Реферат

на тему: "Солидные аденомы и рак поджелудочной железы"

Солидные аденомы поджелудочной железы встречаются редко. Они представляют собой железистые фиброэпителиальные новообразования, развивающиеся из клеток экзокринной паренхимы железы.

Небольшие аденомы могут протекать совершенно бессимптомно. Основные признаки солидных аденом - боли в эпигастральной области и наличие опухолевидного образования в области поджелудочной железы.

Цистоаденомы поджелудочной железы наблюдаются редко и также представляют собой фибро-эпителиальные новообразования. Они имеют, в отличие от солидных аденом, вид мешотчатых опухолей, в связи с чем их относят также в группу опухолевых кист.

Симптомами цистоаденом могут быть: боли и появление опухолевидного образования в верхней половине живота, диспептические жалобы, нарушение функции кишечника, общая слабость, похудание, часто диабет.

Течение процесса бывает чаще всего доброкачественным, но в некоторых случаях наблюдается злокачественная метаплазия цистоаденом.

Лечение больных опухолями островковой ткани должно начинаться с устранения и предупреждения гипогликемических кризов.

Приступ спонтанной гипогликемии может быть ликвидирован путем дачи больному сахара или введения в вену 50 мл40% глюкозы, а также путем инъекции адреналина или эфедрина с целью мобилизации запасов гликогена в организме.

Назначается диета с достаточным (но не с избыточным) содержанием углеводов, с частыми, регулярными приемами пищи (6 раз в день), ограничивается нагрузка в работе.

Показаны бромиды и барбитураты для уменьшения возбудимости центральной нервной системы; в некоторых случаях назначают гормоны передней доли гипофиза, препараты коры надпочечников, адренокортикотропный гормон, кортизон.

При лечении гиперинсулинизма с помощью АКТГ и кортизоновых препаратов исходят из их диабетогенного действия, связанного с уменьшением утилизации углеводов тканями, усилением гликогенолиза и тормозящим влиянием гормонов гипофиза и надпочечников на секрецию инсулина; эффект, получаемый при этом, является нестойким, в ряде случаев отсутствует, что не позволяет считать эти средства надежными.

Непостоянный и связанный с возможностью побочного действия на почки, миокард и нервную систему эффект наблюдался при применении аллоксана (уреида мезоксаловой кислоты), избирательно разрушающего островковую ткань поджелудочной железы, нарушающего секрецию инсулина и вызывающего развитие диабета*.*

Основным методом лечения аденом поджелудочной железы всех видов является оперативное их удаление.

Рак поджелудочной железы - наиболее часто встречающееся злокачественное новообразование поджелудочной железы (злокачественные опухоли поджелудочной железы соединительнотканного происхождения очень редки).

Диффузные или ограниченные разрастания раковой опухоли ведут к повреждению поджелудочной железы и нарушению ее функции.

Нередко опухоль прорастает или сдавливает соседние органы (желчные пути, двенадцатиперстную кишку, левый надпочечник и т.д.), вызывая в них глубокие морфологические и функциональные нарушения.

Метастазы рака поджелудочной железы обнаруживаются в различных органах. Очень быстро наступают и тяжелейшие патологические изменения всего организма.

Различают первичный рак поджелудочной железы, исходящий из клеток самой железы, и вторичный, прорастающий из соседних органов, напр. желудка, желчных путей.

Значительно реже вторичный рак поджелудочной железы возникает вследствие метастазирования из отдаленных органов.

Первым описал рак поджелудочной железы Морганьи (1761). В дальнейшем, особенно в конце 19 в., о раке поджелудочной железы сообщали Классен (1842), Анселе (1864), Сойка (1876), В.М. Керниг (1881), Бард и Пик (1888) и многие другие авторы.

Большой вклад в дело изучения клиники рака поджелудочной железы и хирургического его лечения внесли русские и советские ученые: Н.Д. Монастырский (1888), А.В. Мартынов (1897), А.С. Мануйлов (1902), И.И. Греков (1922), И.Г. Руфанов (1926), Н.И. Лепорский (1951), В.В. Виноградов (1959), А.Н. Великорецкий и сотрудники (1959), А.А. Шелагуров (1960) и др.

Статистические данные о частоте рака поджелудочной железы различны. По статистическим определениям, первичный рак поджелудочной железы по отношению к общему числу раковых заболеваний колеблется от 1 до 7%.

По данным Вокуса (1946), первичный рак поджелудочной железы наблюдается у 0,1% всех больных, направляемых на стационарное лечение; он составляет от 0,3 до 0,75% всего числа секционных случаев и 1-2% всех раковых заболеваний.

По данным В.В. Виноградова, с 1926 по 1955 г. больные раком поджелудочной железыежегодно составляли 0,1% к общему числу больных, госпитализированных в 1-й Городской больнице города Москвы. Рак поджелудочной железы составил 0,6% по отношению к общему числу вскрытий и 4% по отношению к другим локализациям рака.

По данным пропедевтической терапевтической клиники и кафедры патологической анатомии Московского медицинского института, в период с 1928 по 1955 г. на 22 458 вскрытий лиц, умерших в терапевтических клиниках этого института, было 3430 со злокачественными новообразованиями различных органов, из них раком органов пищеварения страдали 1756 человек, в т. ч. раком поджелудочной железы - 151 человек.

Следовательно, рак поджелудочной железы составляет 4,4% по отношению ко всем случаям рака и 8,6% по отношению к раку органов пищеварения.

По статистическим данным большинства авторов, рак поджелудочной железы встречается с большей частотой у мужчин. По Н.И. Лепорскому, отношение этого заболевания у мужчин и женщин равно 1,4.: 1 по старым данным и 2,5: 1 - по более новым данным; по данным Г.Н. Карапетяна - 1,3:

1.

Рак поджелудочной железы является заболеванием пожилого возраста-от 50 до 70 лет, средний возраст 56-59 лет. Тем не менее в редких случаях рак поджелудочной железы наблюдался у детей в возрасте 6 месяцев, 2-5 лет, у молодых людей в возрасте 13-25 лет и у стариков старше 90 лет.

Этиология рака поджелудочной железы, так же как и рака других органов, до настоящего времени остается неизвестной.

Существуют лишь предположения о значении некоторых факторов, предрасполагающих к возникновению рака поджелудочной железы: наследственная отягощенность, нарушения питания, злоупотребление алкоголем (у многих больных в анамнезе отмечают алкоголизм, который при наличии фиброзных изменений в поджелудочной железе может играть роль предрасполагающего фактора).

Уже давно высказывались предположения о значении хронических воспалительных изменений поджелудочной железы в возникновении новообразования. При наличии опухоли в поджелудочной железе всегда наблюдаются хронические воспалительные изменения.

Однако до сих пор неясно, предшествуют ли эти воспалительные изменения развитию опухоли или, быть может, они являются вторичными, возникающими после развития новообразования.

В работах последних лет, в частности, указывают на связь хронического воспалительного процесса (кальцифицирующий панкреатит) с развитием рака*.*

Подобно тому как нередко сочетаются желчнокаменная болезнь с карциномой желчного пузыря или цирроз печени с первичным раком печени, по-видимому, можно говорить и о сочетании хронического панкреатита и рака поджелудочной железы, если воспаление поджелудочной железы существует длительно и в панкреатическом протоке имеются камни.

Клиника рака поджелудочной железы может на ранних этапах напоминать картину хронического панкреатита. У 10-15 % больных первичным раком поджелудочной железы находят хронический холецистит (Бокус).

Так, по данным некоторых авторов, у 70% больных хроническим холециститом наблюдается сопутствующий хронический панкреатит; можно полагать, что в этих случаях хронический холецистит играет роль предрасполагающего фактора.

Значение травмы поджелудочной железы в возникновении новообразования нужно оценивать с точки зрения развития хронического панкреатита.

К предраковым состояниям, помимо хронических воспалительных, гиперпластических процессов, относят также кисты, аденомы (В.И. Янишевский).

Указывают на сочетание в большом числе случаев сахарного диабета и рака поджелудочной железы.

Локализацияи структура рака поджелудочной железы Опухоль поражает либо всю железу, либо располагается в каком-нибудь из ее отделов - в головке, теле или хвостовой части.

Головка поджелудочной железы является местом наиболее частой локализации рака этого органа (от 50 до 82%, по данным различных авторов).

Более частое поражение опухолевым процессом головки железы, возможно, объясняется тем, что проходящий в ней панкреатический проток расположен близко к общему желчному протоку и двенадцатиперстной кишке и более подвержен воспалительным процессам.

Необходимо, однако, отметить, что не во всех случаях головка железы бывает первоначальным местом локализации раковой опухоли; иногда она поражается вторично в связи с распространением опухоли с тела или хвоста.

Тотальное распространение рака по всей железе наблюдается почти в два раза реже, чем поражение раком одной головки.

Локализация раковой опухоли в теле железы и особенно в хвостовой ее части встречается реже.

Раковая опухоль может располагаться как в глубине поджелудочной железы, так и более поверхностно, причем эти особенности расположения могут оказать влияние на развитие клинической картины.

Опухоль может иметь вид ограниченного узла или же имеет склонность к диффузному распространению. По своим размерам опухоли могут быть различными: от маленьких узелков до величины головы взрослого.

Как правило, большой величины достигают только опухоли тела и хвоста железы; раки головки не достигают таких больших размеров, т. к, тяжелые расстройства при этой локализации рака приводят к смерти раньше, чем опухоль достигнет больших размеров.

При пальпации опухоль представляется бугристой и плотной, однако подобная плотность определяется и при хронических фиброзных панкреатитах, и это обстоятельство может вызвать затруднения для диагностики даже во время операции.

По гистологическому строению различают несколько видов рака поджелудочной железы. Опухоли, исходящие из эпителия панкреатических протоков, представляют собой цилиндро-клеточную аденокарциному.

Они встречаются наиболее часто и обычно располагаются в головке железы. Это преимущественно скиррозные опухоли плотной консистенции.

Опухоль, развивающаяся из эпителия ацинусов, состоит из пирамидальных или полиэдрических клеток. Этот вид опухоли, так называемый медуллярный рак, имеет мягкую консистенцию и мясистый вид. Третий вид рака поджелудочной железы - цистаденокарцинома, достигающая иногда большой величины.

Эпителий островкового аппарата весьма редко является исходным пунктом для развития рака, а при карциномах, развивающихся из эпителия экскреторного отдела поджелудочной железы, островки Лангерганса в опухолевый процесс обычно не вовлекаются, но часто гипертрофируются и число их может увеличиваться.

В развитии клинической картины заболевания имеют важное значение способ распространения опухоли за пределы органа и характер метастазирования. По Н.И. Лепорскому, существуют 4 вида распространения опухоли поджелудочной железы:

1. Непосредственное распространение опухоли по железе и прорастание ею соседних анатомических образований.

При локализации в головке рак раньше всего прорастает нижний отдел общего желчного протока и сдавливает его, а также вирзунгов проток.

Реже опухоль оттесняет и сдавливает желудок, двенадцатиперстную кишку и поперечную ободочную кишку, еще реже сосуды селезенки, воротную вену, верхнюю брыжеечную и нижнюю полую вены.

Если опухоль прорастает желудок или двенадцатиперстную кишку, то развивается изъязвление.

2. Гематогенное распространение по кровеносным сосудам, в первую очередь по воротной вене. В этих случаях возможен тромбоз внутрипеченочных ветвей воротной вены.

3. Распространение элементов опухоли возможно и по периневральным пространствам. По-видимому, такой путь, в частности, является одной из причин столь сильных абдоминальных болей при раке поджелудочной железы.

4. Метастазирование может идти по лимфатическим путям. При этом прежде всего поражаются регионарные лимфатические узлы, окружающие поджелудочную железу и печень, затем параортальные, легочные и реже другие лимфатические узлы.

Метастазы в различные органы по частоте распределяются следующим образом: первое место занимает печень, затем следуют лимфатические узлы в брюшной полости, легкие, брюшина, брыжейка, селезенка, желудок, плевра, толстые кишки, сальник, реже другие органы.

Рак тела и хвоста железы обычно имеет тенденцию распространяться более массивно и метастазировать более широко, чем рак головки. Ряд авторов отмечает как частое явление, особенно при раке тела и хвоста поджелудочной железы, образование множественных венозных тромбов; по Спрулу, они могут быть у 14,4% больных.

Это явление И.В. Давыдовский ставит в связь с тромбопластическими свойствами трипсина, отделяемого опухолью, и повышением свертываемости крови. Нередко рак поджелудочной железы сочетается с жировой инфильтрацией печени.

Рентгенологическое исследование поджелудочной железы сопряжено со значительными трудностями из-за невозможности выявления ее тени на обычных рентгенограммах и ввиду отсутствия контрастных веществ, накапливаемых или выделяемых железой.

Рентгенодиагностика опухолей и кист поджелудочной железы основывается на выявлении ряда прямых и косвенных признаков.

Выявление прямых признаков возможно только при помощи поперечной или боковой томографиипосле забрюшинного введения 1500-1700 млгаза и одновременного раздувания желудка или одновременного пневмоперитонеума[Бетульер, Макаршин и Олива, Людин, А.П. Родзаевский, Г.И. Варновицкий].

Прямым признаком опухоли поджелудочной железы является увеличение тени органа, имеющего обычно в таких случаях неровные бугристые контуры.

При прорастании опухоли за пределы поджелудочной железы определяется тень, которая по величине значительно превышает истинные размеры самого новообразования, поскольку газ не может проникнуть в клетчатку, окружающую поджелудочную железу.

Определенное диагностическое значение имеют косвенные рентгенологические признаки, если они оцениваются в рамках всей клинической картины болезни.

Тем не менее ни один из косвенных признаков не является присущим именно поражению поджелудочной железы, т.к может возникнуть и при некоторых заболеваниях панкреато-дуоденальной области.

Для выявления косвенных признаков опухоли поджелудочной железы производится исследование желудочно-кишечного тракта, желчных путей и желчного пузыря, почек, мочеточников и позвоночника.

При опухолях головки поджелудочной железы можно обнаружить вдавления на большой кривизне антрального отдела желудка и изменения со стороны двенадцатиперстной кишки в виде смещений, различного рода вдавлений и разрушения складок слизистой оболочки вследствие прорастания новообразования в стенку кишки.

Лучше всего эти изменения обнаруживаются при исследовании двенадцатиперстной кишки в условиях искусственно созданной ее гипотонии.

Эти же опухоли в результате сдавления или прорастания общего желчного протока приводят к застою желчи в печени и желчном пузыре. Последний выявляется у части больных на обзорной рентгенограмме без применения контрастных веществ.

По данным Л.Д. Линденбратена, желчный пузырь у таких больных не сокращается после приема пищи. При опухолях головки поджелудочной железы, кроме того, можно обнаружить компрессионную деформацию правой почечной лоханки.

Опухоли тела поджелудочной железы обусловливают изменения задней стенки и малой кривизны желудка (вдавления, смещения, неровные контуры, признаки прорастания), а также разрушение передней поверхности тел позвонков на уровне железы.

Опухоли хвоста железы вызывают смещения и вдавления на большой кривизне желудка, иногда прорастают его стенку и сдавливают левую почечную лоханку.

Большие опухоли поджелудочной железы могут вызывать различные изменения верхнего контура ободочной кишки (вдавления, смещения, признаки прорастания).

Сложность распознавания опухолей поджелудочной железы и трудности дифференциации с хроническим панкреатитом приводят в некоторых случаях к необходимости продолжать рентгенологическое исследование на операционном столе.

При этом контрастное вещество вводится непосредственно в вирзунгов или общий желчный проток.

В первом случае при раке можно обнаружить ампутацию вирзунгова протока или его разветвлений, в отличие от хронического панкреатита, при котором выявляется картина деформации протоков.

С помощью второго метода при раковой опухоли можно выявить картину сдавления, оттеснения или прорастания общего желчного протока.

Кисты поджелудочной железы также могут проявляться прямыми и косвенными рентгенологическими признаками.

Прямой признак кисты поджелудочной железы может быть выявлен томографически в виде тени новообразования с округлыми четкими контурами и с изображением капсулы.

Томографическое исследование при подозрении на кисту поджелудочной железы производится при забрюшинном введении газа.

Косвенные признаки кист поджелудочной железы в зависимости от их локализации заключаются в смещениях различных отделов желудочно-кишечного тракта и в компрессионной деформации лоханок той или иной почки.

Обычно кисты достигают более значительных размеров, чем раки, и описанные косвенные признаки при них более выражены.

При кистах, не имеющих злокачественного перехода, отсутствуют признаки прорастания стенок желудочно-кишечного тракта.

Камни поджелудочной железы могут обнаруживаться рентгенологически только в тех случаях, если они содержат соли извести.

Перед исследованием кишечник больного должен быть тщательно очищен. После этого производят рентгенографию области поджелудочной железы в прямой и боковой проекциях.

При этом могут быть обнаружены тени одиночных или множественных конкрементов.

Для окончательного уточнения их локализации необходимо заполнить желудок и двенадцатиперстную кишку взвесью бария и повторить рентгенограммы в тех же проекциях.

Камни поджелудочной железы располагаются позади желудка и внутри кольца двенадцатиперстной кишки.