

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



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

«____»_____2018р.

**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>I</i>
<i>Тема заняття</i>	Рак печінки
<i>Курс</i>	<i>V</i>
<i>Факультет</i>	<i>Медичний №1, №2</i>

ТЕМА: РАК ПЕЧІНКИ (ПРП)

1. Актуальність теми.

Первинний рак печінки (ПРП) займає 8 місце по розповсюдженості серед всіх злоякісних пухлин. У розвиваючихся країнах він займає 7 місце. У великих районах Китаю, Південно – Східна Азія та африканський південь Сахари рак печінки є самою розповсюдженою формою раку у чоловіків. Найбільш висока частота РП на території колишнього Союзу виявлено у ряді областей Західного та Східного Сибіру (від 2,4 до 8,4 на 100 000 населення). В світі щорічно вмирає більше 1 млн чоловік від раку печінки. Серед причин смертності ПРП займає 9-е місце у чоловіків і 8-е місце у жінок. Приблизно однакова щорічна кількість хворих з вперше виявленим ПРП і померлих унаслідок ПРП свідчить, по-перше, про пізню діагностику ПРП, а по-друге, про незадовільні результати лікування.

2. Конкретні навчальні цілі:

Знати

- етіологію та патогенез раку печінки;
- клінічну класифікацію раку печінки та класифікацію за системою TNM;
- обов'язкові методи обстеження хворих на рак печінки;
- супутню патологію на рак печінки;
- основні методи лікування хворих на рак печінки (хірургічний, комбінований, променевий);
- знати групи ризику.

Вміти:

- визначити стадії розповсюдження пухлинного процесу;
- провести загальне обстеження (об'єктивне та спеціальне) у хворих;
- визначити значення додаткових методів обстеження у хворих на рак печінки (рентгенографічний, УЗД та інше);
- призначити індивідуальне лікування хворих на рак печінки у залежності від стадії пухлини, загального стану хворої та її віку;
- вміти призначити профілактичні заходи по боротьбі з цими пухлинами.

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

Дисципліни	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомію органів черевної порожнини (кровопостачання, лімфатичну систему та інше).	Вміти правильно розуміти етіологію захворювання, патогенетичні клінічні прояви і профілактичні заходи.
Патологічна анатомія	Гістологічну структуру пухлин, особливості.	
Загальна фізіологія	Фізіологічні процеси організму.	
Патологічна фізіологія	Патологія протікання функцій ендокринної, імунної та інших систем організму.	
Біологічна хімія	Ферментативні порушення організму і, насамперед, норми протікання біохімічних процесів у печінці.	
Терапія	Методи загального обстеження хворих.	
Фармакологія	Групи протипухлинних препаратів та механізми їх дії на організм.	

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
Первинний рак печінки	Первичный рак печени	Hepatic cancer
Гепатопанкреатодуоденальна зона	Гепатопанкреатодуоденальная зона	Hepatopancreatoduodenorepю
Холангіоцелюлярний рак	Холангиоцеллюлярный рак	Cholangiocellulare cancer

4.2. Теоретичні питання до заняття.

1. Анатомія печінки
2. Кровопостачання, лімфо відтік.
3. Гістологічні структури раку печінки. Які зустрічаються частіше?
4. Методи обстеження хворих на ПРП.
5. Основні методи лікування, їх ефективність.
6. Прогноз.
7. 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
- черезшкірняна пункцій на біопсія під контролем апарата УЗД або КТ первинних та метастатичних пухлин печінки
- глибока пальпація по Образцову-Стражеско
- уміти читати рентгенограми, заключення КТГ, МРТ, УЗД.

Професійні алгоритми щодо оволодіння навичками та вміннями Завдання:

1. Провести огляд хворого з підозрою на ПРП.

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

2. Прийняти участь при ультразвуковому обстеженні органів черевної порожнини або КТГ обстеженні.

Примітка: звернути увагу на розміри органу, ехогенність, наявність вузлів.

3. Прочитати заключення МРТ або ангіографії.

Примітка: звернути увагу на форму органу, наявність змін.

Зміст теми.

Епідеміологія.

Первинні злоякісні пухлини печінки складають приблизно 0,7% від усіх пухлин (у деяких регіонах Південної Африки й в Азії гепатоми складають 50% усіх карцином). У чоловіків 90%, а в жінок – тільки 40% усіх первинних пухлин печінки є злоякісні. В Україні захворюваність на рак печінки низька. Серед усіх злоякісних захворювань рак печінки становить 1-2 %. Чоловіки хворіють частіше, ніж жінки (3:1).

Етіологія.

Значну роль у розвитку первинного раку печінки відіграють наступні фактори:

- хронічний вірусний гепатит В (80% пацієнтів із гепатомою). Ризик виникнення печінково-клітинного раку в носіїв вірусу зростає в 200 разів. У чоловіків – носіїв він вище на 50%;
- цироз печінки (особливо крупновузлова форма) знайдений приблизно в 60-90% хворих із гепатомою;
- гемохроматоз (надлишкове утримання в організмі заліза);
- шистосомоз і інші паразитарні захворювання;

- канцерогени:
 - промислові продукти - поліхлоровані дифеніли, хлоровані вуглеводневі розчинники (наприклад, тетрахлористий вуглець, нітрозаміни); органічні пестициди, що вміщують хлор;
 - органічні сполуки (наприклад, афлатоксини, що утримуються в харчових продуктах, наприклад, арахісі).

Патологічна анатомія.

Гістологічно розрізняють:

- Гепатоцелюлярний рак (злоякісна гепатома) – виникає із печінкових клітин. Серед пухлин печінки трапляється найчастіше. Розвивається у вигляді одного, рідше декількох пухлиноподібних утворень. Характерний місцевий інвазивний ріст, особливо часто пухлина проростає в діафрагму. Віддалені метастази частіше усього виявляють у легенях (до 45% випадків).
- Холангіоцелюлярний рак – виникає із клітин епітелію жовчних проток, складає від 5 до 30% усіх первинних злоякісних пухлин печінки. Щільна пухлина сіруватого кольору. Частіше усього розвивається у віці від 60 до 70 років. Метастазує в регіонарні лімфатичні вузли або в інші відділи печінки.
- Ангіосаркома (злоякісна гемангіоендотеліома) виникає із веретеноподібних клітин, що вистилають просвіток внутрішньопечінкових судин. Рідкісна судинна пухлина (складає 2% злоякісних новотворів печінки), одна із самих злоякісних пухлин печінки. Частіше усього ангіосаркома виникає у чоловіків (у 85% випадків). Для ангіосаркоми характерно поширення в селезінку (у 80% випадків) і віддалені метастази в легені (у 60% випадків).

Класифікація раків печінки

(код МКХ – О С22) за системою TNM (5-е видання, 1997 рік).

Стосується тільки первинного гепатоцелюлярного та холангіоцелюлярного раку

TNM Клінічна класифікація

T — Первинна пухлина

T_x — недостатньо даних для оцінки первинної пухлини

T₀ — первинна пухлина не визначається

T₁ — солітарна пухлина до 2 см у найбільшому вимірі без інвазії в судини

T₂ — солітарна пухлина до 2 см у найбільшому вимірі з інвазією в судини, або численні пухлини, обмежені однією часткою до 2 см у найбільшому вимірі без інвазії в судини, або солітарна пухлина понад 2 см у найбільшому вимірі без інвазії в судини.

T₃ — солітарна пухлина понад 2 см у найбільшому вимірі з інвазією в судини, або численні пухлини, обмежені однією часткою до 2 см у найбільшому вимірі з інвазією в судини, або численні пухлини, обмежені однією часткою, будь-яка з них розміром понад 2 см у найбільшому вимірі з/або без інвазії в судини.

T₄ — численні пухлини більше, ніж в одній частці печінки, або пухлина(и), яка уражує основну гілку ворітної або печінкової вени, або пухлина(и), яка безпосередньо поширюється на суміжні органи, крім жовчного міхура, або пухлина(и) з перфорацією вісцеральної очеревини.

N — Регіонарні лімфатичні вузли.

N_x — недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів

N₀ — немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів

N₁ — наявні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах

M — Віддалені метастази

M_x — недостатньо даних для визначення віддалених метастазів

M₀ — віддалені метастази не визначаються

M₁ — наявні віддалені метастази

pTNM Патоморфологічна класифікація

Категорії pT, pN і pM відповідають категоріям T, N і M

pN₀ — Матеріал для гістологічного дослідження після регіонарної лімфаденектомії повинен включати не менше 3 лімфатичних вузлів.

G — Гістопатологічна градація

G_x — Ступінь диференціації не може бути визначений

G₁ — Високий ступінь диференціації

G₂ — Середній ступінь диференціації

G₃ — Низький ступінь диференціації

G₄ — Недиференційована пухлина

Групування за стадіями

Стадія I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія II	T ₂	N ₀	M ₀
Стадія IIIA	T ₃	N ₀	M ₀
Стадія IIIB	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₁	M ₀
Стадія IVA	T ₄	будь-яке N	M ₀
Стадія IVB	будь-яке T	будь-яке N	M ₁

Клініка.

Початок захворювання перебігає приховано. Клінічна симптоматика з'являється при розвинутому раковому процесі:

- гепатомегалія (у 88% випадків);
- тупі ниючі болі в підребер'ї справа;
- загальне нездужання;
- лихоманка з підвищенням температури;
- втрата ваги (85%);
- болісне при пальпації пухлиноподібне утворення в черевній порожнині (50%);
- ознаки печінкової недостатності (60%);
- жовтяниця (на пізніх стадіях);
- асцит (50%);
- внутрішньочеревна кровотеча, що супроводжується геморагічним шоком (виникає у 10-15% пацієнтів);
- можливі ендокринологічні порушення (наприклад, синдром Кушинга), що пов'язано із секрецією пухлинними клітинами гормоноподібних речовин.

Діагностика.

Діагноз раку печінки встановлюється за допомогою наведених методів дослідження.

- Анамнез, клінічні симптоми (слід брати до уваги метастатичне ураження печінки, що спостерігається значно частіше).
- Фізикальне обстеження (огляд, пальпація).
- Лабораторне дослідження - можливі відхилення у функціональних пробах печінки. У 70-90% хворих на рак печінки, в крові підвищене утримання АФП (α-фетопротейну). Для ранньої діагностики захворювання пацієнтам із групи ризику бажаний скринінг АФП.
- Інструментальні методи дослідження. За допомогою УЗД, КТ, МРТ, діагностичної лапароскопії з біопсією діагноз можна встановити у 90% випадків. Мінімальний розмір пухлини, що діагностується – 1 см.

Лікування.

• Оперативне лікування на теперішній час являється єдиним радикальним методом лікування раку печінки, що обов'язково включає біопсію пухлини. Встановити операбельність пухлини можливо тільки після виконання лапаротомії.

- ✓ Сучасний хірургічний підхід до цієї проблеми це виконання гепатектомії з алотрансплантацією печінки.
- ✓ При обмеженому ураженні печінки можливі резекція частки печінки (гемігепатектомія) або сегментарні резекції.

Частота операційної летальності складає більш 20%, а у пацієнтів із супутнім цирозом печінки може досягати 60%.

- Хіміотерапія дає тимчасове поліпшення в 20-25% хворих. Хіміотерапевтичні препарати, введені внутрішньовенно, практично не дають ефекту. Селективне введення препаратів у печінкову артерію або пупкову вену дає кращі результати. Застосовують 5-ФУ, доксорубіцин, мітоміцин.
- Променева терапія практично не застосовується.

Прогноз.

- При операбельних пухлинах середня тривалість життя пацієнтів після операції складає три роки. П'ятирічне виживання у таких хворих досягає 20%.
- При неоперабельних пухлинах середня тривалість життя пацієнтів після встановлення діагнозу складає 4 місяці.

Б. Вторинні (метастатичні) пухлини печінки

Метастатичні пухлини печінки зустрічаються набагато частіше, ніж первинні (50:1). Після регіонарних лімфатичних вузлів печінка займає друге місце за ураженням метастазами первинних пухлин усіх органів черевної порожнини. Пухлини товстої кишки більш ніж у 2/3 випадків, а пухлини позачеревної локалізації в половині випадків метастазують у печінку. У цілому більш 1/3 пухлин самої різної локалізації уражає печінку гематогенним шляхом.

Діагностика

Для уточнення діагнозу і ступеня поширення метастазів найчастіше застосовують:

- УЗД, КТ, МРТ.
- Променеві методи діагностики покращують виявляємість метастазів.
- Лабораторні дослідження. Біохімічні проби залишаються нормальними більш ніж у 65% хворих із метастазами в печінку (на субклінічній стадії хвороби). Підвищення рівня АСТ або лужної фосфатази знаходять лише в 50 - 65% хворих. Дослідження крові на карциноембріональний Аг допомагає виявити метастатичне ураження печінки при колоректальних раках.

Лікування.

Вибір методу лікування залежить від типу і локалізації первинної пухлини.

- Хірургічні методи лікування:
 - ✓ Оперативне видалення – найбільш ефективний метод лікування метастазів печінки. Приблизно четверта частина печінкових метастазів поодинокі. У 5% випадків метастази потенційно операбельні. Операція показана при ураженні тільки однієї частки печінки і при відсутності ознак позапечінкових метастазів. Частота 5-річного післяопераційного виживання складає приблизно 20-30%. Оперативна летальність у цієї

групи хворих менше 6%, так що ризик виконання операції цілком припустимий.

- ✓ Перев'язка печінкової артерії призводить до значного зменшення розмірів пухлини, але цей ефект тимчасовий.
- ✓ Останні роки широко впроваджується метод кріодеструкції поверхневих печінкових метастазів у комплексному лікуванні злоякісних пухлин.
- Хіміотерапія. Парентеральне введення 5-ФУ дає терапевтичний ефект у 9-33% випадків, а середня тривалість життя при цьому складає 30-60 тижнів (під терапевтичним ефектом розуміється стан, коли відбувається зменшення розмірів існуючої пухлини на 50%, а протягом 1-2 місяців нові пухлини не виникають). При введенні в печінкову артерію 5-ФУ відзначають більш виражений терапевтичний ефект, але середня тривалість життя пацієнтів збільшується незначно.
- Променева терапія застосовується в якості паліативного методу лікування.

Матеріали для самоконтролю.

А. Питання для самоконтролю.

- Основні етіопатогенетичні фактори, які зумовлюють виникнення раку печінки.
- Класифікація раку печінки.
- Передракові захворювання печінки..
- Основні гістоструктури пухлини та рівні її диференціювання.
- Клінічні симптоми хвороби.
- Обов'язкові методи обстеження та її результати.
- Додаткові методи обстеження та їх інформативність.
- Методи лікування раку печінки.
- Поєднано – променевий метод лікування.
- Прогноз.
- Групи ризику.

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 I: 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).
Учбовий 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. – 560 с.
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 вихідного рівня знань по темі: “Рак печінки”.

1. До досягнень останніх десятиріч до діагностики гепатоцелюлярного раку відносять:
 - а) лапароскопію;
 - б) гепатосканування;
 - в) УЗД;
 - г) реакція Абелева-Татарінова;
 - д) комп'ютерна томографія.

2. Симптом Курвуаз'є не виникає:
 - а) при стенозі загального жовчного протоку;
 - б) при раці печінкової протоки;
 - в) при холедохолітіазі;
 - г) при раці фатерова соска
 - д) при раці головки підшлункової залози

3. Первинний рак по відношенню до метастатичного раку печінки в нашій країні зустрічається:
 - а) в однакових співвідношеннях часто;
 - б) частіше зустрічається первинний рак печінки;
 - в) частіше зустрічається метастатичний рак печінки;
 - г) обидві форми раку печінки зустрічаються однаково рідко.

4. До груп ризику розвитку первинного раку печінки відносять:
 - а) носії вірусу гепатиту “В”;
 - б) цироз печінки;
 - в) уживання в їжу продуктів, що заражені афлатоксином;
 - г) зараження опісторхозом;
 - д) все перераховане.

5. До країн з високим рівнем захворюваності первинним раком печінки відносять:
 - а) Замбію, Сінгапур, Швейцарію;
 - б) Польщу, Іспанію, Венгрію;
 - в) Великобританію, Югославію, Канаду;
 - г) Швецію, Норвегію, Данію.

6. На тлі опісторхозу частіше розвивається:
- а) холангоцелюлярний рак печінки;
 - б) гепатоцелюлярний;
 - в) обидві форми зустрічаються з однаковою частотою;
 - г) опісторхоз не виказує впливу на розвиток раку печінки;
7. Первинний рак метастазує
- а) гематогенно;
 - б) лімфогенно;
 - в) внутрішньоорганно;
 - г) всіма перерахованими шляхами;
8. Гепатоцелюлярний рак печінки частіше розвивається на тлі:
- а) цирозу печінки;
 - б) опісторхозу;
 - в) і в тому і в іншому випадку;
 - г) ні в тому, ні в іншому випадку.
9. З перерахованих симптомів при первинному раку печінки найчастіше зустрічаються:
- а) блідість шкіряних покривів;
 - б) жовтушність шкіряних покривів;
 - в) симптоми портальної гіпертензії;
 - г) гепатомегалія;
 - д) симптом Курвуазьє.
10. Найбільш достовірними методами, що дають можливість діагностувати пухлинні враження печінки є:
- а) УЗД;
 - б) КТ;
 - в) ангіографія;
 - г) лапароскопія;
 - д) все перераховане однаково достовірне.

Правильні відповіді:

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

В. Ситуаційні задачі для самоконтролю.

Задача № 1.

До лікаря звернулася хвора 49 р. із скаргами на жовтяницю на протязі 3 неділь, шкіряне свербіння, загальна слабкість, схуднення до 6 кг. Границі печінки по Курлову 15x12x10 см: край печінки трохи закруглений, під краєм реберної дуги печінки пальпується тугоеластичне, малоболісне утворення овальної форми до 7x4 см. Стул глинисто-сірий. Загальний білірубін - 256 ммоль/л, прямий - 96 ммоль/л. Ваш попередній діагноз: пухлина або кіста правої частки печінки; хвороба Боткіна; пухлина жовчного міхура; водянка жовчного міхура.

Еталон відповіді:

1. Пухлина панкреатодуоденальної зони.

Задача № 2.

Хвора 62 років поступила зі скаргами на постійний тупий біль, ниючий біль у правому підребір'ї; приступи болю періодично різко загострюються. Останні 2 місяці з'явилась загальна кволість, втрата апетиту, субектеричність склер. У анамнезі: у хворої 20 років, після пологів був перший приступ холециститу, після чого при порушенні дієти (приймання смаженої і жирної страви) біль загострювався. Протягом останніх 2 років самопочуття задовільне. За останні 6 місяців з'явилися постійні тупі болі в правому підребір'ї. Об'єктивно: шкіра і склери субектеричні, печінка біля краю реберної дуги, у ділянці жовчного міхура виявляється ригідність м'язів. Аналіз крові: Нb – 93г/л, Ер - 4×10^{12} /л, Л - $6,7 \times 10^9$ /л, ШОЕ-25 мм/г, білірубін 180,6 мкмоль/л. Аналіз сечі: реакція на жовчні пігменти позитивна, на уробілін – негативна. Попередній діагноз? Додаткові методи дослідження.

Еталон відповіді:

1. Рак жовчного міхура.
2. Дуоденографія в умовах гіпотонії, пероральна та внутрішньовенна холангіографія, черезпечінкова холангіографія.

Задача № 3.

Хвора 52 років звернулася до лікаря зі скаргами на загальну слабкість, втрату апетиту, схуднення, відчуття тяжкості і тиску в правому підребір'ї, жовтушність шкіряного покриву, свербіння шкіри, хворіє близько 1 місяця. Об'єктивно: склери і шкірні покриви різко іктеричні. Живіт бере участь в акті дихання. Печінка виступає з-під реберної дуги до 10 см, горбчаста. Сеча насичено-коричнева, виділення безбарвні. Хвора направлена в інфекційне відділення, де знаходилась 4 тижні. Проведене лікування ефекту не дало. Консультована хірургом, поставлено попередній діагноз: рак печінки. Які додаткові обстеження необхідно провести для підтвердження діагнозу?

Еталон відповіді:

- Обзорна рентгенографія черевної порожнини;
- комп'ютерна томографія;
- ультразвукове дослідження;
- сканування печінки;
- трансумбілікальна венопортографія;
- черезшкірна пункція печінки для гістологічного дослідження.

Задача № 4.

Хвора 60 років зі скаргами на біль в животі поступила в ООД. Страждає відсутністю апетиту, спостерігається підвищення температури тіла до 40 °С, схуднення, загальна неміч. Рік тому з приводу гострого калькульозного холециститу видалено жовчний міхур. Протягом 10 місяців почувала себе задовільно, потім з'явився постійний біль у животі, останні 2-3 тижні – блювання, стан хворої при поступленні середньої важкості, шкіра бліда, живіт незначно збільшений у розмірах, у черевній порожнині виявляється вільна рідина, позитивний симптом Щоткіна-Блумберга. Проведена лапаротомія, при ревізії черевної порожнини виявлено до 8 л вільної рідини, у воротах печінки і на парієтальній очеревині багато метастазів. При біопсії - метастази скірочної аденокарциноми жовчного міхура. Чи була помилка в лікуванні хворої? Як лікувати хвору?

Еталон відповіді:

1. Не виконано гістологічне дослідження жовчного міхура, не проведена поліхіміотерапія
2. Симптоматичне лікування.

Задача № 5.

Хворий 63 років поступив в ООД зі скаргами на сильний 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 шкіряного покриву, підвищилась температура тіла. Хворий був госпіталізований в інфекційне відділення. Після 3 місяців перебування у відділенні у хворого раптово виникли сильний біль в животі, температура до 40°С. Проконсультований хірургом і переведен у хірургічне відділення. Об'єктивно: шкіряні покрови 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.

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.

Хвора 55 років, скаржиться на біль в правому підребр'ї, які з'явилися 2 місяці тому і поступово збільшуються. У минулому - жовчнокам'яна хвороба. Об'єктивно: доброго харчування, шкірний покрив нормального забарвлення, регіонарні лімфовузли не збільшені. У правому підребр'ї пальпується щільне утворення овоїдної форми, що уходить до підре-бр'я. При рентгеноскопії шлунку і товстої кишки патологічних змін не виявлено. При дуоденальному зондуванні порція В не отримана. Попередній діагноз? План лікування.

Еталон відповіді:

1. Слід диференціювати між жовчнокам'яною хворобою та раком жовчного міхура.
2. В тому та іншому випадку – лапаротомія, холецистектомія.

Задача № 8.

Хвора 63 років, скаржиться на загальну слабкість, тяжкість у правому підребр'ї, схуднення, субфібрилітет, сверблячку. Хворіє близько 4 місяців. При огляді: хвора пониженого живлення, шкіра інтерична, сіра, зі слідами розчухів, живіт пальпаторно не болючий, печінка кам'янистої щільності із бугристою поверхнею, край її гострий, виступає з-під правої реберної дуги на 7 см; селезінка не збільшена. Аналіз крові Нв – 90 г/л; ШОЕ – 54 мм/год. Ваш діагноз? План обстеження.

Еталон відповіді:

1. Слід диференціювати між раком печінки, цирозом печінки та раком головки підшлункової залози.

Задача № 9.

Хвора 50 років, звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на слабкість, схудання, ниючі болі у правому підребр'ї, відсутність апетиту, субфебрильну температуру тіла. Вважає себе хворою на протязі кількох

місяців. З анамнезу відомо, що вживала алкоголь. При пальпації животу визначається незначна чуттєвість у правому підребер'ї. Печінка збільшена, тверда. Селезінка не палькується. Вільної рідини у брючній порожнині не виявили. Який діагноз найбільш вірогідний? Диференційований діагноз.

Еталон відповіді:

1. Рак печінки;
2. – портальний цироз печінки;
– хронічний вірусний гепатит;
– алкогольний фіброз печінки.

Задача № 10.

Хвора К., 54 роки, поступила у хірургічне відділення з скаргами на інтенсивні болі в животі, особливо в правому підребер'ї, втрату маси тіла, зростанням загальної слабкості, підвищенням температури тіла. Хворіє 1,5 року. Шкірні покрови жовтушні. Живіт збільшений в об'ємі, асцит, печінка збільшена, поверхня бугриста. Ваш попередній діагноз? План обстеження.

Еталон відповіді:

1. Рак печінки.
2. УЗД; КТТ.

Тести. Початковий рівень знань.

1. К органіотропному і хімічески чистому канцерогену відноситься:

- а) афлатоксин;
- б) бензипирен;
- в) метилхолантроп;
- г) індол;
- д) скатол.

2. Які органи включаються в гепатопанкреатодуоденальну зону:

- печінка, підшлункова залоза, шлунок;
- дванадцятипала кишка, жовчний міхур, селезінка;
- підшлункова залоза, печінка, 12-пала кишка, жовчний міхур;
- тонка кишка, 12-пала кишка, фатеров сосок;
- підшлункова залоза, селезінка, поперекова кишка.