

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра онкологии и лучевой терапии

**Методические рекомендации для преподавателей к  
практическим занятиям с аспирантами**

**ТЕМА:** «Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны. Принципы ранней диагностики злокачественных новообразований»

Утверждены на кафедральном заседании протокол № 2 от «4» август - 2015 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор З.П. Камарли Камарли З.П.

Составитель:

д.м.н., проф. Э.К. Макимбетов Макимбетов Э.К.

БИШКЕК 2015

**1. Тема:** «Рак билиопанкреатодуоденальной зоны. Принципы ранней диагностики злокачественных новообразований»

**2. Значение темы:**

- Учебное – изучить эпидемиологию, этиологию, патологическую анатомию, клиническую картину, методы лечения и профилактики, прогноз и вопросы реабилитации при раке билиопанкреатодуоденальной зоны.
- Профессиональное – знание особенностей течения, лечения и ранних признаков рака билиопанкреатодуоденальной зоны, необходимое в дальнейшей врачебной деятельности.
- Личностное – совершенствовать аналитическое мышление, развивать умение выявлять клинические признаки рака билиопанкреатодуоденальной зоны, проводить дифференциальную диагностику, создавать оптимальный план лечения и реабилитации больных.

**3. Цели занятия:** в результате изучения темы студент будет иметь представление о современной этиопатогенезе рака билиопанкреатодуоденальной зоны;

**знать**

1. Сведения по анатомии и физиологии органов билиопанкреатодуоденальной зоны, необходимые для усвоения темы.

2. Статистические данные о заболеваемости раком органов билиопанкреатодуоденальной зоны.
3. Патоморфологию рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны
4. Клиническую картину и синдромы при раке органов билиопанкреатодуоденальной зоны
5. Методы обследования больных.
6. Интерпретировать данные инструментальных методов обследования при раке органов билиопанкреатодуоденальной зоны.
7. Принципы лечения рака билиопанкреатодуоденальной зоны.
8. Предрасполагающие факторы рака билиопанкреатодуоденальной зоны.
9. Вопросы первичной, вторичной и третичной профилактики рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны в свете национального проекта «Здоровье» в области онкологии.
10. Основные варианты клинической картины рака билиопанкреатодуоденальной зоны.
11. Дифференциальную диагностику при раке органов билиопанкреатодуоденальной зоны.
12. Методы скрининга на рак органов билиопанкреатодуоденальной зоны.

## **уметь**

1. Собрать анамнез у больного с подозрением на рак органов билиопанкреатодуоденальной зоны.
2. Провести физикальное обследование пациента с раком органов билиопанкреатодуоденальной зоны.
3. Наметить план специального обследования при подозрении на рак органов билиопанкреатодуоденальной зоны.
4. Заполнить специальную документацию на больного с впервые установленным диагнозом рак органов билиопанкреатодуоденальной зоны.
5. Выявить основные синдромы при раке органов билиопанкреатодуоденальной зоны.
6. Провести дифференциальный диагноз между раком органов билиопанкреатодуоденальной зоны , желчнокаменной болезнью. Панкреатитом, циррозом печени и другими доброкачественными опухолями органов билиопанкреатодуоденальной зоны.
7. Обнаружить на рентгенограмме признаки, характерные для рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны.

## **4. План изучения темы:**

1.
  - 4.1. Исходный контроль знаний (тесты)
  - 4.2. Разбор темы занятия
  - 4.3. Итоговый контроль знаний (практические навыки)
  - 4.4. Самостоятельная работа
  - 4.5. Подведение итогов

## **5. Основные понятия и положения темы:**

### **РАК ПЕЧЕНИ.**

#### **Введение.**

Первичный рак печени среди всех злокачественных опухолей человека занимает 7 место по частоте. По данным ВОЗ им ежегодно заболевают около 250 тыс. человек. Он особенно широко распространен в развивающихся странах, в которых на его долю приходится более 8% от общего числа злокачественных новообразований у мужчин и 3,5% — у женщин.

Во многих странах заболеваемость и смертность от рака печени повышаются. По секционным данным в Японии удельный вес этой опухоли повысился с 1,7% в 1958г. до 5,0% в 1980г. к общему числу аутопсий. В России уровень заболеваемости в последние годы не меняется. *В Красноярском крае заболеваемость раком печени за 2002 г. составила 6,4<sup>0</sup>/0000.*

#### **Этиология.**

*Гепатоцеллюлярный рак печени.* Точно установлена роль вирусов в возникновении

гепатоцеллюлярного рака печени. Причинная связь обнаружена между *вирусом гепатита В, С и D* и раком печени. Подобной зависимости рака от вируса гепатита А не существует.

Другим установленным этиологическим фактором является загрязнение пищи *афлатоксинами*.

Среди лиц, заболевших гепатоцеллюлярным раком печени, число злоупотреблявших алкоголем достоверно выше, чем среди здорового населения.

*Цирроз печени* рассматривают как предраковое заболевание. Сочетание цирроза с гепатоцеллюлярным раком обнаруживают часто. У больных циррозом рак печени встречается в 5–25% случаев. Еще чаще (50–80%) находят цирротические изменения в печени при гепатоцеллюлярном раке. Тем не менее, возможно, что оба заболевания обусловлены одинаковыми этиологическими факторами и протекают параллельно.

**Холангиоцеллюлярный рак** встречается реже гепатоцеллюлярного. Исключение составляют регионы, эндемичные по гельминтозам, паразитирующим во внутривнутрипеченочных желчных протоках. Эти гельминты класса трематод (*Opisthorchis felinus, Opisthorchis viverrini, Clonorchis sinensis*) часто встречаются в прибрежных речных районах на территории России, Казахстана, Украины, Китая, Таиланда и др.

В России распространен гельминт *Opisthorchis felinus* — **сибирская или кошачья двуустка**.

С хронической описторхозной инвазией связана высокая заболеваемость холангиоцеллюлярным раком печени в эндемичных районах.

Роль инициатора злокачественного роста принадлежит вторичным желчным кислотам. При описторхозе превращение первичных желчных кислот во вторичные происходит во внутривнутрипеченочных протоках.

**Локализация.** Опухоль чаще располагается в правой половине печени или поражает обе половины. В левой половине основной массив опухоли локализуется примерно у 10% больных.

### **Патологическая анатомия**

Макроскопически выделяют следующие формы:

1. узловую,
2. массивную
3. диффузную.

В отдельную форму иногда выделяют **внутрипротоковый рак**. Под этим термином понимают опухоли, возникшие в месте слияния магистральных внутривнутрипеченочных желчных протоков. Они встречаются редко, характеризуются стелющимся ростом, распространяются по стенке желчных протоков и прорастают в паренхиму печени. *Внутрипротоковый рак рано приводит к интенсивной желтухе.*

Иногда рак печени удается диагностировать в ранней фазе, когда опухоль имеет небольшую величину. В связи с этим выделяют, так называемый, **малый рак**. Под этим термином понимают новообразования размером от нескольких миллиметров до 5 см. Такая опухоль отличается медленным темпом роста, клетки ее наружных слоев как бы сдавлены, напоминают капсулу, четко отграничивающую новообразование от здоровой ткани. Эти опухоли называют **инкапсулированными**, они характеризуются благоприятным прогнозом. При своевременном лечении 2/3 оперированных остаются здоровыми в течение 5 лет, а свыше 50% живут на протяжении 10 и более лет после излечения.

### **Гистологическое строение.**

- гепатоцеллюлярный рак
- холангиоцеллюлярный рак

- смешанный рак
- недифференцированный рак

### **Метастазирование.**

Первичный рак печени характеризуется высоким уровнем метастазирования. Не исключено, что некоторые узлы при узловой форме и мелкие сателлиты при массивных формах являются результатом внутривнутрипеченочного метастазирования.

Вне органа основной путь метастазирования *лимфогенный*. При аутопсии метастазы в лимфатические узлы встречаются у 50—60% из числа умерших и у 80% из числа лиц с отдаленными метастазами рака печени. Наиболее часто метастазами поражаются печеночные лимфатические узлы, расположенные в печеночно-двенадцатиперстной связке. Поражение других групп лимфатических узлов встречается реже.

Часто обнаруживают метастазы *в легкие*, нередко находят диссеминацию опухоли по брюшине, плевре. Иногда метастазами поражаются надпочечники, поджелудочная железа, почки, кости и другие органы.

### **Классификация.**

Классификация по системе TNM принята Международным Противораковым Союзом в 1987г., пересмотрена в 1997г.

Классификация по системе TNM

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 сосудов

T2 Солитарная опухоль до 2 см в наибольшем измерении с инвазией сосудов, или множественные опухоли, ограниченные одной долей до 2 см в наибольшем измерении без инвазии сосудов, или солитарная опухоль более 2 см в наибольшем измерении без инвазии сосудов

T3 Солитарная опухоль более 2 см в наибольшем измерении с инвазией сосудов, или множественные опухоли, ограниченные одной долей не более 2 см в наибольшем измерении с инвазией сосудов, или множественные опухоли, ограниченные одной долей любого размера более 2 см в наибольшем измерении с или без сосудистой инвазии

T4 Множественные опухоли в обеих долях, или опухоль(и), поражающая(ие) основную ветвь портальной или печеночной вены, или опухоль(и) с распространением на соседние органы, кроме желчного пузыря, или опухоль(и), прорастающие висцеральную брюшину.

N - Регионарные лимфатические узлы

Nx Недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов

N0 Нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов

N1 В регионарных лимфатических узлах имеются метастазы.

М - Отдаленные метастазы

### Группировка по стадиям

Стадия I	T1	N0	M0
Стадия II	T 2	N0	M0
Стадия III A	T3	N0	M0
Стадия III B	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
Стадия IV A	T4	N0, N1	M0
Стадия IV B	Любая T	Любая N	M1

### Клиническая картина

#### Жалобы.

**Боль** локализуется в правом подреберье или надчревной области, иногда иррадирует в спину и правую лопатку. Вначале боль нерезкая, в виде чувства тяжести, распирания или давления в подреберье. В дальнейшем это тупая постоянная ноющая боль, которая не зависит от приема пищи, но может усиливаться к концу дня, а иногда ночью. Интенсивность боли постепенно нарастает и с течением времени она становится нестерпимой. Такая динамика болевых ощущений связана с растяжением капсулы печени растущей опухолью и зависит от скорости роста новообразования.

У некоторых больных постепенного нарастания интенсивности болевых ощущений не наблюдается. У них острая боль возникает внезапно среди полного здоровья. В противоположность этому иногда, несмотря на значительные размеры опухоли и быстрое увеличение печени, боль полностью отсутствует.

**Снижение аппетита, похудание, общая слабость** относятся к числу частых жалоб при раке печени. Вначале эти симптомы мало выражены, поэтому больные не придают им значения и не обращаются за медицинской помощью. С течением времени они прогрессируют, и в относительно короткий срок аппетит исчезает, потеря массы становится все более ощутимой, резко усиливается общая слабость.

**Тошнота и рвота** встречаются у 15—20% больных. В единичных случаях наблюдаются вздутия живота, одышка, головная боль, нарушения стула, отрыжка, чувство тяжести в животе.

#### Объективные признаки.

**Гепатомегалия** является наиболее важным объективным признаком первичного рака печени. К моменту установления диагноза печень, как правило, достигает значительной величины. Нижний край ее опускается из-под реберной дуги, достигая уровня пупка или располагаясь у входа в малый таз. Размеры печени по Курлову резко увеличены, порою до 20 и более см. Особенно показательно неравномерное увеличение органа.

Столь же характерна **плотная консистенция печени**. Доступные пальпации опухолевые узлы имеют каменистую плотность. Консистенция сдавленной опухолью непораженной ткани такой твердости не достигает, но она значительно плотнее, чем печень здорового человека.

Более чем у половины больных **поверхность печени бугристая**. Иногда прощупывается один плотный выбухающий узел, в других случаях определяются несколько узловых образований небольших размеров. У больных с опухолью, недоступной

пальпации поверхность печени представляется гладкой, поэтому отсутствие бугристости не может служить основанием для исключения рака печени. К тому же иногда из-за напряжения брюшных мышц определить характер поверхности не удается.

Другим важным признаком служит **болезненность при пальпации печени**. Этот симптом встречается у большинства больных, но сильная боль наблюдается редко.

Большое значение для диагностики имеет **быстрый темп увеличения размеров** органа. Динамику увеличения печени удастся определить путем измерения ее размеров по Курлову.

**Лихорадка** наблюдается у большинства больных, особенно при холангиоцеллюлярном раке на почве описторхоза, но каких-либо закономерностей в характере температурной кривой не обнаружено. Иногда наблюдаются кратковременные единичные подъемы температуры до субфебрильных цифр, в других случаях температура держится на высоких цифрах в течение длительного времени и является ведущим признаком рака.

**Асцит** при раке печени встречается почти у половины больных. Иногда накопление асцитической жидкости зависит от диссеминации опухолевых клеток по брюшине, в других случаях – от нарушения белкового баланса, сдавления или тромбоза воротной вены. Асцит появляется в поздних фазах заболевания, но может возникнуть и в самом начале.

Асцитическая жидкость чаще всего серозная, реже геморрагическая. Количество жидкости колеблется в широких пределах, достигая в отдельных случаях 15 и более литров.

**Желтуха** обнаруживается реже, примерно у 1/3 заболевших. Она зависит от сдавления внепеченочных протоков метастазами в печеночные лимфатические узлы или от механической закупорки внутрипеченочных желчных протоков опухолью. Возможно, что у некоторых больных желтуха обусловлена сопутствующим циррозом или воспалительными изменениями паренхимы печени.

Желтуха обычно возникает в поздних стадиях заболевания, но в отдельных случаях является первым и наиболее характерным симптомом.

При желтухе уровень билирубина в сыворотке крови подвержен значительным колебаниям. Этот показатель чаще держится на низких цифрах, но у некоторых больных содержание билирубина может оказаться очень высоким, превышая 300 и даже 500 ммоль/л. Важно отметить, что кожный зуд у больных с желтухой, обусловленной раком печени, наблюдается редко.

**Спленомегалия** чаще встречается при гепатоцеллюлярном раке, при котором увеличение селезенки связано с нарушением портального кровотока в результате цирроза печени. При раке без цирроза она встречается в единичных случаях, причем увеличенная селезенка не достигает больших размеров.

### **Клинические формы**

Известно, что время удвоения размера опухоли при раке печени равняется в среднем 4-м месяцам. Бессимптомный (**скрытый**) период продолжается около двух лет. Это позволяет относить рак печени к числу медленно растущих опухолей.

**В скрытом периоде** клинические проявления отсутствуют или имеется незначительное увеличение размеров печени. Больные к врачу не обращаются. Опухоль является случайной находкой при УЗИ или при лапаротомии по поводу других заболеваний. Иногда гепатоцеллюлярный рак обнаруживают в скрытом периоде с помощью реакции Абелева-Татарина при обследовании группы риска.

**В периоде выраженных симптомов** можно выделить ряд характерных по клинической картине и течению клинических форм.

- 1.гепатомегалическая
- 2.желтушная
- 3.острая абдоминальная

4.асцитическая

5.метастатическая

**Гепатомегалическая форма** является типичной для рака печени, ее обнаруживают примерно у половины больных. Характеризуется жалобами на постоянную, постепенно усиливающуюся боль в правом подреберье или в эпигастральной области, общей слабостью, потерей аппетита, похуданием. Лихорадка имеет место у многих больных, но подъемы температуры редки и кратковременны, носят случайный характер, достигают только субфебрильных цифр. Асцит и желтуха встречаются редко, появляются в позднем периоде заболевания.

Наиболее характерным симптомом гепатомегалической формы является *быстрое увеличение размеров печени*. Поверхность печени чаще бугристая, но может быть гладкой, нижний край заострен, консистенция плотная, при пальпации печень болезненна.

Гепатомегалическая форма рака быстро прогрессирует, и больные погибают через 4—5 мес. от появления первых симптомов, однако, иногда продолжительность жизни достигает 1,5—2 лет.

**Желтушная форма** характеризуется ранней и постепенно, но *быстро нарастающей желтухой*, которая наряду с увеличением печени определяет картину заболевания. У подобных больных реакция Ван-ден-Берга прямая быстрая, билирубин держится на высоких цифрах. Как правило, повышается содержание прямого билирубина.

Больные с желтушной формой рака предъявляют жалобы на общую слабость, боль в подреберье, реже на кожный зуд. Печень плотная, часто бугристая, болезненна. Почти всегда на фоне желтухи повышается температура, иногда в брюшной полости обнаруживают свободную жидкость.

Для желтушной формы характерно бурное прогрессирование и быстрая гибель больных. Большинство из них умирает в течение первых 2—3 мес. после появления желтухи.

**Лихорадочная форма.** У некоторых больных ведущим симптомом рака печени является длительная лихорадка, сочетающаяся с тупой постоянной болью в правом подреберье. Клиническая картина обычно напоминает инфекционное заболевание или сепсис.

Каких-либо закономерностей в характере температурной кривой обнаружить не удается. Температура иногда держится постоянно на высоких цифрах, в других случаях протекает по типу гектической. У некоторых больных имеет место стойкий субфебрилитет с кратковременными подъемами температуры до 39—40°C.

Кроме лихорадки и болевых ощущений, больные предъявляют жалобы на общую слабость, понижение аппетита. Печень всегда увеличена в размерах, у 1/3 больных имеется асцит, иногда появляется желтушная окраска кожи.

**Асцитическая форма** характеризуется быстрым накоплением свободной жидкости в брюшной полости и прогрессирующим увеличением размеров печени. На фоне асцита определить границы и характер поверхности печени не всегда удается. Как правило, больные предъявляют жалобы на боль в подреберье, общую слабость, похудание, реже они отмечают снижение аппетита, повышение температуры, одышку. Несмотря на выраженный асцит, селезенка может оказаться не увеличенной, редко наблюдается расширение подкожных вен брюшной стенки.

**Острая абдоминальная форма** протекает по типу острого хирургического заболевания брюшной полости. У таких больных среди полного здоровья внезапно появляется резкая боль в животе, чаще в правом подреберье, напряжение брюшных мышц, симптомы раздражения брюшины. Им ставят диагноз острого хирургического заболевания

и оперируют в экстренном порядке или применяют консервативное лечение. Через некоторое время интенсивность боли уменьшается, и последующее течение заболевания не отличается от клинической картины гепатомегалической формы. Такое течение заболевания связано с растяжением глиссоновой капсулы быстро растущей опухолью, или с разрывом в брюшную полость распадающегося опухолевого узла.

**Метастатическая форма.** При метастатической форме рака печени на первый план выступают симптомы, свидетельствующие о поражении других органов. Чаще всего они обусловлены метастазами в легкие или кости со сдавлением нервных стволов.

Установить диагноз метастатической формы рака печени удастся, если имеется заметное увеличение печени и определяется бугристость и болезненность при пальпации этого органа.

**Терминальный период.** Период выраженных симптомов переходит в терминальную фазу заболевания. Она продолжается от нескольких дней до 10—12 недель. В это время состояние больных чрезвычайно тяжелое. Это, как правило, истощенные, носилочные больные, некоторые из них не вступают в контакт. Больных часто беспокоит резкая боль в животе, печень достигает значительных размеров. У большинства имеется желтуха и асцит. Симптоматическое лечение не приносит эффекта, быстро наступает летальный исход.

**Дифференциальный диагноз** проводят со следующими заболеваниями:

- вирусный гепатит
- острая жировой дистрофия
- цирроз печени
- метастазы в печень злокачественных опухолей других органов
- кисты печени
- гемангиомы печени
- эхинококковая киста
- альвеококкоз
- желче-каменная болезнь.
- злокачественные новообразования желудка, яичников и других внутренних органов, часто сопровождающиеся диссеминацией опухоли по брюшине.

## **VI. Диагностика.**

**Диагностический минимум** обследований при подозрении на рак печени должен включать:

- сбор анамнеза, жалоб больного
- объективное исследование
- общий и биохимический анализ крови
- иммунохимическую реакцию на альфа-фетопротеин
- рентгенологическое обследование
- УЗИ

**Дополнительные методы исследования:**

- КТ
- МРТ
- радиоизотопное сканирование
- ангиография
- Селективная ангиография
- Портогепатография
- Пункция опухоли
- Лапароскопия

### **Скрининг на рак печени.**

**В России скрининг осуществляют лишь среди лиц групп повышенного риска.** К группе повышенного риска по раку печени относятся носители антигена вируса гепатита В и С, больные с постнекротическим и алкогольным циррозом, хроническим вирусным гепатитом В и С, хроническим описторхозом, а также лица, страдающие хроническим алкоголизмом.

Ее формируют из людей старше 50 лет с помощью анкетного опроса и исследования на носительство вирусов гепатита В и С. Лица, включенные в группу риска по гепатоцеллюлярному раку, подлежат ультразвуковому исследованию печени и обследованию с помощью реакции Абелева-Татаринова 2 раза в год, по холангиоцеллюлярному – только ультразвуковому исследованию.

### **Лечение**

**Хирургическое лечение.** Наиболее эффективным методом лечения является оперативное вмешательство — *резекция печени*.

**Анатомическая резекция** представляет собой удаление одной или нескольких анатомических долей или половины печени с учетом особенностей кровоснабжения и сегментарного строения органа.

Резекция печени показана у больных с одиночной или с узловой опухолью, если узлы располагаются в пределах одной доли или на небольшом расстоянии друг от друга. Операция противопоказана при сопутствующем декомпенсированном циррозе или при наличии резких нарушений печеночных проб.

**Трансплантация печени.** Пересадку печени при раке производят редко. Материал, которым располагают отдельные авторы, невелик. Считают, что к общему числу трансплантаций печени операции по поводу злокачественных новообразований составляют около 10%. В это число входят больные, оперированные с установленным диагнозом рака, а также лица, у которых после удаления печени по поводу другого заболевания, рак явился случайной послеоперационной находкой.

При установленном до операции диагнозе трансплантация печени показана у молодых людей с небольшой медленно растущей нерезектабельной опухолью или с опухолью на фоне цирроза с выраженной недостаточностью функции печени. .

**Чрескожная артериальная эмболизация (ЧАЭ).** Метод заключается в катетеризации ветви печеночной артерии, кровоснабжающей опухоль, и введении в нее рассасывающихся микросфер, вызывающих временную закупорку просвета. При этом происходит блокада капилляров, продолжительность которой зависит от количества вводимых микросфер и в среднем продолжается 15—30 минут. В результате нарушается питание и наступает некроз опухоли. Распространенность и выраженность изменений зависят от дозы введенных микросфер. Нормальная печеночная ткань страдает мало, так как она кровоснабжается за счет портальной системы.

ЧАЭ используется в сочетании с резекцией печени и другими методами лечения. Предварительная эмболизация артерий, вызывая обширный некроз опухоли у большинства больных, способствует улучшению результатов оперативного лечения. Сочетание с гипертермией позволяет повысить вероятность положительного непосредственного эффекта и обеспечить лучший отдаленный результат лечения. Неплохие результаты дает одновременное введение препаратов, содержащих радиоактивный йод.

Тяжелых осложнений метод не вызывает, но побочные явления: боль в животе, повышение

**Внутриопухолевые инъекции спирта.** Под контролем УЗИ производят чрескожный прокол опухоли. Вводят 1,0 — 4.0мл 95% спирта. При контрольных исследованиях видно уменьшение размеров или исчезновение опухолевых узлов. Опухоли подвергаются некрозу, и при цитологическом исследовании клеток злокачественного новообразования часто не находят. Метод технически прост, из специального оборудования требуется лишь

ультразвуковая аппаратура.

Метод показан при небольших опухолях (до 3 — 4,5см) без метастазов и портального тромбоза.

**Лучевая терапия** из-за малой толерантности печени к ионизирующему излучению не применяется.

**Химиотерапевтическое лечение.** Внутривенное введение препаратов недостаточно эффективно. При монокимиотерапии адриамицином, 5-фторурацила, митомицина С получено в среднем 15% ремиссий. Примерно 20% ремиссий дает использование комбинаций препаратов. При гепатоцеллюлярном раке применяют комбинации 5-фторурацила с адриамицином или с цисплатином и вепезидом, а также последних двух препаратов с фторафуром и адриамицином. При холангиоцеллюлярном раке используют адриамицин с 5-фторурацилом. Ремиссии при всех предложенных схемах при внутривенном введении препаратов непродолжительны.

Результативность лечения можно повысить путем внутриартериальных инфузий лекарственных препаратов. При этом число ремиссий иногда достигает 50–55%, однако, они также непродолжительны, к существенному продлению жизни больных не приводят и по эффективности уступают ЧАЭ.

#### **Диспансерное наблюдение**

**Диспансерное наблюдение** за больными, излеченными от рака печени, осуществляется по общим правилам. Учитывая возможность ранних рецидивов, промежутки между осмотрами должны быть сокращены. Во время каждого контрольного осмотра больным проводится ультразвуковое исследование печени, а лицам, излеченным от гепатоцеллюлярного рака, ставят реакцию на альфа-фетопротеин. Установлено, что синтез его возобновляется при рецидивах опухоли задолго до появления клинических симптомов.

## **2. ОПУХОЛИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ**

#### **Введение**

Рак желчного пузыря встречается чаще, чем принято считать. Число больных ежегодно возрастает. Это связано с увеличением частоты хронических заболеваний желчного пузыря. По данным ВОЗ, рак желчного пузыря встречается в 0,5 - 1,5% случаев от числа всех онкологических опухолей. в структуре онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта он занимает 5-е место.

В Красноярском крае заболеваемость раком желчного пузыря за 2002 г. Составил 1,2 чел.<sup>0</sup>/0000. Факторами риска заболевания считаются желчнокаменная болезнь, пожилой и старческий возраст, доброкачественные опухоли желчного пузыря.

#### **Этиология.**

Известно, что причинная связь рака желчного пузыря и желчных протоков с камнями подчеркивается многими авторами. Хронический воспалительный процесс и камни в пузыре могут быть причиной образования злокачественной опухоли. Кроме камней, причинами способствующими превращению в злокачественную опухоль, могут быть язвенный процесс в пузыре и кровоизлияния в желчный пузырь. Примерно в 70% всех случаев первичный рак исходит из пузыря, в 20% - из протоков или фатерова соска.

#### **Патологическая анатомия.**

По гистологическому строению злокачественная опухоль желчного пузыря бывает:  
- аденокарциномой,

- плоскоклеточным раомк
- саркомой
- лейомиосаркомой

Раковая опухоль в 80% - 90% случаев располагается на теле пузыря и в таких случаях желчный пузырь напоминает плотных хрящевой консистенции инфильтрат.

### **Клиническая картина.**

Симптомы клинических проявлений рака желчного пузыря очень скудные в начале. Анамнестически имеются сходные признаки с желчнокаменной болезнью. Специфические клинические и лабораторные симптомы почти отсутствуют. В более позднем периоде больные ощущают слабость, периодические ноющие боли в правом подреберье. Иногда пальпируется опухоль, выступающая из-под правого подреберья. Желтухи, чаще, не бывает. Отмечается значительное похудание. Отсутствие характерных клинических симптомов приводит к тому, что чаще всего диагноз рака желчного пузыря ставится на операции или вскрытии.

### **Диагностика.**

- сбор анамнеза, жалоб больного
- объективное исследование
- общий и биохимический анализ крови
- абдоминальная рентгенография.
- оральная холецистография.
- абдоминальная ультрасонография.
- компьютерная томография (КТ
- билиарная сцинтиграфия.
- чрескожная транспеченочная холангиография (ЧТХ).
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ).
- холедохоскопия.

### **Классификация опухолей желчного пузыря**

T - Первичная опухоль

Tx Недостаточно данных для оценки первичной опухоли

T0 Первичная опухоль не определяется

Tis Преинвазивная карцинома (Carcinoma in situ)

T1 Опухоль прорастает слизистую оболочку или мышечный слой стенки пузыря

T1a Опухоль прорастает слизистую оболочку стенки пузыря

T1b Опухоль прорастает мышечную оболочку стенки пузыря

T2 Опухоль распространяется на околмышечную соединительную ткань до серозы без инфильтрации в печень

T3 Опухоль прорастает серозу (висцеральную брюшину) или непосредственно врастает в соседние органы (распространение до 2 см в печень)

T4 Опухоль проникает в печень более 2 см и/или в соседние органы (желудок, двенадцатиперстная кишка, ободочная кишка, поджелудочная железа, сальник, внепеченочные желчные протоки, любое распространение в печень).

N - Регионарные лимфатические узлы

Nx Недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов

N0 Нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов

N1 Метастазы в лимфатических узлах около пузырного и общего желчного протока и/или ворот печени (т.е. в гепатодуоденальной связке)

N2 Метастазы в лимфатических узлах, расположенных около головки поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, портальной, чревной и верхней брыжеечной артерий

M - Отдаленные метастазы

#### Группировка по стадиям

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия I	T1	N0	M0
Стадия II	T2	N0	M0
Стадия III	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
Стадия IV A	T4	N0, N1	M0
Стадия IV B	Любая T	N 2	M0
	Любая T	Любая N	M1

#### Лечение.

*Хирургическая экстирпация желчного пузыря* и окружающих тканей остается стандартом лечения для больных, имеющих карциному желчного пузыря, которая подлежит резекции.

В период постановки диагноза большинство больных уже имеют неизлечимое заболевание, не подлежащее резекции, и поэтому наиболее частой операцией, которую им проводят, является, эксплоративное вмешательство и биопсия.

После верификации диагноза предпочтительный выбор перед выполнением холецистэктомии - это клиновидная резекция печени, включающая желчный пузырь, с региональной лимфаденэктомией.

К спорной проблеме относится *лечение* больных, у которых диагноз заболевания устанавливает гистолог после проведения операции. Больные, у которых опухоль расположена в пределах слизистой оболочки, имеют большую возможность адекватного излечения посредством одной холецистэктомии.

Повторная операция с лимфаденэктомией и ограниченной резекцией печени должна быть показана тем лицам, у которых опухоль локализована в подслизистом слое или в серозной оболочке.

Роль адьювантной терапии остается неясной.

#### Прогноз.

Долговременный прогноз при карциноме желчного пузыря плохой, отмечают частоту 5-летнего выживания менее чем в 5% случаев. Больные, имеющие новообразования небольшого размера, которые случайно выявляются во время проведения холецистэктомии, обладают лучшим шансом на долговременное выживание.

### 3. РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

## **Введение**

Рак поджелудочной железы характеризуется высоким уровнем заболеваемости и смертности. Заболеваемость постоянно растет, особенно среди мужчин в возрасте 50-60 лет. В США рак поджелудочной железы занимает четвертое место в структуре онкологической смертности. По оценке Американской ассоциации рака ежегодно от рака поджелудочной железы в США умирает приблизительно 25 тыс. человек. Это характеризуется тем что диагностика рака этой области на ранних стадиях заболевания очень трудна.

Четкое знание симптомов рака головки, тела и хвоста поджелудочной железы, симптомов, доминирующих в дожелтушном периоде, правильная интерпретация характера желтухи, использование всех возможных методов диагностики у больных с опухолями панкреатодуоденальной зоны позволит выявить и лечить больных данной группы на ранних стадиях заболевания.

### **Этиология.**

По мнению некоторых авторов имеется ряд предрасполагающих моментов к развитию рака поджелудочной железы: *сахарный диабет, желчекаменная болезнь, хронический панкреатит, курение, чрезмерное употребление алкоголя, кофе, мяса и животных жиров, а также генетическая предрасположенность к данной патологии. Несомненна роль эндогенных канцерогенов, в частности бензидина, В-нафтиамина, халантрена, нитрозиминов и др.* Недостаточно изучено влияние ионизирующего излучения на возникновение опухолей поджелудочной железы.

Таким образом необходимо констатировать, что этиологические факторы рака поджелудочной железы не до конца ясны и требуют дальнейшего углубленного изучения.

### **Патологическая анатомия.**

Величина опухоли может быть различной - *от маленького едва заметного узла до размеров головки ребенка.* Большие опухоли часто сочетаются с кистой поджелудочной железы или возникают в случаях кровоизлияния в нее.

Опухолевый узел имеет беловатую окраску, в отличие, от нормальной железы (*цвет мяса*) и может располагаться поверхностно или в глубине ее. На ощупь опухолевый узел в большинстве случаев плотный, но может иметь и мягкую консистенцию.

Рак поджелудочной железы чаще всего развивается из эпителия панкреатических протоков, реже - из эпителия ацинозной ткани и еще реже из островков Лангерганса.

Из всех гистологических вариантов рака поджелудочной железы, но чаще всего наблюдается *аденокарцинома*, реже - *плоскоклеточный рак, цистоаденокарциномы.*

### **Гистологическая классификация эпителиальных опухолей.**

#### **1. Опухоли из ацинарных клеток:**

А. *Доброкачественные:* – аденома.

Б. *Злокачественные:* – ацинарноклеточный рак.

#### **2. Опухоли из протокового эпителия:**

А. *Доброкачественные:* – цистаденома.

Б. *Злокачественные:* – аденокарцинома; плоскоклеточный рак; анапластический рак.

3. *Опухоли из эндокринных клеток (островковых и диффузной системы) – карциноиды:* – высокодифференцированные; средней степени дифференцировки; низкодифференцированные.

#### **4. Опухоли смешанного строения.**

5. Опухоли неясного гистогенеза.

## **Классификация опухолей поджелудочной железы**

T- Первичная опухоль

Tx Недостаточно данных для оценки первичной опухоли

T0 Первичная опухоль не определяется

T is Преинвазивная карцинома (Carcinoma in situ)

T1 Опухоль ограничена поджелудочной железой, до 2 см в наибольшем измерении

T2 Опухоль ограничена поджелудочной железой более 2 см в наибольшем измерении

T3 Опухоль распространяется на любую из следующих структур: двенадцатиперстная кишка, желчный проток, ткани около поджелудочной железы

T4 Опухоль распространяется на любую из следующих структур:

желудок, селезенку, ободочную кишку, прилежащие крупные сосуды

N - Регионарные лимфатические узлы

Nx Недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов

N 0 Нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов

N1 Регионарные лимфатические узлы поражены метастазами:

N 1 a Поражен одиночный лимфатический узел

N 1 b Множественное поражение лимфатических узлов.

M - Отдаленные метастазы

### Группировка по стадиям

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия I	T1	N0	M0
	T2	N0	M0
Стадия II	T3	N0	M0
Стадия III	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
Стадия IV A	T4	Любая N	M0
Стадия IV B	Любая T	Любая N	M1

### Клиническая картина

**М. В. Данилов с соав. 1995** выделяют основные синдромы, наблюдаемые при различных поражениях поджелудочной железы, включая опухоли:

- 1) болевой;
- 2) клинические проявления внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, включая такие, как снижение массы тела, нарушение стула - поносы, реже запоры, признаки стеато - и креатореи;
- 3) клинические проявления внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы: скрытый или явный сахарный диабет различной степени тяжести, реже - гипогликемический синдром, в отдельных случаях - признаки нарушения секреции других гормонов поджелудочной железы;

4) синдром билиарной гипертензии (холестаза) с его клиническими проявлениями (печеночная колика, зуд кожи, желтуха, ахолия, синдром Курвуазье), а также характерной лабораторной картиной;

5) нарушение проходимости двенадцатиперстной кишки;

6) сегментарная портальная гипертензия;

7) симптомы поражения ЦНС.

Ранние симптомы аденокарциномы поджелудочной железы неспецифичны - **боли в эпигастральной области, похудание, ноющие боли в спине.**

Первым проявлением аденокарциномы поджелудочной железы могут быть тромбозы мигрирующего характера (приблизительно у 10% пациентов).

Симптомы, проявляющиеся ко времени осмотра пациентов, зависят от локализации опухоли в поджелудочной железе. Чаще всего рак поджелудочной железы развивается в ее головке (50-80%). При этой локализации опухоли у 75% пациентов основными симптомами бывают похудание и механическая желтуха. Рак тела и хвоста поджелудочной железы встречается реже и проявляется на поздних стадиях, поскольку опухоли такой локализации вызывают механическую желтуху только в 10% случаев.

### **Диагностика.**

*Неинвазивные диагностические методики:*

• Компьютерная томография и ультразвуковое исследование - наиболее точные методы исследования для диагностики рака поджелудочной железы, так как с их помощью можно обнаружить опухоли размерами 2-3 см.

*Инвазивные диагностические методики*

- фиброгастродуоденоскопия (ФГДС)
- эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография (ЭРПХГ)
- ангиография
- чрескожная аспирационная биопсия опухоли
- цитологическое исследование эпителия и содержимого протока поджелудочной железы.

*Лабораторные исследования.*

### **Дифференциальная диагностика**

- с **обтурационной желтухой, вызванной закупоркой общего желчного протока камнем.**

- с **раком фатерова соска.**

Принято считать, что для рака фатерова соска характерно наличие интермиттирующей желтухи в отличие от рака головки поджелудочной железы, при котором она носит постоянный и прогрессирующий характер. Такое колебание в интенсивности желтухи, по мнению исследователей, обусловлено свойством рака фатерова соска быстрее распадаться.

Рак фатерова соска часто сопровождается вторичным холангитом и протекает под видом этого заболевания с ознобами и высокой температурой. Ввиду большой склонности рака фатерова соска к распаду при нем чаще, чем при раке головки поджелудочной железы, отмечают наличие крови в дуоденальном содержимом и скрытой крови в кале.

С этим положением едва ли можно согласиться или, во всяком случае, этот симптом не дает полной уверенности в правильности диагноза рака фатерова соска и исключения рака головки поджелудочной железы, при котором наличие скрытой крови в кале не редкость.

Для дифференцирования этих заболеваний большое значение имеет исследование панкреатических ферментов в дуоденальном содержимом.

При раке головки поджелудочной железы вследствие обтурации панкреатического протока опухолью панкреатические ферменты в дуоденальном содержимом могут отсутствовать или концентрация их бывает значительно пониженной, тогда как при раке фатерова соска отделение панкреатических ферментов на нарушается или изменяется значительно меньше, чем при раке головки железы.

**- с раком желчных протоков.**

*Рак желчных протоков встречается редко, и трудно отличим от рака головки поджелудочной железы.*

При дифференцировании этих заболеваний важная роль принадлежит холеграфии, а также другим специальным рентгенологическим методам исследования (ангиография и др.) и сканированию поджелудочной железы. В неясных случаях следует прибегать к хирургическому вмешательству.

**- болезнью Боткина.**

**- с индуративным панкреатитом**

### **Лечение.**

Хирургическое лечение больных раком поджелудочной железы и органов периапулярной зоны (дистальный отдел общего желчного протока, большой сосочек двенадцатиперстной кишки, двенадцатиперстная кишка) представлено следующими основными видами хирургических операций:

1. Стандартная гастропанкреатодуоденальная резекция - ГПДР (субтотальная панкреатикодуоденэктомия, операция Whipple).
2. Панкреатэктомия (тотальная панкреатикодуоденэктомия).
3. Дистальная (левосторонняя) резекция поджелудочной железы.
4. Расширенная ГПДР (расширенная субтотальная или тотальная панкреатикодуоденэктомия, региональная субтотальная или тотальная панкреатикодуоденэктомия).

Кроме того, разработан ряд операций: привратниксохраняющая панкреатодуоденальная резекция, резекция головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки и билиарного тракта, экономная (клиновидная) панкреатодуоденальная резекция, дуоденэктомия, трансдуоденальная папиллэктомия, дистальная резекция поджелудочной железы с сохранением селезенки.

*Паллиативные операции* при раке поджелудочной железы выполняют чаще, чем радикальные, так как большая часть диагностированных опухолей поджелудочной железы уже нерезектабельна.

Паллиативные операции направлены на устранение препятствия оттоку желчи, для чего накладывают декомпрессивный анастомоз между ЖКТ и либо желчным пузырем, либо общим желчным протоком. Поэтому во многих клиниках во время операции холеходоеюноанастомоз дополняется наложением гастроеюноанастомоза. Иногда для разрешения механической желтухи и обеспечения внутреннего дренирования желчи используют чрескожный чреспеченочный билиарный дренаж, что позволяет избежать травматичной операции.

### **Лучевая терапия**

Лучевая терапия по эффективности занимает второе место после радикальной операции. Недостаточная распространенность лучевой терапии рака панкреатодуоденальной области объясняется запущенностью процесса у впервые выявленных больных, затруднениями при топометрии из-за плохой визуализации опухоли, радиорезистентностью аденокарциномы, доля которой среди опухолей данной локализации составляет 75—85%.

### **Показания и противопоказания к лучевой терапии.**

Лучевая терапия показана больным с местно-распространенным раком

поджелудочной железы, фатерова соска или общего желчного протока после операционного и гистологического подтверждения диагноза (пробная лапаротомия или билиодигестивный анастомоз); таким же больным, у которых диагноз гистологически не подтвержден, при наличии явных операционных данных, свидетельствующих о существовании рака (регионарные метастазы, прорастание опухоли в соседние органы); неоперированным больным при наличии эндоскопического и гистологического подтверждения диагноза. В эту немногочисленную группу входят главным образом больные раком головки поджелудочной железы, прорастающим в двенадцатиперстную кишку, и больные раком фатерова соска, у которых данные, полученные при дуоденографии, вирсунгографии, КТ, УЗИ, подтверждаются результатами биопсии опухоли в процессе дуоденоскопии; больным после паллиативной резекции по поводу рака поджелудочной железы или трансдуоденальной папиллэктомии по поводу рака фатерова соска в ближайшие (до 1 мес.) сроки после операции, при удовлетворительном общем состоянии; больным, у которых возник рецидив рака поджелудочной железы или фатерова соска после радикальных операций при удовлетворительном общем состоянии.

Абсолютными противопоказаниями к лучевому лечению служат выраженная раковая кахексия; выраженная диарея как симптом рака поджелудочной железы; язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки; язвенный колит, болезнь Крона; механическая желтуха (в этих случаях перед облучением целесообразно наложение билиодигестивного анастомоза); наличие отдаленных метастазов любой локализации (единичный метастаз в левой доле печени не является противопоказанием к лучевой терапии, так как может быть облучен одновременно с первичной опухолью полями достаточно больших размеров); кровотечение из опухоли, лейкопения (количество лейкоцитов менее  $3,5 \cdot 10^9/\text{л}$ ), тромбоцитопения (содержание тромбоцитов менее  $150 \cdot 10^9/\text{л}$ ).

Относительными противопоказаниями к лучевому лечению являются прорастание опухоли в желудок или двенадцатиперстную кишку; недавно (6—8 мес. назад) зарубцевавшаяся язва желудка или двенадцатиперстной кишки; тромбоз нижних конечностей и/или брюшной стенки как симптом запущенного рака данной локализации; резко выраженный и длительно существующий (более 2—3 мес.) болевой синдром; продолжительный период (1 год и более) после пробной или паллиативной операции; предшествующая облучению интенсивная химиотерапия; сопутствующие раку хронический гастрит, хронический колит; сердечно-сосудистые заболевания (хроническая ишемическая болезнь сердца, атеросклероз коронарных сосудов с явлениями стенокардии покоя, сердечная недостаточность). При наличии относительных противопоказаний лучевую терапию целесообразно проводить расщепленным курсом, лечащий врач должен иметь в виду, что результаты лечения таких больных несколько хуже, чем у больных, у которых нет подобных осложнений (средняя длительность жизни после лечения менее 4—5 мес).

**Химиотерапия** в лечении рака поджелудочной железы использовать достаточно широко. Комплексные схемы применения препаратов, включающих 5-фторурацил, вызывают временное уменьшение опухоли в размерах, но не увеличивают продолжительность жизни.

Комбинированная терапия существенно улучшает отдаленные результаты. Согласно данным различных исследователей, дополнение радикальной операции лучевой терапией и химиотерапией позволяет значительно улучшить результаты лечения больных.

**Гормональная терапия** является новым направлением в лечении рака поджелудочной железы. Рядом авторов экспериментально доказано, что прогестерон, эстрадиол, тамоксифен подавляют в культуре рост клеток рака поджелудочной железы, а сочетание этих препаратов с 5-фторурацилом усиливает его цитостатический эффект. Экспериментальное - клиническое подтверждение возможности подобной терапии

позволило провести курс антиэстрогенной терапии иноперабельного рака поджелудочной железы. Очевидно, что данный вид терапии требует тщательного и длительного изучения.

**Комбинированное лечение** (интраоперационная лучевая терапия и имплантация в кишку радиоактивных источников) применялось для подавления первичного очага и предотвращения развития метастазов. Предварительные результаты достаточно обнадеживающие (при неоперабельных случаях средняя продолжительность жизни составляет 13 мес.). При лучевой терапии (СОД 60 Гр) и химиотерапии 5-фторурацилом двухлетняя выживаемость больных раком поджелудочной железы составила 10%. Возможны и другие комбинации подробно приведенные в специальной современной литературе.

#### **Прогноз.**

Прогноз для пациентов с аденокарциномой поджелудочной железы крайне неблагоприятный: 5 летняя выживаемость составляет 5%, случаи излечения очень редки. Большая часть пациентов умирает в течение 1 года после операции.

Средняя продолжительность жизни пациентов с неоперабельными опухолями составляет 6 мес.

Даже у пациентов с операбельными опухолями поджелудочной железы эффективность оперативного лечения невысока. Только 10% пациентов после резекции поджелудочной железы живет более 5 лет.

#### **Первичная профилактика рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны.**

- Рациональное питание.
- Умеренное употребление алкоголя.
- Отказ от курения.
- Система мероприятий по предотвращению инфицирования вирусами гепатита (в частности, иммунизация населения против вируса гепатита В), паразитарными заболеваниями.
- Охрана окружающей среды.

#### **Вторичная профилактика рака желудка**

- Система мер для выявления, диспансеризации и лечения предопухолевых и начальных стадий опухолевых заболеваний (цирроза печени, вируса гепатита В, описторхоза, хронического панкреатита, сахарного диабета, больных, перенесших холецистэктомию, страдающих алкоголизмом).

#### **Третичная профилактика рака толстой кишки.**

- Представляет собой систему мер по предупреждению и раннему выявлению прогрессирования заболевания, метастазирования. Диспансерное наблюдение за больными, перенесшими операции по поводу рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны, осуществляется по следующей схеме: 1 раз в 3 месяца в течение первого года после операции, 1 раз в полгода на втором году, в дальнейшем ежегодно. В стандарт обследования таких больных при контрольных УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, R-графическое исследование грудной клетки.

#### **C22 Злокачественное новообразование печени и внутрипеченочных желчных протоков**

##### Исключено:

вторичное злокачественное новообразование печени (C78.7)

желчных путей БДУ (С24.9)

**С23 Злокачественное новообразование желчного пузыря**

**С24 Злокачественное новообразование других и неуточненных частей желчевыводящих путей**

Исключено: внутрипеченочного желчного протока (С22.1)

**С25 Злокачественное новообразование поджелудочной железы**

**С26 Злокачественное новообразование других и неточно обозначенных органов пищеварения**

Исключено: брюшины и забрюшинного пространства (С48.-)

## **6. Тестовые задания и ситуационные задачи по теме.**

**1. Среди злокачественных новообразований печени преобладают:**

- А) первичный рак печени
- Б) метастазы в печень
- В) саркомы печени
- Г) все перечисленные встречаются примерно с одинаковой частотой

**2. Источник возникновения холангиоцеллюлярного рака:**

- А) желчный пузырь
- Б) гепатоциты
- В) клетки Купфера
- Г) протоковый эпителий

**3. Основным фактором, способствующим возникновению гепатоцеллюлярного рака печени, является:**

- А) носительство вируса гепатита А
- Б) носительство вируса гепатита В
- В) хронический описторхоз
- Г) загрязнение пищи афлатоксинами

**4. Наиболее частой жалобой больных первичным раком печени является:**

- А) похудание
- Б) общая слабость
- В) боль в правом подреберье
- Г) желтуха

**5. Положительная реакция на альфа-фетопротеин характерна для:**

- А) гепатоцеллюлярного рака печени
- Б) метастазов в печень
- В) доброкачественных опухолей печени
- Г) реакция на альфа-фетопротеин не характерна для перечисленных заболеваний

**6. При какой из перечисленных локализаций наблюдается больший процент метастазирования в печень:**

- А) органы желудочно-кишечного тракта
- Б) легкие

- В) кости
- Г) женские половые органы

**7. При первичном раке печени отдаленные метастазы чаще встречаются:**

- А) в костях
- Б) в забрюшинных лимфоузлах
- В) в легких
- Г) в головном мозге

**8. Для дифференциального диагноза у больного 50 лет с жидкостным образованием печени необходимо выполнить**

- А) лапароскопию
- Б) каваграфию
- В) УЗИ с диагностической пункцией
- Г) аортографию

**9. Рак поджелудочной железы встречается чаще у:**

- А) мужчин
- Б) женщин
- В) с одинаковой частотой у лиц того и другого пола
- Г) у женщин молодого возраста

**10. Рак поджелудочной железы чаще поражает:**

- А) голову
- Б) тело
- В) хвост
- Г) с одинаковой частотой поражает все отделы

**11. Типичной гистологической формой рака поджелудочной железы является**

- А) аденокарцинома
- Б) плоскоклеточный рак
- В) анапластический рак
- Г) перстневидноклеточный рак

**12. Для рака тела поджелудочной железы наиболее характерна**

- А) желтуха
- Б) боль в эпигастральной области
- В) повышение температуры
- Г) тошнота и рвота

**13. Каловые массы при желтухе на почве рака поджелудочной железы**

- А) обычного цвета
- Б) темно-коричневого цвета
- В) обесцвечены
- Г) закономерности не существует

**14. Симптом Курвуазье характерен для**

- А) хронического гепатита
- Б) калькулезного холецистита
- В) рака головки поджелудочной железы
- Г) хронического гепатита

**15. У больного боль в эпигастральной области, тошнота, рвота. В течение 6 месяцев**

**похудел на 15 кг. При рентгенологическом исследовании желудок смещен кпереди. О каком заболевании можно думать?**

- А) стеноз привратника
- Б) опухоль поджелудочной железы
- В) язвенная болезнь желудка
- Г) рак желудка

**16. При панкреатодуоденальной резекции удаляется:**

- А) вся поджелудочная железа
- Б) головка поджелудочной железы и 12-п кишка
- В) головка поджелудочной железы и 12-п кишка, пилорический отдел желудка
- Г) вся поджелудочная железа, желчный пузырь

**17. Больной 40 лет жалуется на слабость, головные боли, потливость, тремор рук, усиливающийся при физической нагрузке. При исследовании сахара крови - гипогликемия. При компьютерной томографии выявлено образование в теле поджелудочной железы до 3 см в диаметре. Диагноз:**

- А) инсулинома;
- Б) глюкагонома;
- В) гастринома;
- Г) цистаденокарцинома;

**18. У больной 45 лет на операции подтвержден диагноз рака головки поджелудочной железы. Железа подвижна, метастазов нет. Выберите радикальную операцию:**

- А) гемирезекция поджелудочной железы;
- Б) панкреатодуоденальная резекция;
- В) цистоэнтероанастомоз;
- Г) гастроэнтероанастомоз;

**19. Доброкачественными эпителиальными опухолями поджелудочной железы являются все, кроме:**

- А) аденома;
- Б) папиллома;
- В) цистаденома;
- Г) фибросаркома

**20. При невозможности выполнения радикальной операции по поводу рака большого дуоденального сосочка показано:**

- А) наложение анастомоза Брауна
- Б) гастроэнтероанастомоз
- В) билиодигестивное соустье
- Г) применение лазерной терапии

### **Задача №1**

Больной 42 г. поступил с жалобами на умеренную слабость, кожный зуд, желтуху, стойкое обесцвечивание кала. Болен 2 месяца. Вначале отмечал повышенную утомляемость, затем моча стала темного цвета и появилась желтушность кожных покровов. Похудел на 10 кг. Пальпаторно печень резко

увеличена, с-м Курвуазье положительный. В анализах высокая билирубинемия за счет прямых фракций, умеренное повышение АлТ и щелочной фосфатазы.

Характер желтухи?

Предположительный диагноз, дополнительные исследования?

Первичная профилактика рака билиопанкреатодуоденальной зоны?

Вторичная профилактика рака билиопанкреатодуоденальной зоны?

### **Задача №2**

Больная 53 лет поступила с диагнозом: механическая желтуха, опухоль поджелудочной железы. Длительность заболевания 3 месяца. При дуоденографии в состоянии искусственной гипотонии выявлено выпрямление вертикальной части двенадцатиперстной кишки и вдавление средней трети ее на протяжении 3 см. дуоденоскопия не обнаружила патологических изменений со стороны двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального сосочка.

Диагноз?

Профилактика данного заболевания?

### **Задача №3**

Больной 47 лет поступил с жалобами на тяжесть в правом подреберье, кожный зуд, плохой сон, слабость. На протяжении 2 лет у больного трижды были приступы болей в области правого подреберья с повышением температуры до 39 и интенсивной желтухой.

При обследовании: желтухи нет, край печени на 3 см ниже реберной дуги, желчный пузырь не пальпируется.

Дополнительные методы исследования, необходимые для постановки диагноза?

Дифференциальная диагностика.

Первичная профилактика рака билиопанкреатодуоденальной зоны?

Третичная профилактика рака билиопанкреатодуоденальной зоны?

### **Задача №4**

Больная 35 лет заболела полгода назад, появились слабость,

анорексия, тошнота, тупые боли в правом подреберье, кожный зуд в течение 1,5 мес, лечилась в инфекционной больнице. При дуоденографии отмечен дефект наполнения на внутренней стенке вертикальной части двенадцатиперстной кишки около 5 см и резкая деформация окружающих складок слизистой.

Диагноз?

План лечения?

Профилактика данного заболевания?

### **Задача №5**

Больная 63 лет, в течение двух недель до поступления в стационар беспокоят кожный зуд, желтуха, слабость, похудание, обесцвеченный кал. При обследовании: интенсивная желтуха, увеличение нижних границ печени на 5 см, отсутствие пальпаторно желчного пузыря.

Дуоденография, дуоденоскопия и селективная ангиография чревной артерии не выявили патологических изменений.

Диагноз?

Исследования, позволяющие его уточнить?

Профилактика данного заболевания?

### **7. Рекомендации по УИРС:**

1. Анализ запущенных случаев заболевания по материалам КОЦ.
2. Принципы деонтологии в онкологии (доклады на цикловых конференциях, реферативные сообщения).
3. Современные методы лечения больных раком органов билиопанкреатодуоденальной зоны.
4. Новые методы диагностики рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны .

## 8. Список литературы:

№ п/п	Наименование	Издательство	Год выпуска
-------	--------------	--------------	-------------

### Обязательная

1.	Онкология: учебник /под ред. В.И.Чиссова	М.: ГЭОТАР-Медиа	2007
----	------------------------------------------	------------------	------

### Дополнительная

1.	Ганцев Ш.Х. Онкология: учебник.	М.: МИА	2006
2.	Клинические лекции по детской онкологии: учебное пособие /под ред. Л.А.Дурнова	М.: МИА	2006
3.	Клинические рекомендации. Онкология /гл. ред. В.И.Чиссов	М.: ГЭОТАР-Медиа	2006
4.	Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных /гл. А.А.Баранов	М.: ГЭОТАР-Медиа	2007
5.	Онкология /под ред. Д. Качиато; пер. с англ.	М.: Практика	2008
6.	Онкология: национальное руководство /гл. ред. В.И.Чиссов	М.: ГЭОТАР-Медиа	2008
7.	Черенков В.Г. Клиническая онкология: учебное пособие	М.: Медицинская книга	2010
8.	Джатой И. Атлас хирургии молочной железы; пер. с англ./ под ред. Н.И. Рожковой.-	М.: ГЭОТАР-Медиа	2009

### Электронные ресурсы

1.	Электронная библиотека КрасГМУ
2.	БД MedArt
3.	БД Медицина
4.	Ресурсы Интернет