

**Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»**



«Утверждено»
на заседании №1 кафедры онкологии
Заведующий кафедры онкологии
д.мед.н., профессор Баштан В.П.

«___» _____ 2018г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ**

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <i>Учебная дисциплина</i> | <i>Онкология</i> |
| <i>Модуль №</i> | <i>I</i> |
| <i>Содержательный модуль №</i> | <i>I</i> |
| <i>Тема занятия</i> | Рак поджелудочной железы |
| <i>Курс</i> | <i>V</i> |
| <i>Факультет</i> | <i>Медицинский №1, №2</i> |

Полтава - 2018

ТЕМА: РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РПЗ)

1. Актуальность темы.

Рак поджелудочной железы (РПЗ) в начале третьего тысячелетия остается самой фатальной опухолью. Ни хирургические, ни терапевтические методы не позволяют контролировать длительность болезни у большинства заболевших.

Рак поджелудочной железы (РПЗ) составляет более 90% злокачественных заболеваний поджелудочной железы (второе место после карциномы толстой кишки как основной причины смертности при опухолях желудочно-кишечного тракта). Заболеваемость раком поджелудочной железы на Украине в последние годы увеличивается и составляет до 4% от всех злокачественных новообразований. С возрастом заболеваемость резко растет: в 40-50 лет составляет 10 на 100тис. населения, а в 75-80 лет – 116 на 100тис. Болеют чаще мужчины, что связывают с курением. Более чем в 80% больных опухоли этой локализации диагностируется в IV стадии развития заболевания. Поэтому знание этой патологии очень важно для врачей всех профессий и обязательно при изучении студентами 5 курса.

2. Конкретные учебные цели:

Знать:

1. Этиологию, патогенез и эпидемиологию рака поджелудочной железы.
2. Клиническую классификацию и классификацию по системе TNM.
3. Патологическую анатомию и клинику в зависимости от локализации опухоли.
4. Обязательные методы обследования больных.
5. Основные методы лечения больных раком поджелудочной железы.
6. Знать группы риска.
7. Прогноз.

Уметь:

1. Провести общее объективное и специальное обследование больных.
2. Определить значение дополнительных методов обследования у больных.
3. Назначить индивидуальное лечение больных раком поджелудочной железы в зависимости от стадии.
4. Назначить профилактические мероприятия по борьбе с этой патологией.
5. Развитие творческих способностей студентов в процессе клинической работы с историями болезни и в процессе обзоров и общения с больными, а также составление учебных планов лечения.

3. Базовые знания, умения, навыки необходимые для изучения темы (междисциплинарная интеграция).

| Дисциплина | Знать | Уметь |
|-------------------------|--|---|
| Анатомия | Строение поджелудочной железы, кровоснабжение, лимфоотток | |
| Патологическая анатомия | Морфологические изменения при предраковых заболеваниях и изменениях в железистой ткани | Оценивать результаты цитологического и гистологического |

| | | |
|--------------------------|--|---|
| | поджелудочной железы, гистологические варианты злокачественного процесса | исследований |
| Общая хирургия и терапия | Методы физикального, лабораторного и инструментального обследований поджелудочной железы. Объем и принципы хирургического вмешательства на поджелудочной железе. | Проводить физикальное и клиническое обследование больных раком поджелудочной железы. Уметь читать рентгенограммы и компьютерные снимки рентгенообследования поджелудочной железы. |

4. Задание для самостоятельной работы во время подготовки к занятию.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик которые должен знать студент.

Терминология

| Украинский язык | Русский язык | Латинский язык |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Рак підшлункової залози | Рак поджелудочной железы | Ca pancreas |
| Аденокарцінома | Аденокарцинома | Adenocarcinoma |
| Плоскоклітинний рак | Плоскоклеточный рак | Ca planoepitheliale |
| Панкреатодуоденальна резекція | Панкреатодуоденальная резекция | Pancreatoduodeno resectio |

4.2. Теоретические вопросы к занятию.

1. Анатомия поджелудочной железы.
2. Кровоснабжение, лимфоотток.
3. Какая гистологическая структура опухолей поджелудочной железы встречается чаще всего?
4. Объем обследований больных на РПЗ.
5. Куда чаще всего метастазирует РПЗ.
6. Основные методы лечения РПЗ.
7. Паллиативное и симптоматическое лечение больных на РПЗ.
8. Прогноз.
9. Профилактика.

4.3. Перечень учебных практических заданий, которые необходимо усвоить на практическом занятии:

- обзор и пальпация больных
- пальпация периферических лимфоузлов
- прямокишечное исследование
- знать как проводится фиброгастроскопия
- уметь читать рентгенограммы, выводы КТГ, ультразвуковое исследование

Профессиональные алгоритмы овладения навыками и умениями

Задание:

1. Провести осмотр больного с подозрением на РПЗ.

Примечание: обратить внимание на общее состояние больного, особенности при пальпации живота, наличие увеличенных лимфоузлов.

2. Принять участие при ультразвуковом обследовании органов брюшной полости.

Примечание: обратить внимание на размеры органа, ехогенность.

3. Прочитать компьютерное заключение, осмотреть рентгенограммы.

Примечание: обратить внимание на форму органа, наличие изменений.

Содержание темы.

Этиология.

Заболеваемость раком поджелудочной железы может быть связана с курением. Риск, у тех которые выкуривают одну пачку сигарет в день, в 4 раза выше чем у тех, которые не курят. Считается, что ответственность несут нитрозоамины которые есть в табаке, они попадают в поджелудочную железу реагируют с ДНК и активируют специфический онкоген.

Особенно неблагоприятное значение имеет употребление в еду белков и мяса животного происхождения. Есть прямая зависимость между смертностью от РПЗ и уровнем употребления мясных продуктов. И наоборот, есть данные о защитном эффекте по отношению к РПЗ фруктово-овощных диет. Значение алкоголя в возникновении РПЗ не доказано.

Целая группа индустриальных химических веществ повышают риск развития РПЗ при длительном производственном и бытовом контакте. Среди них дериват бензида, бетанафтил аминов, металлическая пыль, разные растворители, ДДТ и другое.

Эпидемиология.

Заболеваемость раком поджелудочной железы постоянно растет, особенно среди мужчин в возрасте 50-60 лет. Существенные отличия частоты заболеваемости РПЗ в разных странах позволили связать ее с географическими особенностями и образом жизни. Да, заболеваемость РПЗ среди женщин в США составляет 8,2, а в Японии лишь 1,76. Среди мужчин заболеваемость РПЗ в Японии также самая низкая – 2,5; в Англии, Швеции, Австрии – 10,3-10,6; в США, Финляндии – 9-14,1, а на Гавайских островах – 31,4. В Украине заболеваемость составляет 10,2. Полтавская область имеет один из наивысших показателей – 15,1 на 100 тыс. населения.

Патологическая анатомия.

В большинстве случаев злокачественных опухолей поджелудочной железы - это аденокарциномы различной степени зрелости, которые дают ранние метастазы в регионарные лимфатические узлы (парапанкреатические, мезентериальные и т.д.). Самая частая локализация рака – головка поджелудочной железы – 60%, тело железы – 10%, хвост – около 5%, тотальное поражение – около 25%.

Рак поджелудочной железы может развиваться из железистых элементов, эпителия выводных протоков и из островков Лангганса.

Гистологически различают:

I. Аденокарцинома:

- Папиллярная аденокарцинома представлена узкими или широкими эпителиальными виридами на соединительнотканной основе.
- Тубулярная аденокарцинома — разветвленные трубчатые структуры, заключенные в строму.
- Муцинозная аденокарцинома — опухоль содержит значительное количество слизи.
- Перстневидно-клеточный рак — клетки опухоли содержат много слизи.

II. Железисто-плоскоклеточный рак.

III. Плоскоклеточный рак.

IV. Недифференцированный рак.

V. Неклассифицированный рак.

Пути метастазирования РПЖ:

- Лимфогенный — прежде всего в лимфоузлы участка головки ПЖ, а впоследствии в ворота печени, печень и по брюшине с появлением асцита.
- Гематогенный — метастазирует чаще всего в легкие, кости, почки, головной мозг. Возможны также отдаленные метастазы Вирхова, Шницлера, Крукенберга.

Классификация раков поджелудочной железы (код МКХ-10 C25.0-2, 8) по системе TNM (5-ое издание, 1997 год).

TNM Клиническая классификация

T — Первичная опухоль

Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли

T0 — первичная опухоль не определяется

Tis — carcinoma in situ

T1 — опухоль ограничена поджелудочной железой, до 2 см в наибольшем измерении

T2 — опухоль ограничена поджелудочной железой, свыше 2 см в наибольшем измерении

T3 — опухоль непосредственно распространяется на любую из таких структур: двенадцатиперстную кишку, желчный проток, ткани вокруг поджелудочной железы

T4 — опухоль распространяется на любую из таких структур: желудок, селезенку, ободочную кишку, прилежащие большие сосуды.

Примечание: ткани вокруг поджелудочной железы включают ретроперитонеальную жировую ткань (ретроперитонеальные мягкие ткани или ретроперитонеальное пространство), включая мезентерий (мезентериальный жир), мезоколон, большой и малый сальник, брюшину. Прямое распространение на желчные протоки и двенадцатиперстную кишку включает поражение фатерова соска. Прилежащими большими сосудами является портальная вена, брюшная аорта, а также верхние мезентериальные и общая печеночная артерии и вены (но не селезеночные сосуды).

N — Регионарные лимфатические узлы.

N_x — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов

N₀ — нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов

N₁ — обнаружены метастазы в регионарных лимфатических узлах

N_{1a} — метастаз в единственном регионарном лимфатическом узле

N_{1b} — метастазы в многочисленных регионарных лимфатических узлах

M — Отдаленные метастазы

M_x — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

M₀ — отдаленные метастазы не определяются

M₁ — имеются отдаленные метастазы

Клиника.

Ранние симптомы рака поджелудочной железы неспецифические - боли в эпигастральном участке, исхудание, ноющие боли в спине. Первым проявлением рака поджелудочной железы могут быть тромбофлебиты мигрирующего характера (приблизительно в 10% пациентов).

Симптомы, которые проявляются во время обзора пациентов, зависят от локализации опухоли в поджелудочной железе.

- Головка железы. Чаще всего рак поджелудочной железы развивается в ее головке (50-80%). При этой локализации опухоли в 75% пациентов основными симптомами бывают исхудания и механическая желтуха, которая появляется без болезненного приступа, хотя приблизительно в 25% пациентов с локализацией опухоли в головке поджелудочной железы возникают опоясывающие боли и неопределенный дискомфорт в эпигастрии. При наличии опухолевидного образования, которое пальпируется, (опухоль головки поджелудочной железы) приблизительно в 20% случаев уже можно говорить о неоперабельности. Если опухоль увеличивается в размерах и при пальпации определяется увеличенный безболезненный желчный пузырь (симптом Курвуазье), стоит допустить опухолевую обструкцию панкреатических и/или желчных протоков. При этом желчный пузырь пальпируется меньше чем в 50% пациентов.
- Рак тела или хвоста поджелудочной железы встречается реже и оказывается на поздних стадиях, поскольку опухоли такой локализации вызывают механическую желтуху только в 10% случаев. Поскольку поджелудочная железа расположена ретроперитонеально, выявление ее опухолей на ранних стадиях при физикальном обследовании затруднено и становится возможным при значительных размерах опухоли (пальпируется опухолевидное образование в эпигастральном участке) или при метастазировании.

Диагноз.

Считается, что скрининговое обследование пациентов с целью выявления рака поджелудочной железы на ранних стадиях не оправданно, поскольку опухоли, доступные для скрининговой диагностики, как правило, уже инкурабельные.

Неинвазивные диагностические методики:

- УЗО и КТ
- Рентгенография.

Инвазивные диагностические методики:

- Чрезкожная аспирационная биопсия
- Эндоскопическая ретроградная биопсия.
- Чрезкожная чрезпеченочная холангиография эффективная при обследовании пациентов с механической желтухой.
- Лабораторные исследования. У 80% больных повышенная активность щелочной фосфатазы в сыворотке, что обусловлено компрессией панкреатической части общего желчного протока. Часто отмечают повышенные уровни КЭАГ, ЛДГ и сывороточной глутаматоксалоацетаттрансаминазы. Желтуху обнаруживают у 65% больных, а в 25% - высокие уровни амилазы сыворотки. Обнаружена связь опухолевого маркера СА19-9 и карциномы поджелудочной железы (чувствительность этого теста для карциномы поджелудочной железы составляет 80%, а специфичность - 90%).
- Ангиография может обнаружить сдвиг или сдавливание поджелудочной артерии или артерии двенадцатиперстной кишки. Венозная фаза может быть особенно информативной при закупорке верхней брыжечной или селезеночной вен.

Лечение.

- Хирургические методы:
 - ✓ Панкреатодуоденальная резекция (операция Уиппла) при операбельных опухолях - стандартный метод хирургического лечения аденокарциномы головки поджелудочной железы. Операбельность опухоли устанавливают на операционном столе по нескольким критериям:

а) отсутствие метастазов в печень;

б) опухоль не прорастает в ворота печени, воротную вену сзади поджелудочной железы, область верхней брыжечной артерии и другие органы брюшной полости.

Гистологическое подтверждение малигнизации опухоли можно получить с помощью пункционной аспирационной биопсии, выполненной во время операции.

Операция Уиппла включает удаление головки поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, дистальной части общего желчного протока, желчного пузыря и дистальных отделов желудка. Возобновление проходимости ЖКТ осуществляется формированием гастроэнтероанастомоза, холедохоэнтероанастомоза и панкреатикоэнтероанастомоза. Операционная летальность при этом большом оперативном вмешательстве высокая и составляет около 15%. Частота возникновения осложнений также достаточно высока. Больше всего частые осложнения - кровотечение, формирование абсцесса и несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза.

- ✓ Левосторонняя гемипанкреатектомия со спленэктомией и лимфаденектомией выполняется при локализации опухоли в средней части тела и в участке хвоста железы.
- ✓ Панкреатектомия также была предложена для лечения рака поджелудочной железы, хотя эта операция не приобрела широкого распространения. После панкреатектомии возникает особенно тяжелая форма сахарного диабета, что ухудшает качества жизни пациента после операции.
- ✓ Паллиативные операции при раке поджелудочной железы выполняют чаще, чем радикальные, потому что большая часть диагностированных опухолей поджелудочной железы уже неоперабельна. Паллиативные операции направленные на устранение препятствия оттоку желчи, для чего налагают декомпрессионные анастомозы между ЖКТ и либо желчным пузырем, либо общим желчным протоком.
- Химиотерапия в лечении рака поджелудочной железы использовалась достаточно широко. Комплексные схемы применения препаратов, которые включают 5-ФУ, вызывают временное уменьшение опухоли в размерах, но не увеличивает продолжительность жизни.
- Лучевая терапия уменьшает размеры опухолевого образования у 60-70% больных, возможно ее использование в качестве паллиативного метода.

Прогноз.

Для пациентов с аденокарциномой поджелудочной железы прогноз крайне неблагоприятный, а 5-летнее выживание составляет 5%, случаи излечения очень редкие. Большая часть пациентов умирает на протяжении 1 года после операции. Средняя продолжительность жизни пациентов с неоперабельными опухолями составляет 6 месяцев. Даже у пациентов с операбельными опухолями поджелудочной железы эффективность оперативного лечения невысокая. Только 10% пациентов после резекции поджелудочной железы живет более 5 лет.

Материалы для самоконтроля

А. Вопросы для самоконтроля

1. Какое место занимает заболевание раком поджелудочной железы среди всей онкопатологии (отдельно у женщин и мужчин)?
2. Кровоснабжение поджелудочной железы.
3. Лимфоотток.
4. Какая гистологическая структура опухолей поджелудочной железы встречается чаще всего?
5. Какой вид лечения применяются при опухолях поджелудочной железы?
6. В какие органы чаще всего метастазирует рак поджелудочной железы?
7. На основании каких обследований возможно поставить диагноз “рак поджелудочной железы”?
8. Как выполняется дуоденография?
9. Назовите общие симптомы характерные для новообразований поджелудочной железы.
10. От чего зависит прогноз у больных раком поджелудочной железы?

Рекомендуемая литература:

а) Основная

1. Онкология. Под ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабашъяна, П.В. Шелешко. – Тернополь: Укрмедкнига, 2003. – 313 с.
2. Онкология. Под ред. Б.Т. Билинского, Ю.М. Стернюка, Я.В. Шпарика. – Киев: Здоровье, 2004. – 527 с.
3. Галайчук И.И. Клиническая онкология. Часть I: Пособие. – Тернополь: «Укрмедкнига», 2003. – 276 с.
4. Онкология. Под ред. І.Б.Щепотина. – Киев: «Книга плюс», 2006. – 496 с.
5. Лекции по клинической онкологии. Том 1. (Опухоли пищеварительного тракта). Учебное пособие для студентов 5-6 курсов, интернов и семейных врачей. За редакцией академика АМН Украины профессора Бондаря Г.В. – Донецк: ООО «Норд Комп'ютер», - 2006. – 255 с.

б) Дополнительная

1. Выбранные лекции по клинической онкологии. Под ред. проф. Г.В.Бондаря и проф. С.В.Антиповой. Луганск, 2009.
2. Стандарты диагностики и лечения онкологических больных. Утверждено приказом Министерства здравоохранения Украины «Об утверждении протоколов предоставления медицинской помощи за специальностью «Онкология» от 17.09. 2007 № 554. - 199 с.

в) Методическая

- В.Е. Милерян. - Методические основы подготовки проведения учебных занятий в медицинских вузах (методическое пособие).- Киев, Крещатик. – 2003. – 80с.5.

Б. Тести начального уровня знаний по теме: “Рак поджелудочной железы”

1. Какие анатомические отделы имеет поджелудочная железа?
 - а) головку, тело, хвост;
 - б) головку, тело;
 - в) головку, хвост;
 - г) головку;
 - д) тело и хвост.
2. Какие артерии кровоснабжают поджелудочную железу?
 - а) печеночная общая артерия, селезеночная артерия;
 - б) печеночная общая артерия, селезеночная и верхняя мезентериальная артерии.
3. В каких стадиях развития чаще всего диагностируются новообразования поджелудочной железы?
 - а) I, II;
 - б) II, III;
 - в) III, IV;
4. Какое место среди новообразований пищеварительного тракта занимает рак поджелудочной железы?
 - а) 3;
 - б) 4;
 - в) 5.
5. Метастаз рака поджелудочной железы в дугласово пространство называется:
 - а) метастаз Вирхова;
 - б) метастаз Крукенберга;
 - в) метастаз Шницлера.
6. Какой симптом чаще всего встречается при раке головки поджелудочной железы?
 - а) боль;
 - в) желтуха;
 - г) тошнота и рвота;
 - д) исхудание и боль;
 - е) исхудание, тошнота, боль.
7. Какие факторы содействуют развитию рака поджелудочной железы?
 - а) гельминтоз;
 - б) употребление алкоголя;
 - в) употребление алкоголя, кофе и курение;
 - г) пенетрация язвы желудка в ткань поджелудочной железы.

8. Какие наиболее достоверные факторы возникновения рака поджелудочной железы?

- а) алкоголизм;
- б) употребление жирной и острой пищи;
- в) курение;
- г) употребление кофе.

9. Укажите, какие наиболее информативные методы диагностики рака поджелудочной железы:

- а) рентгенологические обследования без контрастирования;
- б) рентгенологические обследования с контрастированием;
- в) ультразвуковое обследование;
- г) компьютерная томография;
- д) ядерно-магнитная резонансная томография с контрастным усилением.

10. С какими заболеваниями осуществляется дифференциальная диагностика рака поджелудочной железы?

- а) гастритом;
- б) индуративным хроническим панкреатитом;
- в) колитом;
- г) дуоденитом.

11. Какой симптом чаще всего встречается при опухолях тела поджелудочной железы?

- а) желтуха;
- б) боль;
- в) исхудание;
- г) исхудание и механическая желтуха.

12. Какие пути метастазирования рака поджелудочной железы?

- а) гематогенный;
- б) лимфогенный;
- в) контактный;
- г) все выше перечисленные.

13. В какой орган чаще всего метастазирует рак поджелудочной железы?

- а) печень;
- б) почки;
- в) легкие.

14. Какие радикальные методы лечения рака поджелудочной железы?

- а) хирургический;
- б) лучевой;
- в) химиотерапевтический;
- г) б) и в).

15. Какой объем хирургического вмешательства при опухолевом поражении головки поджелудочной железы?

- а) резекция участка железы, что поражена опухолью;
- б) панкреатодуоденальная резекция;
- в) панкреоэктомия.

16. Гепатопанкреатодуоденальная зона включает опухоли таких локализаций:

- а) печень, желчный пузырь, желудок;
- б) поджелудочная железа, большой (дуоденальный) фатеров сосок;
- в) поджелудочная железа, печень, желчный пузырь;
- г) желчный пузырь, двенадцатиперстная кишка, тонкая кишка.

В. Ситуационные задачи для самоконтроля.

Задача № 1.

В поликлинику обратился больной 55р., с жалобами на исхудание, плохой аппетит, постоянные боли в эпигастральном участке, которые отдают в спину. При рентгенологическом обследовании желудочно-кишечного тракта выявлен хронический гастрит. Гастроскопично обнаружен гастрит. Ферменты поджелудочной железы в норме. Анализ крови общий: Эр. 3,81012/л, Л-6,2109/л, Е –10%, С- 69%, П-1%, лимф. - 22%, м - 6%, СОЕ 42 мм/год. Анализ мочи – норма. Ирригоскопия – норма. О каком онкологическом заболевании у больного можно думать? Какие дополнительные исследования нужны для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Рак тела поджелудочной железы.
2. Компьютерная томография, эхография.

Задача № 2.

Больной 62 лет обратился к терапевту по поводу болей в правом подреберье, общей слабости, плохого аппетита, зуда кожи. Объективно: больной сниженного питания, кожа и склера желтушные, живот мягкий, в правом подреберье чувствуется эластичное, округлой формы образования размером 6х8 см, слегка болезненное, моча темного цвета, кал бесцветный. Какой предварительный диагноз? Какие типы желтухи следует дифференцировать? Что чаще всего вызывает механическую желтуху?

Эталон ответа:

1. Механическая желтуха.
2. Механическая, паренхиматозная, гемолитическая желтуха.
3. Чаще всего – рак головки поджелудочной железы и желчнокаменная болезнь.

Задача № 3.

Больная 46 лет обратилась к терапевту по поводу пожелтения кожи и склеры, а также резкой слабости, плохого аппетита. Объективно: выразительная желтуха кожи, склеры, пониженного питания, моча темного цвета, кал бесцветный. Больная госпитализирована в инфекционное отделение где находилась 2 недели. Инфекционный гепатит был исключен. Желтуха не исчезла, появился зуд кожи. Состояние ухудшилось. Общий анализ крови: Эр: 3,51012/л, Л – 4,2109/л, СОЕ-48 мм/год. Предварительный диагноз? Как уточнить диагноз?

Эталон ответа:

1. Рак головки поджелудочной железы.
2. Эхография брюшной полости, компьютерная томография, диагностическая лапаротомия. Определение в крови трансаминаз, альдолазы, содержание билирубина крови.

Задача № 4.

У больного 65 лет диагностирован рак тела поджелудочной железы. Тревожат сильные боли в эпигастральном участке опоясывающего характера, наблюдается резкое исхудание. План лечения.

Эталон ответа: Показано проведение паллиативного курса лучевой терапии, химиотерапии.

Задача № 5.

У больной 45 лет механическая желтуха на основании опухоли головки поджелудочной железы длится около 4 месяцев. Хирург планирует операцию наложения обходного билио-дигестивного анастомоза. Какие осложнения могут возникнуть в ранний период после операции и как их предупредить ?

Эталон ответа: Холемическое кровотечение и недостаточность швов анастомоза в результате снижения реактивности организма. При подготовке к операции необходимо назначить викасол, витамины, препараты кальция.

Задача № 6.

К онкологу направлен больной 56 лет по поводу механической желтухи и пальпируемой опухоли размером 8х7 см в эпигастральном участке. При обследовании желудка и толстой кишки обнаружена опухоль поперечноободочной кишки с явлениями стенозирования толстой кишки. Диагноз. Чем объяснить механическую желтуху? План лечения.

Эталон ответа:

1. Рак поперечноободочной кишки с метастазами в печень.
2. Метастазы расположенные в воротах печени, вызывают полное сжатие желчевыводящих путей.
3. С паллиативной целью резекция ободочной кишки.

Задача № 7.

В клинику поступила женщина 56 лет с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, быструю утомляемость, тупые боль в правом подреберье и исхудание. Эти симптомы появились 9 месяцев назад, а 3 недели назад – пожелтение кожи, зуд. При осмотре: на коже следы расчесывания, живот вздут, мягкий, нижний край печени выступает на 2 пальца из-под реберной дуги, из-под печени выступает эластичное малоблезненное образование размером 6х8 см. Анализ мочи: насыщенный темный цвет, удельный вес -1020, белок - следы, эр - нет, л-2/3 в поле зрения, желчные пигменты - резко позитивные, Уробилин - негативный. При рентгеноскопии органов грудной клетки в верхней доле правого легкого обнаружена тень округлой формы размером 3х4 см. Диагноз. Какие методы исследования следует применить, чтобы убедиться в механическом характере желтухи? План лечения. Какие исследования следует провести больному при наличии у него желтухи? Какая ценность холецистографии?

Эталон ответа:

1. Рак головки поджелудочной железы с метастазами в правое легкое. Механическая желтуха.
2. При исследовании крови для механической желтухи характерно повышение прямого билирубина.
3. Симптоматическое. Показана операция с наложением билиодигестивного анастомоза.
4. Анализ крови на желчные пигменты.
5. Холецистография при механической желтухе всегда негативная.

Задача № 8.

Больной 45 лет обратился с жалобами на наличие желтухи, которая сначала имела временный характер, а затем стала постоянной, незначительно выраженную анемию, боль в участке желчного пузыря. Позитивный синдром Курвуазье. В кале обнаружена кровь. Потом желтуха постепенно исчезла. О каком характере патологического процесса можно думать? Какие исследования следует провести? Исключает ли периодический характер желтухи бластоматозный процесс?

Эталон ответа:

1. Можно думать о раке головки поджелудочной железы и фатерова сосочка.
2. Для уточнения топического диагноза следует применить фибродуоденоскопию, компьютерную томографию, эхографию брюшной полости.
3. Нет не исключает. Периодичность желтухи бывает при распаде опухоли фатерова соска.

Задача № 9.

Больная 70 лет поступила с жалобами на боли в эпигастральном участке, которые отдают в спину, желтушность кожных покровов, зуд кожи, головную боль, повышенную раздражительность. Похудела на 10 кг Болеет 3 месяца. Объективно: кожные покровы иктеричные, печень выступает из-под реберной дуги, пальпируется увеличенный до 15 см с четкими контурами безболезненный желчный пузырь. Предварительный диагноз. Дополнительные методы исследования. План лечения.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: рак поджелудочной железы.
2. Гипотоническая дуоденография, сканирование поджелудочной железы.
3. Билиодигестивный анастомоз.

Задача № 10.

Больной 63 лет поступил в ООД с жалобами на сильные боли в животе, высокую температуру, желтуху. Анамнез заболевания: 1,5 месяца назад появилась тупая ноющая боль в правом подреберье и под ложечкой. Обратился к врачу месяц назад, когда появилась желтушность кожных покровов, повысилась температура тела. Больной был госпитализирован в инфекционное отделение. После 3 месяцев пребывания в отделении у больного внезапно возникли сильные боли в животе, температура до 40°C. Проконсультирован хирургом и переведен в хирургическое отделение. Объективно: кожные покровы иктеричные. В правом подреберье пальпируется желчный пузырь, безболезненный, с четкими контурами, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Предварительный диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика врача.

Эталон ответа:

1. Рак внепеченочных желчных протоков.
2. Ретроградная эндоскопия, панкреатохолангиоскопия.
3. Лапаротомия с последующим решением вопроса о выборе операции.