

**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. « » _____ 2018 г.

**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 печени
<i>Курс</i>	<i>V</i>
<i>Факультет</i>	<i>Медицинский №1, №2</i>

Полтава – 2018

ТЕМА: РАК ПЕЧЕНИ (ПРП)

1. Актуальность темы.

Первичный рак печени (ПРП) занимает 8 место по распространенности среди всех злокачественных опухолей. В развивающихся странах он занимает 7 место. В Китае, Юго-Восточной Азии и на юге Сахары рак печени является самой распространенной формой рака у мужчин. Наиболее высокая частота ПРП на территории бывшего СССР обнаружена в ряде областей Западной и Восточной Сибири (от 2,4 до 8,4 на 100 000 население).

В мире ежегодно умирает более 1 млн. человек от рака печени. Среди причин смертности ПРП занимает 9-ое место у мужчин и 8-ое место у женщин. Приблизительно одинаковое ежегодное количество больных с впервые обнаруженным ПРП и умерших в результате ПРП свидетельствует, во-первых, о поздней диагностике ПРП, а во-вторых, о неудовлетворительных результатах лечения.

2. Конкретные учебные цели:

Знать

- этиологию и патогенез рака печени;
- клиническую классификацию ПРП и классификацию по системе TNM;
- обязательные методы обследования больных ПРП;
- сопутствующую патологию на ПРП;
- основные методы лечения больных раком печени (хирургический, комбинированный, лучевой);
- знать группы риска.

Уметь:

- определить стадии распространения опухолевого процесса;
- провести общее обследование (объективное и специальное) у больных;
- определить значение дополнительных методов обследования у больных раком печени (рентгенографический, УЗИ и другое);
- назначить индивидуальное лечение больных ПРП в зависимости от стадии опухоли, общего состояния больной и ее возраста;
- уметь назначить профилактические мероприятия по борьбе с этими опухолями.

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

Дисциплины	Знать	Уметь
Анатомия	Анатомию органов брюшной полости (кровоснабжение, лимфатическую систему и другое).	Уметь правильно понимать этиологию заболевания, патогенетические клинические проявления и профилактические мероприятия.
Патологическая анатомия	Гистологическую структуру опухолей, особенности.	
Общая физиология	Физиологические процессы организма.	
Патологическая физиология	Патология протекания функций эндокринной, иммунной и других систем организма.	
Биологическая химия	Ферментативные нарушения организма и, в первую очередь, нормы протекания биохимических процессов в печени.	
Терапия	Методы общего обследования больных.	
Фармакология	Группы противоопухолевых препаратов и механизмы их действия на организм.	

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

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

Терминология

Украинский язык	Русский язык	Латинский язык
Первинний рак печінки	Первичный рак печени	Hepatic cancer
Гепатопанкреатодуоденальна зона	Гепатопанкреатодуоденальная зона	Hepatopancreatoduodenopio
Холангіоцелюлярний рак	Холангиоцеллюлярный рак	Cholangiocellulare cancer

4.2. Теоретические вопросы к занятию.

1. Анатомия печени
2. Кровоснабжение, лімфоотток.
3. Гистологические структуры рака печени. Какие встречаются чаще?
4. Методы обследования больных на ПРП.
5. Основные методы лечения, их эффективность.
6. Прогноз.
7. 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
- чрескожная пункционная биопсия под контролем аппарата УЗИ или КТ первичных и метастатических опухолей печени
- глубокая пальпация по Образцову-Стражеско
- уметь читать рентгенограммы, выводы КТГ, МРТ, УЗО.

Профессиональные алгоритмы относительно овладения навыками и умениями

Задание:

1. Провести осмотр больного с подозрением на ПРП.

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

2. Принять участие при ультразвуковом обследовании органов брюшной полости или КТГ обследовании.

Примечание: обратить внимание на размеры органа, эхогенность, наличие узлов.

3. Прочитать вывод МРТ или ангиографии.

Примечание: обратить внимание на форму органа, наличие изменений.

Содержание темы.

Эпидемиология.

Первичные злокачественные опухоли печени составляют приблизительно 0,7% от всех опухолей (в некоторых регионах Южной Африки и в Азии гепатомы составляют 50% всех карцином). У мужчин 90%, а у женщин – только 40% всех первичных опухолей печени злокачественные. В Украине заболеваемость на рак печени низкая. Среди всех злокачественных заболеваний рак печени составляет 1-2 %. Мужчины болеют чаще, чем женщины (3:1).

Этиология.

Значительную роль в развитии первичного рака печени играют следующие факторы:

- хронический вирусный гепатит В (80% пациентов с гепатомой). Риск возникновения печеночно-клеточного рака у носителей вируса растет в 200 раз. У мужчин – носителей он выше на 50%;
- цирроз печени (особенно крупноузловая форма) найден приблизительно в 60-90% больных с гепатомой;
- гемохроматоз (избыточное содержание в организме железа);
- шистосомоз и другие паразитарные заболевания;

- канцерогены:
 - промышленные продукты - полихлорированные дифенилы, хлорируемые углеводородные растворители (например, тетрахлористый углерод, нитрозамины); органические пестициды, которые содержат хлор;
 - органические соединения (например, афлатоксины, которые содержатся в пищевых продуктах, например, арахисе).

Патологическая анатомия.

Гистологически различают:

- Гепатоцеллюлярный рак (злокачественная гепатома) – возникает из печеночных клеток. Среди опухолей печени случается чаще всего. Развивается в виде одного, реже нескольких опухолевидных образований. Характерный местный инвазивный рост, особенно часто опухоль прорастает в диафрагму. Отдаленные метастазы чаще всего обнаруживают в легких (до 45% случаев).
- Холангиоцеллюлярный рак – возникает из клеток эпителия желчных протоков, составляет от 5 до 30% всех первичных злокачественных опухолей печени. Плотная опухоль сероватого цвета. Чаще всего развивается в возрасте от 60 до 70 лет. Метастазирует в регионарные лимфатические узлы или в другие отделы печени.
- Ангиосаркома (злокачественная гемангиоэндотелиома) возникает из веретенообразных клеток, которые устилают просвет внутрипеченочных сосудов. Редкая сосудистая опухоль (составляет 2% злокачественных новообразований печени), одна из самых злокачественных опухолей печени. Чаще всего ангиосаркома возникает у мужчин (в 85% случаев). Для ангиосаркомы характерно распространение в селезенку (в 80% случаев) и отдаленные метастазы в легкие (в 60% случаев).

Классификация раков печени

(код МКХ – О С22) по системе TNM (5-ое издание, 1997 год).

Касается только первичного гепатоцеллюлярного и холангиоцеллюлярного рака

TNM Клиническая классификация

T — Первичная опухоль

Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли

T0 — первичная опухоль не определяется

T1 — солитарная опухоль до 2 см в наибольшем измерении без инвазии в сосуды

T2 — солитарная опухоль до 2 см в наибольшем измерении с инвазией в сосуды, либо многочисленные опухоли, ограниченные одной частицей до 2 см в наибольшем измерении без инвазии в сосуды, либо солитарная опухоль, свыше 2 см в наибольшем измерении без инвазии в сосуды.

T3 — солитарная опухоль свыше 2 см в наибольшем измерении с инвазией в сосуды, либо многочисленные опухоли, ограниченные одной частицей до 2 см в наибольшем измерении с инвазией в сосуды, либо многочисленные опухоли, ограниченные одной частицей, любая из них размером свыше 2 см в наибольшем измерении с/или без инвазии в сосуды.

T4 — многочисленные опухоли больше, чем в одной частице печени, либо опухоль(и), которая поражает основную ветвь или печеночных вены, ворот, либо опухоль(и), которая непосредственно распространяется на смежные органы, кроме желчного пузыря, или опухоль(и) с перфорацией висцеральной брюшины.

N — Регионарные лимфатические узлы.

N_x — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов

N₀ — нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов

N₁ — имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах

M — Отдаленные метастазы

M_x — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

M₀ — отдаленные метастазы не определяются

M₁ — имеются отдаленные метастазы

pTNM Патоморфологическая классификация

Категории pT, pN и pM отвечают категориям T, N и M

pN₀ — материал для гистологического исследования после регионарной лимфаденектомии должен включать не меньше 3 лимфатических узлов.

G — Гистопатологическая градация

G_x — Степень дифференциации не может быть определена

G₁ — Высокая степень дифференциации

G₂ — Средняя степень дифференциации

G₃ — Низкая степень дифференциации

G₄ — Недифференцированная опухоль

Группировка по стадиям

Стадия I	T1	N ₀	M ₀
Стадия II	T2	N ₀	M ₀
Стадия IIIA	T3	N ₀	M ₀
Стадия IIIB	T1	N ₁	M ₀
	T2	N ₁	M ₀
	T3	N ₁	M ₀

Стадия IVA	T4	любое N	M0
Стадия IVB	любое T	любое N	M1

Клиника.

Начало заболевания протекает скрыто. Клиническая симптоматика появляется при развитии ракового процесса:

- гепатомегалия (в 88% случаев);
- тупые ноющие боли в подреберье справа;
- общее недомогание;
- лихорадка с повышением температуры;
- потеря веса (85%);
- болезненное при пальпации опухолевидное образование в брюшной полости (50%);
- признаки печеночной недостаточности (60%);
- желтуха (на поздних стадиях);
- асцит (50%);
- внутрибрюшное кровотечение, что сопровождается геморрагическим шоком (возникает в 10-15% пациентов);
- возможные эндокринологические нарушения (например, синдром Кушинга), что связано с секрецией опухолевыми клетками гормоноподобных веществ.

Диагностика.

Диагноз рака печени устанавливается с помощью приведенных методов исследования.

- Анамнез, клинические симптомы (следует принимать во внимание метастатическое поражение печени, что наблюдается значительно чаще).
- Физикальное обследование (обзор, пальпация).
- Лабораторное исследование - возможные отклонения в функциональных пробах печени. В 70-90% больных раком печени, в крови повышенное содержание АФП (D-фетопротеина). Для ранней диагностики заболевания пациентам из группы риска желаемый скрининг АФП.
- Инструментальные методы исследования. С помощью УЗД, КТ, МРТ, диагностической лапароскопии с биопсией диагноз можно установить в 90% случаев. Минимальный размер опухоли, что диагностируется – 1см.

Лечение.

- Оперативное лечение на настоящее время является единственным радикальным методом лечения рака печени, что обязательно включает

биопсию опухоли. Установить операбельность опухоли возможно только после выполнения лапаротомии.

- ✓ Современный хирургический подход к этой проблеме это выполнение гепатектомии с алотрансплантацией печени.
- ✓ При ограниченном поражении печени возможны резекция частицы печени (гемигепатектомия) или сегментарные резекции.

Частота операционной летальности составляет более 20%, а у пациентов с сопутствующим циррозом печени может достигать 60%.

- Химиотерапия дает временное улучшение в 20-25% больных. Химиотерапевтические препараты, введенные внутривенно, практически не дают эффекта. Селективное введение препаратов в печеночную артерию или пупочную вену дает лучшие результаты. Применяют 5-ФУ, доксорубицин, митомицин.
- Лучевая терапия практически не применяется.

Прогноз.

- При операбельных опухолях средняя продолжительность жизни пациентов после операции составляет три года. Пятилетнее выживание в таких больных достигает 20%.
- При неоперабельных опухолях средняя продолжительность жизни пациентов после установления диагноза составляет 4 месяца.

Вторичные (метастатические) опухоли печени

Метастатические опухоли печени встречаются намного чаще, чем первичные (50:1). После регионарных лимфатических узлов печень занимает второе место за поражением метастазами первичных опухолей всех органов брюшной полости. Опухоли толстой кишки более чем в 2/3 случая, а опухоли забрюшинной локализации в половине случаев метастазируют в печень. В целом более 1/3 опухолей самой разной локализации поражают печень гематогенным путем.

Диагностика

Для уточнения диагноза и степени распространения метастазов чаще всего применяют:

- УЗО, КТ, МРТ.
- Лучевые методы диагностики улучшают выявляемость метастазов.
- Лабораторные исследования. Биохимические пробы остаются нормальными более чем в 65% больных с метастазами в печень (на субклинической стадии болезни). Повышения уровня АСТ или щелочной фосфатазы находят лишь в 50 - 65% больных. Исследование крови на карциноэмбриональный Аг помогает обнаружить метастатическое поражение печени при колоректальных раках.

Лечение.

Выбор метода лечения зависит от типа и локализации первичной опухоли.

- Хирургические методы лечения:
 - ✓ Оперативное удаление – наиболее эффективный метод лечения метастазов печени. Приблизительно четвертая часть печеночных метастазов одиночные. В 5% случаев метастазы потенциально операбельные. Операция показана при поражении только одной частицы печени и при отсутствии признаков внепеченочных метастазов. Частота 5-летнего послеоперационного выживания составляет приблизительно 20-30%. Оперативная летальность у этой группы больных меньше 6%, так что риск выполнения операции вполне допустим.
 - ✓ Перевязка печеночной артерии приводит к значительному уменьшению размеров опухоли, но этот эффект временен.
 - ✓ Последние годы широко внедряется метод криодеструкции поверхностных печеночных метастазов в комплексном лечении злокачественных опухолей.
- Химиотерапия. Парентеральное введение 5-ФУ дает терапевтический эффект в 9-33% случаев, а средняя продолжительность жизни при этом составляет 30-60 недель (под терапевтическим эффектом понимается состояние, когда происходит уменьшение размеров существующей опухоли на 50%, а на протяжении 1-2 месяцев новые опухоли не возникают). При введении в печеночную артерию 5-ФУ отмечают более выраженный терапевтический эффект, но средняя продолжительность жизни пациентов увеличивается незначительно.
- Лучевая терапия применяется в качестве паллиативного метода лечения.

Материалы для самоконтроля.

А. Вопросы для самоконтроля.

- Основные этиопатогенетические факторы, которые определяют возникновение рака печени.
- Классификация рака печени.
- Предраковые заболевания печени..
- Основные гистоструктуры опухоли и уровни ее дифференцировки.
- Клинические симптомы болезни.
- Обязательные методы обследования и ее результаты.
- Дополнительные методы обследования и их информативность.
- Методы лечения рака печени.
- Лучевая терапия.
- Прогноз.
- Группы риска.

Рекомендуемая литература:

а) Основная

1. Черенков В.Г. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. Г.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. - 384с.
2. 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.
3. Справочник по онкологии. Под ред. С.А.Шалимова, Ю.А.Гриневича, Д.В.Мясоедова. – Київ: «Здоров'я», 2009. – 576 с.

б) Дополнительная

1. Выбранные лекции по клинической онкологии. За ред. проф. Г.В.Бондаря и проф. С.В.Антіпової. 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.Є. Милерян. - Методические основы подготовки проведения учебных занятий в медицинских вузах (методическое пособие).- Киев, Крещатик. – 2003. – 80с.5.

Б. Тести исходного уровня знаний по теме: “Рак печени”.

1. До достижений последних десятилетий к диагностике гепатоцеллюлярного рака относят:

- а) лапароскопию;
- б) гепатосканирование;
- в) УЗО;
- г) реакцию Абелева-Татаринаова;
- д) компьютерную томографию.

2. Симптом Курвуазье не возникает:

- а) при стенозе общего желчного протока;
- б) при раке печеночного протока;
- в) при холедохолитиазе;
- г) при раке фатерова соска;
- д) при раке головки поджелудочной железы.

3. Первичный рак по отношению к метастатическому раку печени в нашей стране встречается:

- а) в одинаковых соотношениях часто;
- б) чаще встречается первичный рак печени;
- в) чаще встречается метастатический рак печени;
- г) обе формы рака печени встречаются одинаково редко.

4. К группам риска развития первичного рака печени относят:

- а) носители вируса гепатита “В”;
- б) цирроз печени;
- в) применение в еду продуктов, что заражены афлатоксином;
- г) заражение описторхозом;
- д) все перечисленное.

5. К странам с высоким уровнем заболеваемости первичным раком печени относят:

- а) Замбию, Сингапур, Швейцарию;
- б) Польшу, Испанию, Венгрию;
- в) Великобританию, Югославию, Канаду;
- г) Швецию, Норвегию, Данию.

6. На фоне описторхоза чаще развивается:
- а) холангоцеллюлярный рак печени;
 - б) гепатоцеллюлярный;
 - в) обе формы встречаются с одинаковой частотой;
 - г) описторхоз не выражает влияния на развитие рака печени.
7. Первичный рак печени метастазирует:
- а) гематогенно;
 - б) лимфогенно;
 - в) внутриоргано;
 - г) всеми перечисленными путями;
8. Гепатоцеллюлярный рак печени чаще развивается на фоне:
- а) цирроза печени;
 - б) описторхоза;
 - в) и в том и в другом случае;
 - г) ни в том ни в другом случае.
9. Из перечисленных симптомов при первичном раке печени чаще всего встречаются:
- а) бледность кожных покровов;
 - б) желтушность кожных покровов;
 - в) симптомы портальной гипертензии;
 - г) гепатомегалия;
 - д) симптом Курвуазье.
10. Наиболее достоверными методами, которые дают возможность диагностировать опухолевые разрастания печени есть:
- а) УЗО;
 - б) КТ;
 - в) ангиография;
 - г) лапароскопия;
 - д) все перечисленное одинаково достоверно.

Правильные ответы:

1.г. 2.а. 3.в 4.д 5.а 6.а 7.г 8.а 9.г 10.в.

В. Ситуационные задачи для самоконтроля.

Задача № 1.

К врачу обратилась больная 49 лет с жалобами на желтуху в течение 3 недель, кожный зуд, общую слабость, похудение до 6 кг. Границы печени по Курлову 15x12x10 см: возле печени немного округленный, под краем реберной дуги печени пальпируется тугоэластичное, малоболезненное образование овальной формы до 7x4 см. Стул глинисто-серый. Общий билирубин - 256 ммоль/л, прямой - 96 ммоль/л. Ваш предварительный диагноз: опухоль или киста правой доли печени; болезнь Боткина; опухоль желчного пузыря; водянка желчного пузыря.

Эталон ответа:

1. Опухоль панкреатодуоденальной зоны.

Задача № 2.

Больная 62 лет поступила с жалобами на постоянные тупые боли в правом подреберье. Периодически приступы боли резко усиливаются. Последние 2 месяца появилась общая слабость, потеря аппетита, субиктеричность склер. В анамнезе: у больной 20 лет, после родов был первый приступ холецистита, после чего при нарушении диеты (принятие жареного и жирного кушанья) боль обострялась. На протяжении последних 2 лет самочувствие удовлетворительное. За последние 6 месяцев появились постоянные тупые боли в правом подреберье. Об'ективно: кожа и склеры субиктеричные, печень возле края реберной дуги, в участке желчного пузыря ригидность мышц. Анализ крови: Hb – 93г/л, Эр - 41012/л, Л - 6,7-109/л, СОЕ-25 мм/г, билирубин 180,6 мкмоль/л. Анализ мочи: реакция на желчные пигменты позитивная, на Уробилин – негативная. Предположительный диагноз? Дополнительные методы исследования.

Эталон ответа:

1. Рак желчного пузыря.
2. Дуоденография в условиях гипотонии, пероральная и внутривенная холангиография, чрезпеченочная холангиография.

Задача № 3.

Больная 52 лет обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, потерю аппетита, исхудание, ощущения тяжести и давления в правом подреберье, желтушность кожного покрова, зуда кожи, болевые ощущения около 1 месяца. Об'ективно: склеры и кожные покровы резко иктерические. Живот принимает участие в акте дыхания. Печень выступает из-под реберной дуги до 10см, бугристая. Моча насыщенно-коричневая, выделения бесцветные. Больная направлена в инфекционное отделение, где находилась 4 недели. Проведенное лечение эффекта не дало. Консультирована хирургом, поставлен предварительный диагноз: рак печени. Какие дополнительные обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Эталон ответа:

Обзорная рентгенография брюшной полости, компьютерная томография, ультразвуковое исследование, сканирование печени, трансумбиликальная венопортография, чрезкожная пункция печени для гистологического исследования.

Задача № 4.

Больная 60 лет с жалобами на боль в животе поступила в ООД. Страдает отсутствием аппетита, наблюдается повышение температуры тела до 40 °С, исхудание, общая слабость. Год назад по поводу острого калькулезного холецистита удален желчный пузырь. На протяжении 10 месяцев чувствовала себя удовлетворительно, потом появилась постоянная боль в животе, последние 2-3 недели – рвота, состояние больной при поступлении – средней тяжести, кожа бледная, живот незначительно увеличен в размерах, в брюшной полости оказывается свободная жидкость, позитивный симптом Щёткина-Блюмберга. Проведенна лапаротомия, при ревизии брюшной полости обнаружено до 8 л свободной жидкости, в воротах печени и на париетальной брюшине много метастазов. При биопсии - метастазы скирозной аденокарциномы желчного пузыря. Была ли ошибка в лечении больной? Как лечить больную?

Эталон ответа:

1. Не выполнено гистологическое исследование желчного пузыря, не проведена полихимиотерапия.
2. Симптоматическое лечение.

Задача № 5.

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 кожного покрова, 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°С. Проконсультирован хирургом и переведен в хирургическое отделение. Объективно: кожные покровы иктерические. В правом подреберье пальпируется желчный пузырь, безболезненный, с четкими контурами, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Предположительный 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.

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, вызывающие полный стеноз желчевыводящих путей.

Задача № 7.

Больная 55 лет, жалуется на боли в правом подреберье, которые появились 2 месяца назад и постепенно усиливаются. В прошлом - желчнокаменная болезнь. Об'ективно: удовлетворительного питания, кожные покровы нормальной окраски, регионарные лимфоузлы не увеличены. В правом подреберье пальпируется плотное образование овоидной формы, уходящее в подреберье. При рентгеноскопии желудка и толстой кишки патологических изменений не обнаружено. При дуоденальном зондировании порция В не получена. Предварительный диагноз? План лечения.

Эталон ответа:

1. Следует дифференцировать между желчнокаменной болезнью и раком желчного пузыря.
2. В том и другом случае – лапаротомия, холецистэктомия.

Тесты. Начальный уровень знаний.

1. К органотропному и химически чистому канцерогену относится:
 - а) афлатоксин;
 - б) бензипирен;
 - в) метилхолантроп;
 - г) индол;
 - д) скатол.

2. Какие органы включаются в гепатопанкреатодуоденальную зону:
 - печень, поджелудочная железа, желудок;
 - двенадцатиперстная кишка, желчный пузырь, селезенка;
 - поджелудочная железа, печень, 12-палая кишка, желчный пузырь;
 - тонкая кишка, 12-палая кишка, фатеров сосок;
 - поджелудочная железа, селезенка, поперечно-ободочная кишка.