

Ю. И. Патютко, И. В. Сагайдак
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
ГУ Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина РАМН,
Москва, Российская Федерация

Y. I. Patyutko, I. V. Sagaidak
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PANCREATIC CANCER
N. N. Blokhin Russian Cancer Research Center RAMS, Moscow,
Russian Federation

В России ежегодно выявляют 13 000 больных раком поджелудочной железы, что составляет 2,9% всех вновь выявленных больных со злокачественными новообразованиями. Рак поджелудочной железы занимает 11-е место в структуре заболеваемости злокачественными опухолями как у мужчин, так и у женщин. Однако у мужчин заболеваемость раком поджелудочной железы в среднем в 1,5—2 раза выше, чем у женщин. В Северной Европе и в США среди азиатов и негров заболеваемость раком поджелудочной железы достигает 11,0—12,5 на 100 000 населения. Большинство мужчин, больных раком поджелудочной железы, находятся в возрасте 63—65 лет, женщин — 68—69 лет.

Рак поджелудочной железы — крайне злокачественная опухоль. Подавляющее большинство исследований доказало связь между курением и риском развития этой опухоли. В ряде исследований продемонстрировано дозозависимое влияние курения (чем больше число выкуриваемых сигарет, тем выше риск заболевания). Несмотря на это, отдельные этапы развития рака поджелудочной железы на фоне курения не известны. Предполагается, что основную роль в нем играют нитрозосоединения.

В подавляющем большинстве случаев наблюдается протоковая аденокарцинома поджелудочной железы. Помимо лимфогенного и гематогенного для рака поджелудочной железы характерно перинеуральное распространение.

При локализации опухоли в головке поджелудочной железы у 47—90% пациентов диагноз ставят после развития механической желтухи. Желтуху нельзя считать ранним симптомом заболевания, поскольку она свидетельствует о распространении опухоли на внепеченочные желчные протоки. Для рака тела и хвоста поджелудочной железы характерно длительное бессимптомное течение. Основные симптомы рака поджелудочной железы дистальных локализаций — постоянная боль в эпигастральной области с иррадиацией в спину и потеря массы тела.

Диагностика рака поджелудочной железы основывается на комплексном обследовании с использованием УЗИ, КТ, МРТ, ангиографии, ретроградной холангиопанкреато-

In Russian Federation 13,000 new cases of pancreatic cancer are diagnosed every year. This tumor accounts for 2.9% of new cancer cases yearly. Pancreatic cancer is the 11th most common male and female malignancy. Its prevalence is 1.5 to 2 times higher in men than in women. In Northern Europe and in the USA (among non-white population) prevalence of pancreatic cancer is up to 11.0—12.5 per 100,000. Majority of male patients are 63—65 years old, female patients are 68—69 years old.

Pancreatic cancer is very aggressive malignancy. Most studies revealed high risk of this tumor in smokers. Several studies demonstrated that this effect is dose-related, i.e. the more number of smoked cigarettes the higher risk of pancreatic cancer. Mechanistic basis of pancreatic carcinogenesis is not known. Nitroso compounds are supposed to play important role.

Duct adenocarcinoma is diagnosed in the vast majority of cases. Besides of lymphatic and hematogenous spread pancreatic cancer has a propensity for perineural invasion.

Forty seven to ninety per cent of patients with tumors of pancreatic head present with obstructive jaundice. Jaundice is not the early symptom of pancreatic cancer because it points out obstruction of extrahepatic bile ducts. Most patients with the tumors of pancreatic body or tail remain entirely asymptomatic for a long period of time. Usual presenting symptoms are chronic epigastric pain with radiation to the back and weight loss.

Ultrasound, CT, MRI, angiography, retrograde cholangiopancreatography and serologic tests for CEA and CA 19—9 are used for the diagnosis. Percutaneous fine-needle aspiration biopsy is performed to confirm it. Major surgical procedures are standard and radical pancreaticoduodenectomy, distal and total pancreatectomy. Combination of surgery and radiation therapy (to 50—70 Gy) improves survival in pancreatic adenocarcinoma. External radiation therapy (to 60—90 Gy) is indicated for locally advanced pancreatic cancer. Chemotherapy is used for metastatic disease with 7—24% response rate.

графии, определения уровней СА-19-9 и РЭА. С целью дифференциальной диагностики проводится чрескожная пункция с последующим цитологическим исследованием. Основными хирургическими вмешательствами при раке поджелудочной железы являются стандартная и расширенная гастропанкреатодуоденальная резекция, дистальная резекция поджелудочной железы, панкреатэктомия. Комбинированное лечение улучшает выживаемость больных протоковой аденокарциномой поджелудочной желе-

зы. Для этого хирургическое лечение дополняют дистанционной лучевой терапией (суммарная очаговая доза 50—70 Гр) или химиотерапией. Дистанционную лучевую терапию применяют при местнораспространенном раке поджелудочной железы (суммарная очаговая доза 60—90 Гр). Лекарственное лечение применяют при диссеминированном раке поджелудочной железы. Полные и частичные ремиссии отмечаются у 7—24% больных.