

ГЛАВА 15

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (C25.0)

В течение последних десяти лет количество ежегодно регистрируемых случаев заболевания злокачественными опухолями поджелудочной железы в Беларуси практически не изменялось: в год заболевало около 800 - 900 человек.

В 2010 году в республике раком поджелудочной железы заболело 902 человека: 467 мужчин и 435 женщин. У 31 больного (3,4%) установлена I стадия заболевания, 180 (20,0%) – II, у 277 (30,7%) – III стадия, у 310 (34,4%) – IV стадия заболевания.

Грубый интенсивный показатель заболеваемости раком поджелудочной железы для всего населения республики составил $9,3^{0}/_{0000}$, для мужчин — $10,4^{0}/_{0000}$, для женщин — $8,4^{0}/_{0000}$. Стандартизованные показатели заболеваемости — $5,5^{0}/_{0000}$, $7,6^{0}/_{0000}$, $4,0^{0}/_{0000}$ соответственно.

На конец года в онкологических учреждениях республики состояло на учете 860 пациентов, больных раком поджелудочной железы (406 мужчин и 454 женщины). Болезненность в целом по республике составила $8,9^{0}/_{0000}$, $9,0^{0}/_{0000}$ — у мужчин и $8,8^{0}/_{0000}$ — у женщин.

В 2010 году умерло 758 больных (416 мужчин и 342 женщины). Грубый интенсивный показатель смертности составил в целом $7,8^{0}/_{0000}$, $9,2^{0}/_{0000}$ — у мужчин и $6,6^{0}/_{0000}$ — у женщин, а стандартизованный — $4,6^{0}/_{0000}$, $6,9^{0}/_{0000}$, $3,1^{0}/_{0000}$ соответственно.

Одногодичная летальность для всего населения была 79,1%, у мужчин – 80,9%, у женщин – 76,8%.

Соотношение смертности и заболеваемости раком поджелудочной железы выглядело следующим образом: 0,84 – среди всего населения, 0,89 – у мужчин, 0,79 – у женщин.

129. Гистологическая классификация (таблица 43)

Согласно 3-му изданию международной «Гистологической классификации опухолей экзокринной части поджелудочной железы».

Таблица 43

8041/3	Мелкоклеточная карцинома, БДУ
8042/3	Овсяноклеточная карцинома
8043/3	Мелкоклеточная карцинома
8044/3	Мелкоклеточная карцинома, промежуточноклеточный вариант
8045/3	Комбинированная мелкоклеточная карцинома (рак)
8046/3	Немелкоклеточная карцинома
8070/2	Плоскоклеточная карцинома in situ, БДУ
8070/3	Плоскоклеточная карцинома, БДУ
8140/3	Аденокарцинома, БДУ
8141/3	Скиррозная аденокарцинома
8144/3	Аденокарцинома, кишечный тип
8145/3	Карцинома, диффузный тип
8148/2	Протоковая интраэпителиальная неоплазия III степени
8154/3	Смешанная ацинарно-эндокринная карцинома

8154/3	Смешанная протоково-эндокринная карцинома
8214/3	Париетально-клеточная карцинома
8246/3	Нейроэндокринная карцинома БДУ
8255/3	Смешанноклеточная аденокарцинома
8260/3	Папиллярная аденокарцинома, БДУ
8310/3	Светлоклеточная аденокарцинома, БДУ
8320/3	Зернистоклеточная карцинома
8430/3	Мукоэпидермоидная карцинома
8441/3	Серозная цистоаденокарцинома
8452/3	Солидная псевдопапиллярная карцинома
8453/2	Внутрипротоковая папиллярно-муцинозная карцинома
	неинвазивная
8453/3	инвазивная
8470/3	Муцинозная цистоаденокарцинома
8480/3	Муцинозная аденокарцинома
8481/3	Муцинопродуцирующая аденокарцинома
8490/3	Перстневидноклеточная карцинома
8500/3	Протоковая аденокарцинома
8550/3	Ацинарноклеточная карцинома
8551/3	Ацинарноклеточная цистоаденокарцинома
8560/3	Железисто-плоскоклеточная карцинома
8971/3	Панкреатобластома

130. Классификация TNM (7-е издание, 2009 год)

130.1. Правила классификации.

Классификация применима к ракам экзокринного отдела и нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы, включая карциномы. Должно быть гистологическое или цитологическое подтверждение заболевания.

131. Анатомические части

C.25.0 Головка поджелудочной железы¹

C25.1 Тело поджелудочной железы²

C25.2 Хвост поджелудочной железы³

C25.3 Проток поджелудочной железы

C25.4 Панкреатический островок (островок Лангерганса) (эндокринная часть поджелудочной железы)

Примечание:

К опухолям головки поджелудочной железы относятся опухоли, возникающие в зоне, расположенной справа от левого края верхней мезентериальной вены. Крючковидный отросток является частью головки.

К опухолям тела поджелудочной железы относятся опухоли, возникающие в зоне, ограниченной левым краем верхней мезентериальной вены и левым краем аорты.

К опухолям хвоста поджелудочной железы относятся опухоли, возникающие в зоне, ограниченной левым краем аорты и воротами селезенки.

132. Регионарные лимфатические узлы

Регионарными узлами являются перипанкреатические узлы, которые можно подразделить на следующие:

Верхние	Сверху от головки и тела
Нижние	Снизу от головки и тела
Передние	Передние панкреатикодуоденальные, пилорические (только для головки) и проксимальные брыжеечные
Задние	Задние панкреатикодуоденальные, общего желчного протока и проксимальные брыжеечные
Селезёночные	Ворота селезёнки и хвост поджелудочной железы (только для опухолей тела и хвоста)
Чревные	(только для опухолей головки)

133. Клиническая классификация TNM (7-е издание, 2009 год)

133.1. T – первичная опухоль

Tx – первичная опухоль недоступна оценке

T0 – нет признаков первичной опухоли

Tis – рак in situ

T1 – опухоль ограничена поджелудочной железой, 2см или меньше в наибольшем измерении

T2 – опухоль ограничена поджелудочной железой, более 2см в наибольшем измерении

T3 – опухоль распространяется за пределы поджелудочной железы, но без вовлечения чревного ствола или верхней брыжеечной артерии

T4 – опухоль поражает чревный ствол или верхнюю брыжеечную артерию

Примечание: Tis включает также “PanIN-III” классификацию.

133.2. N – регионарные лимфатические узлы

Nx – регионарное метастазирование недоступно оценке

N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов

N1 – имеется поражение регионарных лимфатических узлов метастазами

133.3. M – отдаленные метастазы

M0 – отсутствие отдаленного метастазирования

M1 – наличие отдаленного метастазирования

133.4. Патогистологическая классификация pTNM

Категории pT и pN соответствуют категориям T и N.

pM1 – отдаленный метастаз, подтвержденный микроскопически

Примечание: pM0 и pMx являются недействующими категориями.

pN0 – гистологическое заключение о состоянии регионарных лимфоузлов должно быть основано на исследовании 10 или более лимфатических узлов. Если в исследованных лимфатических узлах нет метастазов, но их количество менее 10 – случай классифицируется как pN0.

133.5. Гистопатологическая дифференцировка G

Gx – степень дифференцировки не может быть оценена

G1 – высокая степень дифференцировки

G2 – умеренная степень дифференцировки

G3 – низкая степень дифференцировки

G4 – недифференцированный рак

133.6. Группировка по стадиям (таблица 44)

Таблица 44

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия IA	T1	N0	M0
Стадия IB	T2	N0	M0
Стадия IIA	T3	N0	M0
Стадия IIB	T1-3	N1	M0
Стадия III	T4	Любой N	M0
Стадия IV	Любая T	Любой N	M1

134. Резюме (таблица 45)

Таблица 45

T1	В пределах поджелудочной железы ≤ 2 см
T2	В пределах поджелудочной железы > 2 см
T3	За пределами поджелудочной железы
T4	Чревный ствол или верхняя брыжеечная артерия
N1	Регионарные

135. Диагностические мероприятия.

135.1. Обязательный объем обследования

135.1.1. Лабораторные исследования:

группа крови и резус-фактор;

серореакция на сифилис;

HbSAg,

общий анализ крови;

общий анализ мочи;

амилаза мочи;

биохимическое исследование крови (общий белок, мочеви́на, креатинин, билирубин, глюкоза, амилаза, АсАТ, АлАТ, щелочная фосфатаза, ЛДГ, холестерин, электролиты - K, Na, Ca, Cl);

опухольный маркер - СА 19-9, (при условии нормального уровня

билирубина и отсутствия признаков холангита);

коагулограмма (АЧТВ, ПВ, ТВ, фибриноген) - на этапе предоперационной подготовки.

физикальное обследование;

пальцевое исследование прямой кишки;

135.1.2. Инструментальные методы исследования

компьютерная ангиография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (динамическое трехфазное исследование);

фиброгастродуоденоскопия;

рентгенография органов грудной клетки;

рентгенологическое исследование желудка и 12-перстной кишки;

УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства;

ЭКГ.

135.2. По показаним выполняются:

биопсия опухоли (чрескожная тонкоигольная аспирационная биопсия опухоли под КТ, УЗИ контролем; тонкоигольная аспирационная биопсия опухоли под эндоУЗИ контролем);

эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (далее — ЭРХПГ);

чрескожная чреспеченочная холангиография (далее - ЧЧХГ);

фиброколоноскопия;

магнитно-резонансная томография (далее - МРТ);

магнитно-резонансная холангиопанкреатография (далее - МРХПГ);

эндоультрасонография;

ирригоскопия;

лапароскопия;

торакоскопия;

ультразвуковое доплеровское исследование чревного ствола и его ветвей, воротной вены, мезентериальных сосудов;

компьютерная томография органов грудной клетки.

135.3. Алгоритм предоперационного обследования, стадирования опухолевого процесса и определение лечебной тактики (таблица 46).

Таблица 46

Клиническое подозрение на опухоль или признаки расширения панкреатического и/или желчного протока				
↓				
спиральная компьютерная ангиотомография, УЗИ, СА-19-9				
↓				
опухоль (-)	опухоль (+)			
МРТ/МРХПГ ЭРХПГ ЭндоУЗИ	М1	Нерезектабельная опухоль М0	Резектабельная опухоль, М0	
↓	↓	↓	↓	
Окончательный диагноз, лечение	морфологическая верификация диагноза		ликвидация желтухи, морфологическая верификация диагноза	
	паллиативные хирургические вмешательства и/или химиотерапия	паллиативные хирургические вмешательства и/или ХТ, ХЛТ,	хирургическое лечение	
			↓	
			R0	R1-2
			↓	↓
		ХТ	ХТ или ХЛТ	

136. Общие принципы лечения.

Лечение рака поджелудочной железы (далее – ПЖ) может быть хирургическим, химиотерапевтическим, химиолучевым, комбинированным или симптоматическим. В выборе метода лечения рака ПЖ исходят из данных предоперационной инструментальной оценки наиболее вероятной морфологической сущности опухоли, ее резектабельности, учитывают возраст больного, их соматический статус, наличие таких осложнений заболевания, как механическая желтуха, нарушение эвакуации из желудка или кишечная непроходимость. Важнейшим фактором является локализация опухоли, предрасполагающая различный объем операции.

Все современные методы хирургического лечения рака ПЖ можно подразделить на радикальные и паллиативные.

136.1. Радикальное хирургическое лечение больных раком ПЖ основано на применении следующих хирургических операций:

Гастропанкреатодуоденальная (проксимальная, панкреато-дуоденальная) резекция (далее — ГПДР).

Панкреатэктомия (тотальная панкреатикодуоденэктомия).

Дистальная (левосторонняя, корпорокаудальная или субтотальная) резекция поджелудочной железы.

136.1.1. Стандартная ГПДР включает пересечение ПЖ в области перешейка приблизительно в 1 см от опухоли, холецистэктомию и пересечение общего желчного протока выше впадения пузырного, пересечение желудка на границе дистальных его двух третей или двенадцатиперстной кишки ниже привратника на 1,5-2 см. Дистальной границей резекции является первая петля тощей кишки, что позволяет подвести ее к культе поджелудочной железы без натяжения. В удаляемый комплекс включают следующие группы лимфатических узлов:

лимфатические узлы правой стороны гепатодуоденальной связки – верхние и нижние лимфоузлы общего желчного протока и вокруг пузырного протока (N 12b1, 12b2, 12c);

задние панкреатодуоденальные лимфатические узлы (N 13a, 13b);

лимфатические узлы правой стороны верхней брыжеечной артерии от ее устья у аорты до уровня нижней панкреатодуоденальной артерии (N 14a,14b);

передние панкреатодуоденальные лимфатические узлы (N 17a,17b);

дополнительно иссекаются лимфоузлы переднее-верхней области общей печеночной артерии (N 8a).

136.1.2. Пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция (далее – ППДР). В настоящее время четких показаний к выполнению ППДР нет. Данный вид оперативного вмешательства не стоит выполнять при наличии у больного сопутствующей язвенной болезни желудка, при распространении опухоли на желудок и на луковицу двенадцатиперстной кишки, при невозможности выполнить адекватный объем лимфодиссекции инфрапилорических лимфатических узлов.

136.1.3. Дистальная резекция ПЖ выполняется при локализации опухоли в ее хвосте и/или теле. Такая локализация встречается у 15-25% больных раком ПЖ. В соответствии с закономерностями локорегионарного распространения

рака тела и хвоста ПЖ при нем осуществляется дистальная резекция ПЖ с удалением селезенки. Даже при поражении только хвоста ПЖ резекция должна включать и тело, и хвост. В соответствии с консенсусом, достигнутый группой широко известных европейских специалистов в области хирургии рака ПЖ (Pedrazzoli S. et al., 1999), стандартная дистальная резекция поджелудочной железы – это резекция дистальных отделов железы, дополненная спленэктомией, при которой ПЖ пересекается справа от верхней брыжеечной или воротной вены с пересечением селезеночной артерии у ее устья, пересечением нижней брыжеечной вены и селезеночной вены непосредственно у конfluence воротной вены. Эта операция дополняется удалением лимфатических узлов в соответствии с анатомической классификацией следующих групп:

- вокруг чревного ствола (N9);
- в воротах селезенки (N10);
- вдоль селезеночной артерии (N11);
- по нижнему краю тела и хвоста железы (N18).

136.1.4. Тотальная дуоденопанкреатэктомия (далее - ТДПЭ).

136.1.4.1. Показания для выполнения ТДПЭ:

- диффузное поражение ПЖ раком (6%);
- мультицентрический рост опухоли (12%);

распространение рака головки ПЖ на ее тело (или выявление опухолевых клеток по границе резекции при срочном интраоперационном морфологическом исследовании после завершения ПДР);

патологические изменения культи ПЖ и главного панкреатического протока, не позволяющие наложить панкреатикодигестивный анастомоз или выполнить его окклюзию.

136.1.4.2. Выполнение ТДПЭ включает соответствующие этапы ГПДР и дистальной резекции ПЖ. В типичных случаях весь комплекс выделяется единым блоком. Как и ГПДР, экстирпация ПЖ не обязательно должна сопровождаться резекцией желудка; возможно использование методики операции с сохранением желудка и привратника. В процессе мобилизации ПЖ ключевое значение имеют выделение, изолированная перевязка и пересечение селезеночной артерии вблизи ее устья и селезеночной вен вблизи ее слияния с верхней брыжеечной веной.

136.1.4.3. Реконструктивный этап менее сложен, чем при ГПДР включает создание лишь двух анастомозов – билиодигестивного и желудочно-кишечного, методика формирования которых соответствует применяемой при ГПДР.

136.1.5. Критерии резектабельности рака ПЖ: наличие прослойки ткани между опухолью и сосудами (верхнебрыжеечная артерия, чревный ствол/общая печеночная артерия), а также свободная зона слияния верхнебрыжеечной и селезеночной вен.

136.1.6. Критерии пограничной резектабельности рака ПЖ: инфильтрация опухолью верхнебрыжеечной артерии на 180° по окружности и менее; инвазия короткого сегмента общей печеночной артерии (обычно в области отхождения желудочно-двенадцатиперстной артерии); окклюзия короткого сегмента верхнебрыжеечной/ портальной вены с удобным для резекции и реконструкции расположением сосудов выше и ниже.

136.1.7. Критерии нерезектабельности рака ПЖ: инфильтрация опухолью верхнебрыжеечной артерии на 180° по окружности и более; инфильтрация опухолью чревного ствола на 180° по окружности и более; окклюзия верхнебрыжеечной/ портальной вены без возможности реконструкции сосудов.

136.1.8. Любые виды хирургических операций выполняются после купирования механической желтухи при цифрах общего билирубина в крови больных ниже 100 мкмоль/л.

137. Паллиативные операции при раке ПЖ.

Низкая резектабельность при раке ПЖ делает практически неизбежным применение ряда паллиативных вмешательств, имеющих симптоматический смысл и облегчающий самочувствие и состояние больных. Из всего многообразия клинического проявления рака ПЖ паллиативные хирургические вмешательства, как правило, выполняются только при трех наиболее тяжелых осложнениях заболевания: механической желтухе, дуоденальной непроходимости, нестерпимых (некупируемых) болях.

137.1. Билиарная декомпрессия при механической желтухе.

137.1.2. Показания:

137.1.2.1. как первый этап лечения больных резектабельным раком ПЖ, осложненным механической желтухой;

137.1.2.2. при нерезектабельном раке ПЖ, но при отсутствии внутripеченочных метастазов, разобщающих сегментарные желчные протоки в обеих долях печени.

137.1.3. При выборе метода желчеотведения необходимо учитывать следующее:

137.1.3.1. уровень опухолевой обструкции билиарного дерева.

137.1.3.2. распространенность опухолевого поражения и состояние больного, т.е. планируется ли после билиарной декомпрессии удаление опухоли;

137.1.3.3. прогнозируемое время жизни больного после желчеотведения, если радикальная операция не планируется;

137.1.3.4. угроза осложнений и качество технологического исполнения того или иного метода желчеотведения.

137.2. Интраоперационные методы декомпрессии желчных протоков.

137.2.1. Применяемые в настоящее время билиодигестивные анастомозы:

холецистоеюноанастомоз;

холецистогастроанастомоз;

холецистодуоденоанастомоз;

холедоходуоденоанастомоз;

холедохоэнтероанастомоз;

гепатикоэнтероанастомоз.

137.2.2. Анастомозы с желчным пузырем наиболее просты и безопасны. Однако формирование его может быть выполнено только при достаточно высоком (более 1 см от края опухолевой инвазии) уровне впадения пузырного протока в общий желчный.

137.2.3. Анастомозы с общим желчным протоком являются более сложным и рискованным видом желчной декомпрессии при нерезектабельном раке ПЖ.

137.2.4. Гепатикоеноаноанастомоз имеет наиболее широкие показания. При этом в соустье с тощей кишкой может участвовать как общий печеночный проток, так и печеночные протоки более мелкого калибра. Анастомоз лучше формировать с мобилизованной по Ру петлей тощей кишки, т. к. практически исключает рецидив желтухи и холангит в позднем периоде. Указанный анастомоз предпочтителен среди больных неоперабельным билиопанкреатодуоденальным раком, осложненным механической желтухой, с прогнозируемым временем жизни больного более 6 месяцев.

Выполнение холецистогастро- и холецистодуоденоанастомоза допустимы лишь в единичных случаях в качестве вынужденного вмешательства: например, при обширном метастазировании опухоли в лимфатические узлы корня брыжейки тонкой кишки, а также при крайне тяжелом состоянии больных, когда нужно максимально сократить продолжительность операции.

137.3. Наружное дренирование выполняется в виде:

холецистостомии (может осуществляться как лапароскопическая холецистостомия (ЛХС), так и чрескожная чреспеченочная холецистостомия под контролем УЗИ, КТ);

гепатикостомии;

эндоскопическое билиарное дренирование и стентирование;

чрескожного чреспеченочного дренирования желчных протоков.

Этот тип оперативного вмешательства крайне неблагоприятен у тяжелых больных, так как заведомо обрекает их на существование наружного желчного свища. Однако, иногда эта операция является единственно возможным способом сохранения жизни больным.

137.4. Для устранения непроходимости двенадцатиперстной кишки используют в основном гастроэнтероанастомоз. Более оправдано применение переднего впередиободочного гастроэнтероанастомоза длинной петле с межкишечным соустьем, что продиктовано опасностью инвазивного роста опухоли или ее метастазирования в брыжейку поперечной ободочной кишки и возможным вовлечением в неопластический процесс созданного соустья.

138. Химиотерапия.

138.1. Кальция фолинат 20 мг/м² в вену в течение 10 мин., затем флуороурацил 425 мг/м² в вену в течение 10 мин. Препараты вводят в 1-й, 2-й, 3-й, 4-й и 5 дни. 6 курсов. Интервал между курсами 4 недели.

138.2. Гемцитабин 1000 мг/м² (инфузия в вену в течение 30 минут) 1, 8, 15-й дни 6 курсов. Интервал между курсами 4 недели;

138.3. Гемцитабин 1000 мг/м² (инфузия 30 минут) раз в неделю в течение 7 недель. После 2-недельного перерыва 3 еженедельных введения, 2- недельный перерыв, 3 еженедельных введения и т.д.

138.4. FOLFIRINOX: оксалиплатин 85 мг/м² в вену в течение 2 часов, затем кальция фолинат 400 мг/м² в вену в течение 2 часов, через 30 минут иринотекан 180 мг/м² в вену в течение 90 минут через Y-коннектор, затем флуороурацил 400 мг/м² в вену струйно, затем инфузия 400 мг/м² в течение 46 часов. Повторные курсы через 2 недели.

139. Химиолучевая терапия.

139.1. Химиотерапия: флуороурацил вводят в/в струйно в дозе 500 мг/м² в 1-3 дни первой и последней (обычно 1-й и 5-й) недель лучевой терапии.

139.2. Проводится 3D конформная лучевая терапия на фоне проведения химиотерапии в РОД 1,8Гр, СОД 45-54Гр, при необходимости с оптимизацией дозы, т.е. с использованием модуляции интенсивности дозы (IMRT), на послеоперационное ложе опухоли, проекцию регионарных лимфатических узлов; ложем опухоли считается проекция опухоли на заднюю стенку живота. Ложе опухоли и края резекции определяются по данным предоперационной компьютерной томографии, по локализации скрепочного шва, маркировке границ клипсами во время операции. В случаях выполнения хирургического вмешательства химиолучевая терапия проводится через 6-8 недель после операции.

139.3. Лучевая терапия обычно проводится с двух (AP-PA) или нескольких противоположных полей с защитой спинного мозга (максимум СОД не более 45 Гр при резектабельных опухолях или при адьювантном облучении; при нерезектабельных опухолях или при предоперационном облучении – максимум СОД не более 45 Гр в объеме облучения спинного мозга не более 0,03 см³), ограничением облучения печени (средняя СОД не должна превышать 30 Гр – при нерезектабельных опухолях или при предоперационном облучении; средняя СОД не должна превышать 25 Гр – при резектабельных опухолях или при адьювантном облучении), почек (общий объем почечной паренхимы, включаемый в зону облучения, не должен превышать 2/3 одной почки), сердца (не более 30% миокарда получают дозу в 40 Гр), желудка, 12-перстной кишки, тонкой кишки (максимум СОД не более 55 Гр; не более 30% объема каждого из указанных органов получает дозу в интервале 45-55 Гр – при нерезектабельных опухолях или при предоперационном облучении; не более 10% объема каждого из указанных органов получает дозу в интервале 50-54 Гр – при резектабельных опухолях или при адьювантном облучении). При использовании боковых полей дозы, подводимая с одного бокового поля не должны превышать 20 Гр.

У всех пациентов применяется положение «лежа на спине» при симуляции и лечении.

140. Лечение по стадиям.

140.1. Стадия IA-B. Хирургическое лечение. Адьювантная химиотерапия (6 курсов химиотерапии по схеме флуороурацил + кальция фолинат). Химиолучевая терапия при R1 резекции.

140.2. Стадия IIА-В, III. Хирургическое лечение при резектабельных опухолях. Адьювантная химиотерапия (6 курсов химиотерапии по схеме флуороурацил + кальция фолинат). Химиолучевая терапия при нерезектабельных, а также в случаях при R1-2 резекции. Паллиативные хирургические вмешательства.

140.3. Стадия IV. Химиотерапия. Паллиативные хирургические вмешательства. Симптоматическая терапия.

140.4. Рецидив рака ПЖ. Химиотерапия. Паллиативные хирургические вмешательства. Химиолучевая терапия.

141. Наблюдение, сроки и объем обследования.

141.1. Режим наблюдения:

1-й год – 1 раз в 3 мес.

2-й год – 1 раз в 6 мес.

В последующем, пожизненно – 1 раз в год.

141.2. Объем наблюдения:

физикальное обследование;

лабораторное исследование;

опухольный маркер СА 19-9;

инструментальное исследование (ультразвуковое исследование брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, рентгенологическое исследование легких);

консультация смежных специалистов (гинеколог);

по показаниям: фиброколоноскопия, ирригоскопия, компьютерная томография, МРТ, сцинтиграфия костей скелета, лапароскопия.