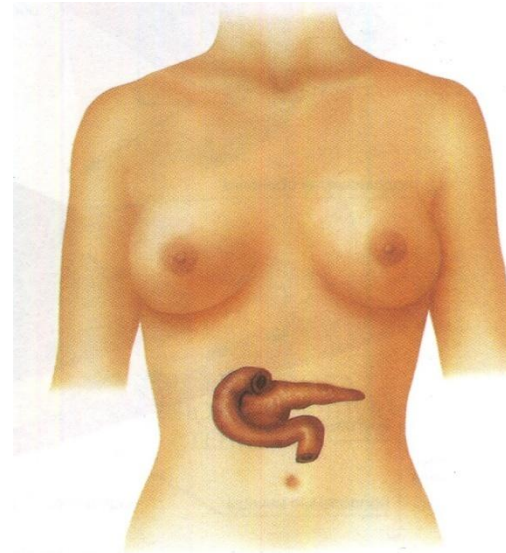


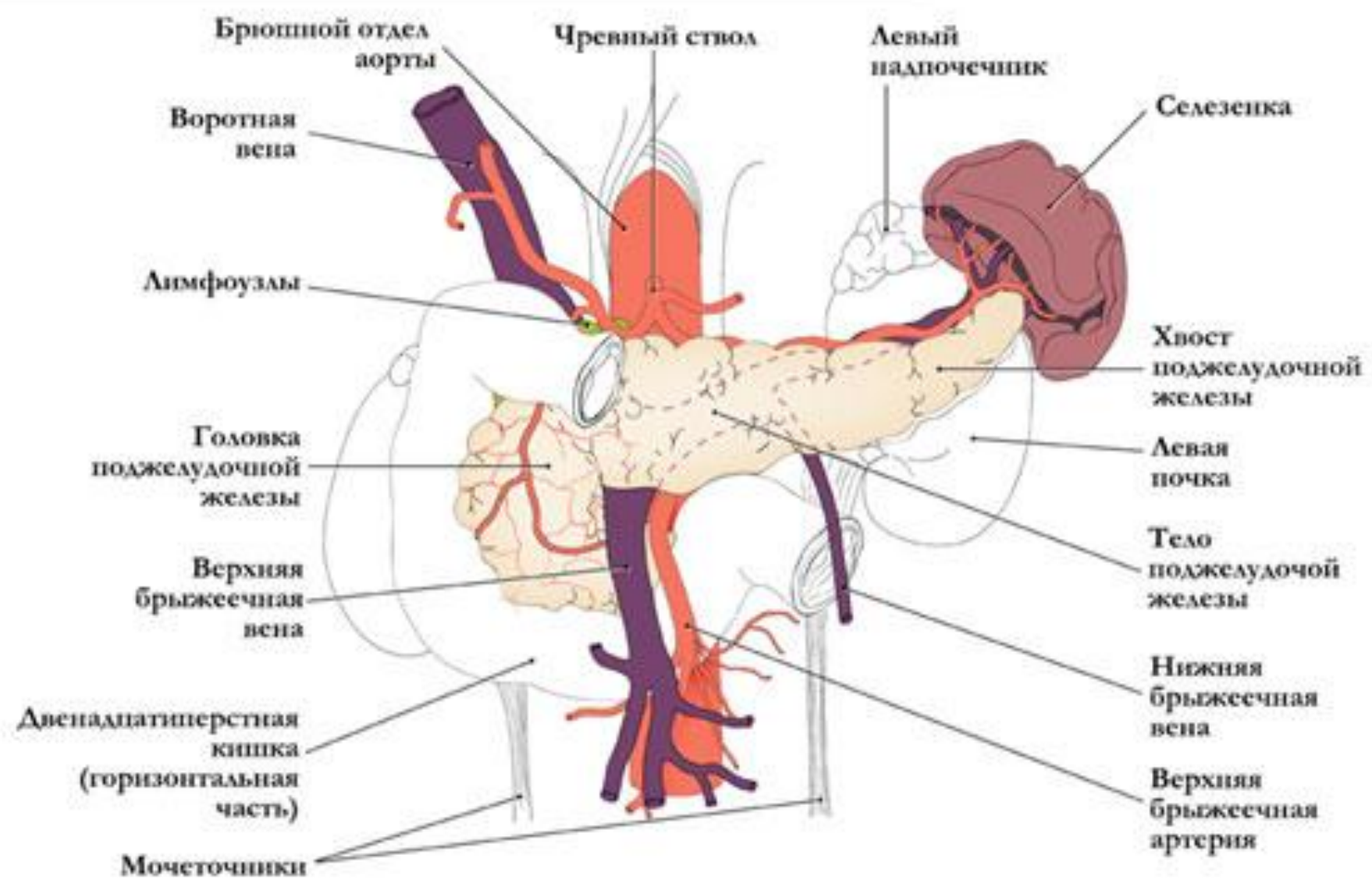
РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Гаспарян Л.В. 1.5.52



Синтопия двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы (вид спереди)



Рак поджелудочной железы — злокачественное новообразование, исходящее из эпителия железистой ткани или протоков поджелудочной железы. Рак поджелудочной железы занимает четвертое место среди злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта (после рака желудка, рака толстой кишки и рака пищевода) и составляет 2–7% от всех раковых опухолей. Значительно чаще наблюдается у мужчин, главным образом в возрасте старше 50 лет.



ЭТИОЛОГИЯ

- Характер питания
- Курение
- Алкоголизм
- Сахарный диабет
- Цирроз печени
- Болезни желчного пузыря
- Рак желчных протоков



ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1. Хронические панкреатиты
- 2. Аденома поджелудочной железы
- 3. Кисты поджелудочной железы
(постпанкреатические, посттравматические)



КЛИНИКА

а) ранние симптомы аденокарциномы П.Ж.
неспецифичными-

- боли в эпигастральной области,
- тяжесть в животе,
- похудание,
- ноющие боли в спине,
- диспептические проявления,
- утомляемость.

б) Первым проявлением может быть болезни мигрирующие тромбофлебиты (у 10 % больных).



в) **ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ЗАВИСЯТ ОТ
ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ В П.Ж.:**

Головка железы (составляет 50-80% от всех аденокарцином П.Ж.) - механическая желтуха без болевого приступа /75%/ . В тоже время 25% пациентов с данной локализацией опухоли указывают на опоясывающие боли в эпигастрии.

- пальпация опухоли – поздно, при больших её размерах

(т.к. поджелудочная железа лежит ретроперитонеально)



N.V. - при наличии пальпируемого опухолевого образования (опухоль головки П.Ж.) ~в 20% случаев можно говорить о неоперабельности

- с-м Курвуазье (опухоловой стеноз холедоха):
увеличенный безболезненный желчный пузырь (< 50%).



Рак тела и хвоста поджелудочной железы:

- ✓ встречается реже,
- ✓ проявляется в поздних стадиях,
- ✓ более выражены боли (интенсивные)
в эпигастрии, спине, особенно по ночам,
- ✓ реже (10% случаев) – механическая желтуха.

Прорастает в забрюшинное пространство (область солнечного сплетения).



Рак П.Ж. может развиваться из:

- эпителия выводных протоков,
- железистой паренхимы,
- клеток островковой ткани.

наиболее часто (50-80%) опухоль локализуется в головке.

В большинстве случаев это аденокарциномы:

- различной степени зрелости
- дающие ранние и обширные mts в регионарные (парапанкреатические, мезентериальные, ворота печени и т.д.) лимфоузлы.



РАСПРОСТРАНЕНИЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Главным образом путем инфильтрирующего роста, поэтому опухоль:

- ✓ инфильтрирует различные отделы железы;
- ✓ прорастает в соседние ткани и органы.

Часто поражает:

- холедох,
- ДПК,
- антральный отдел и тело желудка,
- крупные сосуды (артерии и вены).



МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ

- Метастазирование при раке поджелудочной железы бывает лимфогенным, гематогенным и имплантационным.
- Лимфогенное метастазирование происходит в несколько этапов:
 - • 1-й этап - панкреатодуоденальные лимфатические узлы (в области головки поджелудочной железы);
 - • 2-й этап - ретропилорические и гепатодуоденальные лимфатические узлы;
 - • 3-й этап - чревные и верхнебрыжеечные лимфатические узлы;



- • 4-й этап - забрюшинные (парааортальные) лимфатические узлы. При гематогенном метастазировании отдаленные метастазы рака поджелудочной железы наиболее часто обнаруживаются в печени, легких, почках, костях и других органах.
- Имплантационное метастазирование рака поджелудочной железы происходит путем контактного переноса раковых клеток по брюшине (карциноматоз брюшины, раковый асцит).



- Макроскопически: в виде небольших плотных очагов, нередко плохо заметных как при наружном осмотре, так и на разрезе
- Микроскопически: низкодифференцированная аденокарцинома, иногда с развитой фиброзной стромой



ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

□ I. Эпителиальные.

□ А. Доброкачественные.

□ 1. Аденома (папиллярная аденома).

□ 2. Цистаденома.

□ Б. Злокачественные.

□ 1. Аденокарцинома.

□ 2. Плоскоклеточный рак.

□ 3. Цистаденокарцинома.

□ 4. Ацинарно-клеточный рак.

□ 5. Недифференцированный рак.



- ▣ **II. Опухоли островков поджелудочной железы.**
- ▣ **III. Неэпителиальные опухоли.**
- ▣ **IV. Различные другие типы опухолей.**
- ▣ **V. Неклассифицируемые типы опухолей.**
- ▣ **VI. Опухоли кроветворной и лимфоидной тканей.**
- ▣ **VII. Метастатические опухоли.**
- ▣ **VIII. Аномалии эпителия.**
- ▣ **IX. Опухолоподобные процессы.**



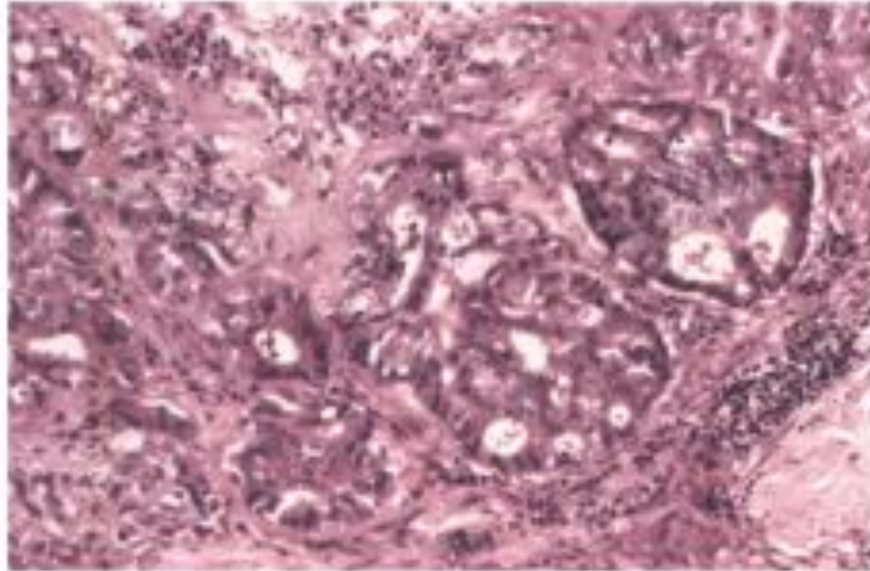
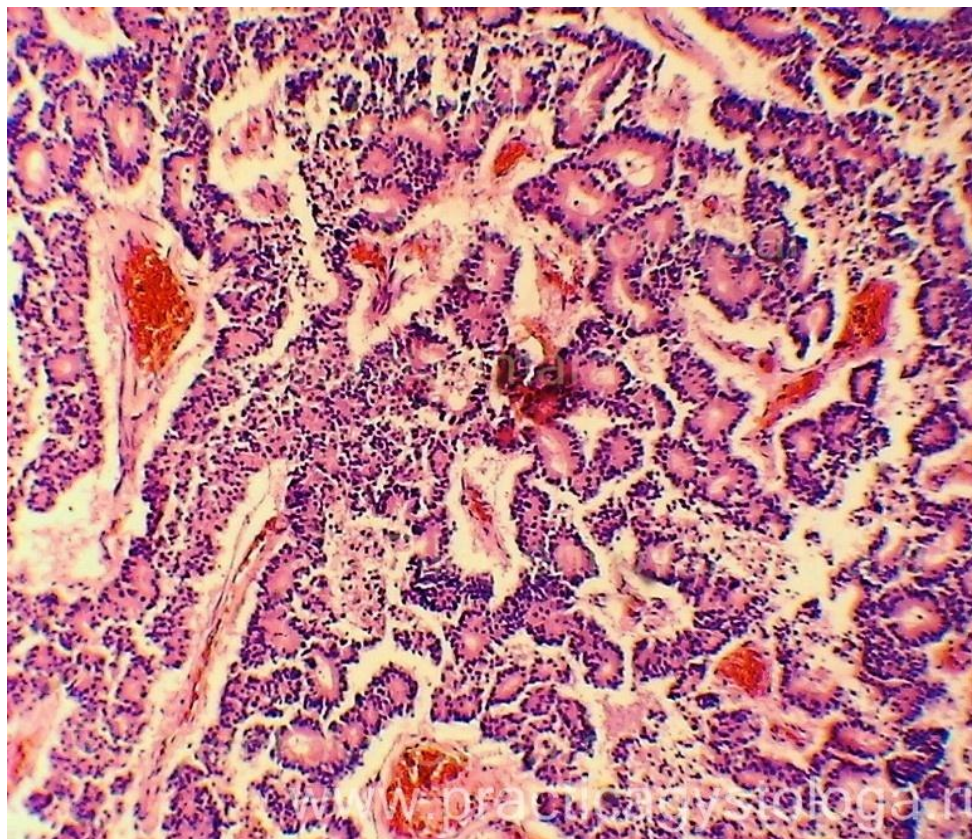
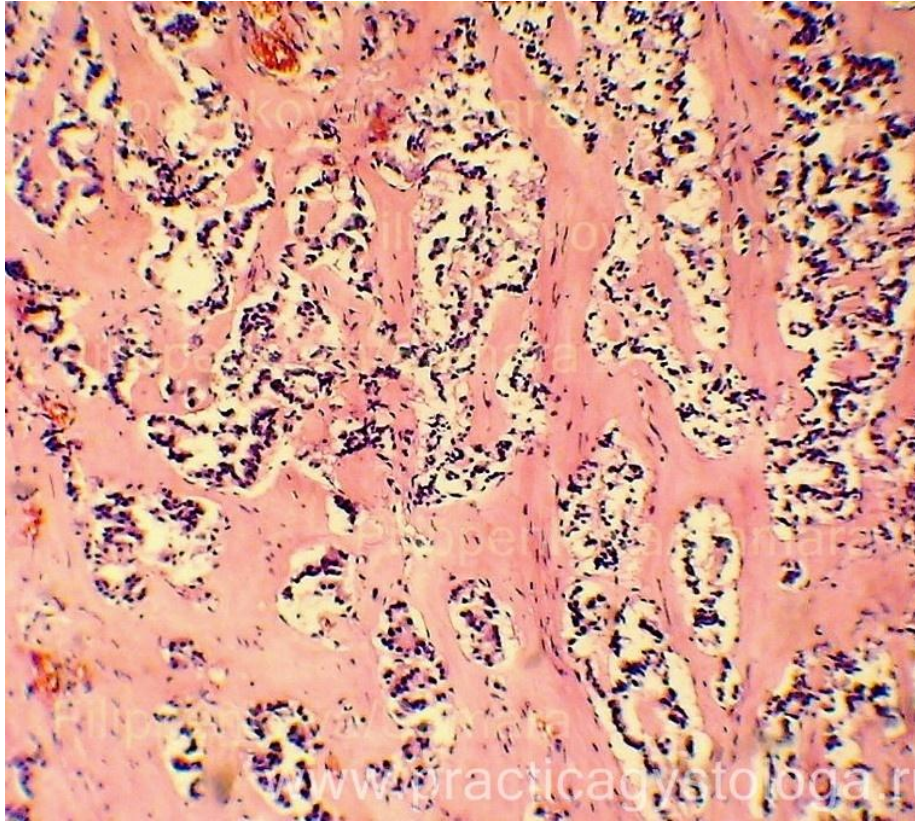


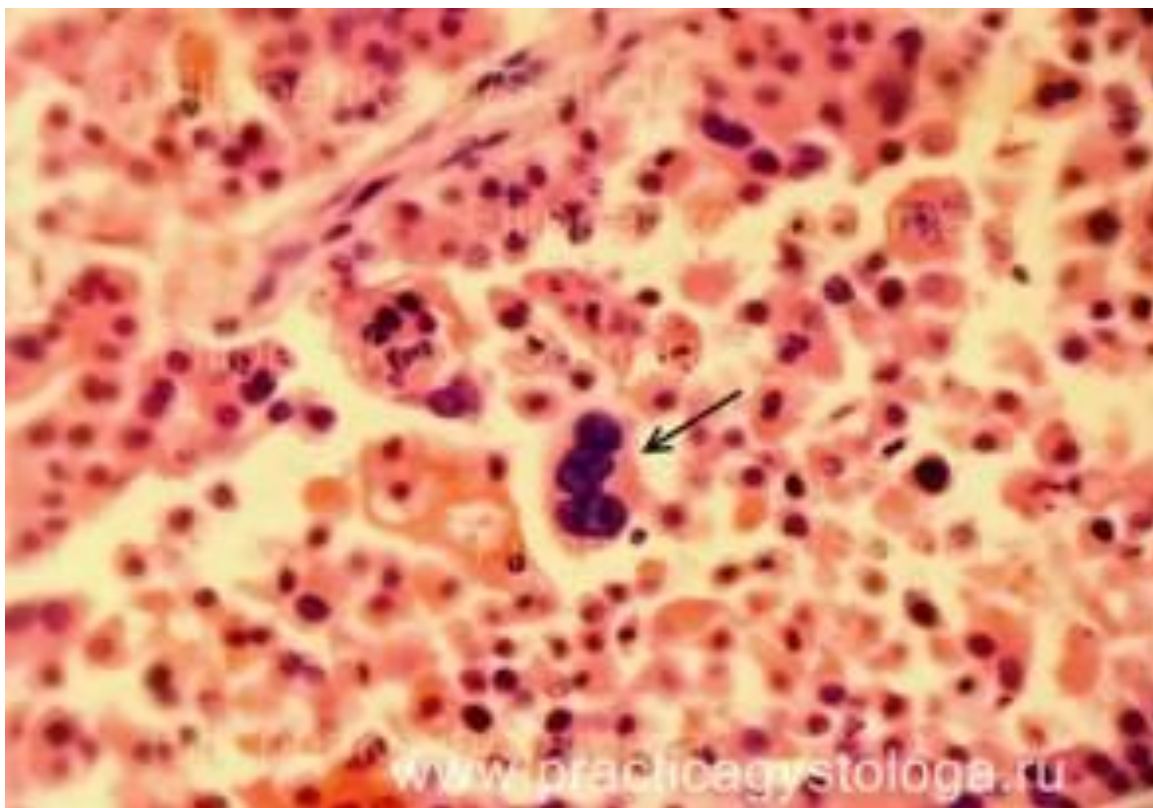
Рис. 17.2. Умереннодифференцированная аденокарцинома поджелудочной железы (Гистологическая классификация опухолей печени, желчных путей и поджелудочной железы. Дж. Б. Гибсон, 1983.)



АДЕНОКАРЦИНОМА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

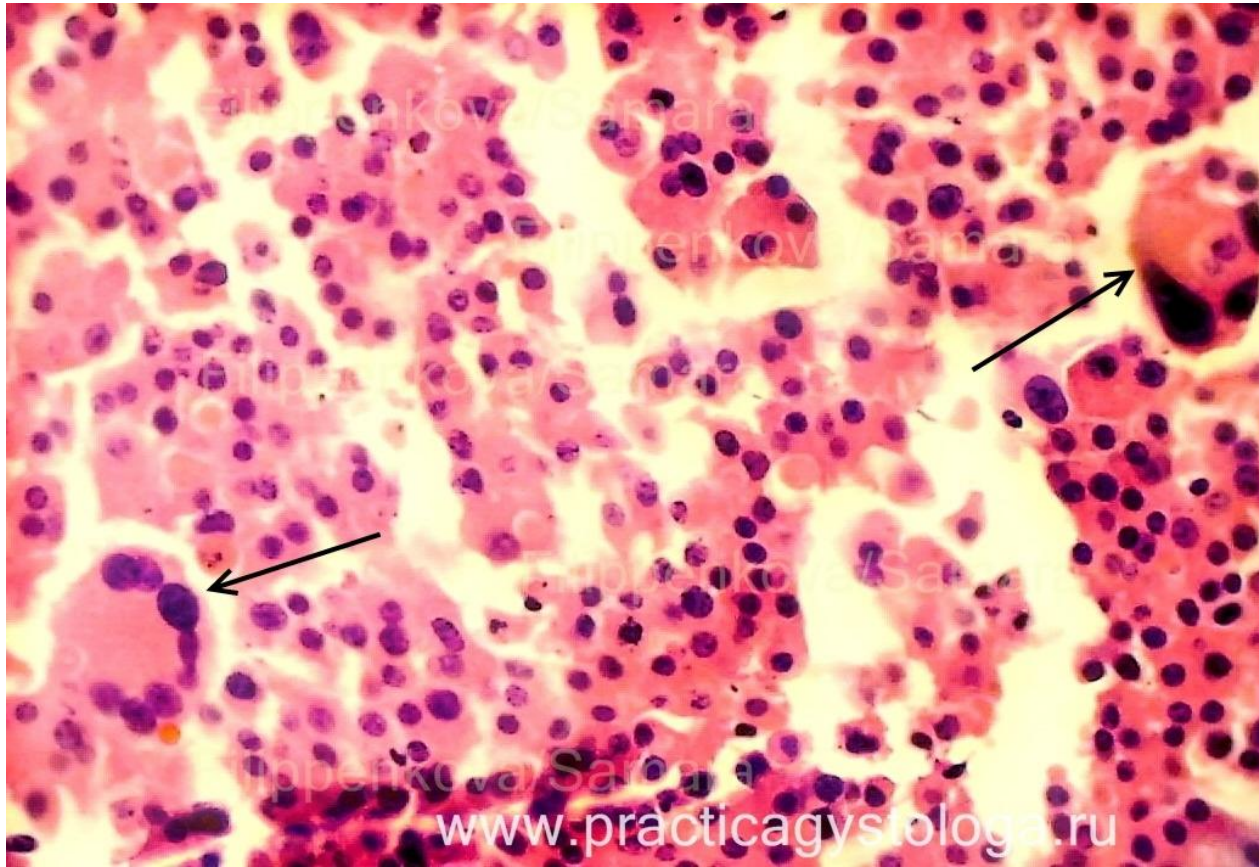




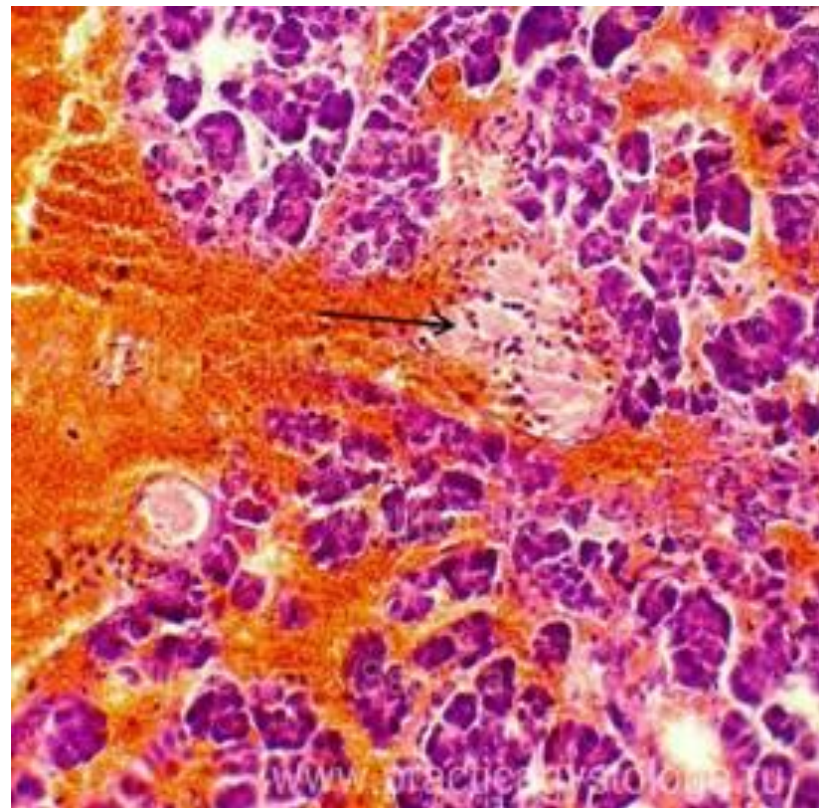
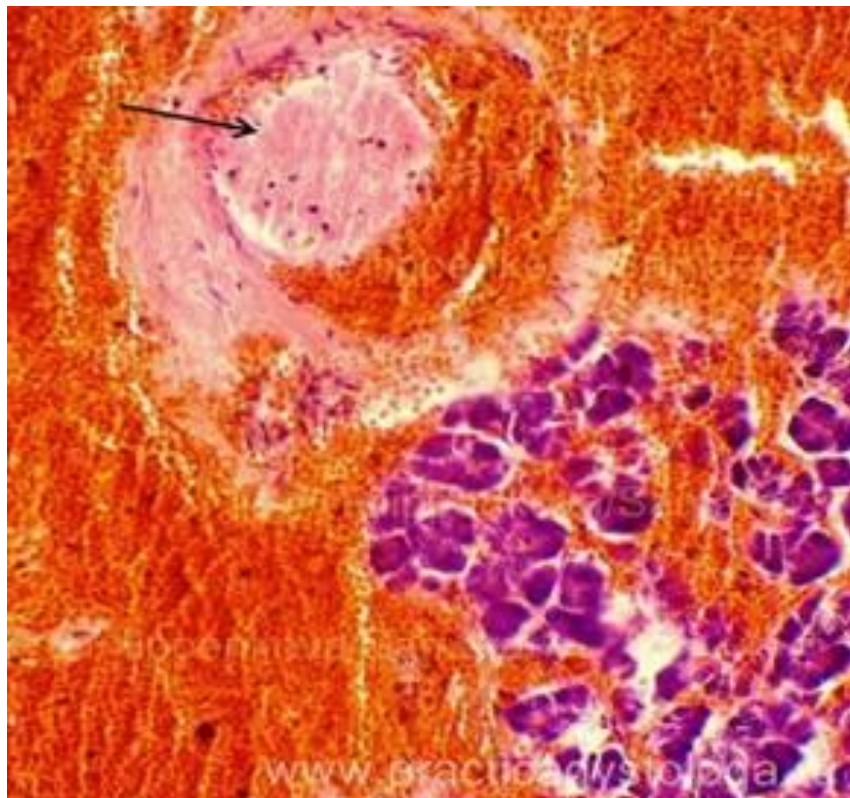


УРОДЛИВЫЕ ГИГАНТСКИЕ МНОГОЯДЕРНЫЕ КЛЕТКИ В ТОЛЩЕ
АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

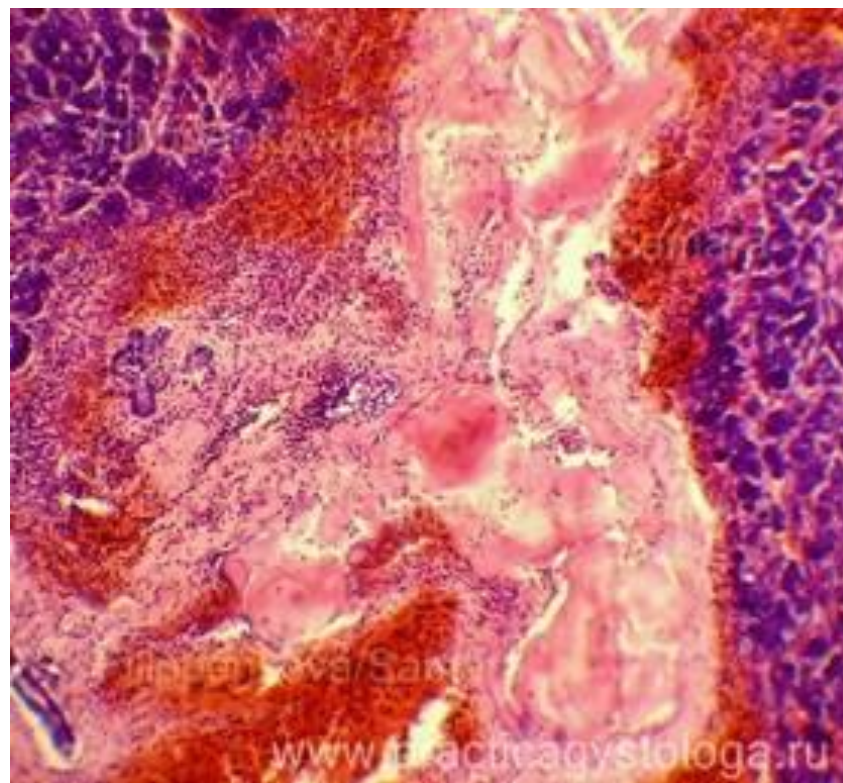
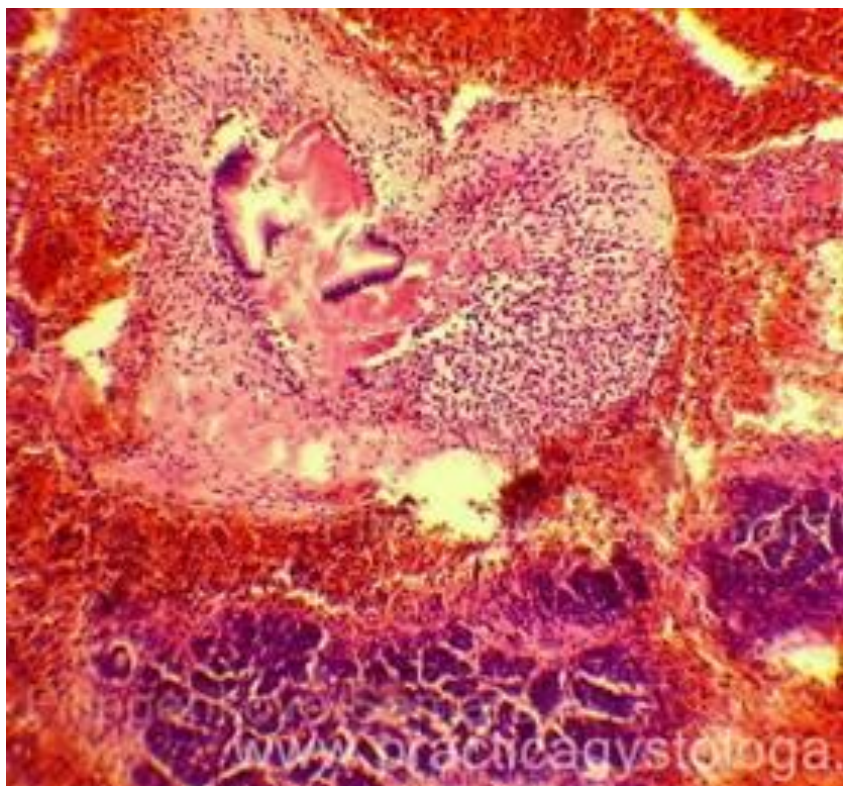




РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ДЕСТРУКТИВНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ В ТКАНИ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ВЫРАЖЕННОГО ОТЁКА ЕЁ СТРОМЫ



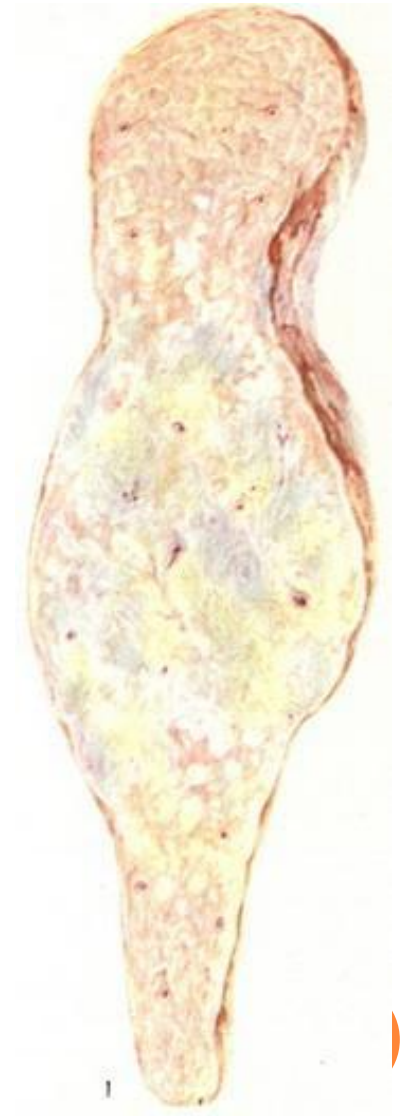
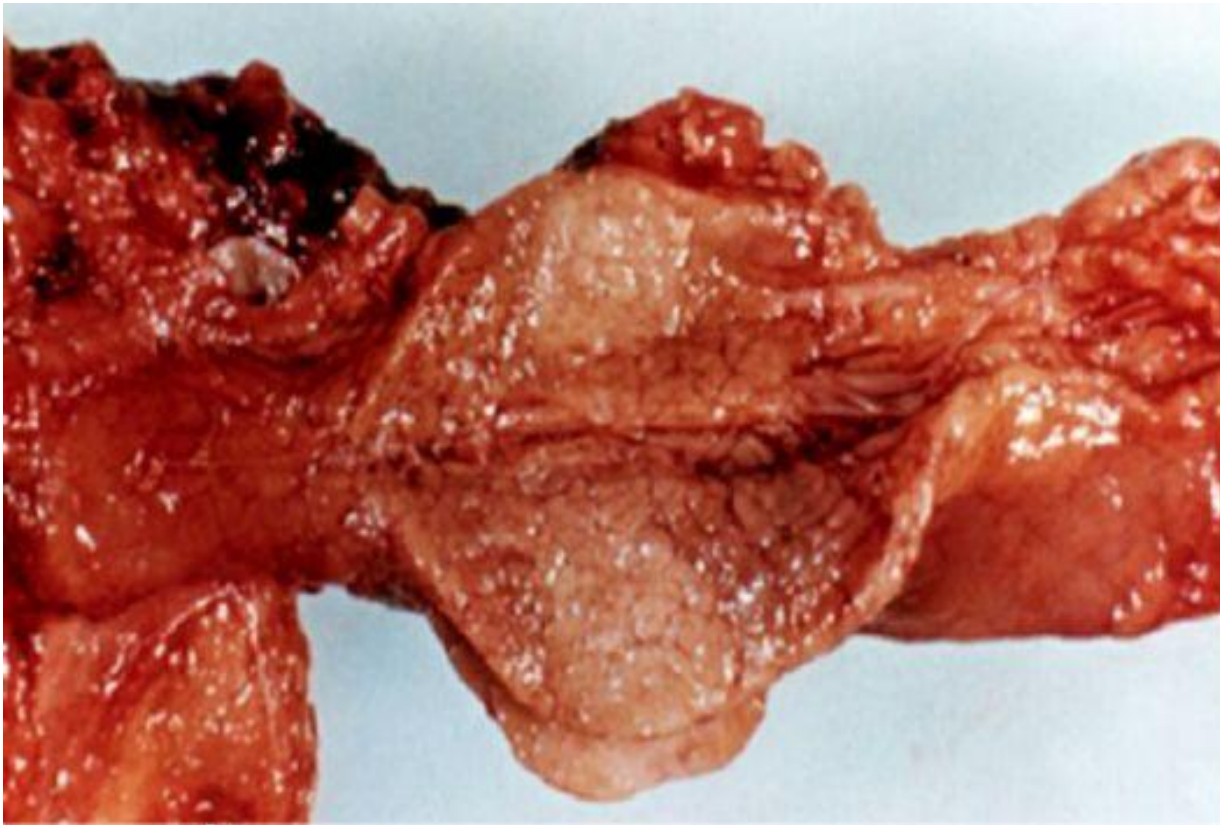
КАРТИНА ПАНКРЕОНЕКРОЗА. НЕКРОЗ, РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ДИАПЕДЕЗНО-ДЕСТРУКТИВНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ, ВЫРАЖЕННАЯ ОЧАГОВО-ДИФFUЗНАЯ ЛЕЙКОЦИТАРНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ В ТОЛЩЕ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ТКАНИ. В ПРСВЕТАХ ПРОТОВОК УПЛОТНЁННОЕ СОДЕРЖИМОЕ.



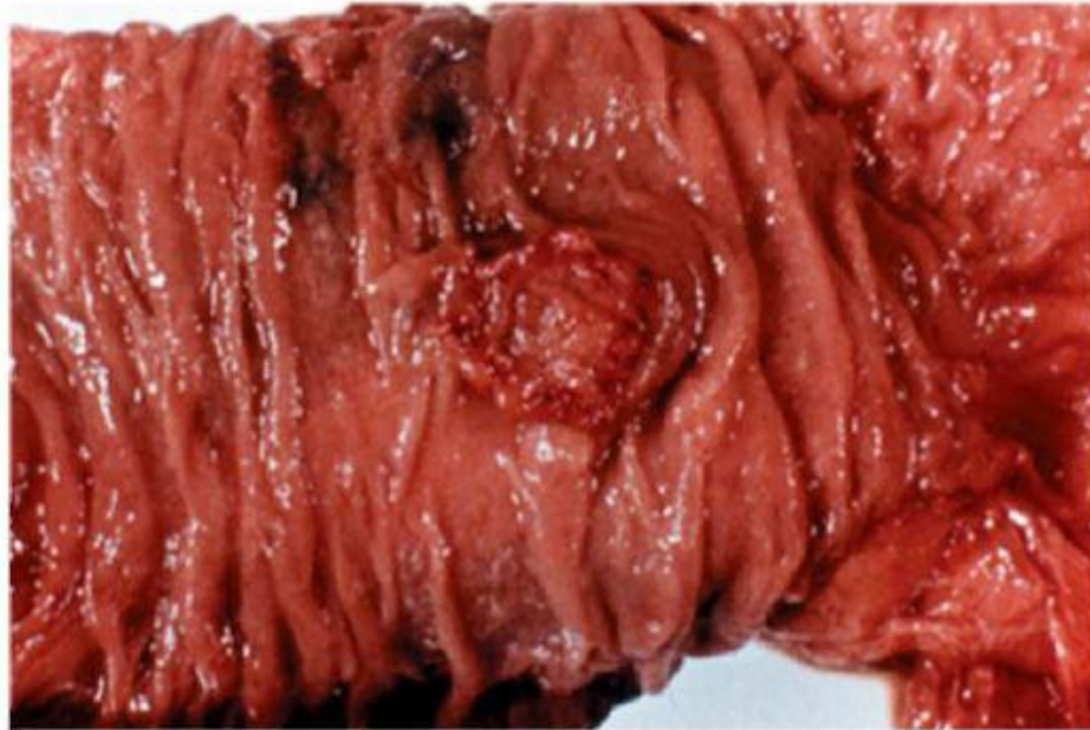
АДЕНОКАРЦИНОМА ТЕЛА И ХВОСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



РАК ТЕЛА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



РАК ФАТЕРОВА СОСКА



РАК ГОЛОВКИ



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

- Пациентка Д., 74 лет поступила в хирургическое отделение абдоминальной онкологии НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова 07.03.2012 с диагнозом, установленным на догоспитальном этапе
- **Основное заболевание:** Опухоль тела и хвоста поджелудочной железы сТ3N0Mo.
- **Сопутствующие заболевания:** Гипертоническая болезнь II ст. Артериальная гипертензия I ст. Риск 2. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит, вне обострения. Распространенная экзема, вне обострения.



Тело и хвост поджелудочной железы замещены бугристой каменистой плотности богато васкуляризированной опухолью размерами 10х8 см, подрастающей к воротам селезенки. Головка и перешеек поджелудочной железы свободны от опухоли. Опухолевый конгломерат включает в себя селезеночные артерию и вену, интимно прилежит к левой боковой полуокружности верхней брыжеечной и воротной вен. Основание селезеночной артерии от опухоли свободно. Определяются увеличенные паракавальные лимфатические узлы.

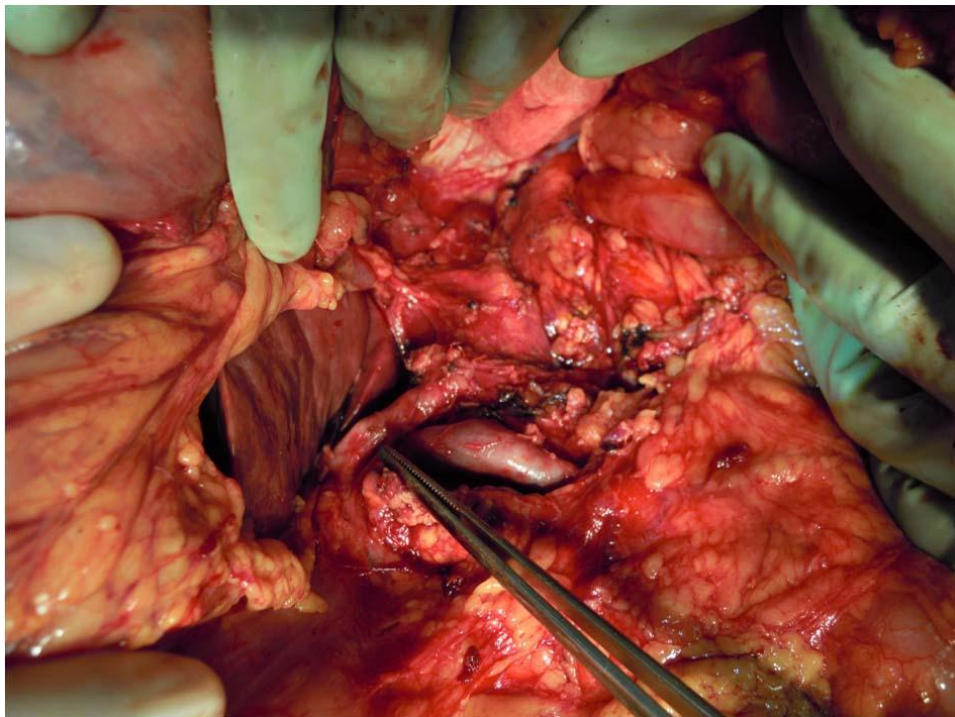




Опухоль на разрезе



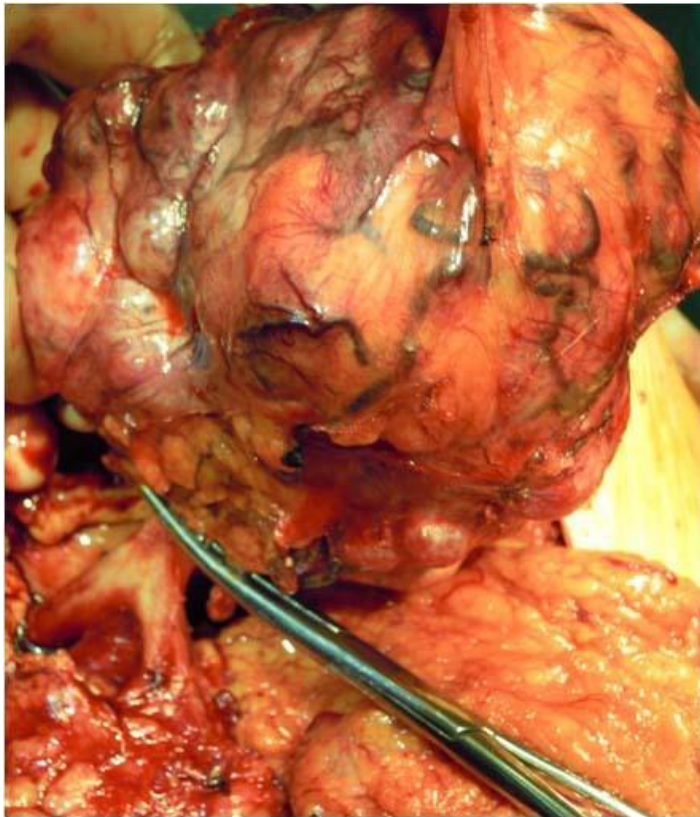
Препарат



**Операционное поле после
удаления препарата**



**Мобилизованный препарат
на селезеночной вене**



**Пересечение селезеночной
вены непосредственно у
устья**

- На последнем этапе опухоль осталась фиксирована селезеночной веной в месте ее впадения в воротную вену. После мобилизации соустья удалось разделить и перевязать и пересечь селезеночную вену у основания. Препарат удален. Ушито окно брыжейки. Отдельно выполнена лимфодиссекция между воротной и нижней поллой веной.





**СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!**

