

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
 "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
 Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ЛО
(наименование кафедры)

Рецензия к.и.н. доцента Тавришкова Дмитрия Александровича
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности онкология
(ФИО ординатора) Чернов Кристина Сергеевна

Тема реферата "Рак поджелудочной железы"

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	Оценка (по пятибалльной шкале)
1.	Структурированность	5
2.	Объем	4
3.	Актуальность	5
4.	Соответствие текста реферата его теме	5
5.	Владение терминологией	5
6.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	4
7.	Логичность доказательной базы	4
8.	Умение аргументировать основные положения и выводы	5
9.	Источники литературы (не старше 5 лет)	старше (4)
10.	Наличие общего вывода по теме	4
Итоговая оценка		<u>Хор (4)</u>

Дата: 22 02 2022 год

Подпись рецензента [Подпись]
(подпись)

Давыдов Т. В.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора [Подпись]
(подпись)

Чернов К. С.
(ФИО ординатора)

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Заведующий кафедрой:

профессор, Зуков Руслан Александрович

РЕФЕРАТ

на тему:

Рак поджелудочной железы

Выполнил:

клинический ординатор 2 года специальности **ОНКОЛОГИЯ**

Черных Кристина Сергеевна

Проверил:

кафедральный руководитель ординатора

к.м.н., доцент, **Гаврилюк Дмитрий Владимирович**

Содержание

1. Введение	3
2. Этиология	5
3. Классификация	8
4. Клиническая картина	7
5. Диагностика	10
6. Лечение	11
7. Заключение	13
8. Список литературы	14

1. Введение

Рак поджелудочной железы (РПЖ) составляет 2—7% от всех злокачественных новообразований, занимая 4-е место среди опухолей желудочно-кишечного тракта (после опухолей желудка, толстой кишки, пищевода).

До последнего десятилетия рак поджелудочной железы относили к сравнительно редким болезням. С появлением новых методов диагностики было выявлено, что рак поджелудочной железы встречается значительно чаще.

Диагноз рака поджелудочной железы труден и часто устанавливается поздно. Подавляющее большинство заболевших погибает в течение года после подтверждения диагноза. Хирургия рака этой области, в отличие от рака многих других локализаций, долгое время находилась в такой стадии развития, когда мнения относительно выбора метода лечения были противоречивы.

Это связывалось с техническими трудностями операций, высокой послеоперационной летальностью, плохими отдаленными результатами.

В последнее время диагностике и лечению рака поджелудочной железы уделяется большое внимание. Однако уровень ранней диагностики за это время существенно не улучшился, что при чрезвычайной злокачественности рака поджелудочной железы делает крайне ограниченной возможность выполнения радикальных операций.

В современной онкологической практике рак поджелудочной железы остается самой фатальной опухолью. Заболеваемость раком поджелудочной железы в России соответствует таковой в других европейских странах. Стандартизованный показатель заболеваемости у мужчин — 8,5 на 100 000 населения; у женщин — 6,1 на 100 000 населения (европейский

стандарт). Средний возраст заболевших среди мужчин и женщин составляет соответственно 62,7 и 69 лет.

Медиана выживаемости больных РПЖ, по американским данным, составляет 4,1 месяца; пятилетняя выживаемость отмечается у 1,3% из всех заболевших.

По данным ВОЗ, отношение показателей смертности к заболеваемости равняется 0,99.

Единственно радикальным методом лечения рака поджелудочной железы является хирургический, но всего лишь у 5% больных, обратившихся к онкологу, можно выполнить радикальную операцию.

В 46% случаев невозможно выполнить би-липанкреатодуоденальную резекцию из-за инвазии опухоли в соседние органы и наличия метастазов в лимфатических узлах; в 49% случаев — из-за наличия отдаленных метастазов.

2. Этиология

Рак ПЖ чаще встречается среди городских жителей, употребляющих большое количество мяса и жиров. Курение способствует канцерогенезу вообще и РПЖ в частности (у курильщиков рак поджелудочной железы регистрируется в 2-2,5 раза чаще, чем у некурящих).

Предполагается, что канцерогены, содержащиеся в табаке, могут при определенных условиях с желчью попадать в панкреатический проток, провоцируя сначала воспаление и, затем, возникновение опухоли. Потребление больших количеств кофе (более 3 чашек в день) повышает риск заболевания, но истинные причинно-следственные связи остаются в данном случае неясными.

3. Классификация

При анализе клинического материала нашей клиники (более 700 больных раком ПЖ) было установлено, что рак крючковидного отростка ПЖ имеет некоторые клинические отличия и особенности хирургического лечения, о которых подробнее говорится в соответствующем разделе пособия. Это послужило основанием для выделения еще одной локализации рака ПЖ - рака КО, в дополнение к раку головки, тела и хвоста.

Следует различать дуктальные (из эпителия протоков) (81%), ацинарные (из паренхиматозных клеток ПЖ) (14%), а также неклассифицируемые (5%) раки ПЖ. Гистологически выделяют аденокарциному, плоскоклеточный рак, цистаденокарциному, ацинарный рак, недифференцированный (анapластический) рак. Считается, что у каждого десятого больного рак поджелудочной железы развивается мультицентрично.

4. Клиническая картина

Плохие результаты лечения рака ПЖ связаны, прежде всего, с поздней диагностикой. В его распознавании важное значение имеют его ранние или относительно ранние клинические проявления, к сожалению, слабо выраженные и редко диагностируемые у большинства больных. В ряде случаев, внезапно развившийся сахарный диабет или острый панкреатит у больных старше 50 лет могут быть первыми проявлениями рака этой локализации.

Иногда они отмечаются за 1-2 года до появления других клинических признаков. Развитие сахарного диабета на ранних стадиях связывают с выработкой опухолью супрессора периферических рецепторов инсулина. Панкреатит иногда бывает первым и относительно ранним проявлением заболевания, при локализации опухоли в главном панкреатическом протоке или близко от него.

К классическим, хотя обычно и поздним, симптомам РПЖ относятся потеря массы тела, боль в животе, ухудшение аппетита вплоть до анорексии и желтуха. Достаточно часто появляются слабость и утомляемость, тошнота, рвота, диарея, диспепсия и боль в спине.

Клиническая картина зависит от локализации опухоли. Ведущими клиническими симптомами рака головки ПЖ являются желтуха (92-98%), потеря массы тела (65-80%) и боли (45-65%). При раке тела и хвоста чаще всего отмечаются потеря массы тела (более 90%) и боли (более 70%). Вместе с тем, нами отмечено, что при раке крючковидного отростка наиболее частыми жалобами больных являются боли (70%) и потеря массы тела (50%), а желтуха, в отличие от рака головки ПЖ, встречается крайне редко (около 15%) и является более поздним симптомом.

Следует помнить и о возможности стертой клинической картины рака ПЖ и даже о почти полном отсутствии клинических симптомов заболевания.

Анализ зависимости клинической картины рака ПЖ от резектабельности опухоли показывает, что частота основных клинических симптомов рака ПЖ среди радикально и паллиативно оперированных больных существенно не отличается. Период от появления первых клинических симптомов до обнаружения рака ПЖ обычно колеблется от 1 до 12 мес и составляет в среднем 3-4 мес. Вместе с тем, у подавляющего большинства больных (85%) уже имеется IVA и V стадии рака. Таким образом, появление жалоб у больного, как правило, свидетельствует о далеко зашедшей стадии заболевания.

Возникновение потери массы тела связано, с одной стороны, с самим опухолевым процессом, вызывающим снижение аппетита и повышение основного обмена на 50-70%, с другой - со сдавлением опухолью главного панкреатического протока, что приводит к нарушению пищеварения, обусловленному недостаточным поступлением в двенадцатиперстную кишку панкреатических ферментов и желчи.

При опухолях головки ПЖ боль чаще локализуется в области эпигастрия и в правом верхнем квадранте живота, при опухолях тела - по средней линии, а хвоста - в левом верхнем квадранте.

Боль может быть слабой, упорной, тупой, резкой или же сверлящей, иррадиирующей в спину. На относительно ранних стадиях рака боль встречается у 30-40% больных и связана со сдавлением главного панкреатического протока, развитием панкреатической гипертензии и панкреатита. Сильная боль иногда свидетельствует о распространении опухоли на забрюшинное пространство и инвазии в нервные сплетения.

Механическая желтуха, характерная для рака головки ПЖ, нередко является первым, но, к сожалению, не ранним признаком, с появлением которого заболевание переходит во вторую (желтушную) фазу. Механическую желтуху не всегда легко отличить от паренхиматозной, так как в обоих случаях редко развивается болевой синдром.

До 80% больных с синдромом желтухи первоначально госпитализируют в инфекционные стационары. При этом иногда на установление характера желтухи затрачивается более 4 недель, что приводит к развитию печеночной недостаточности, резко ухудшает непосредственные результаты оперативного лечения и онкологический прогноз. Желтуха отмечается в 90% случаев рака головки поджелудочной железы и почти в 100% рака большого дуоденального сосочка. Для механической; желтухи при раке головки ПЖ характерно неуклонное прогрессировать билирубинемии. При раке БДС желтуха не всегда достигает высокого уровня и может иметь интермиттирующее течение вследствие распада опухоли и периодического восстановления пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку.

Время появления желтухи при раке головки ПЖ зависит от близости опухоли к общему желчному протоку: чем ближе к нему расположена опухоль, тем раньше появляется желтуха. Застой желчи в желчевыводящей системе способствует присоединению инфекции, развитию холангита, который особенно часто отмечается при раке БДС. Холестаз и инфекционный процесс вызывают тяжелые изменения в печени, что приводит к нарушению ее функции и может явиться причиной смерти больных в послеоперационном периоде.

5. Диагностика

При обструктивной желтухе наблюдают увеличение уровня билирубина, повышение активности щелочной фосфатазы, только небольшое увеличение активности трансаминаз (в противоположность гепатиту). Повышение активности амилазы нетипично. У 50-60% больных отмечают изменения на рентгенограммах: компрессию антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, расширенную дуоденальную петлю. Сканирующая компьютерная томография — более точный способ, особенно в сочетании с аспирацией, осуществляемой с помощью иглы, и взятием пробы на цитологический анализ (отрицательный результат этой пробы еще не определяет диагноз). Чреспеченочная холангиография — более оптимальный метод для диагностики обструктивной желтухи, чем РХПГ. РХПГ может быть полезной в идентификации новообразований, локализованных в теле/хвосте поджелудочной железы, или патологии дуоденальноампулярного региона. Цитологический анализ пробы, полученной во время операции с помощью аспирации, оказывает значительную помощь в трудных случаях. Маркеры опухоли отличаются вариабельностью, лучшим является СА 19—9. Лапароскопия может быть использована для выявления стадии заболевания и определения показаний к проведению резекции.

6. Лечение

Лечение включает быструю коррекцию питания, анемии, водно-электролитного баланса и осуществляется под контролем функции почек. Чреспеченочный билиарный дренаж обычно не гарантирует облегчения состояния больного. Только панкреатодуоденэк-томия дает надежду на излечение и обладает наибольшей эффективностью при карциноме, локализованной в дуоденально-ампулярном регионе или в дистальном сегменте желчного протока.

Кроме того, эта операция может быть полезной при небольшой аденокарциноме, ограниченной областью головки поджелудочной железы. В целом только 13% больных, имеющих карциному поджелудочной железы, потенциально излечимы и обладают 1-, 2-, 5-летним периодами выживания соответственно в 54, 29, 10% случаев.

У больных, не подлежащих резекции, могут быть полезными паллиативные холецисто или холедоходуоденостомия и гастроеюностомия (дуоденальная обструкция в 20% случаев).

Инъекция в область чревного сплетения может облегчить боль. Чреспеченочное дренирование редко может оказать эффект на больного из группы высокого риска. Сочетание лучевой терапии и 5-фторурацила может иметь некоторую ценность.

Прогноз периапулярных опухолей

Локализация	Частота 5-летнего периода выживания (%)
Поджелудочная железа	10
Фатерова ампула	35
Двенадцатиперстная кишка	30
Желчный проток	15

После проведения панкреатодуоденэктомии частота 5-летнего периода выживания, относящаяся к раку поджелудочной железы без метастазирования в лимфатические узлы, составила 35%. В отдельных публикациях имеются значительно более высокие показатели, достигающие 50%.

7. Заключение

Липомы могут вызвать диарею, "панкреатическую холеру", синдром WDHA (водная диарея, гипокалиемия, ахлоргидрия), 50% из их числа относятся к злокачественным образованиям.

Для глюкагоном характерны кожные поражения (мигрирующая некролитическая эритема), диабет, глоссит, анемия, потеря массы тела, депрессия и венозный тромбоз;

75% глюкагоном относят к злокачественным опухолям. Лучшим лечением служит резекция.

Клинические проявления соматостатином включают диабет, диарею, стеаторею, ахлоргидрию, желчные конкременты, малабсорбцию и абдоминальную боль. Все эти симптомы приписывают избыточному уровню соматостатина.

В лечении наиболее часто используют стрептозоцин, дакарбазин, доксорубицин.

8. Список литературы

Болезни поджелудочной железы (+ CD-ROM): И. В. Маев, Ю. А. Кучерявый — Санкт-Петербург, ГЭОТАР-Медиа, 2010 г.- 744 с.

Болезни поджелудочной железы. 300 проверенных рецептов: Н. Мазнев — Москва, Дом. XXI век, Рипол Классик, 2013 г.- 64 с.

Болезни поджелудочной железы: Кучерявый Ю.А., Маев И.В. — Санкт-Петербург, 2014 г.- 976 с.

Болезни поджелудочной железы: Николай Мазнев — Санкт-Петербург, Рипол Классик, Дом. XXI век, 2010 г.- 64 с.

Лучевая диагностика заболеваний поджелудочной железы: Г. Е. Труфанов, С. Д. Рудь, С. С. Багненко — Санкт-Петербург, ЭЛБИ-СПб, 2012 г.- 288 с.

Нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы: Н. М. Кузин, А. В. Егоров — Санкт-Петербург, Медицина, 2011 г.- 208 с.