Рак поджелудочной железы

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C25, D37.7 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии»

Рак поджелудочной железы — злокачественная опухоль эпителия поджелудочной железы, чаще протоковая аденокарцинома. Рекомендация описывает подтверждение диагноза и стадирование, оценку резектабельности, выбор хирургической, лекарственной и симптоматической тактики, а также наблюдение.

Главное

- Тактику определяют по TNM и резектабельности. Для адекватного послеоперационного стадирования необходимо исследовать не менее 12 лимфатических узлов.
- При планировании консервативного лечения морфологическая верификация обязательна; оптимальный способ получения материала — биопсия под контролем эндосонографии. При явно резектабельной опухоли отрицательная биопсия не должна задерживать операцию, если диагноз подтвержден на консилиуме.
- Основной метод оценки распространенности и резектабельности — КТ брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием, дополненная КТ грудной клетки и исследованием малого таза у женщин. КТ брюшной полости выполняют в 3–4 фазы; ручное введение контраста неприемлемо.
- CA 19-9 интерпретируют после билиарной декомпрессии, нормализации билирубина и купирования воспаления: желтуха и холангит могут повышать маркер.
- При резектабельном раке I–III стадий основа лечения — операция с последующей адъювантной химиотерапией (УУР B, УДД 2). При пограничně резектабельном и нерезектабельном процессе начинают с предоперационной или индукционной химиотерапии и затем повторно оценивают резектабельность.
- После операции адъювантную химиотерапию начинают в течение 3 месяцев, оптимально через 4–8 недель; если предоперационная химиотерапия уже длилась 6 месяцев, после операции возможно наблюдение без адъювантного этапа.
- При метастатическом процессе выбор режима зависит прежде всего от ECOG, билирубина, осложнений и сопутствующих заболеваний; при тяжелом общем состоянии проводят только симптоматическое лечение.

Диагностика

1. Собирают жалобы и анамнез, включая семейный анамнез, для определения тактики лечения (УУР C, УДД 5).
2. Проводят полный осмотр: ECOG, алиментарный статус, боль, температуру, гемодинамику, желтуху, периферические лимфоузлы и асцит (УУР C, УДД 5).
3. Выполняют общий анализ крови, биохимию, коагулограмму, общий анализ мочи, а также определяют РЭА и CA 19-9 (УУР C, УДД 5). Минимальная биохимия включает глюкозу, креатинин, общий билирубин, общий белок, АЛТ и АСТ. При старте первого курса химиотерапии давность общего анализа крови не должна превышать 14 дней, во время химиотерапии — 5 дней.
4. Для стадирования выполняют КТ брюшной полости и забрюшинного пространства с болюсным контрастированием, КТ грудной клетки и КТ малого таза у женщин (УУР C, УДД 5). ЭГДС проводят всем пациентам для оценки инвазии двенадцатиперстной кишки и распространенности процесса (УУР C, УДД 5).
5. МРТ применяют как альтернативу КТ при аллергии на йодсодержащий контраст или для уточнения подозрительных метастазов в печени; при механической желтухе, требующей дренирования, выполняют МРХПГ (УУР C, УДД 5). Эндосонография уточняет местную распространенность и помогает навигации при биопсии (УУР B, УДД 1).
6. Если лечение начинают с лекарственной терапии, получают биопсийный материал и проводят патолого-анатомическое исследование. При метастатическом заболевании дополнительно исследуют герминальные BRCA1/2 и PALB2, а в опухоли — KRAS и MSI; при системном лечении эти исследования рекомендованы всем соответствующим пациентам.

Лечение

- При резектабельном раке I–III стадий выполняют операцию и затем адъювантную химиотерапию (УУР B, УДД 2). Для опухоли головки стандартна панкреатодуоденальная резекция, для опухоли тела или хвоста — дистальная субтотальная резекция со спленэктомией (УУР C, УДД 4).
- Адъювантную химиотерапию начинают не позднее 3 месяцев после операции, оптимально через 4–8 недель (УУР A, УДД 1). При выполнении хирургического лечения без предоперационной химиотерапии длительность адъювантной химиотерапии составляет 6 месяцев. Предпочтителен mFOLFIRINOX: оксалиплатин 85 мг/м², иринотекан 150 мг/м², кальция фолинат 400 мг/м² и фторурацил 2400 мг/м² инфузионно 46 часов каждые 2 недели, всего 12 циклов. Альтернатива — GEMCAP: гемцитабин 1000 мг/м² в 1-й, 8-й и 15-й дни плюс капецитабин 1660 мг/м² ежедневно с 1-го по 21-й день каждые 4 недели, всего 6 циклов.
- При погранично резектабельном процессе проводят предоперационную химиотерапию 12–18 недель, при нерезектабельном — индукционную 12–24 недели с повторной оценкой резектабельности. Предпочтительны FOLFIRINOX или гемцитабин с наб-паклитакселом; при BRCA- или PALB2-мутациях выбирают FOLFIRINOX либо гемцитабин с соединениями платины. Общая длительность химиотерапии должна быть не менее 6 месяцев.
- При метастатическом процессе у пациентов ECOG 0–1, с билирубином менее 1,5 ВГН и без тяжелых осложнений подходят FOLFIRINOX или гемцитабин 1000 мг/м² плюс наб-паклитаксел 125 мг/м² в 1-й, 8-й и 15-й дни 28-дневного цикла. FOLFIRINOX включает оксалиплатин 85 мг/м², иринотекан 180 мг/м², кальция фолинат 400 мг/м², болюс фторурацила 400 мг/м² и инфузию фторурацила 2400 мг/м² за 46 часов каждые 14 дней.
- При ECOG 2 и противопоказаниях к интенсивным схемам используют гемцитабин или капецитабин; при тяжелом состоянии химиотерапию не проводят. Системное лечение продолжают до прогрессирования по RECIST 1.1 либо неприемлемой токсичности.
- При герминальной BRCA-мутации и отсутствии прогрессирования после не менее 16 недель платиносодержащей терапии возможна поддерживающая терапия олапарибом 300 мг 2 раза в сутки; начать ее следует не позднее 8 недель после последнего курса химиотерапии (УУР C, УДД 2).
- При механической желтухе, если лечение начинают с лекарственной терапии, выполняют миниинвазивное желчеотведение; как первый этап подготовки к радикальной операции его проводят при активном холангите, уровне общего билирубина более 250 мкмоль/л или невозможности срочного выполнения хирургического лечения в течение 5–7 дней. При стентировании предпочтительны металлические саморасширяющиеся стенты; пластиковые допустимы при ожидаемой продолжительности жизни менее 3 месяцев.
- При наличии клиники экзокринной недостаточности ее корректируют панкреатином: стартово 40000–50000 ЕД во время приема пищи и 25000 ЕД во время перекусов; дозу затем меняют индивидуально. При гипергликемии нужен осмотр эндокринолога (УУР B, УДД 2 для ферментной терапии; УУР C, УДД 5 для коррекции гипергликемии).

Когда направить и как наблюдать

- Направляют в онкологический диспансер или специализированный центр, если на амбулаторном этапе невозможно получить биопсию, выполнить необходимые исследования, установить распространенность и стадию либо определить тактику лечения.
- Тактику лечения устанавливает онкологический консилиум; его проведение обязательно при изменении метода лечения. Решение оформляют протоколом и вносят в медицинскую документацию.
- Госпитализация в круглосуточный или дневной стационар показана для сложных интервенционных диагностических вмешательств, специализированного противоопухолевого лечения или лечения осложнений в экстренной и неотложной форме.
- Пациентов с погранично резектабельным или нерезектабельным процессом после предоперационной или индукционной химиотерапии направляют в крупные центры для повторной оценки резектабельности.

Частые вопросы

Всегда ли нужна биопсия перед операцией?

Нет. При явно резектабельной опухоли операция может быть выполнена без морфологического подтверждения, если диагноз не вызывает сомнений на междисциплинарном консилиуме. Перед консервативным лечением и при планировании неоадъювантной терапии морфологическая верификация обязательна.

Когда сдавать CA 19-9 при механической желтухе?

После билиарной декомпрессии, нормализации билирубина и купирования воспаления. Желтуха, холангит и другие воспалительные процессы панкреатобилиарной зоны могут повышать показатель.

Какие признаки делают опухоль погранично резектабельной?

Для опухоли головки это, в частности, контакт с верхней брыжеечной артерией до 180° или с общей печеночной артерией без распространения на чревный ствол; для тела и хвоста — контакт с чревным стволом до 180°. Венозный контакт более 180°, неровность контура или тромбоз могут быть пограничными, если сохраняется возможность безопасной реконструкции.

Как выбрать первую линию при метастатическом раке?

При ECOG 0–1, билирубине менее 1,5 ВГН и отсутствии тяжелых осложнений используют FOLFIRINOX или гемцитабин с наб-паклитакселом. При ECOG 2 и невозможности интенсивных схем применяют менее интенсивное лечение, включая монотерапию гемцитабином; при тяжелом состоянии проводят только симптоматическую терапию.

Когда начинать адъювантную химиотерапию после резекции?

В течение 3 месяцев после операции, оптимально через 4–8 недель. Если предоперационная химиотерапия уже проводилась 6 месяцев, после операции допустимо динамическое наблюдение без дополнительной адъювантной терапии.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/355-rak-podzheludochnoj-zhelezy. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/355_5