

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра хірургії №3.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ВИВЧЕННЯ ТЕМИ:
“ РАК ШЛУНКА ”

обговорено на методичній нараді кафедри
№ 1 « » _____ 2020 р. Протокол
Зав. кафедрою
проф. Ткаченко О.І

Одеса - 2020

1. Тема заняття “ “ РАК ШЛУНКА””- "2год.

2. Актуальність теми

Рак шлунка відноситься до найбільш розповсюджених локалізації злоякісних пухлин, займаючи по частоті друге місце після раку легенів. В Україні захворюваність раком шлунка складає близько 30 на 100.000 населення. Найвища захворюваність відзначається в Японії (в Осаці 91,4 на 100.000), у США захворюваність низька (7,2 на 100.000).

Чоловіки хворіють у 2 рази частіше жінок. Максимальне число захворілих реєструється у віці від 40 до 60 років.

3. Цілі заняття:

3.1. Загальні цілі: Ознайомитися з сучасним визначенням патології та її розповсюдженістю серед населення України.

3.2. Виховні цілі: Ознайомитися з внеском вітчизняних вчених у вивчення проблеми та новітніх методів діагностики і лікуванні; вміти пояснити хворому о його загрозливим стані та переконати в необхідності проведення лікування / в тому числі і оперативного /.

3.3. Конкретні цілі:

- *знати:*

1. Знати анатомію і фізіологію шлунку.
патоматологію різних форм рака шлунка.
діагностики.
нестандартності клінічного перебігу захворювання.
лікування рака шлунка.

2. Знати сим-

3. Знати методи діаг-

4. Знати лікарську тактику при наяв-

5. Знати показання до оперативного ліку-

3.4. На основі теоретичних знань з теми:

- *оволодіти методиками /вміти/:*

1. Оволодіти методикою об'єктивного обстеження хворих на рак шлунка.

2. Оволодіти методиками перевірки та виявлення основних симптомів цього захворювання.

4. Матеріали до аудиторної самостійної підготовки (міждисциплінарна інтеграція).

Дисципліни	Знати	Вміти
1. Попередні дисципліни, які забезпечують. - Анатомія. - Фізіологія та патофізіологія - Пропедевтика внутрішніх хвороб	Будову шлунку. Функціональні особливості шлунку, та патофізіологічні зміни при захворюванні на рак. Семіологію захворювання.	Проводити пальпацію органів черевної порожнини. Визначити тяжкість захворювання та інтоксикаційного синдрому. Проводити загальне обстеження хворих, та визначити необхідності додаткових і спеціальних методів обстеження.

5. Граф логічної структури заняття.



5.1. Зміст теми.

РАК ШЛУНКА.

Рак шлунка відноситься до найбільш розповсюджених локалізацій злоякісних пухлин, займаючи по частоті друге місце після раку легенів. В Україні захворюваність раком шлунка складає близько 30 на 100.000 населення. Найвища захворюваність відзначається в Японії (в Осаці 91,4 на 100.000), у США захворюваність низька (7,2 на 100.000).

Чоловіки хворіють у 2 рази частіше жінок. Максимальне число захворілих реєструється у віці від 40 до 60 років.

Етіопатогенез рака шлунка зв'язана з впливом безлічі факторів. Не викликає сумнівів впливу характеру їжі. Дефіцит вітамінів А і С, надлишок вуглеводів, пересмажений жир сприяє розвитку раку шлунка. Висока захворюваність у Японії, імовірно, обумовлена особливостями національного харчування, що включає велику кількість копченої і солоної риби, що містить нітрати і нітроти. Нітрати при низькій кислотності шлункового соку утворюють нітрозаміни, що мають властивості канцерогенів. Очевидно, мають значення і генетичні фактори, тому що японці, що емігрували в

США, у третьому і четвертому поколіннях емігрантів, перейшовши на американський харчовий режим, зберігають більш високу захворюваність, ніж представники європейської раси.

Патологічна анатомія. Рак шлунка частіше уражає аборальні відділи. У 2/3 спостережень пухлина локалізується в антрально-пілоричному відділі. Проксимальні відділи шлунка (кардія, субкардія, дно) уражаються в 20-25% випадків. Рак тіла шлунка найчастіше розвивається з хронічної кальозної виразки, що на відміну від виразки дванадцятипалої кишки відноситься до облігатного прераку. Частота малігнізації нелікованих, недолікованих чи рецидивуючих виразок шлунка досягає 90%.

Макроскопічно розрізняють три морфологічних типи раку шлунка: екзофітний, ендофітний і змішаний. Екзофітна пухлина росте в порожнині шлунка, має вид об'ємного утворення невизначеної форми, а при виразці утворює більш-менш глибоку нішу з могутнім валом на границі зі здоровою слизовою ("блюдцеоподібний рак").

Екзофітна пухлина стелиться по підслизовому слою, інфільтрує м'язи, але з боку порожнини шлунка при ендоскопічному дослідженні при візуальній оцінці вилученого препарату новотвір не виявляється.

Ендофітна пухлина не має чітких границь, неможливо чітко визначити її розміри. При гістологічному дослідженні шлунка, ураженого ендофітною пухлиною, ракові клітки визначаються в 7-8 см від передбачуваних границь новотвору.

Змішаний ріст характеризується ознаками екзофітної і ендофітної пухлини.

Ендофітні пухлини частіше метастазують і характеризуються гіршим прогнозом.

Мікроскопічно розрізняють диференційовану аденокарциному. Нізкодиференційована пухлина (персневидно-клітинний, колоїдний, слизуватий рак), недиференційований рак і аденокарциному (рідко зустрічається змішана пухлина з ознаками залозистого і плоскоклітинного рака). Від мікроскопічної будови пухлини залежить клінічний плин, вибір програми лікування і прогноз. Чим нижче ступінь диференціації тканини, тим гірший клінічний плин, тим гірше прогноз. З іншого боку, чим нижче ступінь диференційовки тканини, тим чутливіша пухлина до цитостатичних препаратів, тим ширше показання до застосування хіміотерапії.

Рак шлунка метастазує лімфогенним і гематогенним шляхами. Лімфогенні метастази виявляються, у першу чергу, у перигастральних колекторах по великій і малій кривизні, далі направляються в лімфовузли по ходу лівого шлункового, селезінкового і печінково-дванадцятипалого зв'язування. Ці лімфоколектори вважаються для шлунка регіонарними. Метастази в парааортальні, паракавальні, ретропанкреатичні і брижові лімфовузли відносяться до віддалених. Найбільш частою мішенню віддаленого метастазування виявляється печінка. По грудній лімфатичній протоці ракові клітки заносяться в ліві надключичні вузли, де розвиваються метастази, вперше описані Вірховим. Метастази раку шлунка в яєчники (метастази Крукенберга) іноді досягають великих розмірів і помилково діагностуються як первинні пухлини. Клітки злоякісної пухлини, потрапляючи в черевну порожнину, "тонуть" у ній, опускаються в прямокишкову-міхурову западину у чоловіків та прямокишково-маточну западину у жінок і дають початок розвитку Шніцлеровського метастазу. Нерідко рак шлунка метастазує у пупок (метастаз "медсестри Джозеф"), який, іноді, помилково приймається за невправиму чи защемлену пупокоу грижу.

КЛАСИФІКАЦІЯ.

Tx-недостатньо даних для оцінки первинної пухлини.

T0-первинна пухлина не визначається.

Tis-карцинома in situ: інтраепітеліальна пухлина без інвазії власної оболонки слизуватої.

T1-пухлина інфільтрує стінку шлунка до підслизуватою шару.

T2-пухлина інфільтрує м'язи та субсерозу.

T3-пухлина пенетрує у серозу.

T4-пухлина поширюється на прикордонні структури.

Nx-недостатньо даних для оцінки регіонарних лімфовузлів.

N0-немає метастазів у регіонарні лімфоузли.

N1-метастази в 1-6 регіонарних лімфовузлах.

N2-метастази в 7-15 регіонарних лімфовузлах.

N3-метастази більш ніж у 15 регіонарних лімфовузлах.

Mx- недостатньо даних для визначення віддалених метастазів.

M0- немає віддалених метастазів.

M1-є віддалені метастази.

Угруповання по стадіях.

Стадія 0 - Tis0M0

Стадія IA -T1N0M0

Стадія IB -T1N1M0

-T2N0M0

Стадія II -T1N2M0

-T2N1M0

-T3N0M0

Стадія IIIA -T2N2M0

-T3N1M0

-T4N0M0

Стадія IIIB -T3N2M0

Стадія IY -T1-3,N3M0

-T4N1-3M0

-Тлюбая,Нлюбая,М1

Рак шлунка, що класифікується як T4, виходячи за межі шлунка, проростає в печінку чи селезінку, попереково-ободову чи тонку кишку, підшлункову залозу, заочеревинну клітковину, нирки, наднирники чи діафрагму. Слід зазначити, що відповідно до останньої, п'ятої редакції міжнародної TNM- класифікації 1997 року категорія N (регіонарні лімфовузли) оцінюються тільки по числу уражених метастазами регіонарних лімфовузлів, незалежно від їхньої локалізації.

Клініка. Нульова і перша стадії раку шлунка, як правило, протікає безсимптомно. В другій стадії можуть з'явитися скарги, які А.І.Савицький характеризував як "синдром малих ознак". До цього синдрому відноситься зниження працездатності, стомлюваність, втрата апетиту, перекручення смаку, що іноді виявляється у відразі від м'ясних продуктів, дратівливість, поганий настрій. Хворі найчастіше не додають значення цим скаргам, пояснюючи їх перевтомою, побутовими і службовими причинами. Класичні, що вважаються хрестоматійними, ознаки раку рідко з'являються в другій стадії, частіше характеризують третю чи четверту стадію раку шлунка. Цим порозумівається факт пізнього звертання хворих до лікаря, через що в більшості первинно звернулися виявляються пізні стадії захворювання, що характеризуються місцевим і загальним поширенням злоякісної пухлини.

Біль у підложечній області може носити постійний і періодичний характер. Іноді ірадують у попереку, іноді сприймається як оперізуючі. Зв'язок із прийомом їжі необов'язковий. Найбільш частою причиною постійної виснажливої болі буває проростання пухлини в заочеревинний простір і залучення в процес елементів вегетативної нервової системи (plexus solaris і ін.) при виразці пухлини біль може бути зв'язана з роздратуванням оголених підслизових і міжм'язових нервових сплетень шлунковим вмістом в області виразкового дефекту слизуватої. Істотну роль у генезі болючого синдрому може грати інфікування пухлини, що розпадається, манливе за собою перифокальне запалення.

Нудота зв'язана з порушенням моторно-евакуаторної функції шлунка і раковою інтоксикацією, що не залежать від локалізації новоутвору.

Дисфагія є ознакою проксимального раку, що поширюється на кардіальний відділ і зухвалого явища механічної езофагокардіальної непрохідності. Відрижки і блювота погано перевареною їжею виявляються при раку вихідного, дистального відділу шлунка, що обумовлює непрохідність на рівні антрального відділу в області пілоро-дуоденального переходу.

Утрата маси тіла іноді відзначається до грубих порушень режиму харчування внаслідок ракової інтоксикації.

До об'єктивних ознак відноситься характерний зовнішній вигляд хворого, по якому досвідчений лікар завжди запідозрить онкологічну патологію і нерідко безпомилково визначить локалізацію пухлини в шлунку. Визначальними ознаками є блідість, землисто-сіре фарбування покривів, суха нееластична шкіра, млявий тургор тканин. Ці симптоми зв'язані зі зневоднюванням організму і раковою інтоксикацією. Важливою ознакою є виявлення пухлини в підложечній області при пальпації видима могутня перистальтика шлунка, що супроводжується шумом плескотом чи гурчанням, що характерні для органічного пілоро-дуоденального стенозу.

Непрямою ознакою запущеного раку шлунка може бути збільшена щільна горбиста печінка.

При проростанні раку тіла чи субкардіального відділу в селезінкову вену може розвинути спленомегалія, обумовлена порушенням венозного відтоку від селезінки. Лікар, що пальпує велику селезінку, повинний пам'ятати про те, що однієї з причин спленомегалії може бути рак шлунка.

Как ни парадоксально, віддалені метастази іноді виявляються першими й основними ознаками раку шлунка, що протікає безсимптомно, таку клінічно що не виявляла себе, підступну форму прийнято називати "німим раком". Знайшовши в лівій надключичній області щільний, обмежено рухливий лімфовузол, лікар повинний запідозрити метастаз раку шлунка (метастаз Вірхова) чи рака легені і провести диференціальну діагностику між запальним чи первинною лімфопроліферативною поразкою лімфовузла і віддаленим метастазом. Знайшовши пухлину яєчника, необхідно виконати рентгеноскопію чи фіброгастроскопію для перевірки гіпотези крукенберговського метастазу

раку шлунка в яєчник. Такими ж першими клінічними проявами раку шлунка можуть виявитися метастази в пупок і ректо-везикальний чи прямокишково-маточний карман очеревини.

Діагностика. Успіх лікування раку шлунка залежить від своєчасності діагностики. Своєчасною може вважатися тільки діагностика ранніх стадій захворювання. Однак ранні стадії проходять безсимптомно, клінічно нічим себе не виявляють. Хворі в доклінічному періоді розвитку хвороби не звертаються до лікарів. Тому єдиною можливістю діагностувати рак шлунка в ранній стадії виявляється виявлення пухлини при профілактичному огляді. Природно, що охопити профілактичним оглядом усе населення країни неможливо. Тому для реалізації профілактичних оглядів виділяються групи ризику, до яких відносять особи з найбільшою імовірністю розвитку рака шлунка. У Японії, країні з найвищою захворюваністю раком шлунка організовані щорічні профілактичні огляди всіх працюючих старше 50 років. Завдяки організації профілактичних фіброгастроскопії у Японії значне число хворих раком шлунка виявляється в I-II стадіях, що приводить до істотно кращих результатів лікування за критерієм 5-літньої виживаності.

До методів ранньої діагностики відноситься також імунологічне дослідження, спрямоване на виявлення раково-ембріонального антигену (РЕА) і пухлина асоційованого антигену СА 19-9. При раку шлунка ці антигени виявляються з високим ступенем вірогідності. Однак при скринінгових дослідженнях застосування імунологічних методик гальмуються двома обставинами - невисокою специфічністю і надмірно високою чутливістю. Низька специфічність виявляється в тім, що виявлення маркера рака шлунка, раково-ембріонального антигену СА 19-9 можливо не тільки при інших локалізаціях рака, але і при різних запальних процесах. Тому в ряді випадків виявлення РЕА і СА 19-9 може виявитися помилково позитивним результатом. Негативна сторона занадто високої чутливості маркерів зв'язана з тим, що маркери можуть бути виявлені в тій самій початковій стадії раку, коли розміри пухлини настільки малі, що її виявлення перебуває за межами можливостей сучасних методів, що дозволяють, дослідження.

Основними методами діагностики рака шлунка в клінічній стадії є рентгеноскопія шлунка і фіброгастроскопія. Це не конкуруючі, не взаємовиключні, а доповнюючі друг друга методи діагностики. Кожний з них має свої сильні і слабкі сторони. Фіброгастроскопія дозволяє виявити ерозію чи поліп розміри яких не перевищують 2 мм. Настільки малі патологічні утворення не виявляються рентгенологічними методами. Зате рентгенологічно можна виявити неперестальтуючі ділянки шлунка в області поширення ендодітної пухлини, що інфільтрує підслизувату і м'язовий шар, але не виявляється при ендоскопічному дослідженні з боку порожнини шлунка. Сильною стороною ендоскопічного дослідження є можливість узяття біоптату для гістологічного чи цитологічного дослідження, що дає морфологічну верифікацію діагнозу. Однак при ендодітному варіанті росту пухлини узяття біоптату слизуватої може привести до хибнонегативному результату гістологічного дослідження в зв'язку з тим, що глибокі шари стінки шлунка, у яких поширилася пухлина, не потрапила в біоптат. У цих випадках рентгенологічна інформація виявляється незамінною. Таким чином, у складних для діагностики ситуаціях варто використовувати рентгенологічний, ендоскопічний і морфологічний методи дослідження.

Для діагностики стадії процесу і виявлення віддалених метастазів застосовуються УЗД і комп'ютерна томографія. Обидва методи представляють кошовну інформацію про стан печінки, заочеревинних лімфовузлів, підшлункової залози, селезінки, нирок.

Лапароскопія відіграє важливу роль в уточненні стадії захворювання, місцевої поширеності пухлини, її зв'язку з сусідніми органами. Лапароскопія дозволяє охарактеризувати стан вісцеральної і парієтальної очеревини, виявити мінімальний асцит, у сумнівних випадках узяття біоптат із внутрішньочеревних органів.

Останнім (не по значимості, а по послідовності виконання) методом діагностики виявляється лапаротомія, що остаточно вирішує діагностичні проблеми і визначає можливості й обсяг хірургічного компонента лікування.

Лікування. Основним методом лікування рака шлунка є хірургічна операція. Тільки радикальне хірургічне втручання дає шанси на лікування. Хіміотерапія застосовується за показниками як метод, що у деяких випадках може поліпшити віддалений результат операції. Променева терапія застосовується деякими її прихильниками при проксимальній локалізації пухлини, в основному - при кардіо-езофагальному раці.

Обсяг операції залежить від локалізації пухлини, стадії поширеності новоутвору, ступеня диференціації тканини, екзо - чи ендодітного росту пухлини, загального стану пацієнта. Радикальна операція виконується відповідно до деяких загальноприйнятих вимог: субтотальна резекція шлунка чи гастректомія виконується таким чином, що з шлунком чи його частиною моноблочно віддаляється великий і малий сальники з лімфатичними колекторами, розташованими по великій і малій кривизнах.

Дистальна субтотальна резекція - основна операція при екзофітній формі раку антрально-пілоричного відділу шлунка. Ключовим моментом операції є перев'язка і перетинання лівої шлункової артерії і її джерел поблизу черевного стовбура. При цьому до препарату, що видаляється, відходить ланцюг лімфовузлів, розташованих по ходу пересіченої артерії. Верхня границя перетинання шлунка проходить по лінії, що починається на малій кривизні в 3 см від кардіального сфінктера і, що кінчається на великій кривизні на рівні нижнього краю селезінки. При ендофітній формі раку антрального відділу, коли верхня границя поширення пухлини неясна, особливо - при низького ступеня диференціації пухлинної тканини в інтересах онкологічного радикалізму варто виконувати гастректомію.

При пухлині тіла шлунка, кардіального і субкардіального відділів радикальною основною операцією є гастректомія, у рамках якої віддаляється весь шлунок з великим і малим сальниками, термінальним відділом стравоходу. Якщо маються метастази по ходу селезінкових судин, то в одному блоці зі шлунком віддаляється селезінка з пакетом селезінкових лімфовузлів. Прихильники суперарадикальних операцій вважають показаною розширену лімфаденектомію, при якій в обсяг радикальної операції незалежно від ураженості метастазами віддаляються лімфатичні колектори по ходу загальної печіночної, селезінкової артерій і черевного стовбура.

Якщо проксимальний рак шлунка уражає тільки кардію, не спускаючись по малій кривизні в субкардіальний відділ, припустиме виконання субтотальної проксимальної резекції шлунка, при якій зберігається антральний відділ.

Хворим з пухлиною, що відноситься до категорії T4, виконується комбінована гастректомія чи резекція шлунка, і в комплекс органів, що видаляються, включаються структури, на які поширюється новотвір: печінка, підшлункова залоза, селезінка, діафрагма, товста чи тонка кишка й ін. Віддалені результати успішно виконаних комбінованих операцій порівнянні з результатами звичайних субтотальних резекцій і гастректомії.

При ускладнених пухлинах шлунка приходиться зневажати вимогами онкологічного радикалізму і за життєвими показниками виконувати атипові резекції. Ці операції носять паліативний характер. Вони спрямовані на порятунок життя хворого з кровотечею чи проривом пухлини, що розпадається. Спроби ушити перфораційний отвір у пухлинній тканині приречені на неуспіх: шви проріжуться, прорив повториться. Настільки ж безперспективне прошивання судини, що кровоточить, у пухлині екстрагастральна перев'язка живильних судин. Тому, єдиним варіантом порятунку життя хворого з пухлиною, що кровоточить чи перфорувала, залишається атипове видалення частини шлунка, ураженої раком.

Якщо в хворих з непрохідністю стравосхідно-шлункового переходу чи пілородуоденального відділу пухлина виявляється нерезектабельною, виконуються симптоматичні операції, спрямовані на подолання непрохідності без видалення пухлини. При пухлинах кардії формується шунуючий езофагогастральний анастомоз між стравоходом і дном шлунка накладається гастростома (чи єюностома) для харчування хворого. При непрохідності шлунково-дуоденального переходу анастомоз накладається між шлунком і худою кишкою. У залежності від особливостей поширення пухлини для соустя використовується передня чи задня стінка шлунка, а худа кишка розташовується перед чи за попереково-ободовою кишкою.

Хіміотерапія застосовується як компонент комбінованого лікування в хворих з ендофітною формою раку, з низьким ступенем диференціювання тканини пухлини, а також після паліативних чи сумнівно радикальних операцій. Як самостійний метод, альтернативної хірургічної операції, хіміотерапія не застосовується. Ефективність хіміотерапії при раку шлунка низька. Застосовується 5-фторураціл, фторафур, адриаміцин (доксорубіцин), мітоміцин-с, вінкристин (онковіт), матотрексат, платидіам (цисплатин), етопозід. Ефективність не перевищує 25%.

Дистанційна гамма-терапія іноді застосовується як компонент комбінованого лікування при кардіоезофагальному раці у формі передопераційного опромінення, зрідка - як самостійний метод у хворих з нерезектабельною пухлиною. Ефективність променевої терапії сумнівна.

Результати лікування і прогноз раку шлунка залежать від стадії, у якій виявлена пухлина і почато лікування. Серед радикально оперованих у I-II стадіях 5 років і більш без рецидивів і метастазів живуть 50-60% хворих, серед оперованих у III стадії 5 років живуть менш 25%. 5-літня виживаність серед усіх захворілих коливається між 2 і 15%.

Ці трагічні показники зв'язані з тим, що в більшості хворих рак шлунка виявляється в III-IV стадіях, і пухлини при первинному звертанні виявляються неоперабельними чи нерезектабельними. Поліпшення результатів лікування раку шлунка залежить від рішення проблеми своєчасної діагностики.

6. Матеріали методичного забезпечення заняття.

6.1. Завдання для самоперевірки вихідного рівня знань-вмінь .

6.2. Інформацію, необхідну для формування знань-вмінь можна знайти у підручниках:

- *основна:*

-

6.3.Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи:

№ №	Основні завдання	Вказівки.	Дати відповіді
1.	Вивчити етіологію рака шлунка.	Назвати і перелікувати основні фактори, які сприяють розвитку рака шлунка.	
2.	Клінічний перебіг різних форм захворювання в залежності від локалізації та стадії клінічного перебігу..	Назвіть основні форми росту рака шлунка.	
3.	Діагностика.	Приведіть основні симптоми та рака шлунка та методи його діагностики.	
4.	Лікування.	Визначте тактику лікування різних форм захворювання в залежності від локалізації та клінічного перебігу.	

7. Матеріали для самоконтролю якості підготовки.

А. Питання для самоконтролю

Контрольні питання:

- Дайте визначення патології.

- Які є форми росту рака шлунка?
- Назвіть основні клінічні ознаки рака шлунка.
- Які ведучі ознаки рака шлунка при проксимальній його локалізації?
- Які ведучі ознаки захворювання при локалізації пухлини в кардіо-езофагальному переході?
- Які методи діагностики дозволяють верифікувати захворювання?
- Визначте тактику лікаря при раці шлунку стадії T1M0T0.
- Які методи лікування використовуються при раку шлунка?
- Хірургічне лікування раку шлунка поділяються?

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

В. Задачі для самоконтролю з відповідями.

1. Під час операції з приводу кровотечі з пухлини шлунка, яка виконувалася висоті кровотечі , були виявлені багаточислені метастази в печінці, однак сама пухлина пухлина не виходить за межі шлунка.
Що слід робити?
- 2.Хворий 63 років, який тривалий час хворів анацидним гастритом , за останні чотири місяця сильно схуд і ослабнув. Вранці у нього з'явилося головокружіння і разка слабкість, рвота «кофейною гущиною». Вдень з'явилося дьогтеподібне випорожнення.
Чим визван стан хворог?
З допомогою, яких досліджень можна уточнити діагноз?
Що слід робити?

3. У хворої 58 років 10 міс назад з'явилась дисфагія, яка поступово нарастала. В теперішній час з труднощами може проковтнути ковток води. Хвора дуже схудла. При обстеженні діагностован рак кардіального відділу шлунка з переходом на абдомінальний відділ стравоходу. Над лівою ключицею пальпується конгломерат щільних лімфатичних вузлів. Яка ваша тактика в лікуванні хворої? Які варіанти лікувальних міроприємств можна застосувати в данному випадку?

8. Матеріали для аудиторної самостійної підготовки:

8.1. Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час практичного заняття:

- пальпація органів черевної порожнини,
- вимірювання артеріального тиску, пульсу,
- визначення ОЦК,
- введення назогастрального зонду та промивання шлунку,
- пальцьове обстеження прямої кишки,
- призначення додаткових методів обстеження,
- участь у проведенні ФГДС
- виписати рецепти на препарати, які вживаються при симптоматичному лікуванні захворювання.

9. Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:

9.1. Методика виконання роботи, етапи виконання.

10. Матеріали для самоконтролю оволодіння знаннями, вміннями, навичками, передбаченими даною роботою.

10.1. Тести різних рівнів (ректорського контролю).
Приведені на стенді.

11.. Тема наступного заняття.

12. Завдання для УДРС та НДРС і теми наступного заняття.

Методичні рекомендації склав доцент В.Л.Зимовський
