**Паспортная часть:**

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: 10 мая 1957 года.

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления:

Диагноз при поступлении:  Ворсинчатая опухоль ректосигмоидного соединения, полип прямой кишки. Меланома кожи левой голени, состояние после оперативного лечения в 2002году.

Диагноз клинический: Первично-множественный метахронный рак: меланома кожи голени sT2N0M0 ст.Ib, состояние после хирургического лечения в 2002 году; рак ректосигмоидного отдела толстой кишки pT3N1M1 ст.IV. Одиночный метастаз в печень. Клиническая группа II.

Сопутствующие заболевания: Миома матки. Гастродуоденит.

Операция: Комбинированная передняя низкая резекция ректосигмоидного соединения с резекцией S5 печени.

Метод обезболивания: Эндотрахеальный наркоз.

Исход болезни: улучшение.

Группа крови: А(II) вторая, Rh(+) положительная.

**Жалобы:**

Пациентка жалуется на наличие кала с обильной примесью крови и слизи, тенезмы, боли в животе во время дефекации, вздутие живота, урчание, отсутствие аппетита, периодическую тошноту и рвоту, общую слабость, потерю в весе около 10 кг.

**Анамнез болезни:**

Считает себя больной около года, когда впервые заметила примеси крови и слизи в кале. Вскоре появились тенезмы, боли в животе, которые пациентка снимала спазмолитиками. Весной 2011 года пациентка заметила потерю в весе. В сентябре 2011 года пациентка обратилась к врачу, была направлена во Вторую городскую клиническую больницу, где после обследования выявили ворсинчатую опухоль ректосигмоидного соединения. Переведена для лечения в онкообдоминальное отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Анамнез жизни:**

Родилась 10 мая 1957 года. Росла и развивалась нормально. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставала. Материально-бытовые условия в детские и школьные годы были удовлетворительные. Имеет высшее образование. Работает инженером. Профессиональные вредности отсутствуют.

Материально-бытовые условия удовлетворительные, живет в отдельной квартире с мужем. Вредные привычки отрицает.

Перенесенные заболевания: пневмония, простудные заболевания. В анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки (с 2001 года).

В 2002 году обнаружена меланома кожи голени T2N0M0.

Операции: широкое иссечение меланомы кожи голени (2002г.).

Гинекологический анамнез: менструации начались в 13 лет, установились сразу, цикл 30 дней по 4 дня. Менопауза с 46 лет. Количество беременностей – 3, родов – 2, абортов – 1.

СПИД, туберкулез, гепатит и венерические заболевания отрицает.

Наследственный анамнез не отягощен.

Гемотрансфузии отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного обследования:**

**Общий осмотр**:

Состояние удовлетворительное, положение активное. Сознание ясное, конституция нормостеническая, телосложение правильное. Масса 62 кг, рост 172 см. Температура тела 36,5 С.

Кожа бледно-розовой окраски, эластичная. В области шеи, плеч выявляются пигментные пятна. На коже левой голени в нижней трети – постоперационный рубец 5x6 см. Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно, распределена равномерно.

Видимые слизистые чистые, нормальной окраски, влажные.

Шейные, подчелюстные, заушные лимфоузлы не увеличены, эластичные, безболезненные. Затылочные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые лимфоузлы не пальпируются.

Опорно-двигательный аппарат без патологии. Деформаций нет. Тонус мышц сохранен. При пальпации мышцы безболезненны, уплотнений не обнаружено. Суставы нормальной конфигурации, кожа над ними не изменена. Активные и пассивные движения в суставах - в полном объеме, безболезненные, без хруста.

Щитовидная железа не увеличена, мягко эластической консистенции.

Молочные железы при пальпации мягкие, безболезненные, патологических образований не выявлено.

**Органы дыхания:**

Жалоб нет.

Форма грудной клетки нормальная, нормостеническая, симметричная. Тип дыхания - смешанный. Число дыханий в 1 минуту - 16. Грудная клетка при пальпации безболезненна. Перкуторно – ясный легочной звук над всеми полями легких. Границы в норме. Аускультативно – везикулярное дыхание над всей поверхностью легких, побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

**Сердечно-сосудистая система:**

Жалоб не предъявляет.

Визуально сердечный толчок, патологическая пульсация сосудов в области шеи и в эпигастрии не наблюдается. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 0,5 см кнаружи от средне-ключичной линии, разлитой, средней силы, площадью около 2 см. Левая граница сердца на 1 см кнаружи от средне-ключичной линии.

Пульс - 60 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, одинаков на обеих руках. Дефицит пульса отсутствует.

Тоны ритмичные, приглушены.

Артериальное давление одинаково на обеих руках - 125/80.

**Органы пищеварения:**

Слизистая полости рта влажная, бледно-розовой окраски. Язык бледно-розового цвета, влажный, без налета, язв и трещин нет. Десны бледно-розового цвета, без патологических изменений. Небные миндалины не выходят за небные дужки.

Живот симметричен, округлой формы, участвует в акте дыхания. Кожа брюшной стенки нормального цвета, видимая перистальтика отсутствует.

При поверхностной пальпации: живот мягкий, безболезненный.

При глубокой пальпации слепой, восходящей, поперечноободочной, нисходящей кишки выявляется урчание, болезненности нет. При пальпации сигмовидной кишки умеренная болезненность. Опухоль пальпаторно не определяется. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Нижний край печени пальпируется по краю реберной дуги, гладкий, эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Стул частый (до 10 раз в день), содержит примеси крови и слизи.

**Мочевыделительная система:**

Мочеиспускание регулярное, безболезненное. Симптом поколачивания (Пастернацкого) отрицательный с обеих сторон. Мочеточниковые точки безболезненны.

**Неврологический статус:**

Сон нормальный. Головных болей, головокружения нет. Нарушений в двигательной и чувствительной сфере нет.

Сознание ясное, настроение подавленное, больная легко идет на контакт. Психических нарушений нет. Зрение и слух не изменены.

**Ректальное исследование:**

Тонус сфинктера в норме, пальпация безболезненна. Опухоль не достигается. На перчатке присутствует небольшое количество алой крови и кала.

**Предварительный диагноз:**

На основании жалоб больной (на наличие кала с обильной примесью крови и слизи, тенезмы, боли в животе во время дефекации, вздутие живота, урчание, отсутствие аппетита, периодическую тошноту и рвоту, общую слабость, потерю в весе около 10 кг), анамнеза заболевания (считает себя больной около года, когда впервые заметила примеси крови и слизи в кале; вскоре появились тенезмы, боли в животе; весной 2011 года пациентка заметила потерю в весе; в сентябре 2011 года пациентка обратилась к врачу, была направлена во Вторую городскую клиническую больницу, где после обследования выявили ворсинчатую опухоль ректосигмоидного соединения; переведена для лечения в онкообдоминальное отделение ВОКД), анамнеза жизни (профессиональные вредности отсутствуют, материально-бытовые условия удовлетворительные, вредные привычки отрицает; перенесенные заболевания – пневмония, простудные заболевания; в анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки с 2001 года; в 2002 году обнаружена меланома кожи голени T2N0M0; операции: широкое иссечение меланомы кожи голени в 2002г; СПИД, туберкулез, гепатит и венерические заболевания отрицает; наследственный анамнез не отягощен), объективного обследования (в области шеи, плеч выявляются пигментные пятна; на коже левой голени в нижней трети – постоперационный рубец 5x6 см, шейные, подчелюстные, заушные лимфоузлы не увеличены, эластичные, безболезненные; затылочные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые лимфоузлы не пальпируются, верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 0,5 см кнаружи от средне-ключичной линии, разлитой, средней силы, площадью около 2 см, левая граница сердца на 1 см кнаружи от средне-ключичной линии; тоны сердца ритмичные, приглушены; при глубокой пальпации слепой, восходящей, поперечноободочной, нисходящей кишки выявляется урчание, болезненности нет; при пальпации сигмовидной кишки умеренная болезненность, опухоль пальпаторно не определяется, нижний край печени пальпируется по краю реберной дуги, гладкий, эластичный, безболезненный; стул частый – до 10 раз в день, содержит примеси крови и слизи; per rectum:тонус сфинктера в норме, пальпация безболезненна, опухоль не достигается, на перчатке присутствует небольшое количество алой крови и кала) можно предположить диагноз: Первично-множественный метахронный рак: меланома кожи голени pT2N0M0 ст.Ib, состояние после хирургического лечения в 2002 году; рак ректосигмоидного отдела толстой кишки cTхNxMх ст.? Клиническая группа II. Вторичная кардиомиопатия Н1.

**План обследования:**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови (общий белок, мочевина, креатинин, билирубин, глюкоза, электролиты – К, Na, Cl).
4. Серореакция на сифилис.
5. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, ТВ, фибриноген).
6. Группа крови, Rh – фактор.
7. Электрокардиография.
8. Рентгенологическое исследование легких.
9. УЗИ органов брюшной полости.
10. Ирригоскопия.
11. FRRS с биопсией опухоли.
12. Патогистологческое и цитогистологическое исследование биопсийного материала.
13. ФГДС.
14. Компьютерная томография органов брюшной полости.
15. Осмотр гинеколога

**Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования**

Общий анализ крови от 21.02.13г

Эритроциты 5,12\*1012 /л

Hb 157 г/л

Цветной показатель 0,92

Тромбоциты 266\*109/л

Лейкоциты 5.8\*109/л

Эозинофилы 3%

Сегментоядерные 43 %

Лимфоциты 47%

Моноциты 7 %

СОЭ 22 мм/ч

Исследование мочи от 21.02.13г

Цвет соломенно-желтый

Прозрачность - прозрачная

Реакция нейтральная

Удельный вес - 1015

Белок – нет

Сахар – нет

Лейкоциты: 1-2 в п/з

Эпителий: клетки пластами 5-7 в п/з

Изосерологическое исследование крови от 21.09.11г

А(II) вторая, Rh(+) положительная

Биохимическое исследование крови от 21.02.13г

Глюкоза – 6,16 ммоль/л

Общий белок – 67 г/л

Общий билирубин – 20,25 мкмоль/л

Мочевина – 5,95 ммоль/л

Креатинин – 77 мкмоль/л

Анализ крови на RW от 21.02.13г

Отрицательно

Коагулограмма от 21.02.13г

Активированное парциальное

тромбопластиновое время 24,6 с.

Протромбиновый индекс 0,85.

Протромбиновое время 13,3 с.

МНО 0,9.

Активность факторов

протромбинового комплекса 122%.

ЭКГ от 21.02.13г

Ритм синусовый. ЧЧС 58 в минуту. Горизонтальная ЭОС. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

Рентгенологическое исследование лёгких от от 27.09.11

Легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Корни структурны. Тень средостения не расширена.

Ирригоскопия от 27.02.13

Контрастное вещество заполняет все отделы толстой кишки. В ректосигмоидном отделе циркулярное сужение ~6 мм с подрытыми контурами. В сигмовидной кишке и нисходящей ободочной кишке единичные дивертикулы, патологические сужения и дефекты наполнения не определяются, воздухом расправляются. Заключение: Рак ректосигмоидного соединения.

FRRS от 21.02.13

На расстоянии 14 см от ануса имеется муфтовидная опухоль, края толстые, ригидная. Просвет кишки до 1,0 см. Взята биопсия. Заключение: Рак верхнеампулярного отдела прямой кишки.

ФГДС Пищевод свободно проходим. Кардия зияет. Желудок расправляется, в просвете желчь, слизистая блестящая с участками гиперемии и очаговыми эрозиями, в антруме имеются единичные поверхностные эпителизированные эрозии 0,2-0,3 см. Привратник округлый, проходим. 12-перстная кишка слегка отечна, с рубцовой деформацией в области луковицы. Заключение: Недостаточность кардии II степени. Смешанная гастропатия. Единичные эпителизированные эрозии антрума. Дуоденит. Рубцовая деформация луковицы легкой степени.

Компьютерная томография печени от 27.02.13

В проекции S5-S6 правой доли печени определяется неправильно округлая, нечетко очерченная структура 26 мм в диаметре, васкуляризированная. Левая доля без особенностей. Л/у ворот печени не увеличены. Заключение: метастаз в правую долю печени.

УЗИ органов брюшной полости

Вертикальный размер печени по правой среднеключичной линии 13,9 см, по срединной линии 8,4 см. Контур печени ровный, четкий. Паренхима печени диффузно повышенной эхогенности. Функциональные и морфологические признаки портальной гипертензии отсутствуют. Печеночные вены не расширены. В паренхиме правой доли печени определяется очаговое образование метастатического типа диаметром до 25 мм.

Желчный пузырь сокращен после еды. Внепеченочные и печеночные желчные протоки не расширены.

Поджелудочная железа не увеличена, неоднородно повышенной эхогенности, не визуализируется полностью из-за высокого стояния желудка и кишечникаю. Контуры поджелудочной железы нечеткие, мелкобугристые. Вирсунгов проток не расширен.

Правая почка обычной формы, нормального размера, ЧЛС не расширена, по типу неполного удвоения. Паренхима толщиной 16 мм. Левая почка обычной формы, нормального размера, ЧЛС не расширена, по типу неполного удвоения. Паренхима толщиной 14 мм.

Забрюшинные парааортальные л/у не увеличены. На доступных осмотру участках брюшной аорты и подвздошных сосудов данных за патологическое увеличение л/у не получено.

Матка расположена правильно, имеет длину 45 мм, толщину 40 мм, ширину 46 мм. Контур матки мелкобугристый, структура неоднородная. М-эхо (эндометрий) толщиной 2 мм. В матке определяются фиброматозные узлы размерами до 14 мм. Полость не расширена.

Правый яичник (20 мм x 11 мм x 12 мм) обычной структуры, расположен сбоку от матки. Левый яичник (21 мм x 11 мм x 15 мм) обычной структуры, расположен сбоку от матки, плохо визуализируется из-за адгезивно-спаечного процесса. Менопауза 8 лет.

Данных за патологическое увеличение паховых л/у не получено.

Заключение: Диффузные изменения печени. Метастатическое поражение печени. Диффузные изменения поджелудочной железы. Миома матки.

Цитологическое исследование биоптата

Элементы воспаления и клеточного распада. Единичные дистрофичные клетки эпителия.

Гистологическое исследование биоптата

Тубулярная аденома с ДП II-III.

Цитологическое исследование биоптата

На фоне эритроцитов клетки железистого рака.

Гистологическое исследование биоптата от

Аденокарцинома.

**Обоснование диагноза**

На основании:

* жалоб больной (на наличие кала с обильной примесью крови и слизи, тенезмы, боли в животе во время дефекации, вздутие живота, урчание, отсутствие аппетита, периодическую тошноту и рвоту, общую слабость, потерю в весе около 10 кг),
* анамнеза заболевания (считает себя больной около года, когда впервые заметила примеси крови и слизи в кале; вскоре появились тенезмы, боли в животе; весной 2011 года пациентка заметила потерю в весе; в сентябре 2011 года пациентка обратилась к врачу, была направлена во Вторую городскую клиническую больницу, где после обследования выявили ворсинчатую опухоль ректосигмоидного соединения; переведена для лечения в онкообдоминальное отделение ВОКД),
* анамнеза жизни (в 2002 году обнаружена меланома кожи голени T2N0M0; операции: широкое иссечение меланомы кожи голени в 2002г; СПИД, туберкулез, гепатит и венерические заболевания отрицает; наследственный анамнез не отягощен),
* объективного обследования (при пальпации сигмовидной кишки умеренная болезненность, опухоль пальпаторно не определяется, нижний край печени пальпируется по краю реберной дуги, гладкий, эластичный, безболезненный; стул частый – до 10 раз в день, содержит примеси крови и слизи; per rectum:тонус сфинктера в норме, пальпация безболезненна, опухоль не достигается, на перчатке присутствует небольшое количество алой крови и кала),
* результатов лабораторных и инструментальных методов исследования:
* Общий анализ крови: СОЭ 22 мм/ч
* Ирригоскопия: Рак ректосигмоидного соединения.
* FRRS: Рак верхнеампулярного отдела прямой кишки.
* ФГДС: Недостаточность кардии II степени. Смешанная гастропатия. Единичные эпителизированные эрозии антрума. Дуоденит. Рубцовая деформация луковицы легкой степени.
* Компьютерная томография печени: метастаз в правую долю печени.
* УЗИ органов брюшной полости: Диффузные изменения печени. Метастатическое поражение печени. Диффузные изменения поджелудочной железы. Миома матки.
* Цитологическое исследование биоптата: Элементы воспаления и клеточного распада. Единичные дистрофичные клетки эпителия.
* Гистологическое исследование биоптата : Тубулярная аденома с ДП II-III.
* Цитологическое исследование биоптата: На фоне эритроцитов клетки железистого рака.
* Гистологическое исследование биоптата: Аденокарцинома.

можно предположить диагноз:

Первично-множественный метахронный рак: меланома кожи голени pT2N0M0 ст.Ib, состояние после хирургического лечения в 2002 году; рак ректосигмоидного отдела толстой кишки pT3NxM1 ст.IV. Одиночный метастаз в печень. Клиническая группа II.

Сопутствующие: Миома матки. Гастродуоденит.

**Дифференциальный диагноз:**

Рак ректосигмоидного соединения, следует дифференцировать с геморроем, полипами, сифилисом и туберкулезом. Для геморроя характерно выделение алой крови после акта дефекации, а при раке характерно выделение крови с калом, нередко кровь темная и измененная. Дифференцировать с полипами, сифилисом и туберкулезом нужно гистологически, а с сифилисом также серологически (RW и микрореакция). С туберкулезом дифференцировка проводится также бактериологическим методом.

**Этиология и патогенез**

Существуют следующие этиопатологические факторы:

1. Характер питания (малошлаковая пища с преобладанием животных жиров, белков и рафинированных углеводов)
2. Малоподвижный образ жизни (гипокинезия, ожирение, возраст старше 50 лет)
3. Гипотония и атония кишечника в пожилом возрасте (запоры)
4. Наличие в кишечном содержимом эндогенных канцерогенов и их воздействие на слизистую кишки в условиях длительного застоя каловых масс (индол, скатол, гуанидин, метаболиты стероидных гормонов)
5. Хроническая травматизация калом слизистой толстой кишки в местах физиологических изгибов

Наиболее уязвимыми местами толстой кишки являются места ее физиологического сужения (илеоцекальный угол, печеночный и селезеночный изгибы, ректосигмоидный отдел и сигмовидная кишка), где, как известно, чаще всего возникает рак. Длительная задержка содержимого в просвете кишки изменяет количественный и качественный состав кишечной микрофлоры и ведет к накоплению большого количества токсических веществ. Дивертикулиты, колиты, длительный упорный запор, обусловленные либо долихосигмой, либо слабостью эвакуаторной деятельности толстой кишки, являются заболеваниями, предрасполагающими к возникновению рака этого органа.

Факультативный предрак: хронические колиты, в т.ч. Болезнь Крона, хронический неспецифический язвенный колит; дивертикулы.

Облигатный предрак: полипоз.

Раком толстой кишки заболевают преимущественно люди в возрасте 40—60 лет. Частота рака толстой кишки у мужчин и женщин примерно одинакова.

Значительную роль играет генетическая предрасположенность.

Пациентка имеет следующие факторы риска:

* Возраст старше 50 лет
* малошлаковая пища с преобладанием животных жиров, белков и рафинированных углеводов)
* гипокинезия
* дивертикулы (по данным ирригоскопии)

**Лечение:**

Основным методом лечения рака ректосигмоидного соединения является хирургический.Принципы радикальной операции:

* дистальный и проксимальный края отсечения кишки должны быть на достаточном расстоянии от опухоли, чтобы при микроскопическом исследовании они не содержали опухолевых клеток;
* расстояние от дистального края пересечения кишки до нижней границы опухоли должно быть не менее 5 см;
* вместе с опухолью должны быть удалены все регионарные лимфатические узлы.

Объем и характер хирургического вмешательства зависят от ряда факторов, важнейшими из которых являются степень распространенности процесса, а также наличие или отсутствие осложнений основного заболевания. При расположении опухоли в ректосигмоидном соединении показана его резекция.

Резекция ректосигмоидного соединения по Гартманну является вынужденным хирургическим вмешательством, связанным с осложнением опухолевого процесса (чаще кишечной непроходимостью) и декомпенсированным по сопутствующим заболеваниям состоянием больного.

При распространении опухоли ректосигмоидного соединения в прилежащие органы и ткани, показано проведение комбинированных операций, а при наличии одиночных и единичных метастазов (в печени, легких, яичниках и т.д.) – одномоментное или отсроченное их удаление.

Критерием радикально выполненной операции является гистологическое заключение об отсутствии злокачественного роста:

* в дистальном и проксимальном краях отсечения кишки;
* по окружности резецированного сегмента кишки (периферический клиренс).

При нерезектабельных опухолях ректосигмоидного соединения и множественных метастазах в отдаленных органах по показаниям необходимо формирование колостомы.

Послеоперационная адъювантная лучевая терапия показана при степени местного распространения рака ректосигмоидного соединения, соответствующей Т4(распространение опухоли на органы и стенки таза), через 2-3 недели после комбинированных операций. Проводят лучевую терапию разовой очаговой дозой 2 Гр до суммарной очаговой дозы 50-60 Гр на зону врастания, границы которой должны быть помечены скрепками или клипсами интраоперационно.

Обоснованием необходимости применения химиотерапии при раке ректосигмоидного соединения служит тот факт, что в момент выполнения 25-30% хирургических вмешательств, клинически оцениваемых как радикальные, уже имеются субклинические метастазы.

*Схемы лечения больных раком ректосигмоидного соединения в зависимости от стадия заболевания*.

*0 стадия*

* Операция: полипэктомия; резекция ректосигмоидного соединения.
* Наблюдение.

*I cтадия*

* Операция: резекция ректосигмоидного соединения.
* Наблюдение.

*II cтадия*

* Операция (объем операции в зависимости от распространенности опухолевого процесса).
* Послеоперационная лучевая терапия (при степени местного распространения опухоли, соответствующей Т4).
* Наблюдение.

*III cтадия*

* Операция (объем операции в зависимости от локализации опухоли и распространенности опухолевого процесса).
* Послеоперационная лучевая терапия (при степени местного распространения опухоли, соответствующей Т4).
* Адъювантная химиотерапия после окончания лучевой терапии (через 2-3 недели):

1. Фторурацил в разовой дозе 400 мг/м2 + кальция фолинат в разовой дозе 200 мг/м2; оба препарата вводят внутривенно в течение 5 дней с интервалом в 4 недели. Кальция фолинат вводят в течение 15 мин и через 45 мин вводят фторурацил. Начало первого курса через 28 дней после операции. Всего проводят 6 курсов.

2. Капецитабин по 1250 мг/м² 2 раза в день внутрь дни 1-14, перерыв дни 15-21, всего 8 курсов.

* Наблюдение.

*IV стадия*

* Операция (по показаниям – колостомия; при резектабельной опухоли и наличии одиночных и единичных метастазов в отдаленных органах – операция с одномоментным или отсроченным удалением метастазов).
* После комбинированных операций:послеоперационная лучевая терапия (при степени местного распространения опухоли, соответствующей Т4); адъювантная химиотерапия (при одиночных и единичных метастазах в отдаленных органах); наблюдение.
* Системная химиотерапия:

1. тегафур по 400-500 мг/м² внутрь 2 раза в сутки ежедневно до суммарной дозы 30-40 г, интервал между курсами 3 недели;

2. капецитабин по 1250 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 14 дней, интервал между курсами 1 неделя;

3. кальция фолинат 200 мг внутривенная 2-часовая инфузия в 1-й и 2-ой дни; фторурацил 400 мг/м² внутривенно струйно (сразу после инфузии кальция фолината) в 1-й и 2-й дни, затем 600 мг/м² в/в 22-часовая инфузия в 1-й и 2-ой дни; интервал между курсами 2 недели;

4. оксалиплатин 85 мг/м² внутривенная 2-часовая инфузия в 1-й день; кальция фолинат 200 мг внутривенная 2-часовая инфузия в 1-й и 2-ой дни (в 1-й день одновременно с оксалиплатином через двухпросветный катетер); фторурацил 400 мг/м² внутривенно струйно (сразу после инфузии кальция фолината) в 1-й и 2-й дни, затем 600 мг/м² в/в 22-часовая инфузия в 1-й и 2-ой дни; интервал между курсами 2 недели;

5. иринотекан 180 мг/м² внутривенная 2-часовая инфузия в 1-й день; кальция фолинат 200 мг внутривенная 2-часовая инфузия в 1-й и 2-ой дни (в 1-й день одновременно с иринотеканом через двухпросветный катетер); фторурацил 400 мг/м² внутривенно струйно (сразу после инфузии кальция фолината) в 1-й и 2-й дни, затем 600 мг/м² внутривенная 22-часовая инфузия в 1-й и 2-ой дни; интервал между курсами 2 недели.

6. В лечение по любой из приведенных схем могут быть включены средства таргетной терапии (моноклональные антитела – ингибиторы рецепторов васкулярно-эндотелиального и эпидермального факторов роста – VEGF, EGFR).

* Симптоматическое лечение.

*4.10.11 10:00-13:45 Комбинированная передняя низкая резекция ректосигмоидного соединения с резекцией S5 печени.*

Под интубационным наркозом выполнена нижнесрединная лапаротомия. При ревизии в S5 печени определяется образование диаметром 2 см. В ректосигмоидном соединении обнаружена циркулярная опухоль 6x5 см. Десерозирован участок кишки с опухолью, отступя дистально 5 см перевязаны верхние прямокишечные сосуды. Выполнена резекция кишки. Сформирован толсто-толстокишечный анастомоз «конец в конец». Восстановлена целостность брюшины тазового дна. Расширен лапаротомный разрез до мечевидного отростка. Выполнена резекция S5 печени с метастатическим образованием. Дефект печени ушит кетгутом с двумя гемостатическими губками. На матке имеется фиброматозный узел на ножке размером 2 см. Последний иссечен для гистологического исследования. Брюшная полость осушена, дренирована двумя трубками. Брюшная полость ушита. Наложена асептическая повязка.

Макроскопически: Участок толстой кишки с циркулярной опухолью 6x5 см, прорастающей все слои; отдельные периколические л/у по ходу верхней прямокишечной артерии; метастаз печени диаметром 2 см; фиброматозный узел. Направлены на цитологическое исследование.

Послеоперационный диагноз: Первично-множественный метахронный рак: меланома кожи голени pT2N0M0 ст.Ib, состояние после хирургического лечения в 2002 году; рак ректосигмоидного отдела толстой кишки pT3N1M1 ст.IV. Одиночный метастаз в печень. Клиническая группа II. Осложнения: Вторичная кардиомиопатия Н1. Сопутствующие: Миома матки. Гастродуоденит.

**Дневник курации:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больного | Назначения |
| 25.02.13 | Больная предъявляет жалобы на наличие кала с обильной примесью крови и слизи, тенезмы, боли в животе во время дефекации, вздутие живота, урчание, отсутствие аппетита, периодическую тошноту и рвоту, общую слабость. Самочувствие удовлетворительное. Температура тела 36,6 оС. Больная в ясном сознании. Кожные покровы обычные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Частота дыхания 16 в 1, дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаковый, частота 60 в 1, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Слизистая оболочка полости рта обычного цвета и влажности, язык не обложен. Живот правильной формы, не вздут, при пальпации болезненный в левой подвздошной области. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. Стул – понос с обильной примесью крови и слизи. | Стол №5.  Режим палатный. |
| 26.02.13 | Жалобы те . Самочувствие удовлетворительное. Температура тела 36,6 оС. Больная в ясном сознании. Кожные покровы обычные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Частота дыхания 17 в 1, дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаковый, частота 68 в 1, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Слизистая оболочка полости рта обычного цвета и влажности, язык не обложен. Живот правильной формы, не вздут, при пальпации болезненный в левой подвздошной области. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. Стул – понос с обильной примесью крови и слизи. | Стол №5.  Режим палатный. |
| 27.02.13 | Больная предъявляет жалобы на умеренную слабость, болезненность в области послеоперационной раны. Самочувствие ближе к удовлетворительному. Температура тела 36,4 оС. Больная в ясном сознании. Кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Частота дыхания 20 в 1, при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаковый, частота 78 в 1, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Слизистая оболочка полости рта обычного цвета и влажности, язык не обложен. Живот правильной формы, не вздут, повязка незначительно промокла. Мочеиспускание по катетеру. Стула не было. | Стол 0.  Режим строгий постельный. |

**Эпикриз:**

Больная, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1957 г.р., с по настоящее время находится на стационарном лечении в онкоабдоминальном отделении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. На момент поступления больная предъявляла жалобы на на наличие кала с обильной примесью крови и слизи, тенезмы, боли в животе во время дефекации, вздутие живота, урчание, отсутствие аппетита, периодическую тошноту и рвоту, общую слабость, потерю в весе около 10 кг.

Проведен ряд клинических, лабораторных и инструментальных обследований. На основании жалоб, анамнеза, результатов обследования установлен диагноз: Первично-множественный метахронный рак: меланома кожи голени pT2N0M0 ст.Ib, состояние после хирургического лечения в 2002 году; рак ректосигмоидного отдела толстой кишки pT3N1M1 ст.IV. Одиночный метастаз в печень. Клиническая группа II. Осложнения: Вторичная кардиомиопатия Н1. Сопутствующие: Миома матки. Гастродуоденит.

Проведена Комбинированная передняя низкая резекция ректосигмоидного соединения с резекцией S5 печени ().

К моменту окончания курации больная продолжает лечение в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.