям Виноградова В.В. (1959)
 - Вермонтская классификация (1975)
 - TNM
 - Классификация N.J. Lygidakys (отражает степень и факт инфильтрации опухолью магистральных сосудов)

Классификации

- Гистологическая классификация (Данилов М.В., Федоров В.Д.)

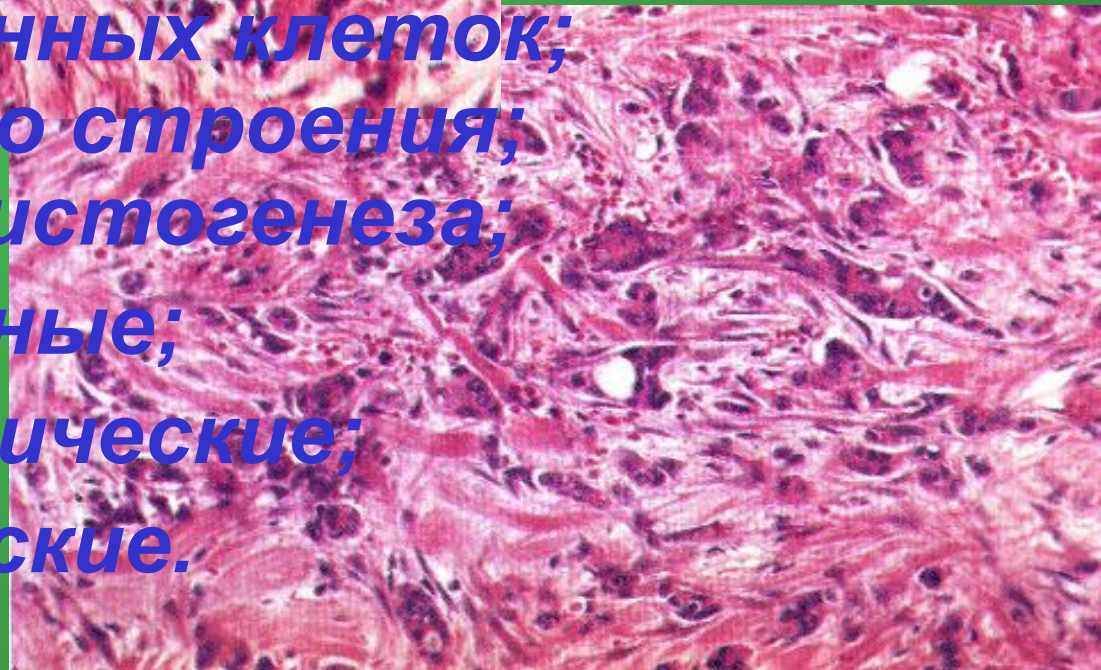
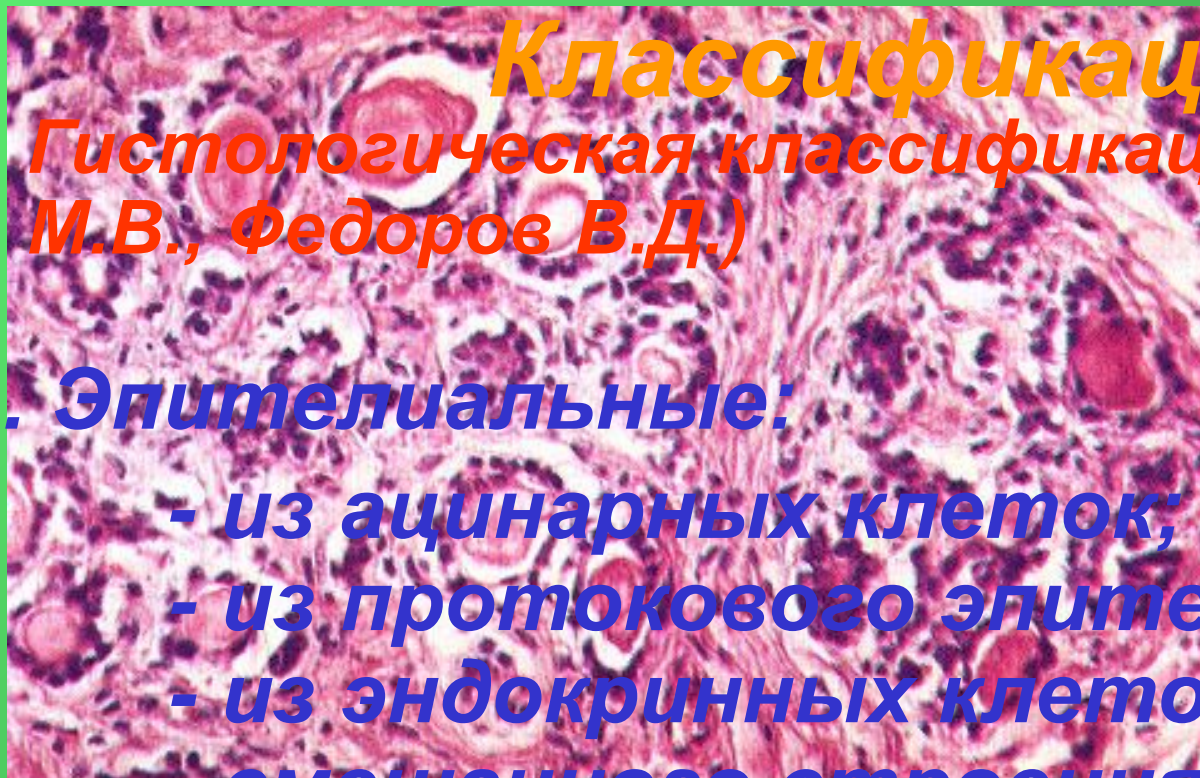
1. Эпителиальные:

- из ацинарных клеток;
- из протокового эпителия;
- из эндокринных клеток;
- смешанного строения;
- неясного гистогенеза;

2. Неэпителиальные;

3. Дизонтогенетические;

4. Метастатические.



Клиника

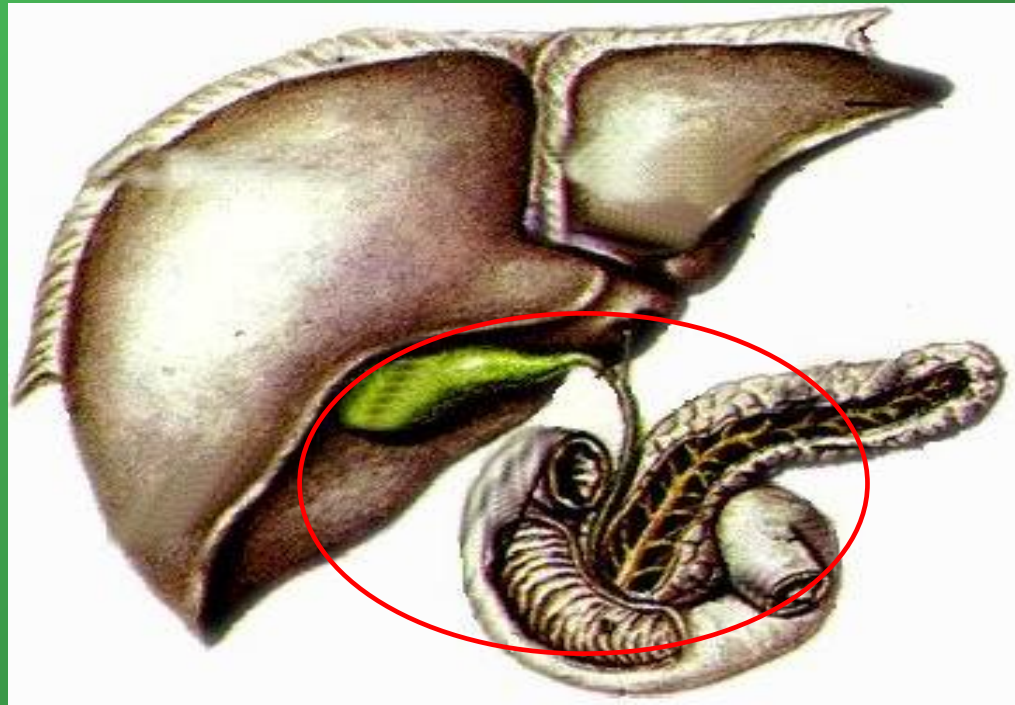
- Болевой синдром.
- Потеря массы тела.
- Сахарный диабет.
- Синдром билиарной гипертензии.
- Нарушение проходимости 12 п.к.
- Пальпируемая опухоль.
- Асцит.

Болевой синдром.

- Не связан с приемом пищи.
- Иррадиация в спину.
- Инфильтрация панкреатического протока с развитием вторичного панкреатита.
- Распространение опухоли на забрюшинные нервные стволы и сплетения.
- Инфильтрация внепеченочных желчных протоков.

Синдром билиарной гипертензии.

- Расширение внутрипеченочных и внепеченочных желчных протоков.
- Механическая желтуха.
- Холангит.



Дифференциальная диагностика механической желтухи.

- УЗКТ признаки расширения внепеченочных желчных протоков.
- Преобладание прямого билирубина.
- Высокий уровень ЩФ.
- Отсутствие значительного повышения печеночных ферментов (АлТ, АсТ).
- Отсутствие пигментации кала.
- Исследование крови на активность гепатитов.

РХПГ с последующим ретроградным эндобилиарным стентированием



Частота развития механической желтухи в зависимости от локализации опухоли.

- Рак БДС - 98%
- Рак внепеченочных желчных протоков - 97%
- Рак головки поджелудочной железы - 56%
- Рак 12 п.к. - 25%

Частота развития механической желтухи в зависимости от локализации опухоли.

- Рак БДС - 98%
- Рак внепеченочных желчных протоков - 97%
- Рак головки поджелудочной железы - 56%
- Рак 12 п.к. - 25%

Методы желчеотведения

- Чрескожные чреспеченочные
- Эндоскопические транспапиллярные
- Хирургические и эндохирургические

Выбор метода желчеотведения

- Уровень опухолевой обструкции билиарного дерева
- Резектабельность опухолевого процесса
- Прогнозируемое время жизни после желчеотведения
- Степень технологического исполнения желчеотведения

Наружная чрескожная холецистостомия

(под контролем УЗИ, лапароскопии)

- Летальность – 3%
- Осложнения – 20%

Характер и частота осложнений

Перфорация желчного пузыря	6,3%
Миграция холецистостомы	4,7%
Подкапсульная гематома печени	1,6%
Внутрипузырное кровотечение с тампонадой пузыря	4,7%
Деструктивный холецистит	1,6%
Желчный перитонит	4,7%
Рецидив желтухи	3,1%

Эндоскопическое транспапиллярное дренирование

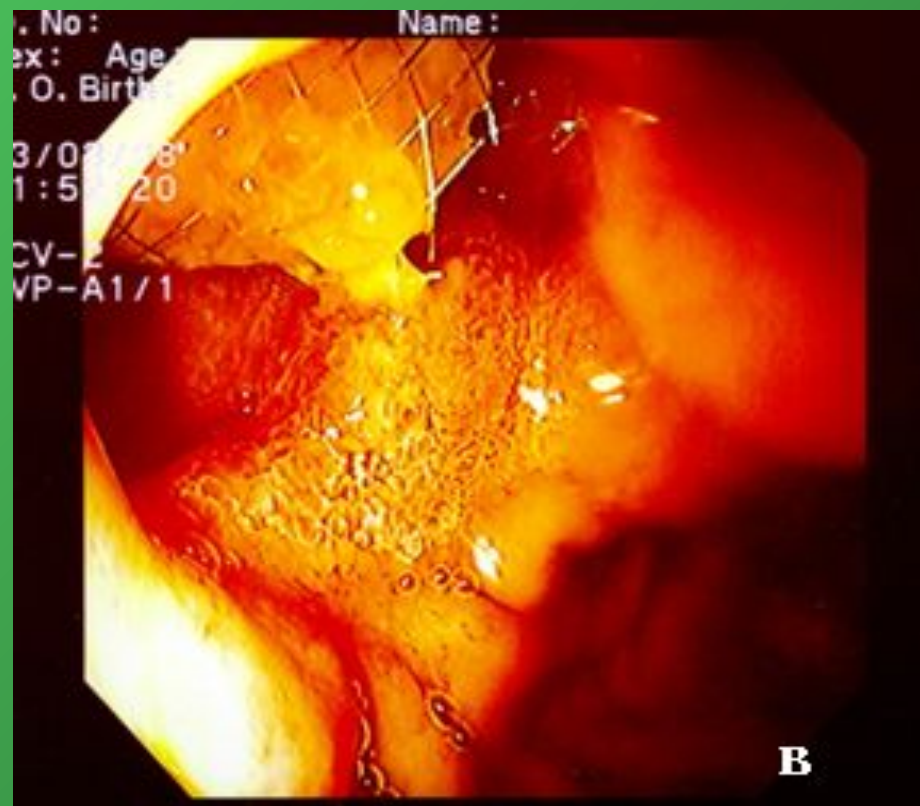
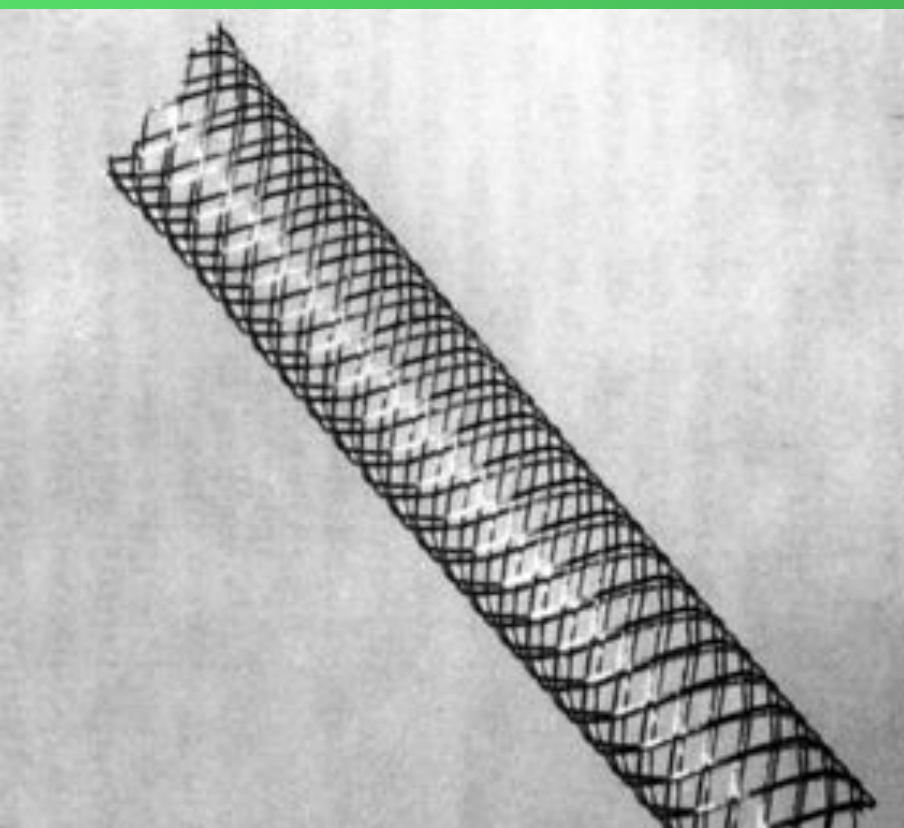


Летальность – 0,5%

Ранние осложнения – 8-10% (кровотечение, холангит, панкреатит, перфорация 12 ПК)

Поздние осложнения – 60% (холангит, рецидив желтухи)

эндопротезирование проводится по традиционной методике с использованием стентов и проводников фирмы **«MTW»**

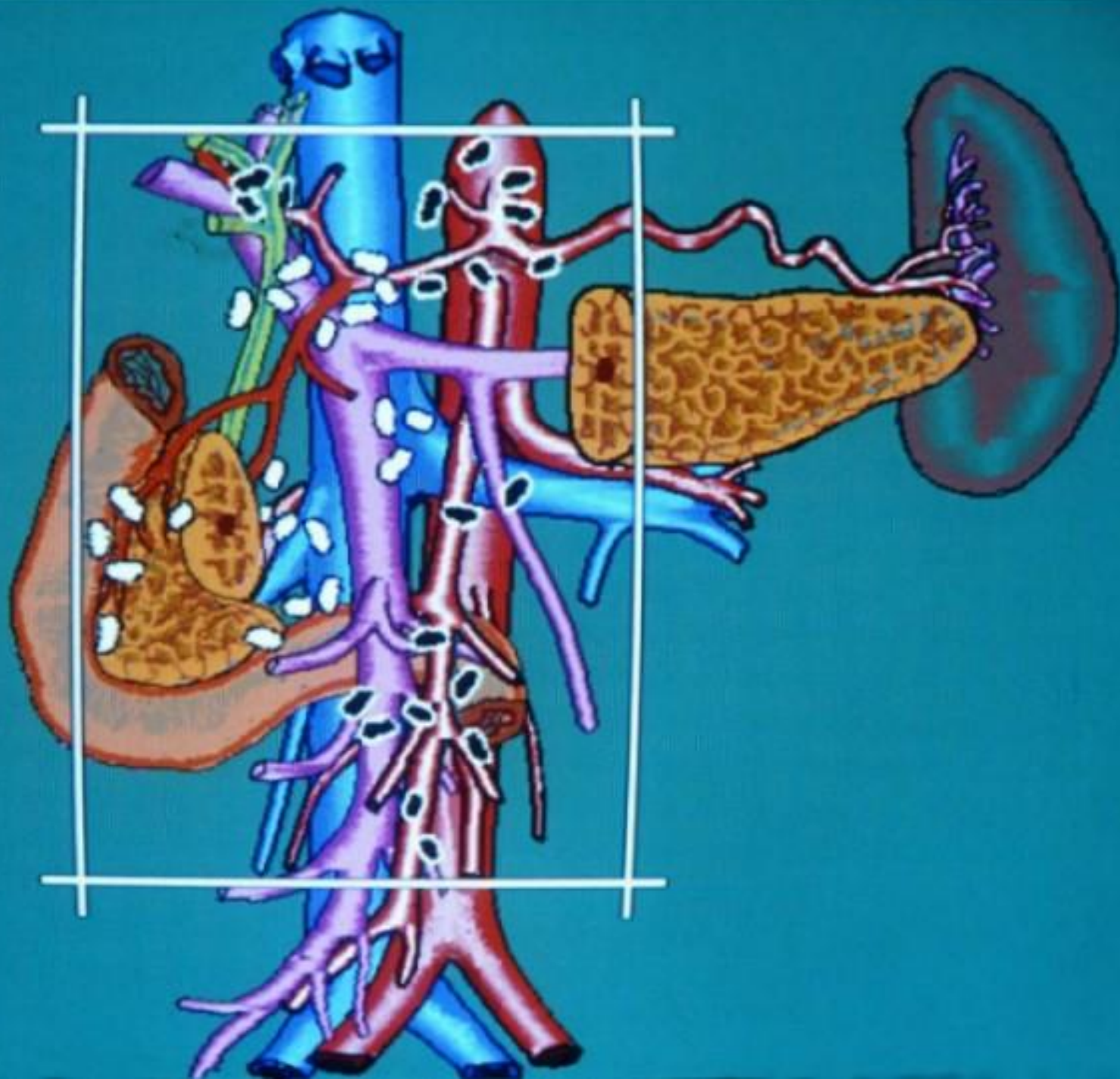


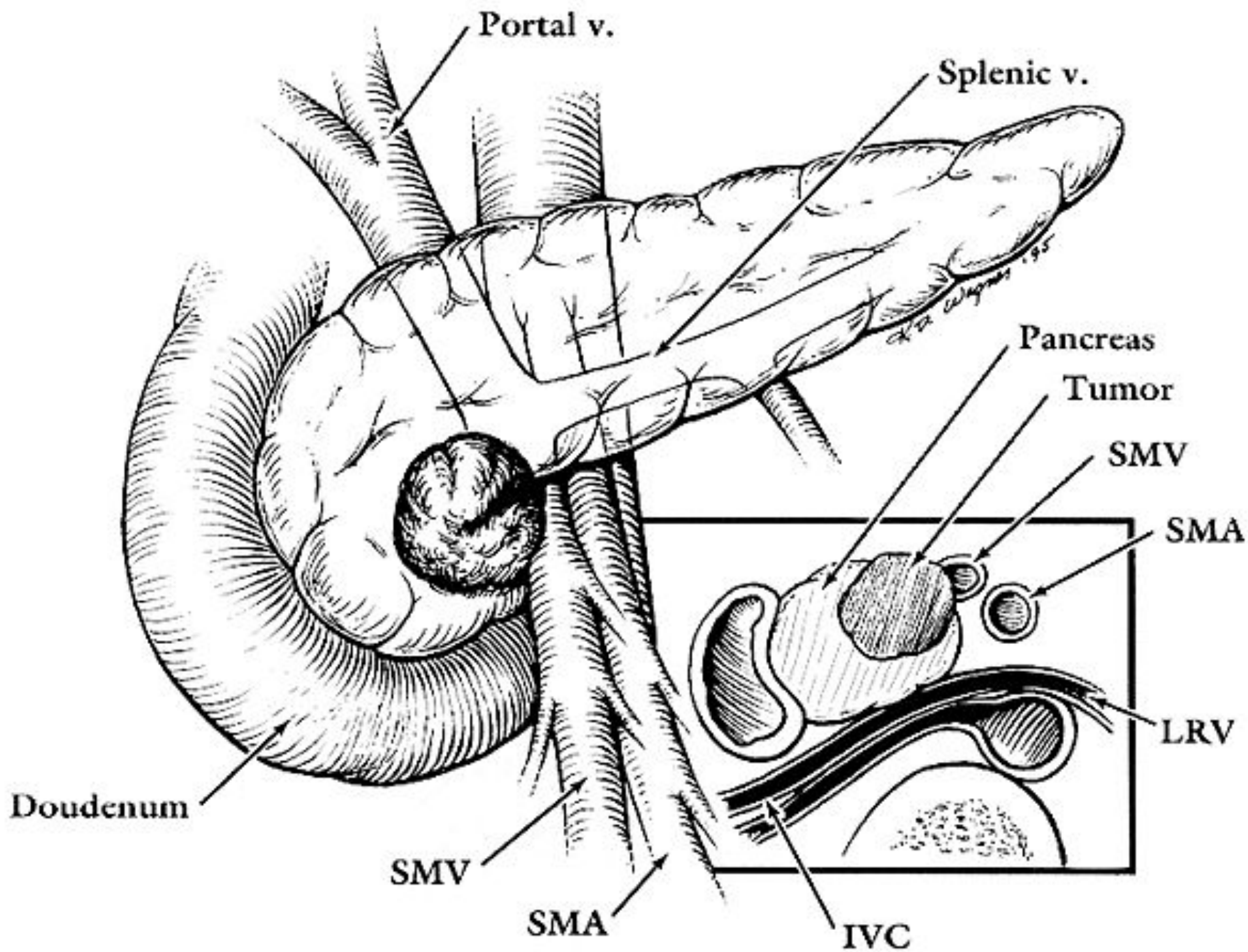
эндопротез, установленный в область стриктуры дистального отдела холедоха (дуоденоскопия – эндофото).

- **Возможно эндопротезирование по оригинальной методике, разработанной сотрудниками кафедры.**



Преимуществами последней является повышенная проникающая способность эндопротеза, дешевизна и возможность индивидуального моделирования стента в зависимости от протяжённости и выраженности стеноза.





Хирургическое лечение

```
graph TD; A[Хирургическое лечение] --> B[1. Стандартная ГПДР]; A --> C[2. Расширенная ГПДР]; A --> D[3. Дистальная субтотальная резекция ПЖ]; A --> E[4. Панкреатэктомия]; A --> F[5. Резекция внепеченочных желчных протоков];
```

1. Стандартная
ГПДР

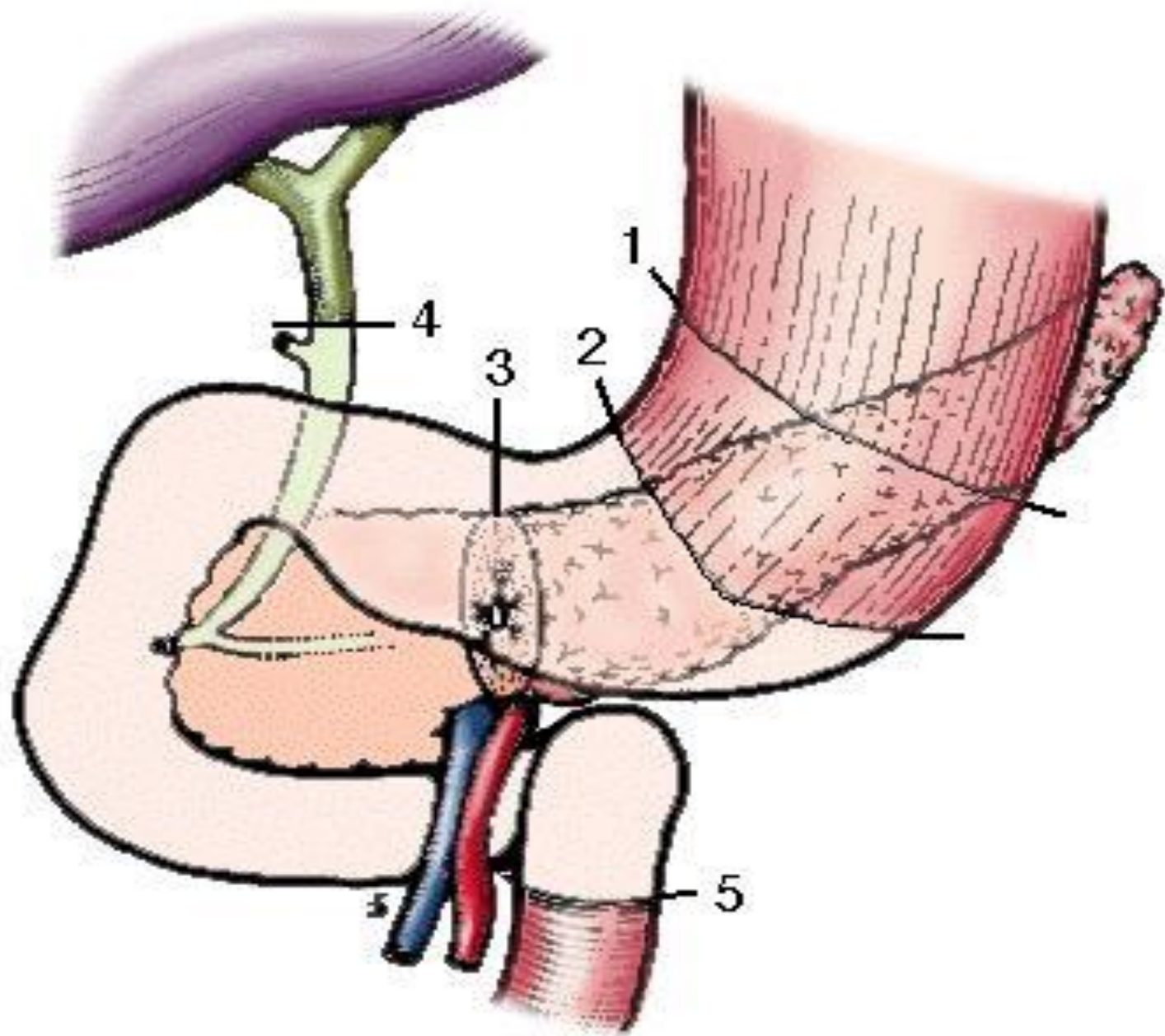
2. Расширенная
ГПДР

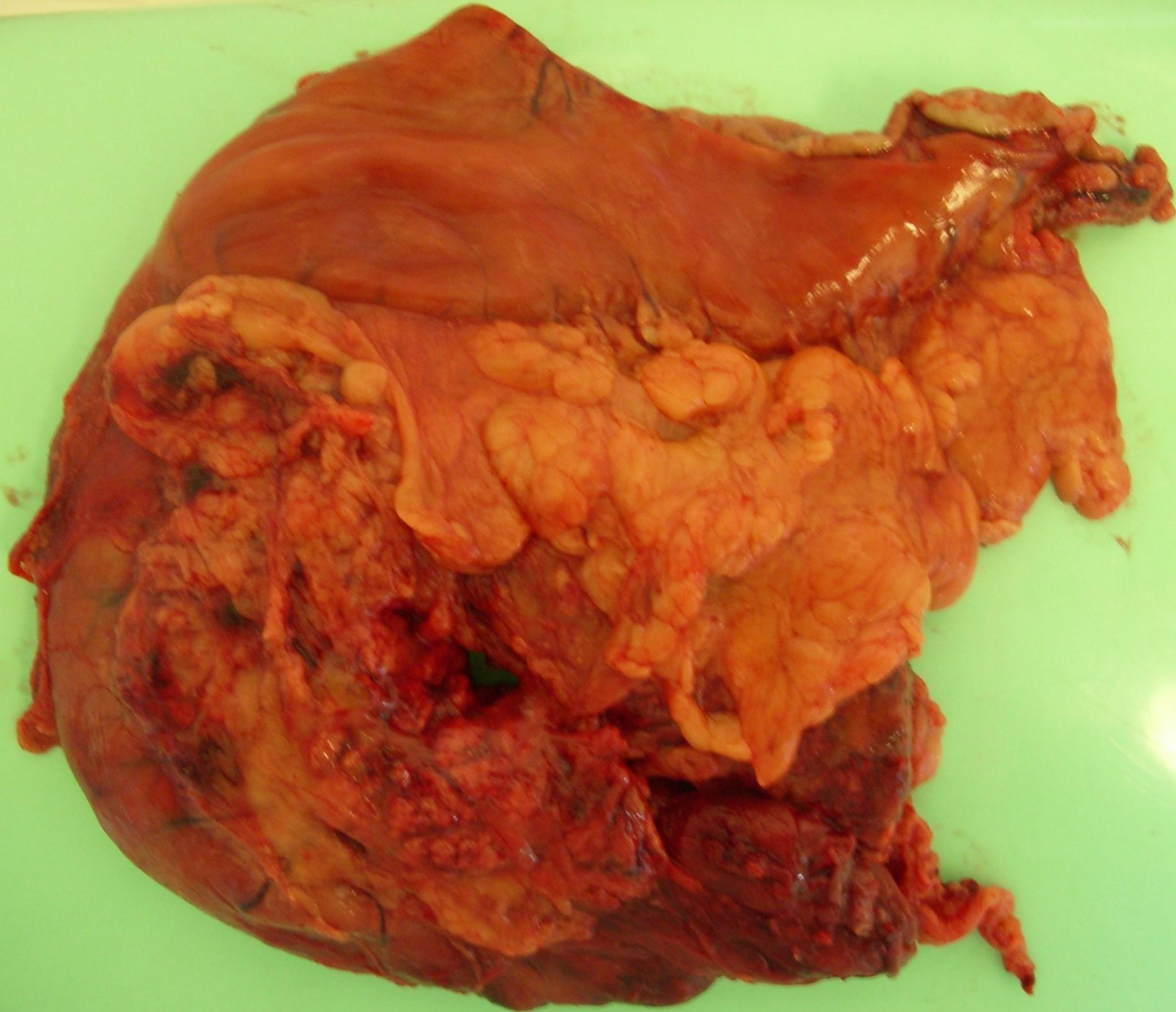
3. Дистальная
субтотальная
резекция
ПЖ

4. Панкреатэктомия

5. Резекция
внепеченочных
желчных
протоков

Распространенные радикальные хирургические вмешательства





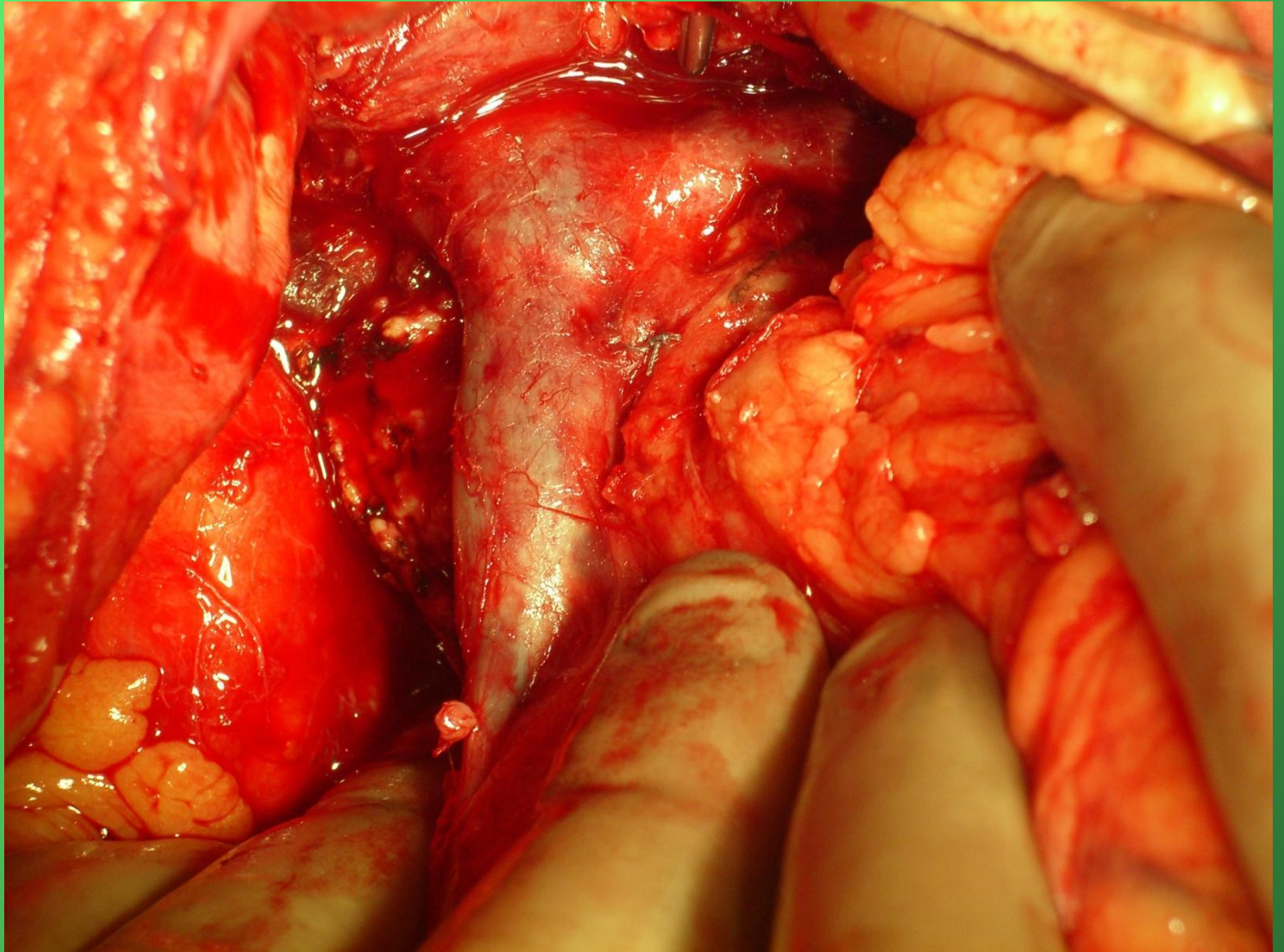
Показания к ГПДР.

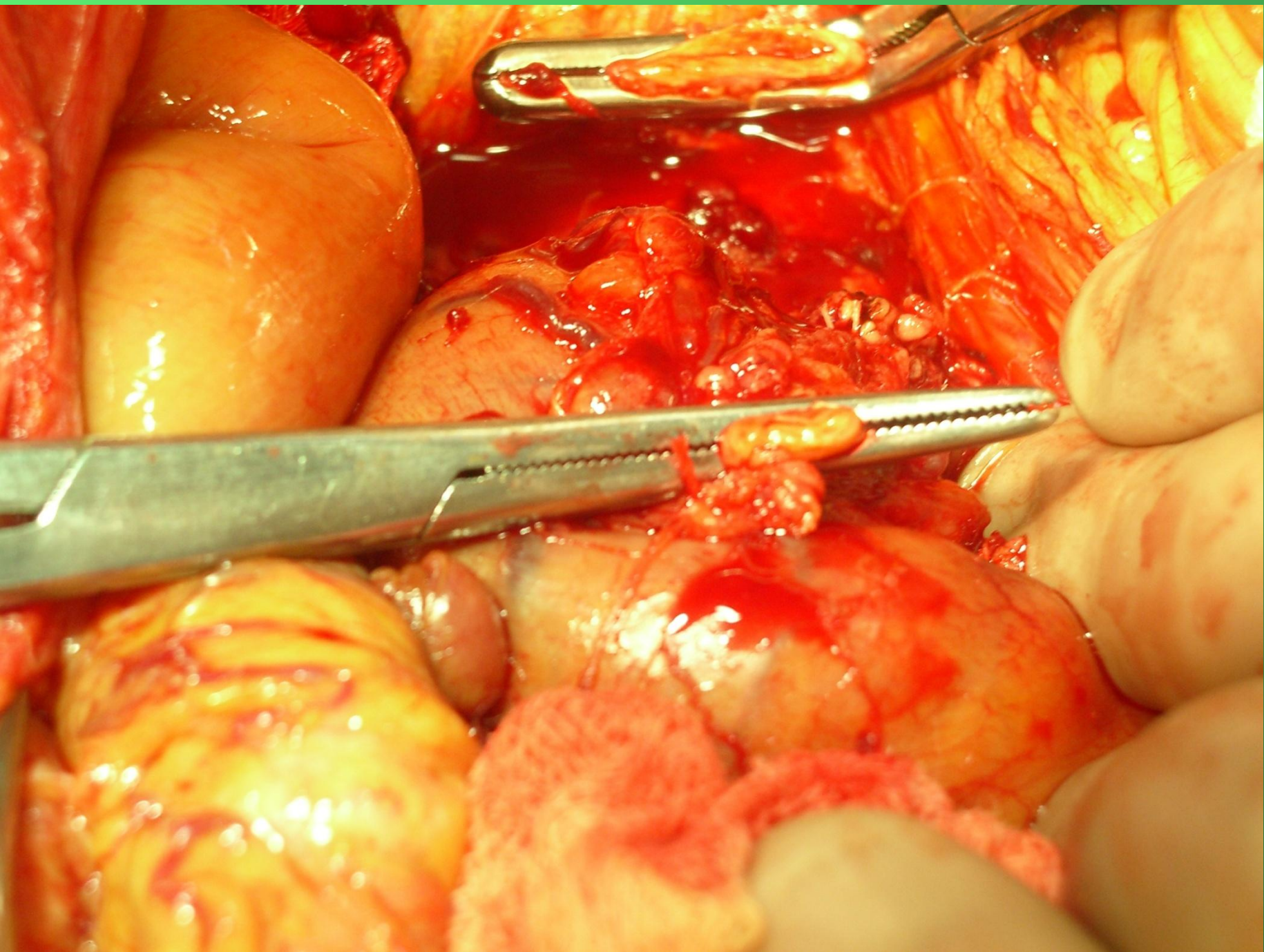
- Рак головки поджелудочной железы
- Экзокринные опухоли
- Рак дистального отдела холедоха
- Рак 12-перстной кишки
- Рак Большого дуоденального сосочка
- Вращение других опухолей в панкреатодуоденальную область
- Псевдотуморозный панкреатит

Этапы стандартной ГПДР

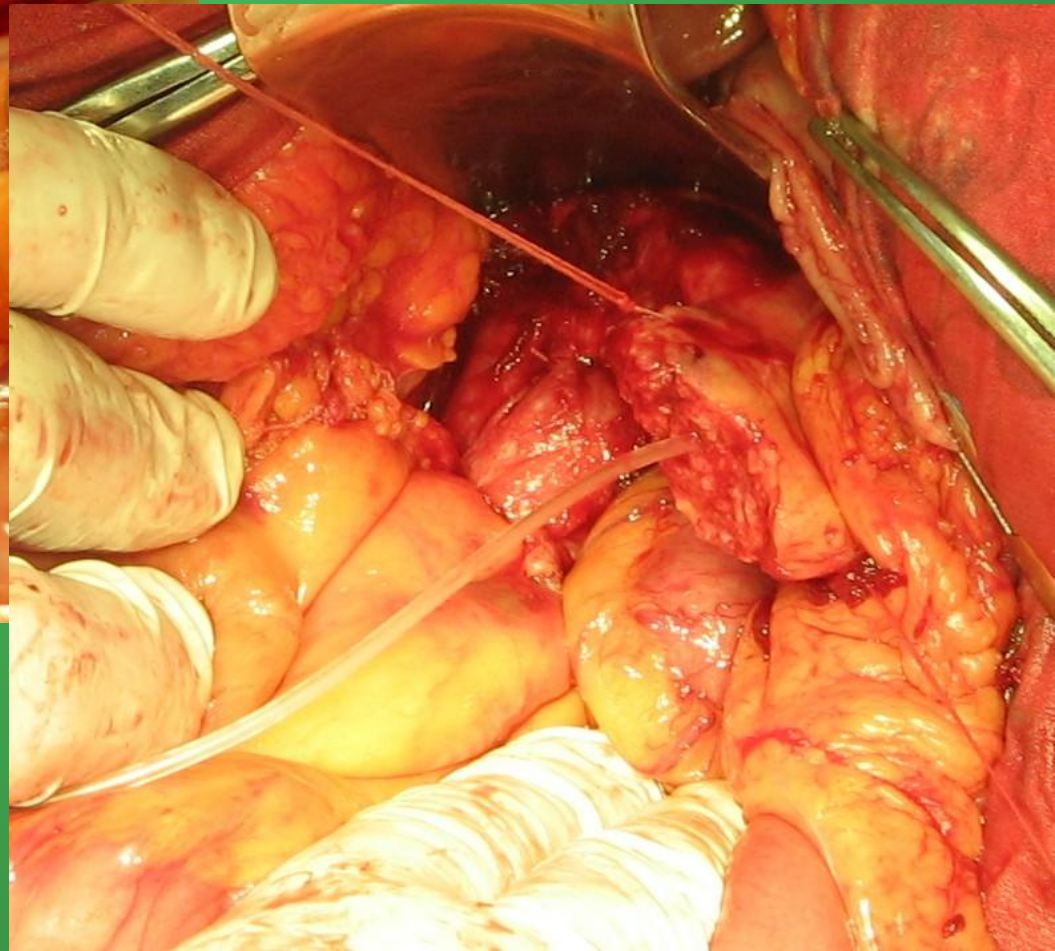
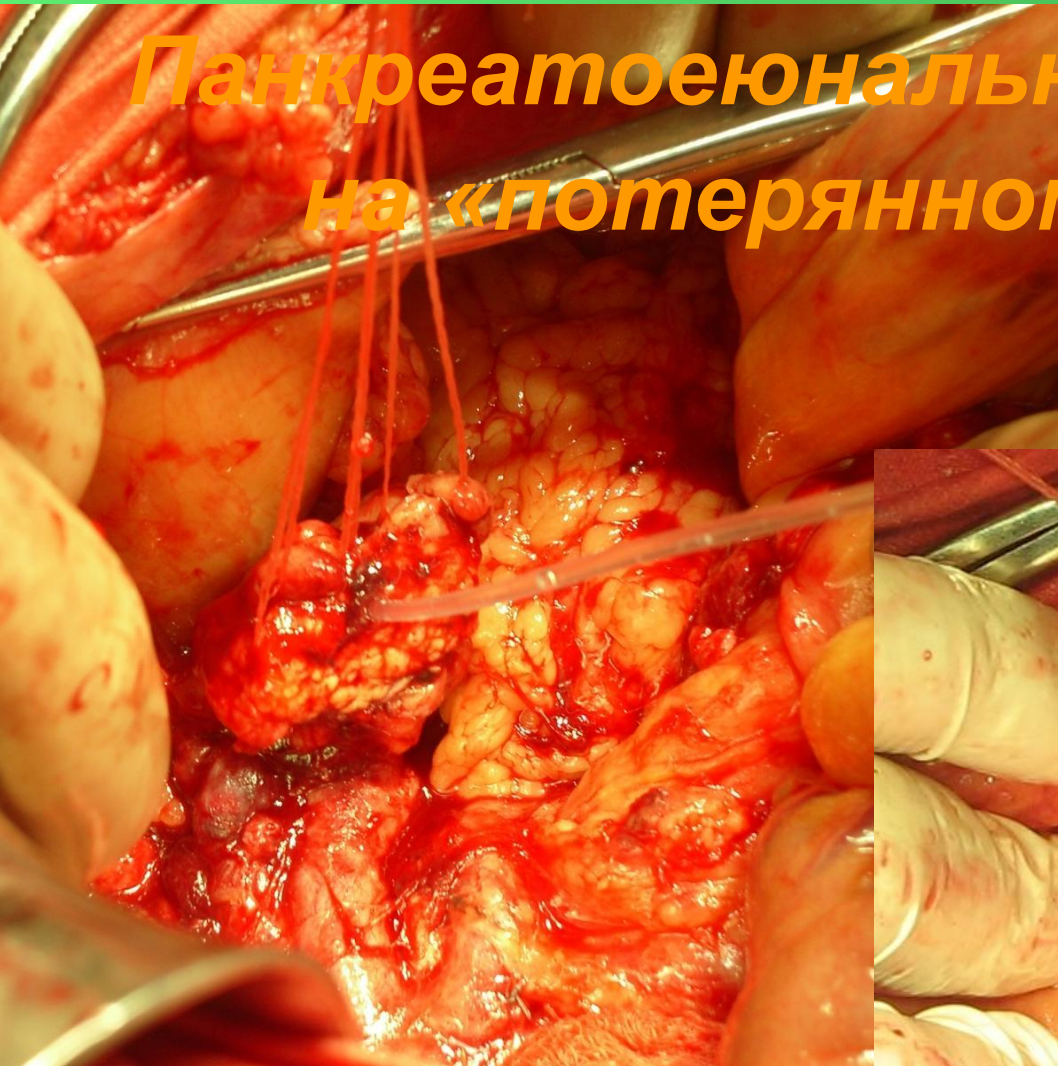
- 1. Мобилизация 12-перстной кишки
- 2. Выделение трубчатых структур гепато-дуоденальной связки
- 3. Выделение верхней брыжеечной вены
- 4. Мобилизация и отсечение дистальной части холедоха
- 5. Мобилизация и пересечение начальной части тощей кишки
- 6. Пересечение гепатикохоледоха после мобилизации желчного пузыря
- 7. Пересечение поджелудочной железы по перешейку
- 8. Пересечение связок крючковидного отростка, удаление комплекса
- 9. Реконструктивный этап

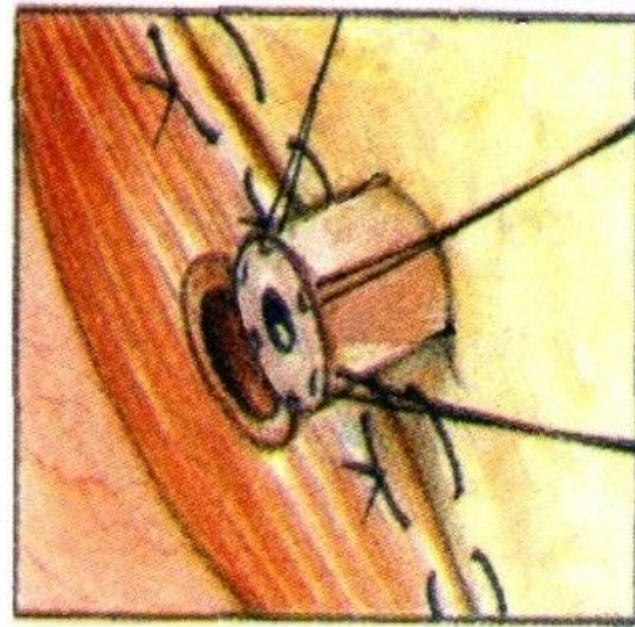
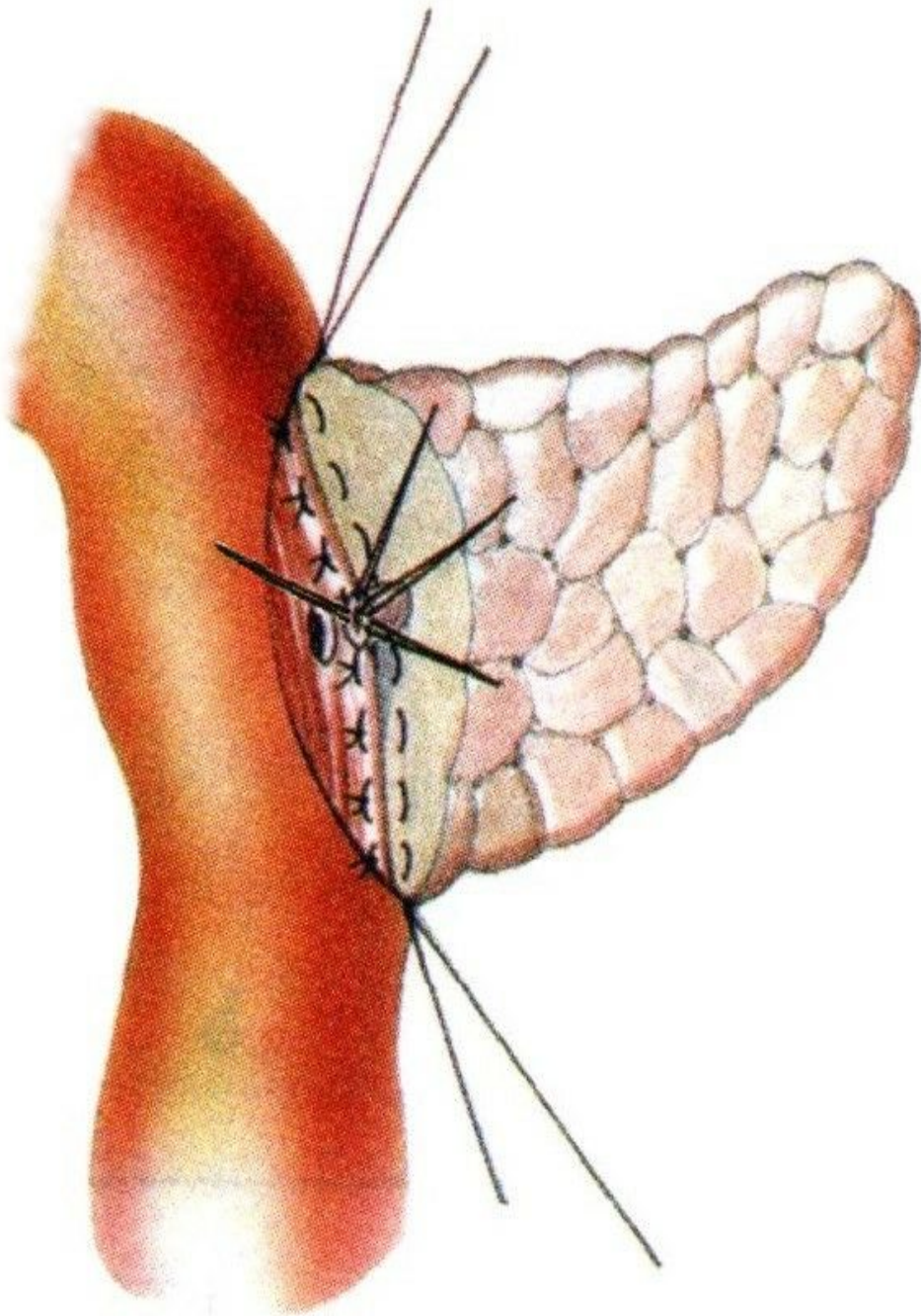




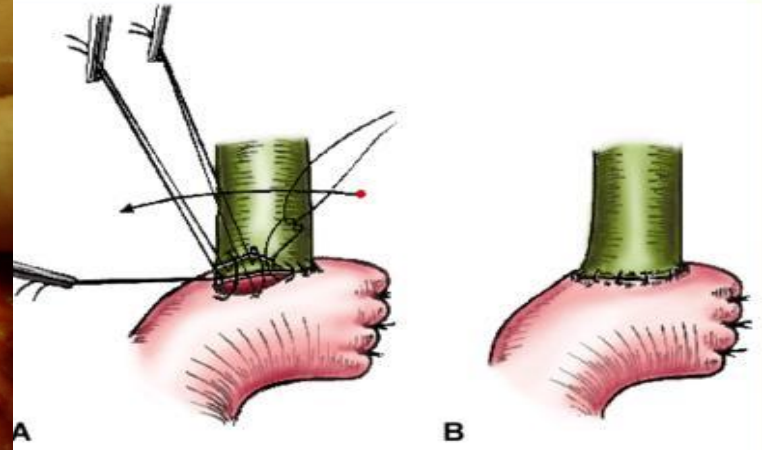
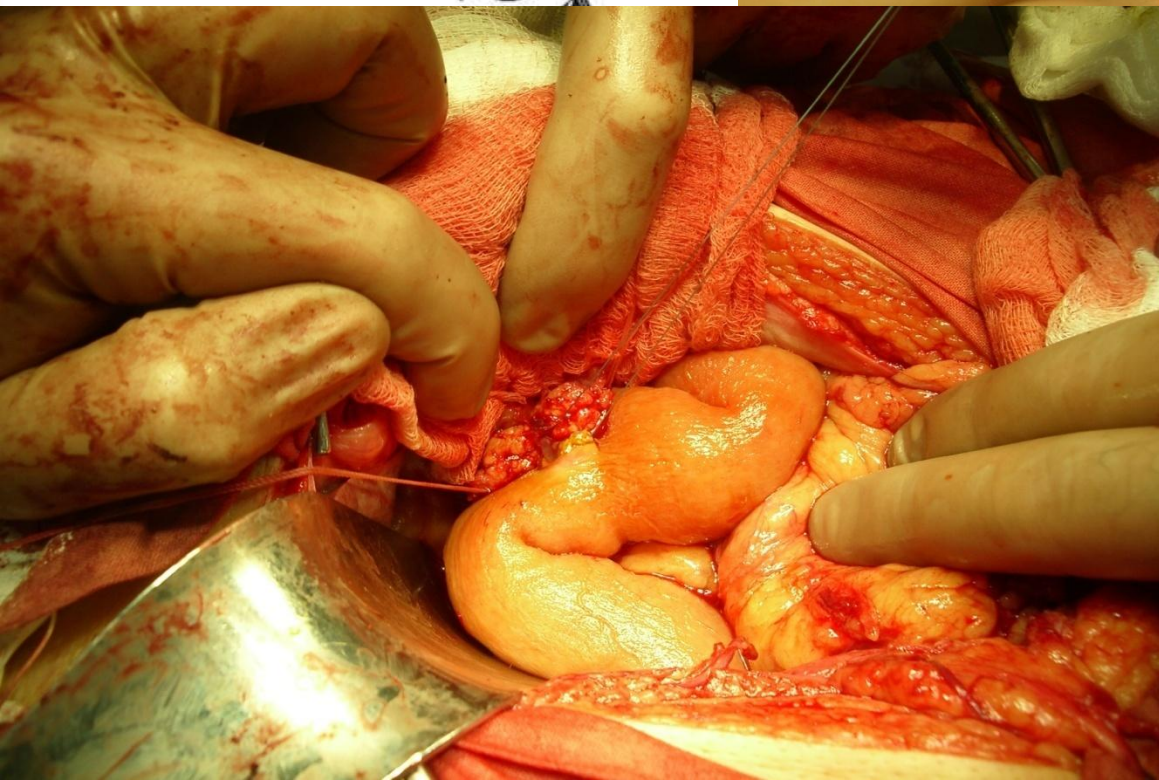
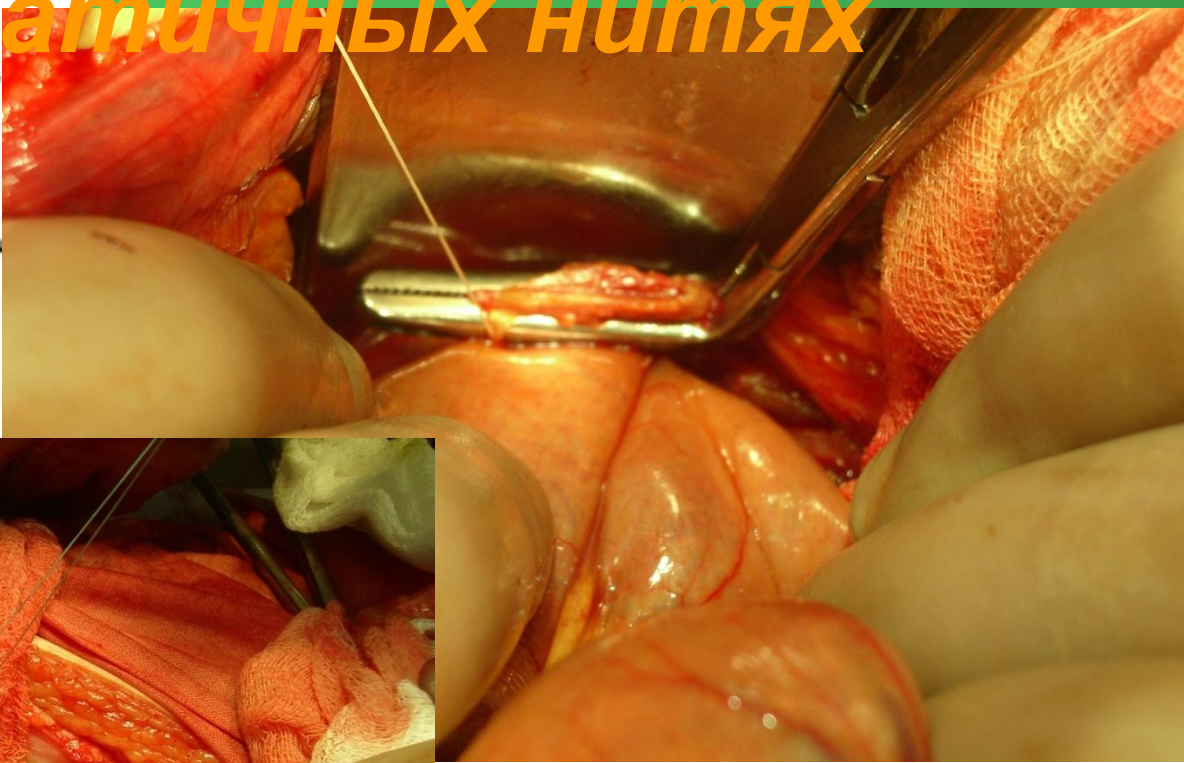
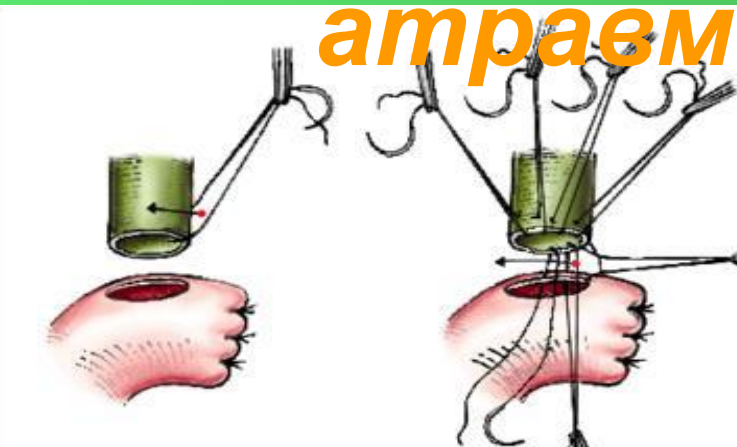


Панкреатоеюнальный анастомоз на «потерянном дренаже».

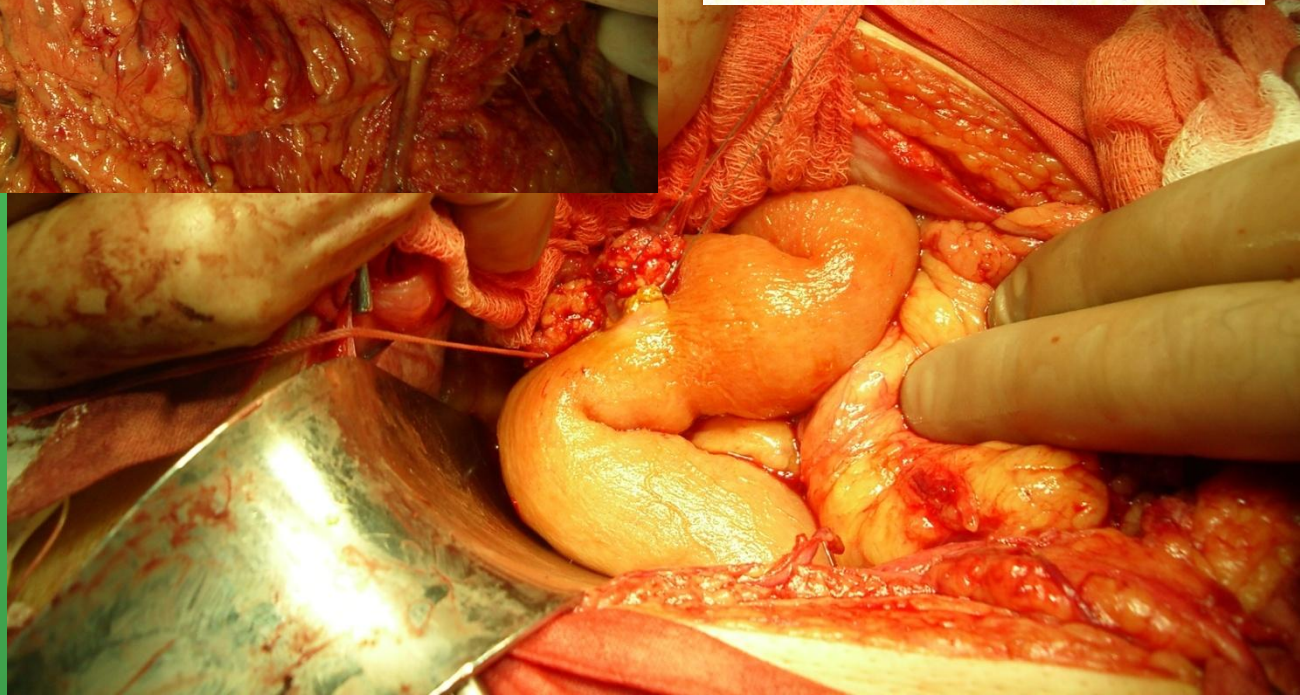
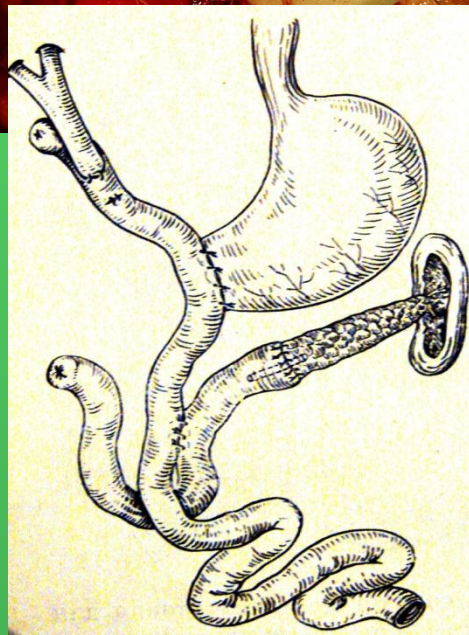
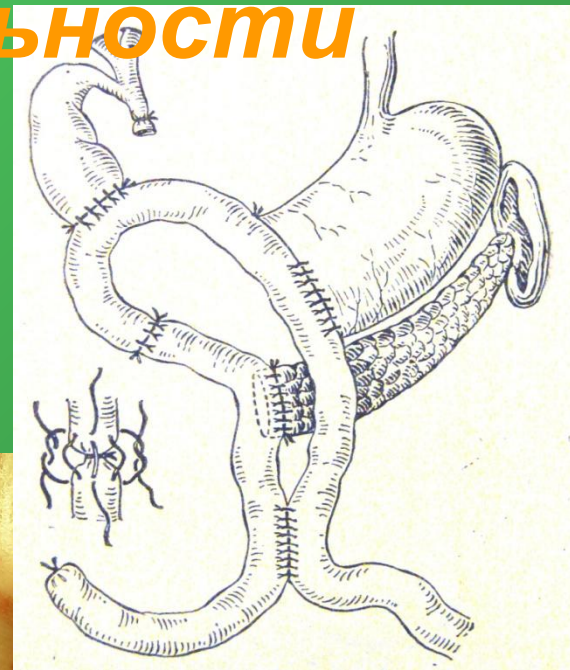
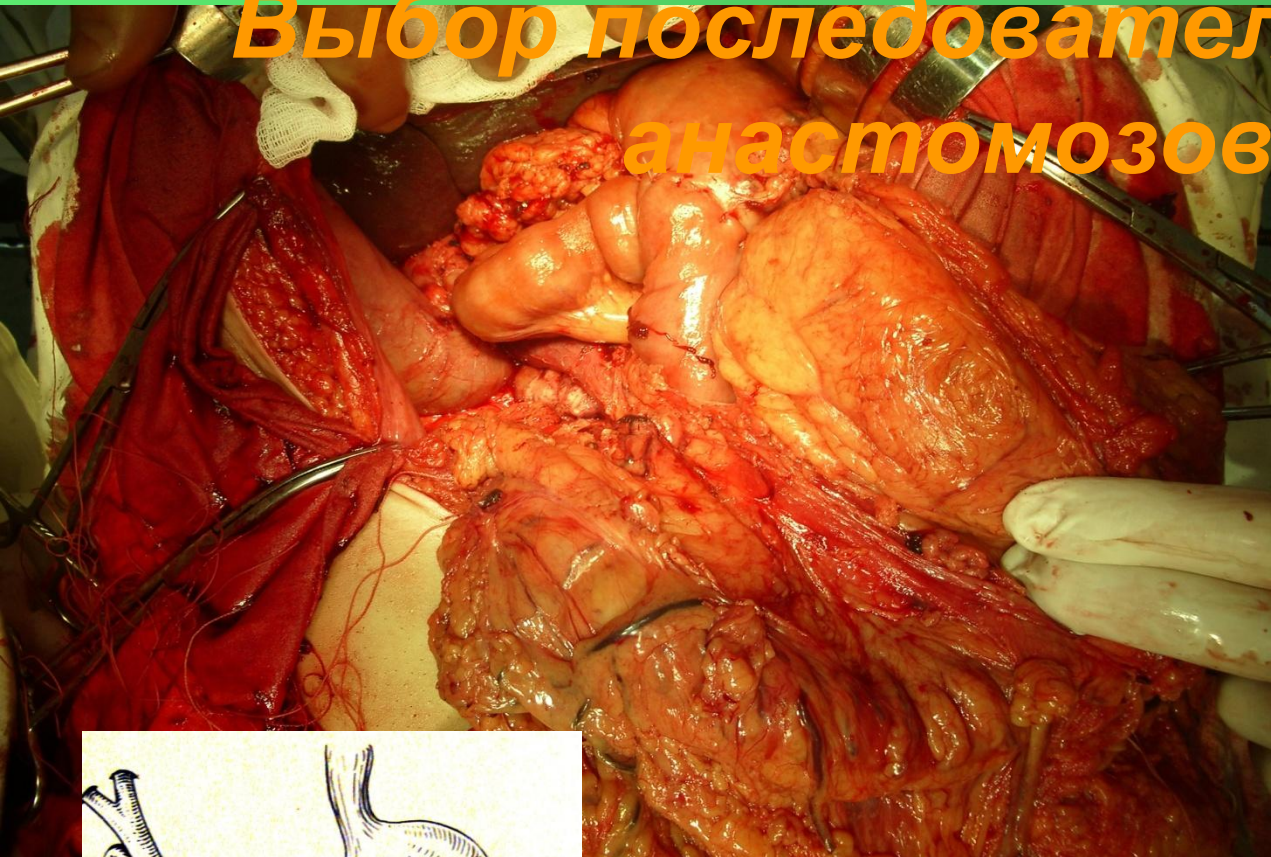


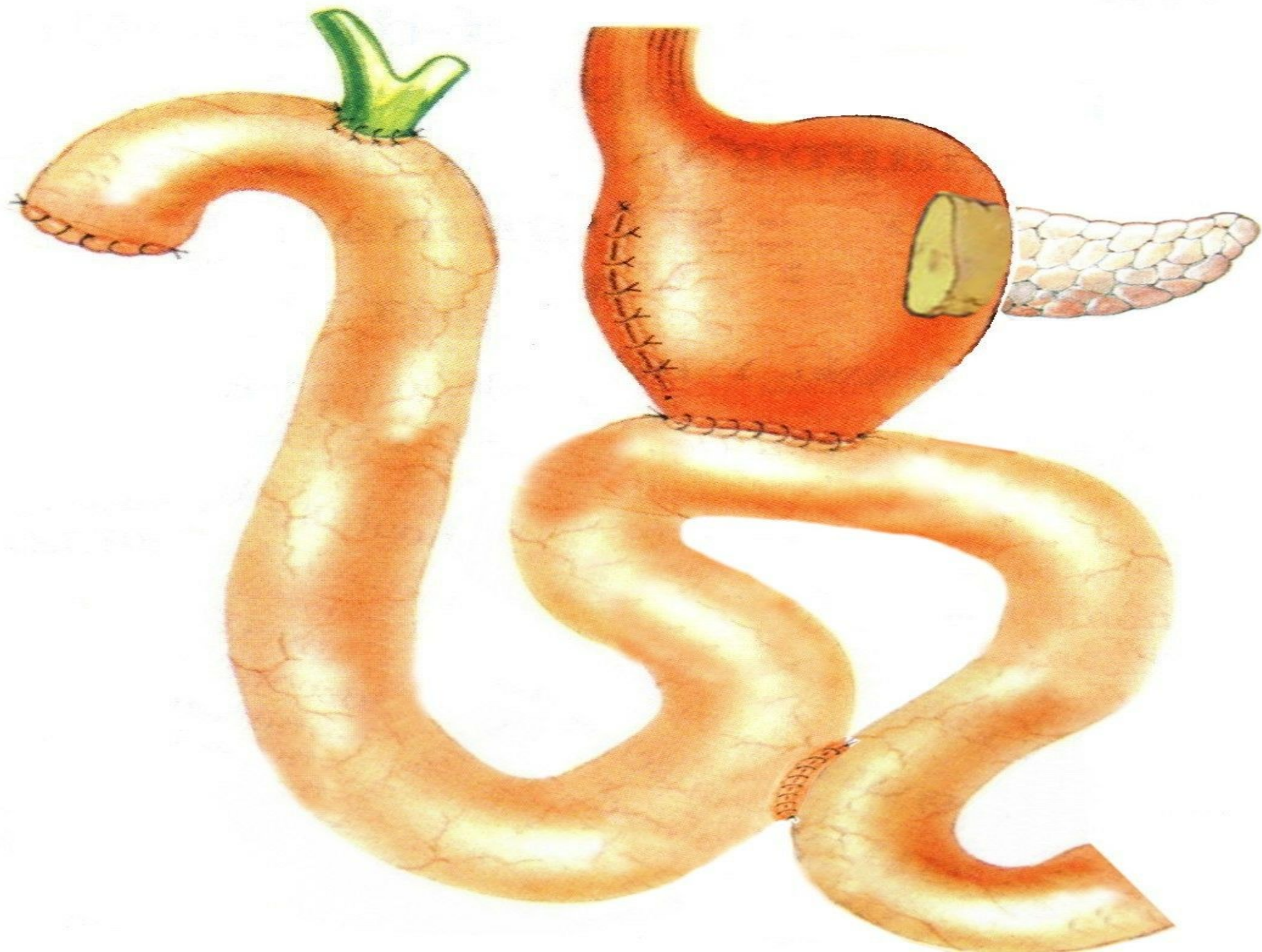


Наложение анастомозов на атравматичных нитях



Выбор последовательности анастомозов



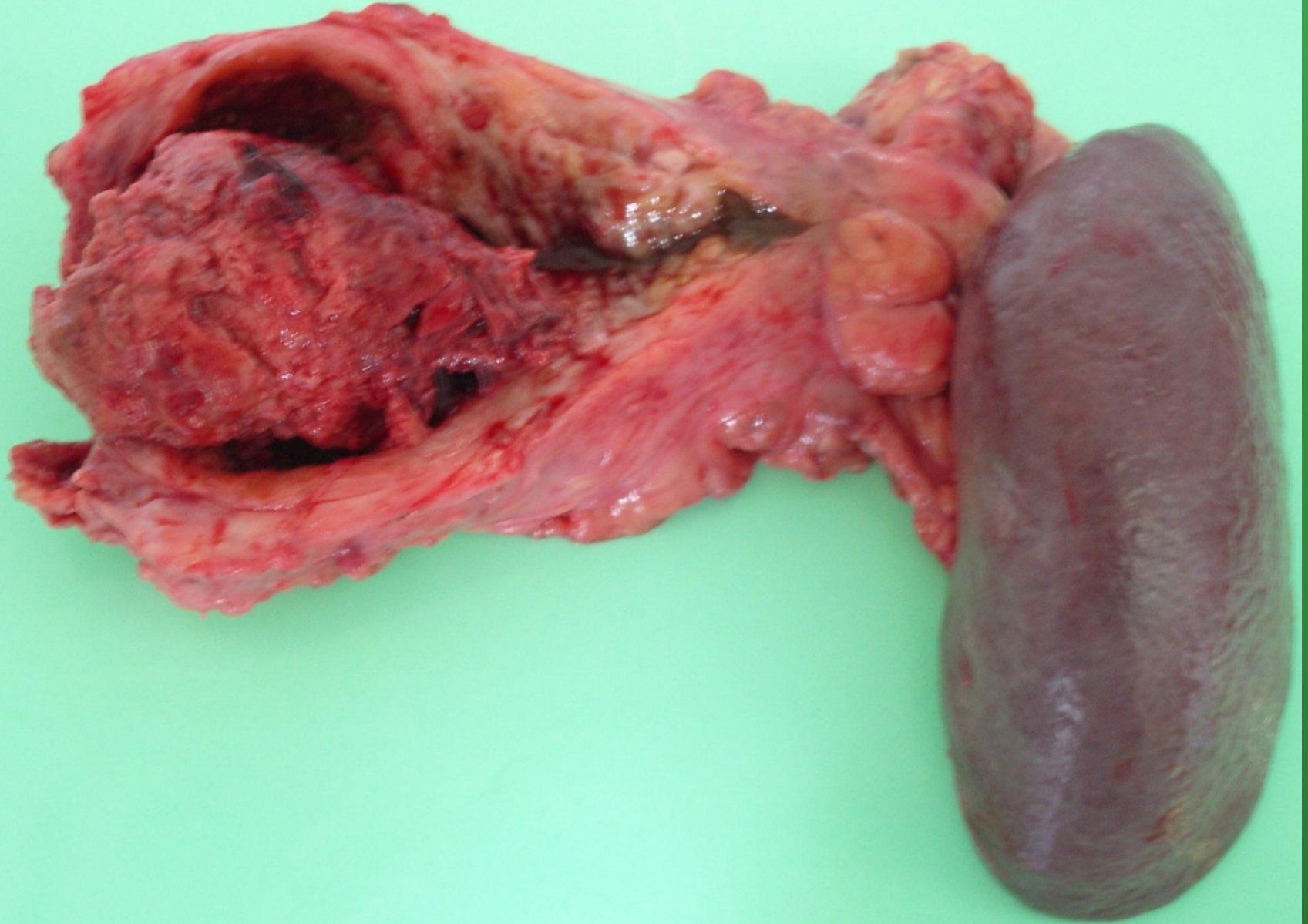


Группы лимфоузлов, удаляемых при стандартной ГПДР

- 1. Пилорические
- 2. Перихоледохеальные
- 3. По верхнему краю головки поджелудочной железы
- 4. Передние панкреатодуоденальные
- 5. Задние панкреатодуоденальные
- 6. По нижнему краю головки поджелудочной железы
- 7. Л/у проксимальной группы верхних брыжеечных сосудов

Показания к дистальной резекции поджелудочной железы.

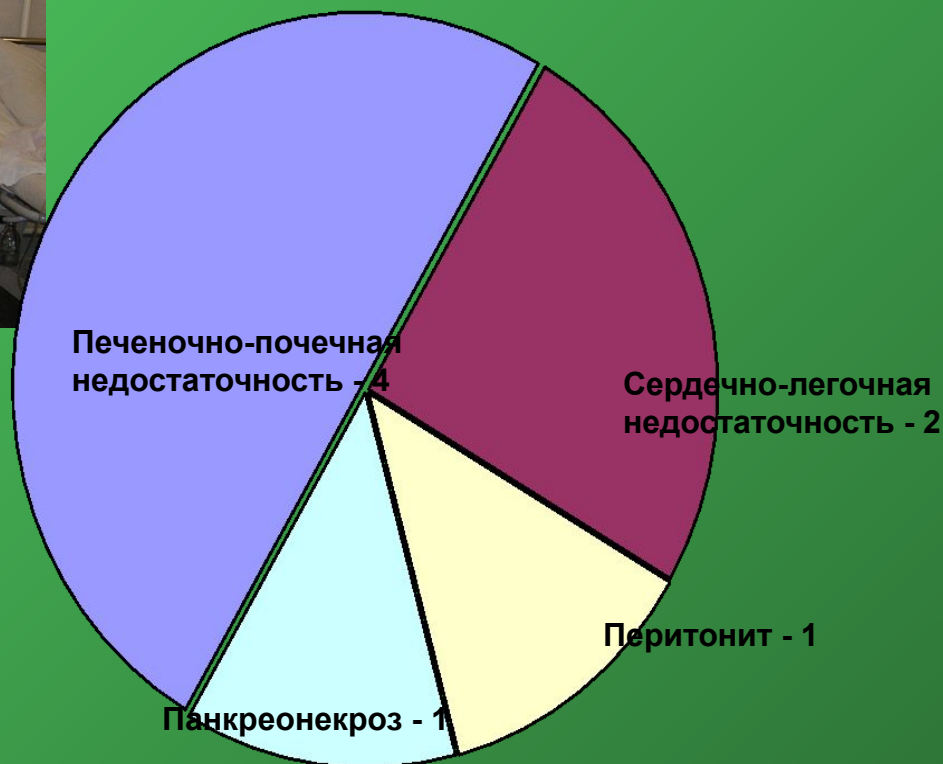
- Рак тела и хвоста ПЖ
- Нейроэндокринные опухоли
- Вращение других опухолей
- Псевдотуморозный панкреатит



Послеоперационные осложнения

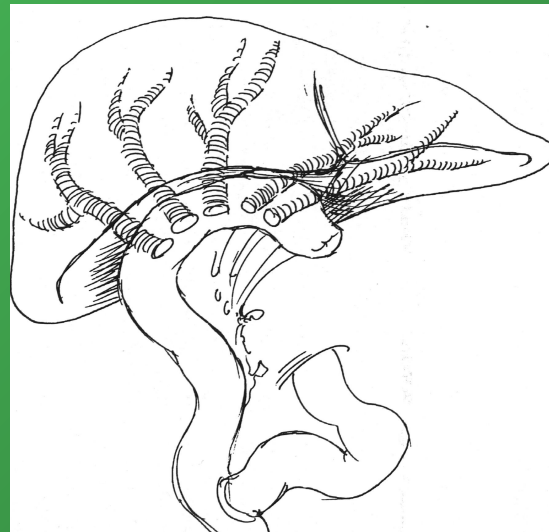
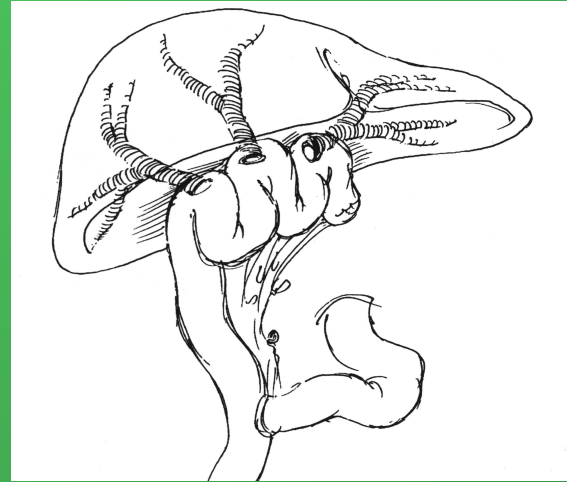
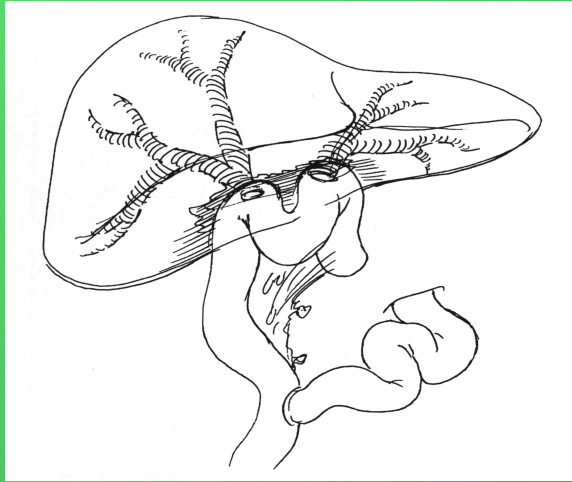


**Послеоперационная
летальность – 12,5 %**



Варианты формирования отдельных:

а) би-, б) три-, в) тетра-, г) пентагепатикоеюноанастомозов.



Выбор метода лечения

Низкий процент
резектабельности

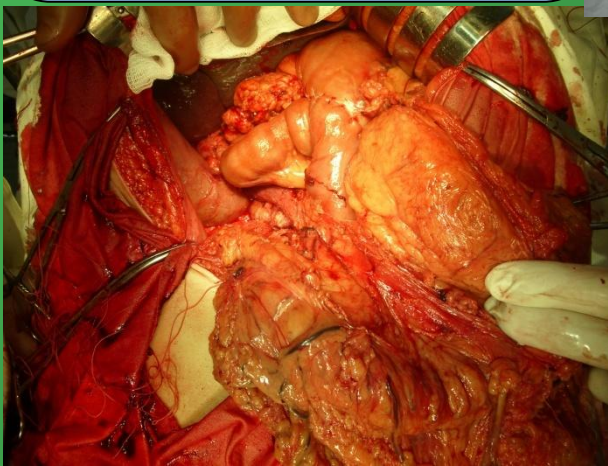
Техническая
сложность
радикальных
операций



Радикальный
?
Паллиативный

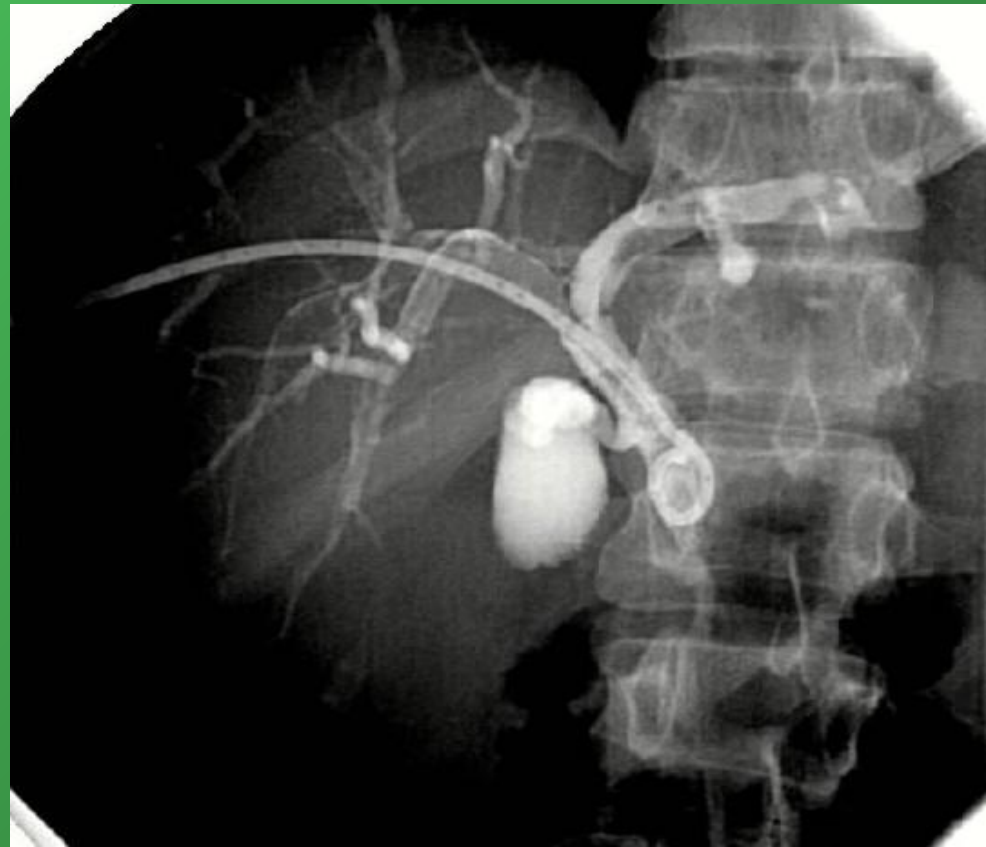


Высокая п/о
летальность
радикальных
вмешательств

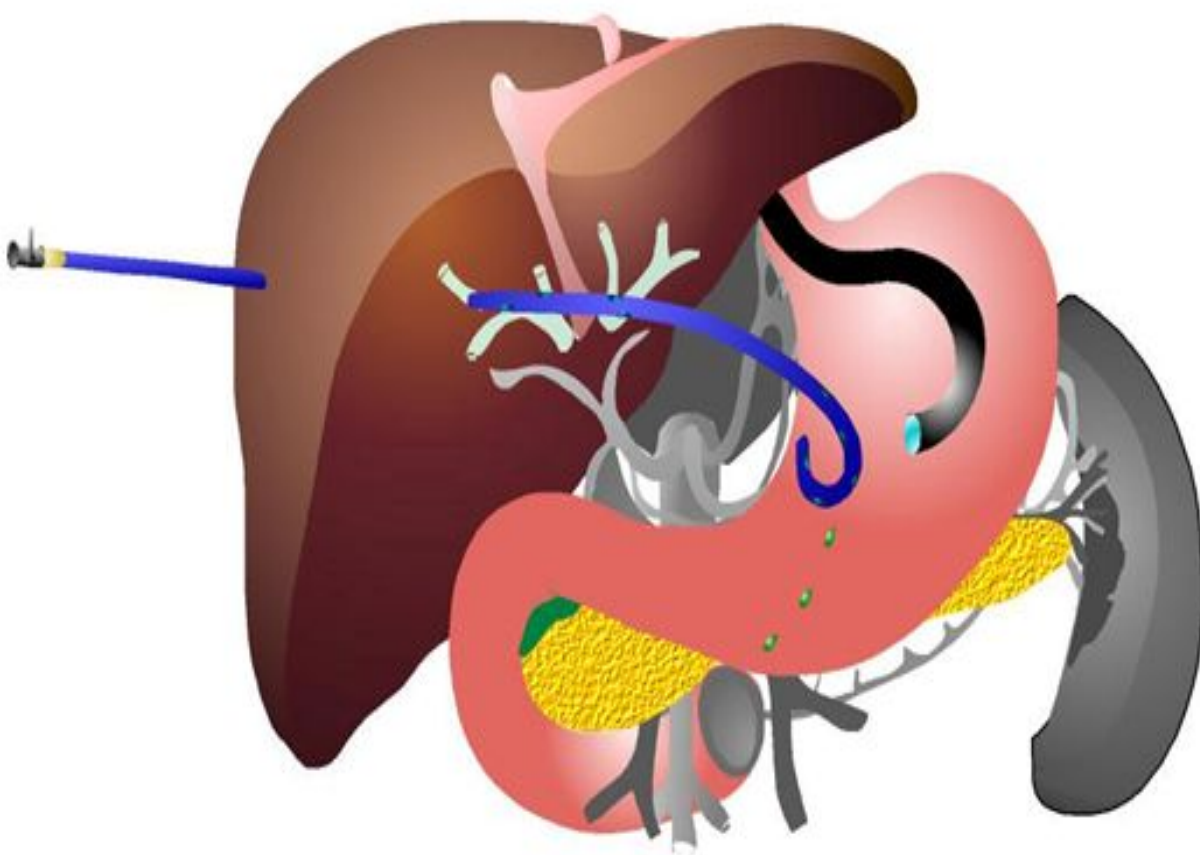


Неудовлетворитель-
ные отдаленные
результаты

- Паллиативные операции могут включать весь спектр приведенных ранее методов интервенционной радиологии(антеградное дренирование или ретроградное стентирование)



Холангиогастральное дренирование



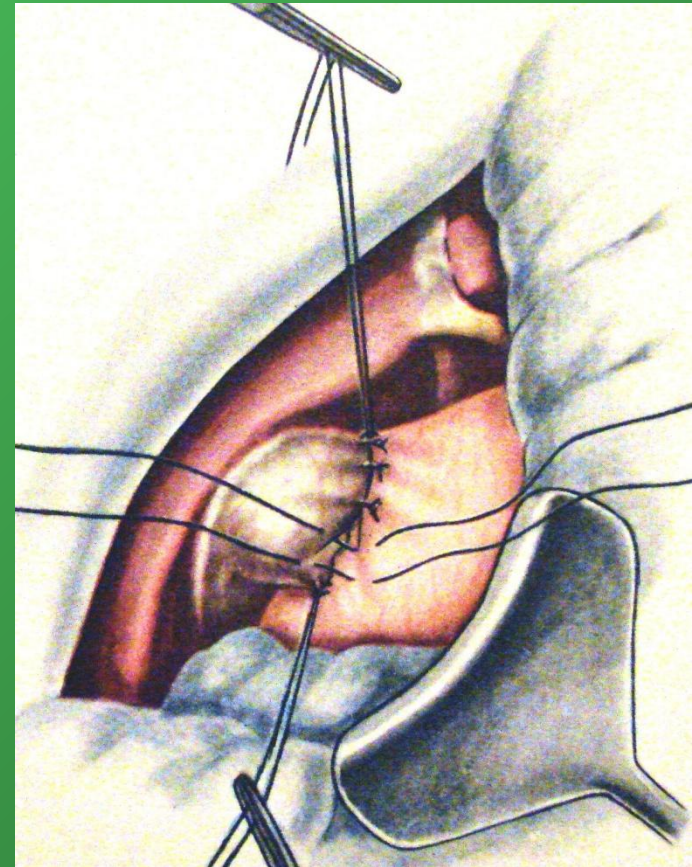
Хирургические и эндохирургические билиодигестивные анастомозы

- Холецистоеюноанастомоз
- Гепатикоеюноанастомоз

Летальность – 2,5%

Ранние осложнения – 20-30%

Поздние осложнения не
характерны



- **несмотря на совершенствование
диагностических методов, остается
актуальным вопрос о выборе и
последовательности проводимых
диагностических мероприятий**
- **особенность анатомии
билиопанкреатодуоденальной зоны,
требуется выполнение технически
сложных, объемных, комбинированных
оперативных вмешательств**

- с целью уменьшения риска развития полиорганной недостаточности необходимо применять весь арсенал дезинтоксикационных мероприятий, в том числе методы эфферентной хирургии



***Спасибо
за внимание***