ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

"БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ"

КАФЕДРА ХИРУРГИИ И ОНКОЛОГИИ С КУРСАМИ ОНКОЛОГИИ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ИПО

АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Рак прямой кишки

Уфа - 2013 г.

**1. Паспортная часть:**

Возраст: 85 лет

Место работы и профессия: водитель маршрутного такси

Место жительства: РБ., г. Уфа

Дата поступления: 10.02.14г.

Диагноз основной: Рак прямой кишки степень 2, группа-2.

Диагноз сопутствующего заболевания: Хр. пиелонефрит двусторонний в фазе ремиссии. Хр. простатит.

**2. Жалобы:** на постоянные тупые боли в области заднего прохода, усиливающиеся во время дефекации, ложные позывы актов дефекации, сопровождающиеся небольшим количеством крови, общая слабость.

**3. Анамнез болезни**: В 2012 году был обнаружен одиночный аденоматозный полип, бессимптомное течение, не лечился. Считает себя больным около года, когда появились боли в области заднего прохода. В сентябре 2013 года обратился к колопроктологу ГКБ №21, где был поставлен диагноз рак прямой кишки и отправлен в РОД г. Уфы.

**4. Анамнез жизни:** Рос и развивался соответственно возрасту.

Вредные привычки курил с 25 лет, последние 3 года не курит, стаж курения - 26 лет. Алкоголем не злоупотребляет.

Наследственность - рак желудка у дедушки.

Аллергические реакции на ампиокс в виде зуда.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, ОРВИ. Хр. пиелонефрит двусторонний в фазе ремиссии. Хр. простатит.

Гемотрансфузии отрицает.

**5. Состояние больного в настоящее время:**

Общий осмотр: общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, в контакт вступает легко, положение больного активное, телосложение правильное, нормостенический тип, рост - 170 см, вес - 67 кг. Температура тела 36,6 0С

Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренной влажности, эластичные, высыпаний нет. Ногти овальной формы, ломкость, деформация ногтевых пластинок отсутствует.

Видимые слизистые розовые, высыпаний нет, умеренно влажные. Язык влажный, обложен налетом белого цвета;

Подкожно жировая клетчатка развита слабо, толщина складки ниже угла лопатки 1,5 см. Отеков нет.

Лимфатические узлы: Лимфатические узлы затылочные, поднижнечелюстные, подбородочные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные не пальпируются.

Мышцы: развито удовлетворительно, тонус сохранен, сила удовлетворительна, болезненности при пальпации нет.

Кости: Форма костей, позвоночника обычная, деформаций, искривлений не выявлено, болезненность при постукивании отсутствует.

Суставы: Суставы обычной формы. Активные, пассивные движения не ограничены; хруст, болезненность при движении в суставах отсутствует.

Система органов дыхания: жалобы не предъявляет. Грудная клетка цилиндрической формы, без деформаций. Правая и левая половины грудной клетки симметричные. Над - и подключичные ямки обозначены слабо, одинаково выражены справа и слева. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Тип дыхания - грудной. Частота дыхания 18 в минуту. Ритм дыхания правильный. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лёгочный. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхняя граница легких: | Справа | Слева |
| высота стояния верхушек спереди | На 3 см выше ключицы | На 3 см выше ключицы |
| высота стояния верхушек сзади | На ур 7 шейного позвонка | На ур 7 шейного позвонка |
| Нижняя граница лёгких: | Справа | Слева |
| по окологрудинной линии | V межреберье | - |
| по срединноключичной линии | VI ребро | - |
| по передней подмышечной линии | VII ребро | VII ребро |
| по средней подмышечной линии | VIII ребро | VIII ребро |
| по задней подмышечной линии | IX ребро | IX ребро |
| по лопаточной линии | X ребро | X ребро |
| по околопозвоночной линии | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Активная подвижность нижнего легочного края левого и правого легкого по средней подмышечной линии:

на вдохе 4 см

на выдохе 4 см.

При аускультации над лёгкими определяется везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются. Бронхофония, голосовое дрожание не изменены, одинаковы с двух сторон.

Сердечно - сосудистая система: жалобы не предъявляет. Видимой пульсации артерий нет. Венный пульс не выражен. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, с частотой - 80 в минуту, хорошего наполнения, напряжённый, нормальной величины и формы. Капиллярный пульс не определяется. При аускультации артерий патологических изменений нет. Артериальное давление (АД) на обоих верхних конечностях - 120/80 мм. рт. ст. Пульсация на общей бедренной артерии слева сохранена, дистальнее не определяется. Пульсация на артериях правой нижней конечности сохранена.

Верхушечный толчок визуально не определяется. При пальпации верхушечный толчок определяется в 5 межреберье, 2 на 1,5 см, на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, умеренной силы. Сердечный толчок не пальпируется. Кошачье мурлыканье не определяется. Пальпируется физиологическая эпигастральная пульсация.

При перкуссии границы относительной тупости сердца:

Правая граница определяется в 4-ом межреберье по правому краю грудины;

Верхняя граница определяется на уровне 3-го ребра;

Левая граница определяется в 5-ом межреберье на 1.5 см. кнутри от linea medioclavicularis sinistra.

При перкуссии границы абсолютной тупости сердца:

Правая граница определяется по левому краю грудины;

Верхняя граница определяется на уровне 4 ребра;

Левая граница определяется на 1 см., кнутри от левой границы относительной сердечной тупости.

Сосудистый пучок располагается - во 2-ом межреберье, ширина 5 см.

При аускультации: тоны сердца звучные, ритмичные. Расщепления тонов нет, дополнительных тонов нет. Шумы не выслушиваются. Шума трения перикарда отсутствует. Ритма галопа нет.

Система органов пищеварения: на постоянные тупые боли в области заднего прохода, усиливающиеся во время дефекации, ложные позывы актов дефекации, сопровождающиеся небольшим количеством крови. При осмотре полости рта - язык нормальной величины, влажный, обложен белым налетом, сосочки сохранены. Полость рта санирована. Десны, мягкое и твердое небо розовые, безболезненные, без патологий, кровоточивости, гнойных выделений нет. Зев слегка гиперемирован, изъязвлений, геморрагий нет. Живот округлой формы, симметричный, участвует в акте дыхания, пупок втянут. Стул с примесью крови небольшого количества, жидкий.

При пальпации: при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, эластичная, смещающаяся, слегка урчащая, с ровной поверхностью сигмовидная кишка диаметром 2 см. Слепая кишка диаметром 2.5 см пальпируется в правой подвздошной области, безболезненная, подвижная, слегка урчащая.

Поперечно-ободочная определяется на уровне пупка в виде мягкого, эластичного цилиндра, диаметром 3 см, не урчащая, легко смещается, безболезненная, с ровной поверхностью.

Большая кривизна желудка определяется на 3 см. выше пупка.

Печень и желчный пузырь - Жалоб не предъявляет.

При осмотре: границы печени по Курлову

Верхняя граница абсолютной тупости печени:

по правой среднеключичной линии на уровне 6 ребра.

Нижняя граница абсолютной тупости печени:

по правой среднеключичной линии на уровне реберной дуги,

по передней срединной линии на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка,

по левой реберной дуге на уровне левой окологрудинной линии.

По методу Образцова:

По правой окологрудинной линии 9 см,

По правой срединно-ключичной линии 10 см,

По правой передней подмышечной линии 11 см.

Симптом Грекова - Ортнера, Мерфи, Кера, Мюсси-Георгиевского отрицательные.

При пальпации: печень не выходит из под края реберной дуги. Край ее ровный, острый, безболезненный.

Размеры печени по Курлову составляет: по правой среднеключичной линии - 10 см, по передней срединной линии - 9 см, по левой реберной дуге - 8 см.

При аускультации: шум трения брюшины отрицательный.

Поджелудочная железа: Не пальпируется. Болезненность в зонах Мейо-Робсона, Шоффара, точке Дежардена отсутствует. Какие-либо образования не определяются.

Селезенка: Область селезенки без изменений. Пальпаторно не определяется. Перкуторные границы селезенки: верхняя - в IX, нижняя - в XII межреберье по средней подмышечной линии. Размеры селезенки 8: 4 см.

Система органов мочеотделения: Жалоб больной не предъявляет. Поясничная область без изменений. Пропальпировать почки не удается. Пальпация по ходу мочеточников безболезненная. Мочевой пузырь не пальпируется, пальпация умеренно болезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание частое, затруднительное, умеренно болезненное. Диурез достаточный.

Нервная система и органов чувств: Жалобы не предъявляет. Психическое состояние без особенностей. Зрачковые и сухожильные рефлексы сохранены, одинаковы с обеих сторон. Кожная чувствительность сохранена. Патологические рефлексы отсутствуют. Тремор конечностей отсутствует.

Местный статус (status localis): промежностная часть прямой кишки имеет вид продольной щели, задний проход располагается примерно на середине расстояния между копчиком и корнем мошонки на уровне поперечной линии, соединяющей оба седалищных бугра. Перианальная область не уплотнена, мягкая, безболезненная. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При пальцевом исследовании обнаружено плотное опухолевидное образование нижнеампулярного отдела, наибольшим размером примерно 5 см.

**6. Предварительный диагноз:**

Диагноз основной: Рак прямой кишки степень 2, группа-2.

Диагноз сопутствующего заболевания: Хр. пиелонефрит двусторонний в фазе ремиссии. Хр. простатит. Предварительный диагноз:

**7. План обследования больного:**

· Общий анализ крови

· Биохимический анализ крови

· Анализ крови на групповую принадлежность

· Коагулограмма

· Общий анализ мочи

· Копрограмма на скрытую кровь

· Фиброколоноскопия с биопсией

· УЗИ ОБП, ОМТ

· МРТ

· ЭКГ

**Данные лабораторно-инструментальных исследований:**

1) Общий анализ крови

Эритроциты 4.28 \*1012/л

Гемоглобин 130 г/л

Лейкоциты 10.4\*109/л

СОЭ 3 мм/ч

Тромбоциты 390\*109/л

ЦП 0,89

Лимфоциты 2.4\*109/л

Нейтрофилы 16.8\*109/л

Палочкоядерные 1%

Сегментоядерные 67%

Эозинофилы 1%

Моноциты 9\*109/л

Заключение: нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

) Биохимический анализ крови

Мочевина - 2,5 ммоль

Общий белок - 65 г/л.

Глюкоза - 5,52 ммоль/л.

Холестерин - 3,1 ммоль/л

Креатинин - 0,8 %.

Калий - 4,07 ммоль/л

Натрий - 141,7 ммоль/л- 24 ммоль/л- 22 ммоль/л

Альбумин - 36 г/л

Заключение: в норме.

) Анализ крови на групповую принадлежность (10.10.2013): А (II), Rh +

) Коагулограмма

ПТИ - 93%

МНО-1,11

АПТВ - 36

Фибриноген - 2,6 г/л

Тромбиновое время - 21

РФМК - 3,5 мг%

Этаноловая проба: отр.

Заключение: в норме.

) Общий анализ мочи

Цвет мочи желт

Реакция кислая

Уд. Вес 1013

Прозрачность прозрачная

Белок 1 г/л

Эпителий плоский единичные

Лейкоциты 0-2 в поле зрения

Эритроциты 0 в поле зрения

Слизь -

Заключение: гипостенурия, протеинурия.

) Копрограмма на скрытую кровь бензединовая проба реакция положительная - появление сине - зеленого окрашивания кала.

) Фиброколоноскопия

Колоноскоп введен до печеночного изгиба, слизистая бледно-розовая, гаустры выражены, тонус сохранен. На 10 см от ануса определяется бугристое образование с повышенной кровоточивостью. Биопсия 2 скуса с образования на гистологическое обследование.

Заключение: рак прямой кишки.

Цитологическое исследование - Высокодифференцированные новообразования состоят из крупных цилиндрических, кубических клеток, формирующих тубулярные и ацинарные структуры. В тубулярных и ацинарных структурах клетки имеют полярное расположение ядер. Ядра клеток крупные, светлые, округлые содержат гипертрофированные ядрышки. Цитоплазма светло окрашенная, содержит вариабельное количество слизи. Лейкоцитарная инфильтрация.

) УЗИ органов брюшной полости

Заключение: форма и размер органов брюшной полости в пределах нормы. Печень, поджелудочная железа и селезенка имеют нормальную структуру и размеры. Отсутствуют признаки разрастания ткани, а также отсутствует жидкость в брюшной полости.

Толщина стенки желчного пузыря в норме. Не расширены желчные протоки. Отсутствуют камни. Диаметр аорты в норме, отсутствут признаки аневризмы.

УЗИ органов малого таза

Мочевой пузырь без видимых структурных изменений. Простата - 47\*32\*38 мм, контуры ровные, сглаженные, структура гомогенная, эхогенность смешанная.

Заключение: Хр. простатит.

) МРТ

На серийно заданных последовательностях МРТ-томограмм по специализированным стандартным программам визуализированы органы малого таза и элементы костно-хрящевого скелета этой области.

Область входа в таз имеет обычное устройство с нормальной конфигурацией кральев подвздошных костей и подвздошно-поясничных мышц. Свободной жидкости в малом тазу не выявлено. Жировая ткань параректальной клетчатки в нижней части малого таза - обычного строения с явлениями умеренного фиброза. Визуализируемые отделы прямой кишки изменены за счет развития патологического циркулярно суживающего просвет высокоинтенсивного образования, с четкими неровными бугристыми контурами, тянущегося вдоль кишки, начинающееся на 52 мм выше ануса, протяженностью до 55 мм, неоднородной структуры за счет включений с гипер- и гипоинтенсивным мр-сигналом.

Предстательная железа. Шаровидной формы, увеличена в размерах за счет гиперплазии переходных зон. Структура неоднородная за счет разноколиберных участков с гиперинтенсивным мр-сигналом. Капсула прослеживается. В окружающих тканях - небольшие рубцовые изменения. Мочевой пузырь с четкими ровными контурами. Семенные пузырьки не увеличены в размерах, однородной структуры. Стенки мочевого пузыря не утолщены. Паравезикальное пространство без особенностей.

Лимфатические узлы малого таза находятся в пограничном состоянии за счет гетерогенной интенсивности сигнала от паренхимы, некоторого увеличения размеров тенденции к округлению без признаков агрессии. Участков патологического сигнала в костях в зоне исследования не обнаружены.

Заключение: МРТ - признаки рака прямой кишки, без признаков распространенности в окружающие ткани. Объемное увеличение предстательной железы.

Рекомендации: консультация уролога.

) ЭКГ

Заключение: синусовый ритм. ЧСС - 80 в мин.

**8. Клинический диагноз:**

рак прямая кишка лечение

Диагноз ставится на основании данных жалоб: на постоянные тупые боли в области заднего прохода, усиливающиеся во время дефекации, ложные позывы актов дефекации, сопровождающиеся небольшим количеством крови, общая слабость.

Данных анамнеза болезни: В 2012 году был обнаружен одиночный аденоматозный полип, бессимптомное течение, не лечился. Считает себя больным около года, когда появились боли в области заднего прохода. В сентябре 2013 года обратился к колопроклотогу ГКБ №21, где был поставлен диагноз рак прямой кишки и отправлен в РКОД г. Уфы.

Данных анамнеза жизни: отягощена наследственность - рак желудка у дедушки.

Данных лабораторно-инструментальных исследований: общий анализ крови - нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение соэ; Общий анализ мочи - гипостенурия, протеинурия; Копрограмма на скрытую кровь бензединовая проба: реакция положительная - появление сине - зеленого окрашивания кала; Фиброколоноскопия - Заключение: рак прямой кишки; Цитологическое исследование - Высокодифференцированные новообразования состоят из крупных цилиндрических, кубических клеток, формирующих тубулярные и ацинарные структуры. В тубулярных и ацинарных структурах клетки имеют полярное расположение ядер. Ядра клеток крупные, светлые, округлые содержат гипертрофированные ядрышки. Цитоплазма светло окрашенная, содержит вариабельное количество слизи. Лейкоцитарная инфильтрация; МРТ. Заключение: МРТ - признаки рака прямой кишки, без признаков распространенности в окружающие ткани. Объемное увеличение предстательной железы; УЗИ ОМТ - Хр. простатит.

Диагноз основной: Рак прямой кишки стадия 2, T3N0M0.

Диагноз сопутствующего заболевания: Хр. пиелонефрит, двусторонний в фазе ремиссии.

**9. Дифференциальный диагноз.**

Рак прямой кишки можно дифференцировать с проктитом, геморроем, полипами прямой кишки.

При проктите больные жалуются на боли, чувство жжения, переполненности в прямой кишке, учащенные позывы на дефекацию, выделением жидкой слизи, серозно-кровянистой жидкости, иногда с примесью гноя. А у данного больного, нет жалоб на выделение слизи, серозно-кровянистой жидкости.

Также проктит может сопровождаться повышением температуры, чего не было у данного больного.

При геморрое также как при раке прямой кишки жалобы на боли в области прямой кишки, боли при дефекации. Но при геморрое основной жалобой является кровотечение после дефекации, чего нет у данного больного.

При полипах прямой кишки жалобы на ощущения присутствия инородного тела в прямой кишке, боли при дефекации, частые запоры, иногда выделения из заднего прохода (слизистые или кровянистые). Но в основном протекает бессимтомно, и его обнаруживают случайно при эндоскопическом обследовании по поводу другого заболевания.

**10. Лечение и его обоснование.**

1) Симптоматологическое лечение.. Analgini 50%. S. в/м 2 р в день по 2,0 ml. Dimedroli 1%. S. в. м.1 раза в день

) Хирургическое лечение

Предоперационный эпикриз.

Больной поступил в РКОД

При поступлении жалобы на боли, примеси крови в кале.

Проведено обследование: при пальцевом исследовании - опухоль нижнеампулярного отдела. По данным УЗИ ОБП и ФОГК признаков отдаленного метастазирования не выявлено. Проведен курс предоперационной ДГТ СОД 20гр по 4 гр \* 5 дней.

Цитологическое заключение - аденокарцинома.

Установлен диагноз: рак прямой кишки стадия 2, T3N0M0.

Показано плановое оперативное лечение.

Состояние больного перед операцией относильно удовлетворительное.

Планируемый объем операции - лапароскопическая экстирпация прямой кишки.

Обезболивание общее.

Больной на операцию согласен.

**11. Дневник:**

16.02.2014г. Жалобы на постоянные тупые боли в области заднего прохода, усиливающиеся во время дефекации, ложные позывы актов дефекации, сопровождающиеся небольшим количеством крови, общая слабость. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Миндалины и лимфоузлы не увеличены, t=36,6c. ЧД - 16 в минуту. В легких легочный звук, дыхание везикулярное. Хрипов нет. Сердце - тоны звучные, ритмичные. АД - 120/80мм. рт. ст. Пульс 82 уд/мин. Живот мягкий, умеренно болезненный в проекции мочевого пузыря. Печень, почки не увеличены. Стул, диурез в норме. Лечение продолжает.

.02.2014г. Жалобы на умеренные боли в области послеоперационного доступа, общая слабость. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Миндалины и лимфоузлы не увеличены, t=36,6c. ЧД - 17 в минуту. В легких легочный звук, дыхание везикулярное. Хрипов нет. Сердце - тоны звучные, ритмичные. АД - 120/80мм. рт. ст. Пульс 80 уд/мин. Живот мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационного доступа. Печень, почки не увеличены. Стула не было. Диурез достаточный

.02.2014г. Жалобы на умеренные боли в области послеоперационного доступа, общая слабость. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Миндалины и лимфоузлы не увеличены, t=36,6c. ЧД - 18 в минуту. В легких легочный звук, дыхание везикулярное. Хрипов нет. Сердце - тоны звучные, ритмичные. АД - 120/80мм. рт. ст. Пульс 82 уд/мин. Живот мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационной раны. Печень, почки не увеличены. Стула не было, диурез достаточный.

**12. Протокол операции.**

Диагноз: Рак прямой кишки ст 2, T3N0M0 гр 3

Операция: Лапароскопическая брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

Продолжительность: 3 часа 00 мин.

Ход операции.

Под эндотрахеальным наркозом после обработки операционного поля спиртовым раствором хлоргексидина произведен лапароцентез, введен троакар 5-12 мм, наложен карбоксиперитонеум, оптика 10 мм 30 градусов, при видеоэндоскопической ревизии поверхность печени ровная, гладкая, цвет обычный. Видимая брюшина париетальная и висцеральная без изменений. Дополнительно установлены три 5 мм порта (в подвздошных областях с обеих сторон, в правом мезогастрии). Основной рабочий инстумент HarmonicAce 5 мм. Двумя встречными лирообразными разрезами рассечена париетальная брюшина малого таза.

Острым путем в слое прямая кишка мобилизована до мышц дна малого таза, на уровне L5 рассечена фасция кресца с умеренной геморрагией, временная остановка прижатием марлевой средней салфеткой. Замена правого порта 5 мм на 12 мм. Верхняя ректальная артерия и сигмовидные артерии клипированы поэтапно раздельно двумя средне - большими клипсами, пересечены Ligasure. Брыжейка сигмы до кишечной стенки №4 по уровню резекции. Снят карбоксиперитонеум. Порт в левой подвдошной области извлечен, доступ расширен до 3 см в длину, сигмовидная кишка выведена на переднюю брюшную стенку, между лигатурами пересечена. Фиксирована в левой подвзошной области в виде одноствольной колостомы. Прямая кишка промежностным доступом острым путем экстирпирована с лигированием сосудов связок и мышечных порций Harmonic. После тщательного гемостаза (аппликация пленки Серджиселл на крестец) и ревизии промежностная рана ушита наглухо с дренированием пресакрального пространства активным дренажом через отдельный разрез в левой ягодичный области. Повторно наложен карбоксиперитонеум. Контроль на гемостаз, ревизия на инородные тела. Послойно швы на рану, асептическая повязка.

Особенности операции: кровопотеря около 100 мл.

Описание препарата: участок толстой кишки до 40 см длиной с анальным каналом, опухоль н/a отдела до 5 см в диаметре инф-язв характера, прорастает мышечный слой, анальный канал и ишиоректальную клетчатку.

**13. Прогноз.**

Прогноз для жизни 5 - летняя выживаемость после комбинированного лечения рака прямой кишки - 75%. Прогноз для функции и труда благоприятный.

**14. Эпикриз.**

Больной, поступил в РКОД 6.06.13. с жалобами на постоянные, тупые боли в области заднего прохода, усиливающиеся во время акта дефекации, ложные позывы актов дефекации, сопровождающиеся небольшим количеством крови, общую слабость. Из данных анамнеза болезни: В 2012 году был обнаружен одиночный аденоматозный полип, бессимптомное течение, не лечился. Считает себя больным около года, когда появились боли в области заднего прохода. В сентябре 2013 года обратился к колопроктологу ГКБ №21, где был поставлен диагноз - рак прямой кишки и отправлен в РКОД г. Уфы. Из данных анамнеза жизни: отягощена наследственность - рак желудка у дедушки. Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, ОРВИ. Хр. пиелонефрит двусторонний в фазе ремиссии. Хр. простатит. Из данных объективного исследования: status localis - Местный статус (status localis): промежностная часть прямой кишки имеет вид продольной щели, задний проход располагается примерно на середине расстояния между копчиком и корнем мошонки на уровне поперечной линии, соединяющей оба седалищных бугра. Перианальная область не уплотнена, мягкая, безболезненная. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При пальцевом исследовании обнаружено плотное опухолевидное образование нижнеампулярного отдела, наибольшим размером примерно 5 см.

Данных лабораторно-инструментальных исследований: общий анализ крови - нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение соэ; Общий анализ мочи - гипостенурия, протеинурия; Копрограмма на скрытую кровь бензединовая проба: реакция положительная - появление сине - зеленого окрашивания кала; Фиброколоноскопия - Заключение: рак прямой кишки; Цитологическое исследование - Высокодифференцированные новообразования состоят из крупных цилиндрических, кубических клеток, формирующих тубулярные и ацинарные структуры. В тубулярных и ацинарных структурах клетки имеют полярное расположение ядер. Ядра клеток крупные, светлые, округлые содержат гипертрофированные ядрышки. Цитоплазма светло окрашенная, содержит вариабельное количество слизи. Лейкоцитарная инфильтрация; МРТ Заключение: МРТ - признаки рака прямой кишки, без признаков распространенности в окружающие ткани. Объемное увеличение предстательной железы; УЗИ ОМТ - Хр. простатит. По данным УЗИ ОБП признаков отдаленного метастазирования не выявлено.

Диагноз основной: Рак прямой кишки стадия 2, T3N0M0.

Диагноз сопутствующего заболевания: Хр. пиелонефрит, двусторонний в фазе ремиссии. Хр. простатит.

Проведен курс предоперационной ДГТ СОД 20гр по 4 гр \* 5 дней.

Операция: Лапароскопическая брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

Больной продолжает находится на лечении.

# ***Список литературы***

1. Онкология: учебник/ Ш.Х. Ганцев, В.Н. Ручкин, А.М. Ханов и др. - М.: Медицинское информационное агентство, 2004. - 516 с.

2. Руководство к практическим занятиям по онкологии/ Ш.Х. Ганцев, О.Н. Липатов, И.Р. Рахматуллина и др. - М.: Медицинское информационное агенство, 2007 - 416 с.

. И.Н. Агаев. Онкология: учебник. - М.: Золотая книга, 2005 - 640 с.

. Введение в клиническую онкологию. Толпинский А.П., Бахлаев И.Е. - Петрозаводск: ПетрГУ, 2001. - 44 с.