

РАК ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Рак підшлункової залози належить до локалізацій раку, захворюваність і смертність від яких в усьому світі неухильно зростає. Він посідає 8-9 місця у переліку найбільш розповсюджених пухлин (після раку легень, товстої кишки, шлунка, молочної залози та ін.) і обумовлює 5,3-5,6% усіх смертей, спричинених раком.

Доброякісні епітеліальні пухлини (аденоми) та неепітеліальні (фіброми, ліпоми, гемангіоми, лімфангіоми) у підшлунковій залозі трапляються дуже рідко (0,05 %). Нечасто трапляється саркома підшлункової залози. Заслужують на увагу гормоноактивні пухлини підшлункової залози – інсулома та аденома з острівців підшлункової залози, що виробляє гормон гастрин. Перша призводить до періодичних гіпоглікемічних кризів і псевдоепілептичних нападів, друга – до синдрому Золлінгера–Еллісона, тобто до утворення рецидивних виразок шлунка.

Найпоширеніша пухлина підшлункової залози – рак.

Епідеміологія. Протягом останніх років спостерігається збільшення захворюваності на рак підшлункової залози в багатьох країнах, особливо в країнах Західної Європи та Північної Америки. У 2018 р. захворюваність (стандартизований показник, світовий стандарт, ASR) серед країн, де поширений рак підшлункової залози, становила: в Ізраїлі – 22 на 100 000 населення, Фінляндії – 7,9, Японії – 9,7, Данії – 7,8, Бельгії – 8,7, Франції – 8,9, США – 7,7, Великобританії – 7,1, Угорщина – 10,8. У США щороку реєструють близько 50 000 хворих на рак підшлункової залози, а 26 000 помирають від цього захворювання. В Україні наприкінці у 2018 р. серед усіх злоякісних захворювань рак підшлункової залози посідав 8-ме місце серед чоловіків і 9-е – серед жінок. Показник захворюваності становить 12,5 (грубий показник) і 7,3 випадків на 100 000 населення (стандартизований показник, світовий стандарт, ASR). Менше поширений рак підшлункової залози в країнах Азії та Африки (Індія – 0,85, Тайланд – 2,0, Іран – 3,1, Китай – 5,2 на 100 000 населення, ASR). Середній вік хворих 60–65 років. Чоловіки хворіють дещо частіше від жінок (1,1 : 1).

Етіологія. На розвиток раку підшлункової залози впливають фактори, подібні до тих, що спричинюють рак товстої кишки: так званий західний тип дієти (їжа з підвищеним вмістом білків і жирів), нестача вітамінів у їжі (особливо А і С), шкідливі звички (алкоголь і куріння, канцерогени в продуктах харчування – нітрити, нітрати тощо).

Передрак та фактори ризику для захворюваності на рак підшлункової залози не так очевидні, як для інших пухлин. Іноді рак підшлункової залози пов'язаний з цукровим діабетом, однак треба мати на увазі, що в 10 % хворих на рак підшлункової залози цукровий діабет є вторинним наслідком пухлинного процесу.

В окремих випадках явно визначається генетичний фактор: більше ніж у 80 % пухлин підшлункової залози, видалених при операції, виявляють мутації гена K-Ras. Відзначають рак підшлункової залози в сім'ях з мутацією гена p16 у хворих із сімейним раком грудної залози, колоректальним раком, сімейним поліпозом Пейтца–Єгерса.

Патологічна анатомія. Найчастіша локалізація раку – головка підшлункової залози – 60 %, тіло залози – 10 %, хвіст – близько 5 %, тотальне ураження – близько 25 %.

Макроскопічно рак підшлункової залози має вигляд вузла різних розмірів (від 2 до 10 см). Пухлини головки підшлункової залози рідко сягають великих розмірів, бо швидко здавлюючи загальну жовчну та панкреатичну протоки, спричинюють тяжкі наслідки. Пухлини тіла і хвоста підшлункової залози виявляються пізніше, тому можуть сягати більших розмірів.

Рак підшлункової залози може розвинути з залозистих елементів, епітелію вивідних проток і з острівців Лангерганса. Гістологічно розрізняють аденокарциному, зокрема, слизову, перснеподібноклітинний рак, недиференційований і некласифікований рак.

Остання міжнародна гістологічна класифікація злоякісних пухлин є спільною для всіх пухлин травного каналу (шлунка, кишок, підшлункової залози, печінки). Цю класифікацію подано при описі морфології раку шлунка.

Рак підшлункової залози швидко дає метастази. Лімфогенно пухлина метастазує передусім у лімфатичні вузли ділянки головки підшлункової залози, а згодом у ворота печінки, печінку. Можлива рання дисемінація по очеревині з появою асцити. Гематогенні метастази виявляють у легенях, кістках, нирках, мозку. Можливі також віддалені метастази Вірхова, Шніцлера, Крукенберга.

Регіонарні лімфатичні вузли. Регіонарними лімфатичними вузлами є:

Верхні – вище від головки і тіла підшлункової залози.

Нижні – нижче від головки і тіла підшлункової залози.

Передні – передні панкреатодуоденальні, пілоричні і проксимальні брижові.

Задні – задні панкреатодуоденальні, загальної жовчної протоки і проксимальні брижові.

Селезінкові – воріт селезінки і хвоста підшлункової залози (лише для пухлин тіла і хвоста).

Черевні – лише для пухлин тіла підшлункової залози.

КЛАСИФІКАЦІЯ РАКУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ* (код МКХ-10 C25.0-2, 8) за системою TNM-8 (2016)

*включені: рак екзокринної частини підшлункової залози та панкреатичні нейроендокринні пухлини, включаючи карциноїди.

Анатомічні зони та підзони

Головка підшлункової залози (C25.0)*;

Тіло підшлункової залози (C25.1)**;

Хвіст підшлункової залози (C25.2)***;

Протока підшлункової залози (C25.3);

Острівці Лангерганса (ендокринна частина підшлункової залози) (C25.4).

Примітка: * пухлинами головки підшлункової залози вважаються пухлини, що ростуть праворуч від лівої межі верхньої брижової вени. Гачкоподібний відросток вважається частиною головки підшлункової залози.

**Пухлинами тіла підшлункової залози вважаються пухлини, що ростуть між лівою межею верхньої брижової вени та лівою межею аорти.

***Пухлинами хвоста підшлункової залози вважаються пухлини, що ростуть між лівою межею аорти та воротами селезінки.

TNM – клінічна класифікація

T – первинна пухлина

TX Не досить даних для оцінки первинної пухлини

T0 Первинна пухлина не визначається

Tis Рак in situ

T1 Пухлина обмежена підшлунковою залозою, до 2 см у найбільшому вимірі

T1a Пухлина не більша за 0,5 см у найбільшому вимірі

T1b Пухлина понад 0,5 см, але до 1 см у найбільшому вимірі

T1c Пухлина понад 1 см, але до 2 см у найбільшому вимірі

T2 Пухлина обмежена підшлунковою залозою, понад 2 см, але до 4 см у найбільшому вимірі

T3 Пухлина обмежена підшлунковою залозою, понад 4 см у найбільшому вимірі

T4 Пухлина проростає черевний стовбур аорти або верхню брижову артерію і/або загальну печінкову артерію

Примітка: *Tis також включає підшлункову інтраепітеліальну неоплазію (PanIN) III ступеня

N – Регіонарні лімфатичні вузли*

NX Не досить даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів

N0 Немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів

N1 Наявні метастази в регіонарних від 1 до 3-х лімфатичних вузлах

N2 Наявні метастази у 4-х і більше лімфатичних вузлах

Примітка: *Регіонарними лімфатичними вузлами є перипанкреатичні лімфатичні вузли, які поділяються на:

верхні: лімфатичні вузли вище головки і тіла підшлункової залози;

нижні: лімфатичні вузли нижче головки і тіла підшлункової залози;

передні: передні панкреатодуоденальні, пілоричні (тільки для пухлин головки підшлункової залози) та проксимальні брижові лімфатичні вузли;

~ задні: задні панкреатодуоденальні, проксимальні брижові лімфатичні вузли та лімфатичні вузли вздовж загальної жовчної протоки;

селезінкові: лімфатичні вузли воріт селезінки та хвоста підшлункової залози (тільки для пухлин тіла та хвоста підшлункової залози);

черевні: (тільки для пухлин головки підшлункової залози).

M – Віддалені метастази

MX Не досить даних для визначення віддалених метастазів

M0 Віддалені метастази не визначаються

M1 Наявні віддалені метастази

pTNM Патоморфологічна класифікація

Категорії pT, pN та pM відповідають категоріям T, N та M.

pN0 Патогістологічна категорія pN0 виставляється при відсутності метастазів у 10 і більше лімфатичних вузлах після регіонарної лімфаденектомії при умові що матеріал для гістологічного дослідження повинен включати не менше 10 лімфатичних вузлів.

G – Гістопатологічна градація (див. розділ 4, с. 66)

Групування за стадіями

Стадія	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIA	T3	N0	M0
IIБ	T1, T2, T3	N1	M0
III	T1, T2, T3	N2	
	T4	Будь-яке N	M0
IV	Будь-яке T	Будь-яке N	M1

Клініка. Симптоматика раку підшлункової залози залежить від локалізації пухлини (мал. 41). Рак головки підшлункової залози внаслідок стиснення проток печінки, підшлункової залози, проростання в дванадцятипалу кишку швидше проявляється симптомами порушення функції цих органів. У початковий період симптоматика часто відсутня.

При obturaції протоки проявляється жовтяниця, яка повільно, але неухильно посилюється.

При утрудненому відтоку жовчі розтягується жовчний міхур, збільшується печінка, що можна виявити при пальпації (симптом Курвуазьє). Слід мати на увазі, що при зморщеному жовчному міхурі після запального процесу, при спайках жовчний міхур може і не розтягуватися при механічній жовтяниці. Механічна жовтяниця при раку головки підшлункової залози трапляється в 90 % випадків. Деривати жовчі при цьому накопичуються в крові та тканинах і призводять до тяжкої інтоксикації організму, порушення функції печінки, нирок, системи згортання крові. Жовтяниця супроводжується симптомами інтоксикації, свербінням шкіри. Obturaція протоки підшлункової залози спричинює порушення нормального травлення (втрата апетиту, нудота, пронос, схуднення).

При проростанні пухлини в дванадцятипалу кишку і звуженні її просвіту можуть бути симптоми стенозу виходу зі шлунка (відчуття повноти в надчерев'ї, періодичний біль, відрижка, блювання).

Клінічна картина при раку тіла та хвоста підшлункової залози цілком інша. Жовтяниця відсутня. Основні симптоми – це біль у надчеревній ділянці, анорексія, схуднення. Біль не пов'язаний із прийманням їжі, може бути переймистий, з іррадіацією в спину. Схуднення прогресує, втрата маси тіла за короткий час досить значна. Інколи пухлина пальпується, але частіше визначається тільки резистентність у ділянці підшлункової залози.

Якщо жовтяниця відсутня, наявні симптоми (біль, зниження апетиту, схуднення тощо) дають підставу запідозрити рак шлунка або товстої кишки і зумовлюють проведення відповідних досліджень (рентгенологічні, ендоскопічні). Іноді жовтяниця є першим, але не раннім симптомом раку головки підшлункової залози. Для диференціації важливо враховувати вік хворого. Здебільшого в молодому віці (40 років) жовтяниця паренхімальна (вірусний гепатит), рідше калькульозної природи й зовсім рідко пухлинної, а в осіб старшого віку (60–70 років) вона частіше свідчить про пухлину панкреатодуоденальної зони. Крім того, вірусний гепатит характеризується продромальним періодом (загальна слабкість, нудота, гарячка, катаральні явища), що не спостерігається при механічній жовтяниці.

Виявляється білірубінемія, яка поступово збільшується за рахунок прямого білірубину. Оскільки жовч не надходить до кишок, стеркобілін у калі відсутній. Відсутній також уробілін у сечі, хоча визначаються жовчні пігменти (білірубін). У калі можна виявити стеаторею і креаторею (неперетравлений білок і жир) як наслідок перекриття панкреатичної протоки і виключення ферментів підшлункової залози із травлення. Певну допомогу в диференціальній діагностиці механічної та інфекційної жовтяниць може надати визначення біохімічних показників крові. Підвищення рівня трансаміназ, альдолази в сироватці крові в 2–3 рази виявляється при вірусному гепатиті, при механічній жовтяниці рівень їх суттєво не змінюється, натомість визначається підвищення активності лужної фосфатази та рівня холестерину в крові.

Механічна жовтяниця може бути також наслідком обтурації жовчних шляхів конкрементом. Для диференціальної діагностики важливе значення має анамнез. Наявність нападів болю або інтермітентної жовтяниці в минулому свідчить про її калькульозну природу. Больовий синдром при раку підшлункової залози не має такої гостроти та інтенсивності, як при жовчнокам'яній хворобі. Жовчнокам'яна хвороба частіше спостерігається в жінок, пухлини підшлункової залози – у чоловіків. Слід зауважити, що обидві причини механічної жовтяниці вимагають раннього оперативного втручання. Тому з операцією зволікати не слід.

Діагностика. Рентгеноскопія шлунка та дванадцятипалої кишки при раку головки підшлункової залози може виявити розгорнуту підкову дванадцятипалої кишки, звуження кишки пухлиною ззовні, зміщення пілоричного відділу шлунка, а при локалізації пухлини в тілі залози – зміщення пухлиною задньої стінки шлунка допереду.

Під час дуоденоскопії визначаються ригідність слизової оболонки низхідного відділу дванадцятипалої кишки, звуження кишки, інколи проростання кишки пухлиною. При цьому можна ввести контрастну речовину в протоку підшлункової залози і зробити панкреатодуктографію.

Селективна ангиографія черевної артерії виявляє зміщення судин пухлиною, інколи безсудинну ділянку залози, уражену пухлиною.

Інформативним методом дослідження є сканування підшлункової залози з використанням ⁷⁵Se-метіоніну, що виявляє вогнища зниженого накопичення ізотопу або відсутність його в тканині залози при ураженні пухлиною. Останнім часом для цього застосовуються туморотропні ізотопи, які, навпаки, поглинаються пухлинами.

При лапароскопії виявляється розширений жовчний міхур, що характерніше для пухлин. Однак за наявності спайок міхур не розширений навіть при механічній жовтяниці. Рідко можна побачити саму пухлину, що випинається із сумки сальника, або дисемінацію по очеревині, метастази в печінку.

За допомогою ультразвукового дослідження оцінюють ступінь щільності тканини залози, наявність у ній вогнищ підвищеної щільності, хоча інформативність методу недостатня.

Найінформативнішою є комп'ютерна томографія, при якій чітко визначається ступінь однорідності тканини залози, наявність у ній новоутворень та їхні розміри.

Вибір оптимального методу дослідження в кожному конкретному випадку дає змогу встановити правильний діагноз.

Діагностика раннього раку підшлункової залози майже неможлива. За даними японських авторів, пухлини діаметром до 2 см діагностуються випадково, причому всі сучасні методи діагностики цих пухлин недостатньо інформативні. Так, за допомогою ультразвукового обстеження ці пухлини виявляють, за даними різних авторів, у 30–50 % випадків. Навіть при комп'ютерній томографії – тільки в 40–70 % випадків. Діагноз раку підшлункової залози встановлюють в основному через 6 міс після появи перших симптомів, тому на момент діагнозу 80 % хворих мають метастази.

Лікування раку підшлункової залози хірургічне. Вибір методу та обсягу операції залежить від локалізації пухлини, ступеня поширення процесу, порушення органів і систем, віку хворих.

Радикальні операції виконуються тільки в 10–15 % хворих. При раку головки підшлункової залози виконується панкреатодуоденальна резекція. Під час цієї складної операції одним блоком видаляють головку підшлункової залози, дистальний відділ шлунка, дванадцятипалу кишку, кінцеву частину загальної жовчної протоки. Накладають чотири анастомози: гастроентероанастомоз, холецистоентероанастомоз, панкреатоентеро- і ентоентероанастомоз. Інколи цю операцію виконують у два етапи. На першому етапі накладається білідигестивний анастомоз для відведення жовчі і поліпшення функції печінки, а другий етап операції здійснюється через 2–4 тиж.

Післяопераційна летальність висока. У минулому вона становила 25 %, а на даний час у клініках, які займаються хірургічним лікуванням раку підшлункової залози, – 8 %. Більшість хворих помирає на першому-другому році після операції, 80 % хворих з резектабельними пухлинами – через 2 роки. П'ятирічне виживання хворих після радикальної операції становить 5–10 %, хоча в США внаслідок удосконалення методики операцій п'ятирічне виживання цих хворих сягає 25 %. Частіше проводяться симптоматичні операції – холецистоентероанастомоз, холедоходуоденоанастомоз, які усувають жовтяницю і подовжують життя хворих на 5–9 міс.

Хіміотерапія неефективна. При паліативному лікуванні застосовують 5-фторурацил, а також його комбінації з доксорубіцином та мітоміцином або цисплатином. Однак не доведено переваг поліхіміотерапії (5-фторурацил, доксорубіцин, мітоміцин) чи хіміотерапії 5-фторурацилом з лейковорином над монохіміотерапією 5-фторурацилом.

Паліативний ефект отримують також від хіміорадіотерапії нерезектабельних пухлин: при опроміненні пухлини в дозі 40–45 Гр у поєднанні з хіміотерапією 5-фторурацилом. Таке лікування подовжує медіану виживання від 6 до 10 міс. Крім цього, досягають часто симптоматичного ефекту – зменшення болю.

Прогноз несприятливий. Як правило, діагноз встановлюється після появи клінічних ознак у розповсюдженій стадії. Хворі гинуть від швидко наростаючої інтоксикації та кахексії, механічної жовтяниці, кишкової непрохідності та інших ускладнень. Не доживають і року з виявлення – 70% хворих. П'ятирічне виживання хворих після радикального хірургічного лікування з ПХТ, за даними різних авторів, становить 8-35%.

Рекомендована література

Основна

1. *Атлас онкологических операций* Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса. ГЭОТАР-Медиа, 2008 – 624 с. https://www.studmed.ru/chisso-vitrahtenberg-ah-paches-ai-red-atlas-onkologicheskikh-operaciy_e41164afda7.html
2. Білінський Б.Т. *Медичні помилки в онкології*. Львів: Афіша, 2013. –324 с. <https://www.twirpx.com/file/1832133/>
3. Бондар Г. В., Попович О. Ю., Думанський Ю. В., Яковець Ю. І. та ін. *Лекції з клінічної онкології. Том 1; Том 2.* – Донецьк, 2006-7. – 442 с.
4. *Онкологія: Підручник – 3-тє видання, перероб. і доп.* / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак, О. О. Галай та ін.; За ред. Б. Т. Білінського – К. Здоров'я, 2004, 2007 – 528 с. <http://bookshare.net/index.php?id1=4&category=med&author=bilinskiy->

bt&book=2004

5. *Онкологія (За ред. І. Б. Щепотіна, В. Л. Ганула, І. О. Клименко. К.: Книга плюс, 2006. – 496 с.*
6. *Онкологія: підручник / Ю. В. Думанський, А. І. Шевченко, І. Й. Галайчук, ...та ін. ; за ред. Г. В. Бондаря, А. І. Шевченка, І. Й. Галайчука. — 2-е вид., переробл. та допов. — К. : ВСВ «Медицина», 2019. — 520 с. <http://kingmed.info/media/book/5/4093.pdf>*
7. *Онкологія: Вибрані лекції з клінічної онкології / За ред. Г. В. Бондаря, В. С. Антіпової. Луганськ, ВАТ „Луганська обласна друкарня”. 2009. – 589 с.*
8. *Попович О.Ю. Рак підшлункової залози. Вибрані лекції з клінічної онкології. За редакцією Бондаря г.В. та Антіпової С.В. – Луганськ, 2009 рік. – С.350-379.*

Додаткова

1. *Радіологія (Променева діагностика та променева терапія.) / За заг. ред. М. М. Ткаченка. К.: Книга плюс, 2011. – 719 с.*
2. *Рак в Україні.: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби /За ред. С. О. Шалімова. Бюлетень національного канцер-ресстру України. (дивитися щорічні №№ 20-21 бюлетенів)*
3. *Путев Н.В. и др. Рак поджелудочной железы. – СПб.: Питер, 2005. – 395 с.*
4. *Руководство по онкологии. Под редакцией В.К Чиссова, С.Л. Дарьяловой. – Москва, 2008.*

Матеріали для самоконтролю

Теоретичні запитання

1. Які сучасні показники захворюваності на рак підшлункової залози в Україні і світі?
2. Назвіть фактори ризику виникнення раку підшлункової залози.
3. Назвіть хронічні захворювання і доброякісні пухлини, які є передраковими для підшлункової залози, і тактику лікаря.
4. Гістологічні класифікації раку підшлункової залози.
5. Вкажіть шляхи метастазування при раку підшлункової залози.
6. У які органи найчастіше відбувається гематогенне метастазування раку підшлункової залози?
7. Клінічна класифікація TNM раку підшлункової залози.
8. Вкажіть перші симптоми та основні клінічні прояви раку головки підшлункової залози.
9. Вкажіть основні клінічні прояви раку тіла і хвоста підшлункової залози.
10. Назвіть клініко-рентгенологічні симптоми, характерні для раку підшлункової залози.
11. Вкажіть спеціальні методи діагностики розповсюдженості раку головки підшлункової залози.
12. Які види радикальних та симптоматичних оперативних втручань використовують для лікування раку головки підшлункової залози?
13. Променева і хіміотерапевтичне лікування раку головки підшлункової залози.
14. Паліативне і симптоматичне лікування раку головки підшлункової залози.
15. Назвіть методи первинної і вторинної профілактики раку головки підшлункової залози.
16. Прогноз, профілактика та моніторинг при раку підшлункової залози.

Тестові завдання для самоконтролю

Тест № 1 ($\alpha=1$). Які фактори сприяють виникненню раку підшлункової залози? А. Зловживання алкоголем. Б. Перевтома. В. Гіподинамія. Г. Вживання дуже гострої їжі. Д. Травма.

Тест № 2 ($\alpha=1$). Яка частина залози уражається пухлиною найчастіше? А. Тіло залози. Б. Головка. В. Хвіст. Г. Тотальне ураження.

Тест № 3 ($\alpha=1$). Який симптом є провідним при раку головки підшлункової залози? А. Анорексія. Б. Жовтяниця. Г. Нудота. Д. Біль. Е. Закреп.

Тест № 4 ($\alpha=1$). Який симптом є провідним при раку тіла та хвоста підшлункової залози? А. Анорексія. Б. Жовтяниця. В. Нудота. Г. Біль. Д. Закрепи.

Тест № 5 ($\alpha=1$). Назвіть радикальний метод лікування раку підшлункової залози: А. Хіміотерапія. Б. Променева терапія. В. Оперативне втручання. Г. Імунотерапія. Д. Гормонотерапія.

Задачі

Задача № 1 ($\alpha=2$). Хворий Л., 56 років, скаржиться на помірний біль у епіга- стральній ділянці, який посилюється вночі. Тиждень тому з'явилась жовтяничність шкіри та слизових оболонок, свербіж шкіри. Об'єктивно: пухлина в черевній порожнині не визначається. Симптоми подразнення очеревини негативні. Симптом Курвуазьє позитивний.

Завдання: поставте попередній діагноз хворому: А. Гепатит. Б. Рак головки підшлункової залози. В. Індуративний панкреатит. Г. Цироз печінки. Д. Панкреонекроз.

Задача № 2 ($\alpha=2$). Хвора К., 58 років, скаржиться на оперізуючий біль у епігастральній ділянці, який посилюється вночі. Тиждень тому з'явилась жовтяниця шкіри та слизових оболонок, свербіж шкіри. Об'єктивно: пухлина в черевній порожнині не визначається. Симптоми подразнення очеревини негативні. Симптом Курвуазьє позитивний.

Завдання: для уточнення діагнозу призначте обстеження: А. УЗД органів черевної порожнини. Б. ФКС. В. КТ органів черевної порожнини. Г. Лапароскопія. Д. Лапароцентез. Е. ФГДС.

Задача № 3 ($\alpha=2$). Хворий Б., 66 років, скаржиться на помірний біль у епігастральній ділянці, який посилюється вночі. Тиждень тому з'явилась жовтяничність шкіри та слизових оболонок, свербіж шкіри. Об'єктивно: пухлина в черевній порожнині не визначається. Симптоми подразнення очеревини негативні. Симптом Курвуазьє позитивний. При ФГДС дванадцятипалу кишку стискає пухлина із зовні та проростає її стінку. Панкреатичні лімфовузли збільшені, щільні. Взято біопсію. Цитологічний висновок: аденокарцинома.

Завдання: яка лікувальна тактика показана хворому? А. Неоад'ювантна хіміотерапія + операція. Б. Операція. В. Променева терапія. Г. Гормонотерапія. Д. Симптоматична терапія.

Задача № 4 ($\alpha=3$). Хворий Д., 53 років, скаржиться на помірний біль у епігастральній ділянці, який посилюється вночі. Тиждень тому з'явилась жовтяничність шкіри та слизових оболонок, свербіж шкіри. Об'єктивно: пухлина в черевній порожнині не визначається. Симптоми подразнення очеревини негативні. Симптом Курвуазьє позитивний. В черевній порожнині виявляється вільна рідина. При ФГДС дванадцятипалу кишку стискає пухлина із зовні та проростає її стінку. Взято біопсію. Гістологічний висновок: аденокарцинома G₂. При УЗД головка залози збільшена в розмірах, підвищеної щільності.

Завдання: А. Поставте повний діагноз та обґрунтуйте його. Б. Назвіть спеціальні обстеження, які необхідно провести хворому. В. Призначте план лікування.