

Условие ситуационной задачи №60

Ситуация

Пациентка 55 лет обратилась к онкологу по направлению участкового врача по результатам обследования

Жалобы

на умеренно болезненное при пальпации образование в правой половине живота

Анамнез заболевания

Самостоятельно обнаружила образование в правой половине живота около 1 месяца назад. Отмечает умеренную болезненность при пальпации образования, преимущественно нижнего его полюса. Изменения в общем состоянии, слабости, утомляемости, потери веса, изменения характера и периодичности стула отрицает. Эпизодов острых болей в животе с повышением температуры тела и изменением окраски кожи в области образования в анамнезе больная не отмечает.

Анамнез жизни

- Онкологических заболеваний у прямых родственников нет;
- хронических заболеваний нет;
- не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- профессиональных вредностей не имеет;
- перенесенные операции: аппендэктомия в возрасте 5-ти лет.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, положение активное. Вес 65 кг, рост 168 см. Температура тела 36,60С. Конституция - нормостеническая. Кожные покровы обычной влажности, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена преимущественно в области бедер и живота. Периферических отеков нет. Видимые слизистые бледно-розовые. Щитовидная железа не увеличена. Костно-суставной аппарат без видимых изменений. Дыхание через нос свободное, не затруднено. Частота дыханий 18 в минуту, форма

Костно-суставной аппарат без видимых изменений.

Дыхание через нос свободное, не затруднено. Частота дыханий 18 в минуту, форма грудной клетки коническая, перкуторно определяется притупление перкуторного звука, аускультативно дыхание ослаблено, везикулярное, хрипы не выслушиваются. Подвижность нижнего легочного края +/-1 см с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, пульс 70 ударов в мин., ритм правильный, АД 120/80 мм рт. ст., границы относительной сердечной тупости не расширены. Пульсация периферических артерий не ослаблена. Периферические вены без видимых изменений. При осмотре ног: отечности, пастозности не определяется.

Status localis Аппетит не снижен. Глотание и прохождение твердой и жидкой пищи по пищеводу, безболезненное, не затруднено. Язык влажный, не обложен. Живот округлой формы, участвует в дыхании всеми отделами. При пальпации живот мягкий, не вздут, безболезненный. В правой подвздошной области послеоперационный рубец (аппендэктомия в возрасте 5-ти лет) гладкий, без особенностей. В правой боковой области живота по ходу восходящей ободочной кишки пальпаторно определяется плотно-эластическое образование округлой формы размером 10х7х5 см, смещаемое при пальпации, умеренно болезненное, преимущественно в области нижнего его полюса. Кожа этой области нормальной температуры, не изменена. Перкуторно свободной жидкости в брюшной полости не определяется, нижний край печени не выступает из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется, перкуторно границы не увеличены. Пальцевое исследование прямой кишки: тонус сфинктера снижен, ампула прямой кишки пустая, новообразования в стенке прямой кишки на высоте пальца не пальпируются.

Данные клинико-инструментальных методов исследования
Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Норма
Лейкоциты 109 кл/л	7,9	3,6 - 10
-нейтрофилы, %	70,1	35 - 76
-лимфоциты %	20,1	20 - 51
-моноциты %	8,1	1,7 - 11
-эозинофилы %	1,5	1 - 5
-базофилы %	0,3	0 - 1
Эритроциты (RBC) 1012 кл/л	4,9	4,1 - 5,3

преимущественно в области нижнего его полюса. Кожа этой области нормальной температуры, не изменена. Перкуторно свободной жидкости в брюшной полости не определяется, нижний край печени не выступает из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется, перкуторно границы не увеличены. Пальцевое исследование прямой кишки: тонус сфинктера снижен, ампула прямой кишки пустая, новообразования в стенке прямой кишки на высоте пальца не пальпируются.

Данные клинико-инструментальных методов исследования

Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Норма
Лейкоциты 10 ⁹ кл/л	7,9	3,6 - 10
-нейтрофилы, %	70,1	35 - 76
-лимфоциты %	20,1	20 - 51
-моноциты %	8,1	1,7 - 11
-эозинофилы %	1,5	1 - 5
-базофилы %	0,3	0 - 1
Эритроциты (RBC) 10 ¹² кл/л	4,9	4,1 - 5,3
Гемоглобин (HGB) г/л	122	120 - 140
Гематокрит (HCT) %	38,8	36 - 42
Средний объем эритроцита (MCV), фл	79	75 - 95
Среднее содержание HGB в 1 эритроците (MCH), пг	30	27 - 34
Средняя концентрация HGB в 1 эритроците (MCHC) г/л	350	300 - 380
Тромбоциты (PLT) 10 ⁹ кл/л	345	180 - 320
СОЭ мм/ч	48	2 - 30

Биохимический анализ крови: без отклонений от нормы

Коагулограмма в пределах нормы.

Группа крови A(II), Rh положительный. RW, Hbs-Ag, HIV-Ab – отр.

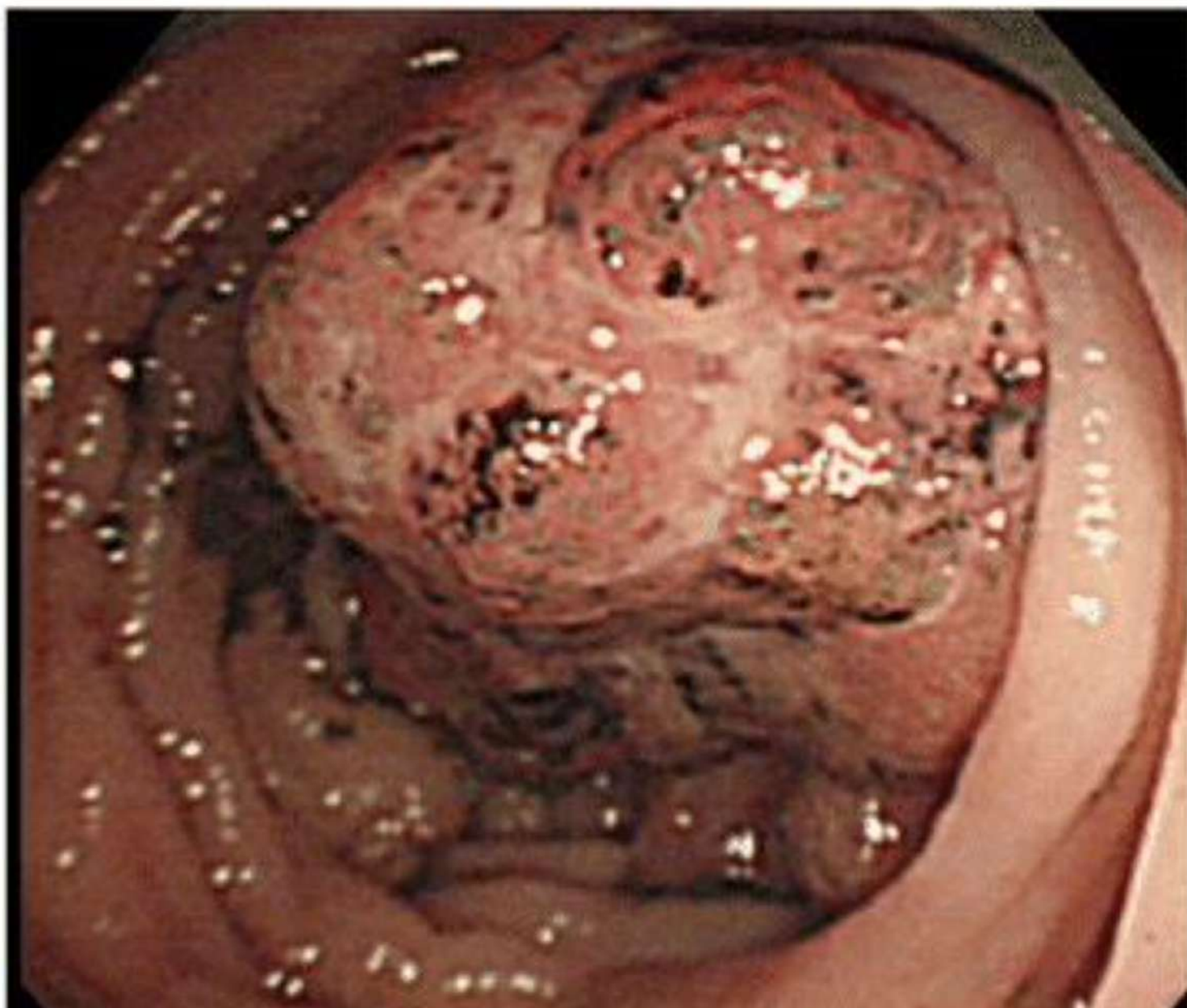
Общий анализ мочи: без отклонений от нормы.

1. Основным (наиболее информативным) методом для постановки диагноза в данном клиническом случае является

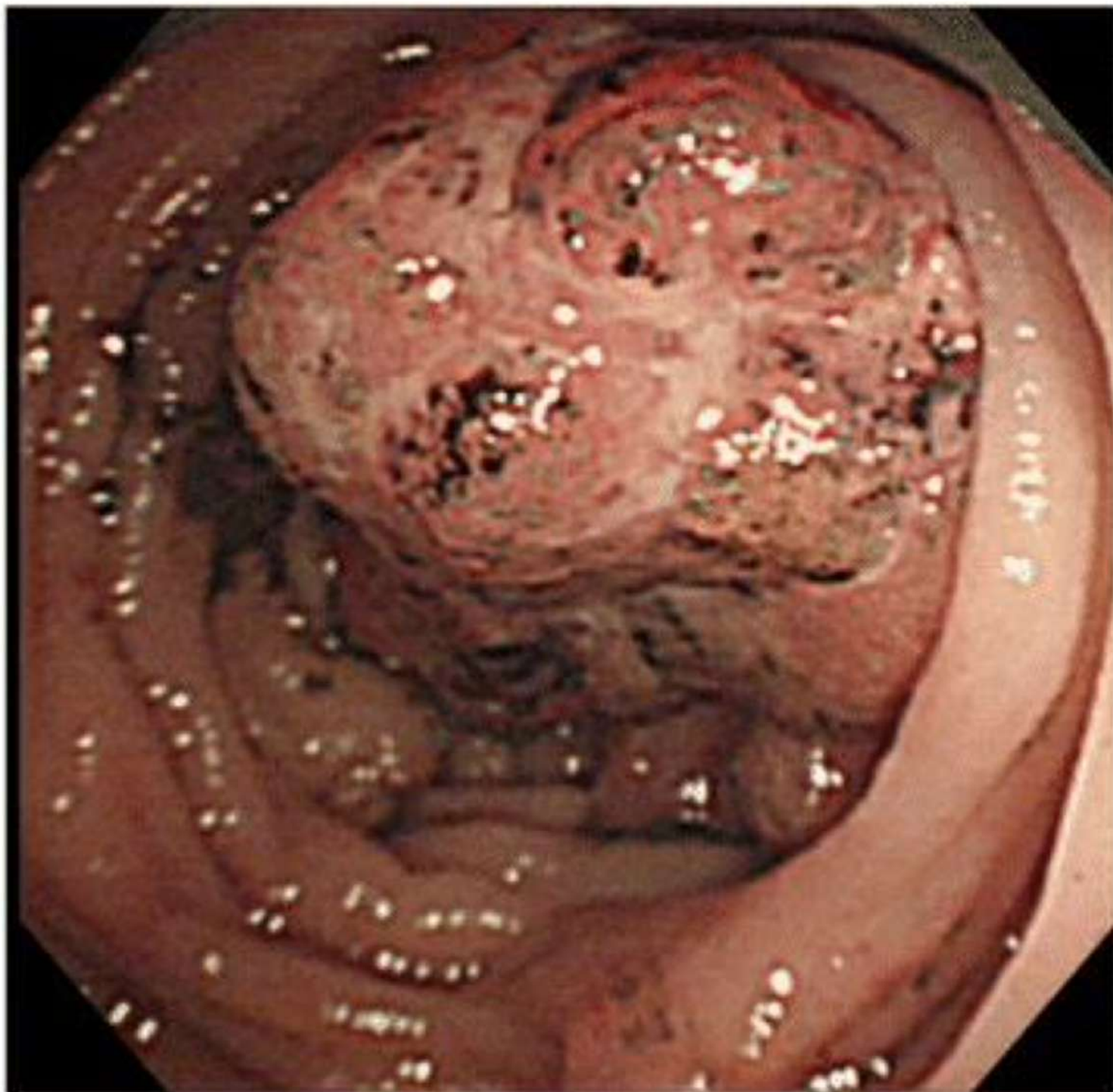
- колоноскопия с биопсией Обоснование
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- рентгенологическое исследование толстой кишки
- компьютерная томография органов брюшной полости

Результаты обследования:

Колоноскопия с биопсией:



Колоноскопия с биопсией:



Видеоколоноскопия с биопсией: В слепой и части восходящей кишки экзофитная мягкая кровотокающая опухоль. Взята биопсия. За опухоль инструмент провести не удастся, терминальный отдел ободочной кишки заполнен содержимым. В остальных отделах без особенностей.

Гистологическое заключение биоптата слизистой: низкодифференцированная аденокарцинома тубулярного строения



РАДИОЛОГИЯ
ЛЕЧЕНИЕ В ТРУПИ



УЗНАТЬ БОЛЬШЕ

2. Необходимыми дополнительными инструментальными методами обследования для постановки полного диагноза являются (выберите 2)

- цифровая рентгенография легких [Обоснование](#)
- комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов [Обоснование](#)
- МРТ печени и желчевыводящих путей
- МРТ головного мозга
- ФЭГДС

Результаты инструментальных методов обследования:

Цифровая рентгенография легких:

При цифровой R-графии грудной клетки – очаговых, вторичных изменений в легких и средостении не выявлено.

Комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов:

УЗИ органов брюшной полости и малого таза – очаговых патологических изменений в паренхиматозных органах (в частности печени), органах малого таза не выявлено.



3. Факторами, которые необходимо обязательно уточнить при сборе анамнеза для выявления наследственных синдромов являются наличие или отсутствие

- онкологического заболевания толстой кишки у прямых родственников и возраст, в котором это заболевание диагностировано [Обоснование](#)
- пищевых аллергий у прямых родственников и возраст, в котором эти состояния диагностированы
- непереносимости лактозы либо энтеропатия у прямых родственников
- дивертикулеза ободочной кишки в анамнезе у пациента или его прямых родственников



4. Наиболее целесообразный план лечения больной заключается в

- хирургическом лечении, затем адъювантной химиотерапии, затем диспансерном наблюдении [Обоснование](#)
- неоадъювантной химиотерапии, затем хирургическом лечении, потом лучевой терапии
- хирургическом лечении, затем лучевой терапии с диспансерным наблюдением
- лучевой терапии, затем неоадъювантной химиотерапии и лишь потом хирургическом лечении



5. Предпочтительным объемом операции при таком объеме поражения является

- правосторонняя гемиколэктомия с лимфаденэктомией [Обоснование](#)
- резекция восходящей ободочной кишки с лимфаденэктомией
- удаление 20 см подвздошной, слепой, восходящей ободочных кишок с сохранением печеночного изгиба
- удаление восходящей и поперечной ободочных кишок с лимфаденэктомией



6. Пациентке выполнена лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия с лимфаденэктомией. Применение лапароскопического доступа позволит снизить сроки госпитализации

- за счет ранней реабилитации [Обоснование](#)
- за счет меньшей длительности операции
- благодаря быстрому заживлению межкишечного анастомоза
- благодаря меньшему объему удаляемых тканей



7. Пациентке выполнена операция с последующим гистологическим исследованием удаленных тканей. Выявлено прорастание всех слоев стенки кишки с поражением одного параколического лимфатического узла. Гистологический тип опухоли, гистологически низкодифференцированная тубулярная аденокарцинома. Полный основной диагноз в данной ситуации Рак восходящей ободочной кишки

- pT3N1M0, гистологически низкодифференцированная тубулярная аденокарцинома, 3б стадия [Обоснование](#)
- T3N0M0, гистологически низкодифференцированная тубулярная аденокарцинома, 2 стадия
- T_xN_xM0, гистологически низкодифференцированная тубулярная аденокарцинома, 1 стадия
- T2N2M0, гистологически низкодифференцированная тубулярная аденокарцинома, 2 стадия

Диагноз:

Рак восходящей ободочной кишки pT3N1M0, гистологически низкодифференцированная тубулярная аденокарцинома, 3б стадия



8. Показанием к проведению адъювантной химиотерапии в данном клиническом случае является

- поражение регионарных лимфоузлов [Обоснование](#)
- сам факт наличия злокачественного поражения ободочной кишки
- местная распространенность опухоли (T3)
- прежде выполненная лапароскопическая гемиколэктомия



9. Оптимальной схемой адъювантной химиотерапии в данном клиническом случае является



9. Оптимальной схемой адъювантной химиотерапии в данном клиническом случае является

- схема XELOX 3 месяца [Обоснование](#)
- винкристин 1,4 г/м² в течение 1 мин 1 раз в неделю 7 недель
- схема ТАС 6 месяцев
- гемцитабин 1 г/м² в течение 30 мин 1 раз в неделю 7 недель



10. Начать адъювантную химиотерапию в данном клиническом случае оптимально

- в течение 28 дней с момента операции [Обоснование](#)
- не ранее 40 дней с момента операции
- в первые сутки после операции
- в течение 60 дней с момента операции



11. После завершения лечения по поводу рака толстой кишки физикальный осмотр и сбор жалоб рекомендуется проводить

- впервые 1-2 года - каждые 3-6 месяцев, на сроке 3-5 лет – 1 раз в 6-12 месяцев [Обоснование](#)
- в первые 1-2 года - 1 раз в 9-12 месяцев, на сроке 3-5 лет - не чаще 1 раза в год
- в первые 1-2 года - ежемесячно, на сроке 3-5 лет - 1 раз в 3-6 месяцев
- каждые 6-12 месяцев на протяжении 5-ти лет



12. Объем обследования после завершения лечения включает: анамнез и



11. После завершения лечения по поводу рака толстой кишки физикальный осмотр и сбор жалоб рекомендуется проводить

- впервые 1-2 года - каждые 3-6 месяцев, на сроке 3-5 лет – 1 раз в 6-12 месяцев Обоснование
- в первые 1-2 года - 1 раз в 9-12 месяцев, на сроке 3-5 лет - не чаще 1 раза в год
- в первые 1-2 года - ежемесячно, на сроке 3-5 лет - 1 раз в 3-6 месяцев
- каждые 6-12 месяцев на протяжении 5-ти лет



12. Объем обследования после завершения лечения включает: анамнез и физикальное обследование, онкомаркеры РЭА, СА 19.9 каждые 3 месяца первые 2 года и далее каждые 6 мес. в последующие 3 года; УЗИ органов брюшной полости и малого таза каждые 3-6 мес в зависимости от риска прогрессирования; рентгенография органов грудной клетки каждые 12 мес; компьютерную томографию органов грудной клетки и брюшной полости с в/в контрастированием однократно через 12-18 месяцев и колоноскопию

- через 1 и 3 года после резекции первичной опухоли, далее каждые 5 лет для выявления метакронной опухоли или удаления обнаруженных полипов толстой кишки Обоснование
- ежегодно после резекции первичной опухоли в течение 3 лет для выявления метакронной опухоли или удаления обнаруженных полипов толстой кишки
- через 1 год после резекции первичной опухоли, далее каждые 10 лет для выявления метакронной опухоли или удаления обнаруженных полипов толстой кишки
- через 3 года после резекции первичной опухоли, далее каждые 10 лет для выявления метакронной опухоли или удаления обнаруженных полипов толстой кишки

