

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

Женщина 47 лет направлена районным онкологом в МНИОИ им. П.А. Герцена - филиала ФГБУ "НМИЦ радиологии"

Минздрава России

Жалобы

На выделение крови, слизи во время акта дефекации

Анамнез заболевания

После вторых родов отметила появление геморроидальных узлов с эпизодическим (1-2 раза в месяц) выделением крови из них. В последний месяц кровотечение усилилось, приняло ежедневный характер, по поводу чего обратилась к колопроктологу. После осмотра была направлена к районному онкологу, после осмотра районным онкологом направлена в МНИОИ им. П.А. Герцена

Анамнез жизни

- В течении длительного времени болеет болезнью Крона

- Не курит, алкоголем не злоупотребляет
- Аллергические реакции на лекарственные средства отрицает

Объективный статус

- Состояние удовлетворительное. Вес 69 мкг, рост 175 см. Температура тела 36,6°C.
- Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.
- Периферические лимфоузлы не увеличены.
- Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту.
- При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно,

одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. PO_2 98%

- Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст.
- Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве. Склонность к запорам, стул 1 раз в 3-4 дня.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

гемостазиограмма

анализ крови на онкомаркер РЭА

Обоснование

общий анализ мочи

анализ крови на онкомаркер СА19-9

Обоснование

анализ крови на онкомаркер СА 125

анализ крови на онкомаркер ПСА общий

.

Результаты лабораторных методов обследования

Анализ крови на онкомаркер РЭА

Уровень РЭА 104 нг/мл (норма менее 5.0 нг/мл)

Анализ крови на онкомаркер СА19-9

Уровень СА 19-9 45 нг/мл (норма до 37 нг/мл)

Выберите необходимые методы обследования, позволяющие выявить источник кровотечения (выберите 2)

эзофагогастродуоденоскопия

колоноскопия с биопсией и гистологическим исследованием

Обоснование

пальцевое ректальное исследование

Обоснование

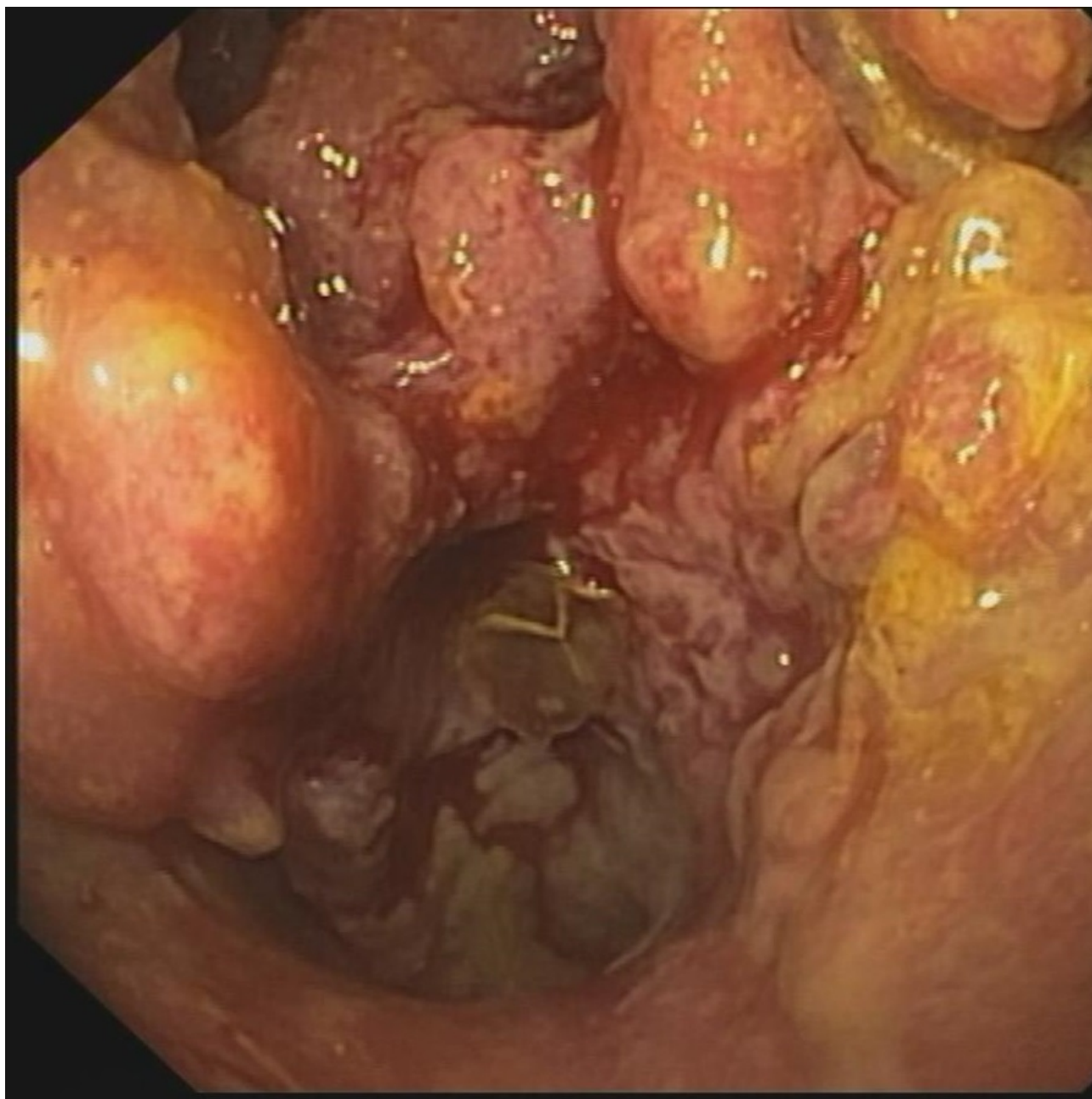
функция внешнего дыхания

эхокардиография

Уровень СА 19-9 45 нг/мл (норма до 37 нг/мл)

Результаты инструментальных методов обследования

Колоноскопия с биопсией и гистологическим исследованием



Аппарат проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан губовидной формы, устье его ориентировано в купол слепой кишки, функция клапана не нарушена. В просвете кишки имеется небольшое количество жидкого кишечного содержимого. Слизистая оболочка на всем протяжении бледно-розовая, гладкая,

блестящая. Сосудистый рисунок четкий, прослеживается во всех осмотренных отделах. Складки сохранены, высокие, перистальтика симметричная, тонус кишки нормальный. Сигмовидная кишка петлистая, петли легко смещаются. На расстоянии 6 см от края анального канала на задней стенке имеется блюдцеобразное бугристое образование бордового цвета с плотными, подрывными краями протяженностью 5 см. Дно новообразования покрыто фибрином - взята биопсия из краёв и центра новообразования (8 фрагментов). Анальный канал без особенностей.

Заключение: Новообразование средне-верхнеампулярного отдела прямой кишки. При гистологическом исследовании биоптата опухоли – умереннодифференцированная аденокарцинома.

Пальцевое ректальное исследование
При пальцевом исследовании прямой кишки на расстоянии 6 см от края анального канала по задней

полуокружности определяется нижний полюс плотной, блюдцеобразной, умеренно подвижной, контактно кровоточивой опухоли. На перчатке – следы слизи и крови.

Выберите дополнительные методы диагностики, позволяющие оценить распространенность процесса (выберите 2)

КТ органов грудной клетки и брюшной полости

Обоснование

исследование периферической крови на онкомаркер S100

мазок-отпечаток с поверхности опухоли для цитологического исследования

МРТ малого таза

Обоснование

биохимический анализ крови

Результаты обследования

МРТ малого таза

На серии МР томограмм, взвешенных по T1 и T2 в трех взаимно перпендикулярных плоскостях, с подавлением МР сигнала от

жировой ткани, с применением DWI ИП, визуализированы органы малого таза. В средне-верхнеампулярном отделе прямой кишки, на уровне ~6,0 см от ануса, определяется новообразование прямой кишки по задней стенке, а далее циркулярно, неправильной формы с неровным контуром, размером ~ 5.2x3,4x3,2 см, неоднородной структурой, изогиперинтенсивное по T2 и изогипоинтенсивное по T1 ВИ, значительно суживающее просвет, наружный контур кишки на этом уровне неровный, нечеткий. По ходу пораженных отделов прямой кишки в мезоректальной жировой клетчатке определяются множественные мелкие лимфатические узлы, округлой и овальной формы, с местами неровными контурами, размерами от 0,4x0,4 см до 0,7x0,5 см.

На диффузионно-взвешенных изображениях DWI (b=0, b=400, b=1000) на всех факторах диффузии сигнал от новообразования гиперинтенсивный. На ADC-кар отмечаются неоднородное снижение интенсивности сигнала от

образования за счет высокой
целлюлярности(ИКД = $0,69-0,81 \times 10^3 \text{ мм}^2/\text{с}$). Аналогичные изменения МР сигнала на
всех факторах диффузии и на ADC- map
отмечаются от визуализируемых
лимфатических узлов малого таза.

Мочевой пузырь содержит умеренное
количество мочи, стенки его не изменены,
в его просвете дефекты наполнения не
определяются. Дистальные отделы
мочеточников не расширены. В полости
малого таза свободной жидкости не
определяется. Видимые кости таза без
признаков патологических изменений
КТ органов грудной клетки и брюшной
полости

МСКТ брюшной полости, забрюшинного
пространства нативно + КУ, болюс. Печень
умеренно увеличена в размерах, ККР
правой доли-178 мм. Паренхима диффузно
пониженной плотности до 18-22 ед.Х,
накопление контрастного вещества
равномерное. Контур печени чёткий,
ровный. Внутрипечёночные протоки не
расширены. Увеличенных л\узлов в

воротах печени не определяется. Часть желудка и жировая клетчатка расположена в заднем средостении. Желчный пузырь без рентгенконтрастных конкрементов, с перегибом в области шейки. Холедох не расширен. Поджелудочная железа - размеры железы в пределах нормы. Паренхима пониженной плотности, накопление КВ равномерное. Контур железы чёткий, мелковолнистый. Вирсунгов проток не расширен, не деформирован. У н/полюса селезенки - добавочная долька размерами 23x23 мм. Структурных изменений в надпочечниках не определяется. Почки обычной формы и положения. Кортико-медуллярная дифференциация паренхимы сохранена. В в/полюсе правой почки паренхиматозная киста до 11 мм в диаметре. РГ-контрастных включений в почках не определяется. ЧЛС не расширены, не деформированы. Выделение КВ на 7-ой мин., синхронное. Перинефральная клетчатка тяжистая с 2-х сторон. Свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости не определяется.

МСКТ грудной полости. Прозрачность легочных полей не нарушена, легочный рисунок не изменен. Очаговых и инфильтративных изменений в легочной ткани не выявлено. Жидкости в плевральных полостях не выявлено. Средостение не смещено. Клетчатка средостения обычной плотности без включений жидкости и газа. Внутригрудные л\у не увеличены. Трахея не деформирована. Бронхи - до субсегментарных - свободны, стенки не изменены. Аорта имеет обычный ход, не расширена. Свежих костно-травматических и костно-деструктивных изменений не выявлено. Аксиллярные л/у не увеличены.

Какой предполагаемый основной диагноз?

Комбинированный геморрой 3 ст, осложненный кровотечением

Рак среднеампулярного отдела прямой кишки cT3N2M0
Обоснование

Ворсинчатая опухоль прямой кишки

Неорганный забрюшинный опухоль малого таза

Диагноз

Рак среднеампулярного отдела прямой кишки cT3N2M0

Больной показано проведение

химиотерапии

лучевой/химиолучевой терапии по радикальной программе

предоперационной лучевой/химиолучевой терапии и последующего радикального хирургического лечения

Обоснование

симптоматической терапии

Пациентке показано оперативное вмешательство в объеме

трансанального иссечения опухоли (ТИ)

тотальной или парциальной мезоректумэктомии

Обоснование

трансанального эндомикрoхирургического удаления опухоли (ТЭМ)

петлевой электроэксцизии опухоли при помощи колоноскопа

По данным гистологического исследования удаленного препарата: в стенке толстой кишки отмечается инфильтративный рост умереннодифференцированных аденокарцином толстой кишки с прорастанием всех слоев стенки кишки. В краях резекции по стенке толстой кишки - опухолевого роста нет. В 5 из 20 исследованных лимфатических узлах околотолстокишечной клетчатки – метастазы аденокарциномы аналогичного строения. По классификации tnm у данной больной

ур T3 N2aM0

Обоснование

ур T2 N1bM0

ур T4 N1b M0

ур T4 N0 M0

По tnm классификации опухоль стадирована как ур t3 n2a m0. у больной _____ стадия рака прямой кишки

IIIB

Обоснование

IV

I

II

Длительность адъювантной химиотерапии
должна составлять

5 лет

1 год

3 года

6 месяцев

Наблюдение у районного онколога пациенту
показано с периодичностью 1 раз в

3 мес. в течение 2 лет, затем каждые 6 мес. в течение 3
лет

Обоснование

3 мес. в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 2
лет

6 мес. в течение 3 лет

месяц в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 3
лет

К очевидным факторам риска развития рака
прямой кишки у данной пациентки относится

хронический геморрой

болезнь Крона

Обоснование

возраст

пол