

**Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»**



«Затверджено»
на засіданні №1 кафедри онкології
завідувач кафедри
д.мед.н., професор Баштан В.П.

«_____» _____ 2018 р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	<i>Онкологія</i>
<i>Модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Змістовний модуль №</i>	<i>1</i>
<i>Тема заняття</i>	Рак підшлункової залози
<i>Курс</i>	<i>V</i>
<i>Факультет</i>	<i>Медичний №1, №2</i>

Полтава - 2018

ТЕМА: РАК ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ (РПЗ)

1. Актуальність теми.

Рак підшлункової залози (РПЗ) на початку третього тисячоліття залишається самою фатальною пухлиною. Ні хірургічні, ні терапевтичні методи не дозволяють контролювати тривалість хвороби у більшості захворівших.

Рак підшлункової залози (РПЗ) складає більше 90% злоякісних захворювань підшлункової залози (друге місце після карциноми товстої кишки як основної причини смертності при пухлинах шлунково-кишкового тракту). Захворюваність раком підшлункової залози на Україні в останні роки збільшується і складає до 4% від усіх злоякісних новоутворень. З віком захворюваність різко зростає: в 40-50 років складає 10 на 100тис. населення, а в 75-80 років – 116 на 100тис. Хворіють частіше чоловіки, що пов'язують з курінням. Більш ніж у 80% хворих пухлини цієї локалізації діагностується у IV стадії розвитку захворювання. Тому знання цієї патології дуже важливо для лікарів всіх фахів і обов'язково при вивченні студентами 5 курсу.

2. Конкретні навчальні цілі:

Знати:

1. Етіологію, патогенез та епідеміологію раку підшлункової залози.
2. Клінічну класифікацію та класифікацію за системою TNM.
3. Патологічна анатомія та клініка в залежності від локалізації пухлини.
4. Обов'язкові методи обстеження хворих.
5. Основні методи лікування хворих на рак підшлункової залози.
6. Знати групи ризику.
7. Прогноз.

Вміти:

1. Провести загальне об'єктивне та спеціальне обстеження хворих.
2. Визначити значення додаткових методів обстеження у хворих.
3. Призначити індивідуальне лікування хворих на рак підшлункової залози залежно від стадії.
4. Призначити профілактичні заходи по боротьбі з цією патологією.
5. Розвиток творчих здібностей студентів в процесі клінічної роботи з історіями хвороби та в процесі оглядів і спілкування з хворими, а також складання навчальних планів лікування.

3. Базові знання, вміння, навички необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Будову підшлункової залози, кровопостачання, лімфовідтік	
Патологічна анатомія	Морфологічні зміни при передракових захворюваннях та станах в залозистій тканині підшлункової	Оцінювати результати цитологічного та гістологічного досліджень

	залози, гістологічні варіанти злоякісного процесу	
Загальна хірургія та терапія	Методи фізикального, лабораторного та інструментального обстежень підшлункової залози. Об'єм та принципи хірургічного втручання на підшлунковій залозі.	Проводити фізикальне та клінічне обстеження хворих на рак підшлункової залози. Вміти читати рентгенограми та комп'ютерні знімки при рентген обстеженні підшлункової залози.

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик які повинен знати студент.

Термінологія

Українська мова	Російська мова	Латинська мова
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. Теоретичні питання до заняття.

1. Анатомія підшлункової залози.
2. Кровопостачання, лімфовідтік.
3. Яка гістологічна структура пухлин підшлункової залози зустрічається найчастіше?
4. Об'єм обстежень хворих на РПЗ.
5. Куди найчастіше метастазує РПЗ.
6. Основні методи лікування РПЗ.
7. Паліативне та симптоматичне лікування хворих на РПЗ.
8. Прогноз.
9. Профілактика.

4.3. Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно засвоїти на практичному занятті:

- огляд та пальпація хворих
- пальпація периферійних лімфовузлів
- ректальне дослідження
- знати як проводиться фіброгастроскопія
- вміти читати рентгенограми, заключення КТГ, ультразвукове дослідження

Професійні алгоритми щодо оволодіння навичками та вміннями

Завдання:

1. Провести огляд хворого з підозрою на РПЗ.

Примітка: звернути увагу на загальний стан хворого, особливості при пальпації живота, наявність збільшених лімфовузлів.

2. Прийняти участь при ультразвуковому обстеженні органів черевної порожнини.

Примітка: звернути увагу на розміри органу, ехогенність.

3. Прочитати комп'ютерне заключення, оглянути рентгенограми.

Примітка: звернути увагу на форму органу, наявність змін.

Зміст теми.

Етіологія.

Захворюваність на рак підшлункової залози може бути пов'язана з тютюнопалінням. Ризик, у тих що викурюють одну пачку сигарет на день, в 4 рази вище чим у тих, що не курять. Вважається, що загальну відповідальність несуть нітрозозаміни які є у тютюні, попадають в підшлункову залозу реагують з ДНК та активують специфічні онкогени.

Особливе неблагоприємне значення придається вживанню в їжу білків та м'яса тваринного походження. Є пряма залежність між смертністю від РПЗ та рівнем вживання м'ясних продуктів. І навпаки, є дані про захисний ефект по відношенню до РПЗ фруктово-овочеві дієти. Значення алкоголю у виникненні РПЗ не доказано.

Ціла група індустріальних хімічних речовин підвищують ризик розвитку РПЗ при тривалому виробничому та побутовому контакті. Серед них деривати бензидина, бетанафтил амінов, металічний пил, різні розчинники, ДДТ та інше.

Епідеміологія.

Захворюваність на рак підшлункової залози постійно зростає, особливо серед чоловіків у віці 50-60 років. Істотні відмінності частоти захворюваності РПЗ у різних країнах дозволили зв'язати її з географічними особливостями і способом життя. Так, захворюваність РПЗ серед жінок у США складає 8,2, а в Японії лише 1,76. Серед чоловіків захворюваність РПЗ у Японії також найнижча – 2,5; в Англії, Швеції, Австрії – 10,3-10,6; у США, Фінляндії – 9-14,1, а на Гавайських островах – 31,4. В Україні захворюваність становить 10,2. Полтавська область має один з найвищих показників – 15,1 на 100 тис. населення.

Патологічна анатомія.

У більшості випадків злоякісних пухлин підшлункової залози - це аденокарциноми різноманітного ступеня зрілості, що дають ранні і великі метастази в регіонарні лімфатичні вузли (парапанкреатичні, мезентеріальні і т.д.). Найчастіша локалізація раку – головка підшлункової залози – 60%, тіло залози – 10%, хвіст – близько 5%, тотальне ураження – близько 25%.

Рак підшлункової залози може розвинутися із залозистих елементів, епітелію вивідних протоків та з островків Лангерганса.

Гістологічно розрізняють:

I. Аденокарцинома:

- Папілярна аденокарцинома представлена вузькими чи широкими епітеліальними виростами на сполучнотканинній основі.
- Тубулярна аденокарцинома — розгалужені трубчасті структури, укладені в строму.
- Муцинозна аденокарцинома — пухлина містить значну кількість слизу.
- Персневидно-клітинний рак — клітини пухлини містять багато слизу.

II. Залозисто-плоскоклітинний рак.

III. Плоскоклітинний рак.

IV. Недиференційований рак.

V. Некласифікований рак.

Шляхи метастазування РПЗ:

- Лімфогенний — передусім у лімфовузлі ділянки головки ПЗ, а згодом у ворота печінки, печінку та по очеревені з появою асцити.
- Гематогенний — метастазує найчастіше в легені, кістки, нирки, головний мозок. Можливі також віддалені метастази Вірхова, Шніцлера, Крукенберга.

**Класифікація раків підшлункової залози
(код МКХ-10 C25.0-2, 8) за системою TNM (5-і видання, 1997 рік).**

TNM Клінічна класифікація

T — Первинна пухлина

T_x — недостатньо даних для оцінки первинної пухлини

T₀ — первинна пухлина не визначається

T_{is} — carcinoma in situ

T₁ — пухлина обмежена підшлунковою залозою, до 2 см у найбільшому вимірі

T₂ — пухлина обмежена підшлунковою залозою, понад 2 см у найбільшому вимірі

T₃ — пухлина безпосередньо поширюється на будь-яку з таких структур: дванадцятипалу кишку, жовчну протоку, тканини навколо підшлункової залози

T₄ — пухлина поширюється на будь-яку з таких структур: шлунок, селезінку, ободову кишку, прилеглі великі судини.

Примітка: тканини навколо підшлункової залози включають ретроперітонеальну жирову тканину (ретроперітонеальні м'які тканини або ретроперітонеальний простір), включаючи мезентерій (мезентеріальний жир), мезоколон, великий і малий сальники, очеревину. Пряме поширення на жовчні протоки і дванадцятипалу кишку включає ураження фатерового соска. Прилеглими великими судинами є портальна вена, черевний стовбур, а також верхні мезентеріальні та загальна печінкова артерії й вени (але не селезінкові судини).

N — Регіонарні лімфатичні вузли.

N_x — недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів

N_0 — немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів
 N_1 — виявлені метастази в регіонарних лімфатичних вузлах
 N_{1a} — метастаз у єдиному регіонарному лімфатичному вузлі
 N_{1b} — метастази в численних регіонарних лімфатичних вузлах

M — Віддалені метастази

M_x — недостатньо даних для визначення віддалених метастазів
 M_0 — віддалені метастази не визначаються
 M_1 — наявні віддалені метастази

Клініка.

Ранні симптоми раку підшлункової залози неспецифічні - болі в епігастральній ділянці, схуднення, ниючі болі в спині. Першим проявом раку підшлункової залози можуть бути тромбофлебії мігруючого характеру (приблизно в 10% пацієнтів).

Симптоми, що виявляються під час огляду пацієнтів, залежать від локалізації пухлини у підшлунковій залозі.

- Голівка залози. Частіше усього рак підшлункової залози розвивається в її головці (50-80%). При цій локалізації пухлини в 75% пацієнтів основними симптомами бувають схуднення і механічна жовтяниця, яка з'являється без болісного приступу, хоча приблизно у 25% пацієнтів із локалізацією пухлини в головці підшлункової залози виникають оперезуючі болі і невизначений дискомфорт в епігастрії. При наявності пухлиноподібного утворення, що пальпується, (пухлина головки підшлункової залози) приблизно в 20% випадків уже можна говорити про неоперабельність. Якщо пухлина збільшується в розмірах і при пальпації визначається збільшений безболісний жовчний міхур (симптом Курвуазьє), варто припустити пухлинну обструкцію панкреатичних і/або жовчних протоків. При цьому жовчний міхур пальпується менше чим у 50% пацієнтів.
- Рак тіла або хвоста підшлункової залози зустрічається рідше і виявляється на пізніх стадіях, оскільки пухлини такої локалізації викликають механічну жовтяницю тільки у 10% випадків. Оскільки підшлункова залоза розташована ретроперитонеально, виявлення її пухлин на ранніх стадіях при фізикальному обстеженні утруднено і стає можливим при значних розмірах пухлини (пальпується пухлиноподібне утворення в епігастральній ділянці) або при метастазуванні.

Діагноз.

Вважається, що скринінгове обстеження пацієнтів з метою виявлення раку підшлункової залози на ранніх стадіях не виправдано, оскільки пухлини, доступні для скринінгової діагностики, як правило, вже інкурабельні.

Неінвазивні діагностичні методики:

- УЗД і КТ
- Рентгенографія.

Інвазивні діагностичні методики:

- Черезшкірна аспіраційна біопсія
- Ендоскопічна ретроградна біопсія.
- Черезшкірна черезпечінкова холангіографія ефективна при обстеженні пацієнтів із механічною жовтяницею.
- Лабораторні дослідження. У 80% хворих підвищена активність лужної фосфатази в сироватці, що обумовлено компресією панкреатичної частини загального жовчного протоку. Часто відзначають підвищені рівні КЕ-АГ, ЛДГ і сироваткової глутаматоксалоацетаттрансамінази. Жовтяницю виявляють у 65% хворих, а в 25% - високі рівні амілази сироватки. Виявлено зв'язок пухлинного маркера СА19-9 і карциноми підшлункової залози (чутливість цього тесту для карциноми підшлункової залози складає 80%, а специфічність - 90%).
- Ангіографія може виявити зсув або здавлення підшлункової артерії або артерії дванадцятипалої кишки. Венозна фаза може бути особливо інформативною при закупорці верхньої брижової або селезінкової вен.

Лікування.

- Хірургічні методи:

✓ Панкреатодуоденальна резекція (операція Уїппла) при операбельних пухлинах - стандартний метод хірургічного лікування аденокарциноми головки підшлункової залози. Операбельність пухлини встановлюють на операційному столі по декількох критеріях:

а) відсутність метастазів у печінку;

б) пухлина не проростає воріт печінки, воротну вену позаду підшлункової залози, область верхньої брижової артерії й інші органи черевної порожнини.

Гістологічне підтвердження малігнізації пухлини можна одержати за допомогою пункційної аспіраційної біопсії, виконаної до або під час операції.

Операція Уїппла включає видалення головки підшлункової залози, дванадцятипалої кишки, дистальної частини загальної жовчної протоки, жовчного міхура і дистальних відділів шлунка. Відновлення прохідності ШКТ здійснюється формуванням гастроєюноанастомозу, холедохоєюноанастомозу і панкреатикоєюноанастомозу. Операційна летальність при цьому великому оперативному втручанні висока і складає біля 15%. Частота виникнення ускладнень також достатньо висока. Найбільше часті ускладнення - кровотеча, формування абсцесу і неспроможність панкреатикоєюноанастомозу.

- ✓ Лівостороння геміпанкреатектомія зі спленектомією і лімфаденектомією виконується при локалізації пухлини в середній частині тіла й в ділянці хвоста залози.
- ✓ Панкреатектомія також була запропонована для лікування раку підшлункової залози, хоча ця операція не набула широкого поширення. Після панкреатектомії виникає особливо важка форма цукрового діабету, що погіршує якість життя пацієнта після операції.
- ✓ Паліативні операції при раку підшлункової залози виконують частіше, чим радикальні, тому що більша частина діагностованих пухлин підшлункової залози вже неоперабельна. Паліативні операції спрямовані на усунення перешкоди відтокові жовчі, для чого накладають декомпресійні анастомози між ШКТ і або жовчним міхуром, або загальною жовчною протокою.
- Хіміотерапія в лікуванні раку підшлункової залози використовувалася достатньо широко. Комплексні схеми застосування препаратів, що включають 5-ФУ, викликають тимчасове зменшення пухлини в розмірах, але не збільшує тривалість життя.
- Променева терапія зменшує розміри пухлинного утворення в 60-70% хворих, можливо її використання в якості паліативного методу. Хворобами та станами, що привертають є діабет, хронічний панкреатит, операції на шлунку.

Прогноз.

Для пацієнтів із аденокарциномою підшлункової залози прогноз вкрай несприятливий, а 5-річне виживання складає 5%, випадкивилікування дуже рідкісні. Більша частина пацієнтів умирає протягом 1 року після операції. Середня тривалість життя пацієнтів із неоперабельними пухлинами складає 6 місяців. Навіть у пацієнтів із операбельними пухлинами підшлункової залози ефективність оперативного лікування невисока. Тільки 10% пацієнтів після резекції підшлункової залози живе більше 5 років.

Матеріали для самоконтролю

А. Питання для самоконтролю

1. Яке місце займає захворювання на рак підшлункової залози серед усієї онкопатології (окремо у жінок і чоловіків)?
2. Кровообіг підшлункової залози.
3. Лімфовідток.
4. Яка гістологічна структура пухлин підшлункової залози зустрічається найчастіше?
5. Який вид лікування застосовуються при пухлинах підшлункової залози?
6. В які органи найчастіше метастазує рак підшлункової залози?
7. На підставі яких обстежень можливо поставити діагноз “рак підшлункової залози”?
8. Як виконується дуоденографія?
9. Назвіть загальні симптоми характерні для новоутворень підшлункової залози.
10. Від чого залежить прогноз у хворих на рак підшлункової залози?

Рекомендована література:

а) Основна

1. Онкологія. За ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабаш'яна, П.В. Шелешка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 313 с.
2. Онкологія. За ред. Б.Т. Білинського, Ю.М. Стернюка, Я.В. Шпарика. – Київ: Здоров'я, 2004. – 527 с.
3. Галайчук І.Й. Клінічна онкологія. Частина І: Посібник. – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2003. – 276 с.
4. Онкологія. За ред. І.Б.Щепотіна. – Київ: «Книга плюс», 2006. – 496 с.
5. Лекції з клінічної онкології. Том 1. (Пухлини травного тракту). Учебний посібник для студентів 5-6 курсів, інтернів та сімейних лікарів. За редакцією академіка АМН України професора Бондаря Г.В. – Донецьк: ООО «Норд Комп'ютер», - 2006. – 255 с.

б) Додаткова

1. Вибрані лекції з клінічної онкології. За ред. проф. Г.В.Бондаря і проф. С.В.Антіпової. Луганськ, 2009.
2. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія» від 17.09.2007 № 554. - 199 с.

в) Методична

- В.Є. Мілерян. - Методичні основи підготовки проведення навчальних занять в медичних вузах (методичний посібник).- Київ, Хрещатик. – 2003. – 80с.**5.**

Б. Тести початкового рівня знань по темі: “Рак підшлункової залози”

1. Які анатомічні відділи має підшлункова залоза?
 - а) голівку, тіло, хвіст;
 - б) голівку, тіло;
 - в) голівку, хвіст;
 - г) голівку;
 - д) тіло та хвіст.
2. Які артерії кровопостачають підшлункову залозу?
 - а) печінкова загальна артерія, селезіночна артерія;
 - б) печінкова загальна артерія, селезіночна та верхня мезентеріальна артерії.
3. В яких стадіях розвитку найчастіше діагностуються новоутворення підшлункової залози?
 - а) I, II;
 - б) II, III;
 - в) III, IV;
4. Яке місце серед новоутворень травного каналу займає рак підшлункової залози?
 - а) 3;
 - б) 4;
 - в) 5.
5. Метастаз раку підшлункової залози у дугласов простір називається:
 - а) метастаз Вірхова;
 - б) метастаз Крукенберга;
 - в) метастаз Шніцлера.
6. Який симптом найчастіше зустрічається при раку голівки підшлункової залози ?
 - а) біль;
 - в) жовтяниця;
 - г) нудота та блювання;
 - д) схуднення та біль;
 - е) схуднення, нудота, біль.
7. Які чинники сприяють розвитку раку підшлункової залози?
 - а) гельмінтоз;
 - б) вживання алкоголю;
 - в) вживання алкоголю, кави та тютюнопаління;
 - г) пенетрація виразки шлунку в тканину підшлункової залози.
8. Які найбільш вірогідні чинники виникнення раку підшлункової залози?
 - а) алкоголізм;

- б) вживання жирної та гострої їжі;
- в) тютюнопаління;
- г) вживання кави.

9. Вкажіть, які найбільш інформативні методи діагностики раку підшлункової залози:

- а) рентгенологічне обстеження без контрастування;
- б) рентгенологічне обстеження з контрастуванням;
- в) ультразвукове обстеження;
- г) комп'ютерна томографія;
- д) ядерно-магнітна резонансна томографія з контрастним посиленням.

10. З якими захворюваннями здійснюється диференційна діагностика раку підшлункової залози?

- а) гастритом;
- б) індуративним хронічним панкреатитом;
- в) колітом;
- г) дуоденітом.

11. Який симптом найчастіше зустрічається при пухлинах тіла підшлункової залози?

- а) жовтяниця;
- б) біль;
- в) схуднення;
- г) схуднення та механічна жовтяниця.

12. Які шляхи метастазування раку підшлункової залози?

- а) гематогенний;
- б) лімфатичний;
- в) контактний;
- г) всі вище перераховані.

13. В який орган найчастіше метастазує рак підшлункової залози?

- а) печінку;
- б) нирки;
- в) легені.

14. Які радикальні методи лікування раку підшлункової залози?

- а) хірургічний;
- б) променевий;
- в) хіміотерапевтичний;
- г) 2 і 3.

15. Який об'єм хірургічного втручання при пухлинному враженні голівки підшлункової залози?
- а) резекція ділянки залози, що вражена пухлиною;
 - б) панкреатодуоденальна резекція;
 - в) панкреоектомія.
16. Гепатопанкреатодуоденальна зона включає пухлини таких локалізацій:
- а) печінка, жовчний міхур, шлунок;
 - б) підшлункова залоза, великий (дуоденальний) фатеров сосок;
 - в) підшлункова залоза, печінка, жовчний міхур;
 - г) жовчний міхур, дванадцятипала кишка, тонка кишка.

В. Ситуаційні задачі для самоконтролю.

Задача № 1.

До поліклініки звернувся хворий 55р., зі скаргами на схуднення, поганий апетит, постійні біль в епігастральній ділянці, що віддають у спину. При рентгенологічному обстеженні шлунково-кишкового тракту виявлено хронічний гастрит. Гастроскопічно виявлено гастрит. Ферменти підшлункової залози в нормі. Аналіз крові загальний: Ер. $3,8 \times 10^{12}/л$, Л- $6,2 \times 10^9/л$, Е –10%, С- 69%, П-1%, лімф. - 22%, м - 6%, ШОЕ 42 мм/год. Аналіз сечі – норма. Іригоскопія – норма. Про яке онкологічне захворювання в хворого можна думати? Які додаткові дослідження потрібні для уточнення діагнозу?

Еталон відповіді:

1. Рак тіла підшлункової залози.
2. Комп'ютерна томографія, ехографія.

Задача № 2.

Хворий 62 років звернувся до терапевта з приводу болю в правому підребер'ї, загальної слабкості, поганого апетиту, свербіння шкіри. Об'єктивно: хворий зниженого харчування, шкіра і склери жовтушні, живіт м'який, у правому підребер'ї відчувається еластичне, округлої форми утворення розміром 6х8 см, злегка болюче, сеча темного кольору, кал безбарвний. Який попередній діагноз? Які типи жовтяниці слід диференціювати? Що найчастіше викликає механічну жовтяницю?

Еталон відповіді:

1. Механічна жовтяниця.
2. Механічна, паренхіматозна, гемолітична жовтяниця.
3. Частіше всього – рак голівки підшлункової залози та жовчнокам'яна хвороба.

Задача № 3.

Хвора 46 років звернулася до терапевта з приводу пожовтіння шкіри і склер, а також різкої слабкості, поганого апетиту. Об'єктивно: виразна жовтуха шкіри, склер, зниженого харчування, сеча темного кольору, кал безбарвний. Хвора госпіталізована в інфекційне відділення де знаходилась 2 тижня. Інфекційний гепатит було виключено. Жовтуха не зникла, з'явилося свербіння шкіри. Стан погіршився. Загальний аналіз крові: Ер: $3,5 \times 10^{12}/л$, Л – $4,2 \times 10^9/л$, ШОЕ-48 мм/год. Попередній діагноз? Як уточнити діагноз?

Еталон відповіді:

1. Рак голівки підшлункової залози.
2. Ехографія черевної порожнини, комп'ютерна томографія, діагностична лапаротомія. Визначення в крові трансаміназ, альдолази, вміст білірубіна крові.

Задача № 4.

У хворого 65 років діагностовано рак тіла підшлункової залози. Турбують сильні біль в епігастральній ділянці оперезуючого характеру, спостерігається різке схуднення. План лікування.

Еталон відповіді: Показано проведення паліативного курсу променевої терапії, хіміотерапії.

Задача № 5.

У хворої 45 років механічна жовтяниця на підставі пухлини голівки підшлункової залози триває біля 4 місяців. Хірург планує операцію накладання обхідного біліо-дигестивного анастомозу. Які ускладнення можуть виникнути в ранній період після операції і як їх попередити ?

Еталон відповіді: Холемічна кровотеча та недостатність швів анастомозу в результаті зниження реактивності організму. При підготовці до операції необхідно призначити вікасол, вітаміни, препарати кальцію.

Задача № 6.

До онколога направлений хворий 56 років з приводу механічної жовтяниці і пальпованої пухлини розміром 8х7 см в епігастральній ділянці. При обстеженні шлунку і товстої кишки виявлена пухлина поперечноободової кишки з явищами стенозування товстої кишки. Діагноз. Чим пояснити механічну жовтяницю? План лікування.

Еталон відповіді:

1. Рак поперечноободової кишки з метастазами в печінку.
2. Метастази розташовані в воротах печінки, викликаючи повне стискання жовчовивідних шляхів.
3. З паліативною метою резекція ободової кишки.

Задача № 7.

До клініки поступила жінка 56 років зі скаргами на загальну слабкість, поганий апетит, швидку стомлюваність, тупі біль в правому підребр'ї і схуднення. Ці симптоми з'явилися 9 місяців тому, а 3 тижні тому – пожовтіння шкіри, свербіж. При огляді на шкірі сліди розчісування, живіт не здутий, м'який, нижній край печінки виступає на 2 пальці з-під реберної дуги, з-під печінки виступає еластичне малоболuche утворення розміром 6х8 см. Аналіз сечі: насичений темний колір, питома вага -1020, білок - сліди, ер - немає, л-2/3 у полі зору, жовчні пігменти - різко позитивні, уробілін - негативний. При рентгеноскопії органів грудної клітини у верхній долі правої легені виявлена тінь округлої форми розміром 3х4 см. Діагноз. Які методи дослідження слід застосувати, щоб переконатися в механічному характері жовтяниці? План лікування. Які дослідження слід провести хворому при наявності в нього жовтяниці? Яка цінність холецистографії?

Еталон відповіді:

1. Рак голівки підшлункової залози з метастазами в праву легеню. Механічна жовтяниця.
2. При дослідженні крові для механічної жовтяниці характерно підвищення прямого білірубіну.
3. Симптоматичне. Показана операція з накладанням біліодигестивного анастомозу.
4. Аналіз крові на жовчні пігменти.
5. Холецистографія при механічній жовтяниці завжди негативна.

Задача № 8.

Хворий 45 років звернувся зі скаргами на наявність жовтяниці, яка спочатку мала перемінний характер, а потім стала постійною, незначно виражену анемію, біль в ділянці жовчного міхура. Позитивний синдром Курвуаз'є. У калі виявлена кров. Потім жовтяниця поступово зникла. Про який характер патологічного процесу можна думати? Які дослідження слід провести? Чи виключає періодичний характер жовтяниці бластоматозний процес?

Еталон відповіді:

1. Можна думати про рак голівки підшлункової залози і фатерового сосочка.
2. Для уточнення топічного діагнозу слід застосувати фібродуоденоскопію, комп'ютерну томографію, ехографію черевної порожнини.
3. Ні не виключає. Періодичність жовтяниці буває при розпаді пухлини фатерового соска.

Задача № 9.

Хвора 70 років поступила зі скаргами на біль в епігастральній ділянці, які віддають у спину, жовтушність шкірного покриву, свербіння шкіри, головний біль, підвищену роздратованість. Схудла на 10 кг. Хворіє 3 місяці. Об'єктивно: шкірні покриви іктеричні, печінка виступає з-під реберної дуги, пальпується збільшений до 15 см з чіткими контурами безболючий жовчний міхур. Попередній діагноз. Додаткові методи дослідження. План лікування.

Еталон відповіді:

1. Попередній діагноз: рак підшлункової залози.
2. Гіпотонічна дуоденографія, сканування підшлункової залози.
3. Біліодигестивний анастомоз.

Задача № 10.

Хворий 63 років поступив в ООД зі скаргами на сильні біль в животі, високу температуру, жовтяницю. Анамнез захворювання: 1,5 місяця тому з'явився тупий ниючий біль у правому підребр'ї і під ложечкою. Звернувся до лікаря місяць тому, коли з'явилась жовтушність шкірного покриву, підвищилась температура тіла. Хворий був госпіталізований в інфекційне відділення. Після 3 місяців перебування у відділенні у хворого раптово виникли сильні біль в животі, температура до 40°C. Проконсультований хірургом і переведен у хірургічне відділення. Об'єктивно: шкірні покриви іктеричні. У правому підребр'ї пальпується жовчний міхур, безболючий, з чіткими контурами, симптоми подразнення очеревини відсутні. Попередній діагноз. Додаткові методи дослідження. Тактика лікаря.

Еталон відповіді:

1. Рак позапечінкових жовчних проток.
2. Ретроградна ендоскопія, панкреатохолангіоскопія.
3. Лапаротомія з подальшим вирішенням питання про вибір операції.