**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**УЗ «ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**КАФЕДРА ОНКОЛОГИИ**

Заведующий кафедрой доцент, к.м.н. Каравай Александр Владимирович

***ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ***

ФИО

 Клинический диагноз: Базалиома кожи левой щеки с T\_N\_M\_, \_\_ стадия. II клиническая группа.
 Осложнения основного заболевания: -
 Сопутствующий диагноз: I20.8 ИБС. Диффузный кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных и мозговых сосудов. Постоянная форма ФП, с тахисистолией желудочков. Регургитация МК 2ст, ТК 3 ст, АГ2 Риск 4 Н2. Узловой зоб. J80/Варикозная болезнь конечностей.

Время курации: начало 18.02.2020
 окончание 21.02.2020

**Куратор:**

Курилюк Анна Вячеславовна, лечебный факультет,
5 курс,23 группа

**Преподаватель**

Божко Геннадий Григорьевич, доцент

Гродно 2020

  **Паспортная часть:**

ФИО:

 Возраст: 06.06.1954 (65 лет).

Место жительства:

Место работы: пенсионер.

Дата поступления: 13.02.2020.

Кем направлен: ООД Гродненской области. Аверук П.Ю.

Диагноз направившего учреждения: Cr левой щеки.

Диагноз при поступлении: Базалиома кожи левой щеки с T1N0M0, 1 стадия. II клиническая группа.

**Устанавливающая диагностика.**

 ***Жалобы (на момент поступления):*** Пациент предъявлял жалобы на длительно незаживающие безболезненные образования в области кожи левой щеки.

***Anamnesis morbi***

Пациент считает себя больным около 1,5лет, когда обнаружил безболезненные, длительно незаживающие, две язвочки в области кожи левой щеки, на которых периодически образовывались корочки. Пациент утверждает, что появлению эрозивных образований предшествовало наличие в той же локализации: плотного, возвышающегося над поверхностью кожи, узелка до 10мм в диаметре. Причинами начала заболевания пациент считает: предшествующую травматизацию кожи левой щеки и высокую чувствительность кожи к солнечным лучам. За медицинской помощью не обращался. Лечение не проводилось. При очередном визите к врачу-терапевту, у врача возникла онкологическая настороженность и он направил пациента к онкологу. После консультации пациента онкологом, был установлен диагноз: Базалиома кожи левой щеки с T1N0M0, 1 стадия. II клиническая группа? И предложена госпитализация в ООД. До госпитализации проводились мероприятия диагностического характера: РМП, флюорография, ОАК, БАК, ОАМ.

***Anamnesis vitae***

Рос и развивался нормально. Вредные привычки: курение на протяжении 10 лет в возрастном промежутке от 20-30 лет. Возможные варианты канцерогенной нагрузки: употребление мясных продуктов, в 1985г. избыточное воздействие солнечного излучения - служба на Кавказе в горах, сильные стрессовые перегрузки последние 3 года: после смерти матери и финансовых проблем сына (по мнению пациента). Профессиональных вредностей не было. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа. Венерические заболевания и гепатит отрицает. Аллергологический анамнез: не отягощен. Наследственность отягощена: отец страдал ЦР легкого. Операций не было. Гемотрансфузий не было. Эпидемиологический анамнез по ОКИ: симптомов нет, за пределы РБ не выезжал.

**Status praesens objektivus:**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост – 179- см. Вес – 110 кг. Температура тела – 36,5°. Пульс – 78 уд/мин., ритмичный. Число дыханий – 18в минуту. АД – 135/80 мм. рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка чрезмерно развита. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Мышечная система развита умеренно, болезненности при пальпации нет. Костно-суставная система без отклонений от нормы. Суставы обычной конфигурации, при пальпации безболезненны, активные и пассивные движения сохранены. Грудная клетка обычной формы. Щитовидная железа не увеличена.
***Система органов кровообращения***: набухание и пульсация в яремной ямке, в прекардиальной и подложечной области отсутствует. Деформаций грудной клетки в области сердца нет. Сердечный толчок не определяется. Пульс 78 уд/мин, ритмичный, напряженный, хорошего наполнения. АД на обеих руках – 135/80. Границы сердца расширены на 1- 1,5 см, тоны приглушены, ритмичные. Шумов сердца и экстракардиальных шумов нет.
***Система органов дыхания***: форма грудной клетки - гиперстеническая, в акте дыхания участвуют обе половины грудной клетки. Лопатки на одном уровне плотно прилегают к ребрам, межреберные промежутки средних размеров, переднезадний размер грудной клетки меньше, чем поперечный, направление ребер умеренно косое, над- и подключичные ямки незначительно выражены. ЧДД – 18 в минуту. Грудная клетка при сдавлении упругая и податливая. Болезненность при пальпации ребер, межреберных промежутков, грудных мышц не выявлена. Дыхание в легких бронхиальное, побочные дыхательные шумы отсутствуют. Хрипов нет.
***Система органов пищеварения***: слизистая полости рта чистая, без изъязвлений. Рот свободно открывается, запах изо рта отсутствует. Язык чистый, влажный. Слизистая зева нормальной окраски. Небные миндалины не увеличены в размере, без налёта, гной в лакунах отсутствует. Живот мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Перистальтика обычная. Симптомы раздражения брюшины – отрицательные. Передний край печени у края реберной дуги, край ее закруглен, мягкий и безболезненный. Поджелудочная железа не пальпируется.
***Система органов мочеотделения:*** при осмотре поясничной области патологических изменений нет. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное, цвет мочи соломенно-жёлтый. Симптом поколачивания – отрицательный с обеих сторон.
***Костно-мышечная система:*** при пальпации костей деформации и болезненность отсутствуют. В суставах пассивные и активные движения выполняются в полном объеме. Мышцы развиты умеренно, тонус в норме, болезненность отсутствует.
***Нервно-психическое состояние:*** настроение нормальное, ориентировка в окружающей обстановке, времени правильная. Легко идет на контакт. Повышения двигательной возбудимости, менингеальных симптомов, судорог и патологических рефлексов нет. Все виды чувствительности сохранены. Тремора век, языка и кистей нет. Парезы и параличи не выявлены.

## Status localis

На коже левой щеки имеются два язвенных образования: с подрытыми краями, контур лучистый, размер [0,5см\*0,2см]; [0,5см\*0,4см]. На 5мм возвышаются над поверхностью кожи. После удаления корки визуализируется бугристое дно язвы красно-коричневого цвета. Имеется инфильтрации окружающих тканей. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.
Физикальных признаков отдаленного метастазирования не выявлено.

**Предварительный диагноз и его обоснование.**На основании:

* Анамнеза жизни: курение с 20-30 лет. Возможные варианты канцерогенной нагрузки: употребление мясных продуктов, в 1985г. избыточное воздействие солнечного излучения - служба на Кавказе в горах, сильные стрессовые перегрузки последние 3 года: после смерти матери и проблем в жизни сына (по мнению пациента). Профессиональных вредностей не было;
* Анамнеза заболевания: пациент считает себя больным около года, когда обнаружил безболезненные две длительно незаживающие язвочки в области кожи левой щеки, которые периодически покрывались корочкой. Причинами начала заболевания пациент считает: предшествующую травматизацию кожи левой щеки и повышенную чувствительность к солнечному свету. За медицинской помощью не обращался. Лечение не проводилось. При очередном визите к врачу-терапевту, у врача возникла онкологическая настороженность и он направил пациента к онкологу. После консультации пациента онкологом, был установлен диагноз: Базалиома кожи левой щеки с T1N0M0, 1 стадия. II клиническая группа? И предложена госпитализация в ООД. До госпитализации проводились мероприятия диагностического характера: РМП, флюорография, ОАК, БАК, ОАМ.
* Лабораторных данных:
1.Общий анализ крови (07.02.2020г):
- Эритроциты (RBC): 6,06 х 1012/л
- Тромбоциты (PLT): 290 х 109/л
- Лейкоциты (WBC): 9,09 х 109/л
- СОЭ: 4 мм/x
Формула: Эозинофилы: 2%
Палочкоядерные: 0%
Сегментоядерные: 50,7%
Лимфоциты: 35,3%
Моноциты: 11,7%
*Заключение:* показатели в пределах нормы.

2.Коагулограмма (07.02.2020г):
- АЧТВ – 35,7 сек
- MHO – 1,42
- Фибриноген – 3,0 г/л
-АМВ-15,9 сек
*Заключение*: показатель АЧТВ выше нормы.
3. Анализ крови на глюкозу 4,5 ммоль/л

*Заключение*: показатель в норме.

4.Биохимическое исследование (07.02.2020г):
Общий белок – 65 г/л
Креатинин- 112 мкмоль/л
Мочевина- 6,5 ммоль/л
Холестерин общий- 4,7 ммоль/л
Билирубин общий – 24,0 мкмоль/л
АсАТ – 24 Ед/л
АлАТ – 19Ед/л
ЩФ-89 Ед/л
Са - 2,17 ммоль/л
*Заключение* : показатели в норме.

5. Общий анализ мочи:
Цвет: соломенно-жёлтый
Мутность: прозрачная
Реакция: нейтральная
Химический состав: белок: следы
Глюкоза: отрицательная
Эритроциты: нет
Лейкоциты: 1-2 в поле зрения.
*Заключение*: анализ в пределах нормы.

## Status localis

На коже левой щеки имеются два язвенных образования: с подрытыми краями, контур лучистый, размер [0,5см\*0,2см]; [0,5см\*0,4см]. На 5мм возвышаются над поверхностью кожи. После удаления корки визуализируется бугристое дно язвы красно-коричневого цвета. Имеется инфильтрации окружающих тканей. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Физикальных признаков отдаленного метастазирования не выявлено.

Выставлен предварительный диагноз: Базалиома кожи левой щеки с T1N0M0, 1 стадия. II клиническая группа.

**Визуализация опухоли**

*1.осмотр кожных покровов и очага поражения, в том числе с методами оптического усиления (при необходимости);*

*2.пальпаторное исследование кожи в области локализации опухоли;*

*3.пальпация регионарных лимфатических узлов;*

*4. рентгенографическое исследование органов грудной клетки;*

*5.ультразвуковое исследование органов брюшной полости и регионарных лимфатических узлов (при первично-распространенных опухолевых процессах и метастатических формах опухоли);*

***При обширных раковых поражениях проводится дополнительное обследование****:*

*1. рентгенография костей в проекции очага опухолевого поражения;*

*2. КТ пораженной анатомической области.*

*3.Лабораторные исследования:*

* *группа крови и резус-фактор (при хирургическом лечении);*
* *серореакция на сифилис;*
* *общий анализ крови;*
* *общий анализ мочи;*
* *биохимическое исследование крови (общий белок, мочевина, креатинин, билирубин, глюкоза, электролиты – К, Na, Са, Cl);*
* *коагулограмма (по показаниям).*

*4.Дополнительные методы обследования:*

*· ЭКГ;*

*· пальцевое исследование прямой кишки.****У данного пациента были проведены следующие варианты визуализации опухоли:***
1. *осмотр и пальпация кожных покровов :* На коже левой щеки имеются два язвенных образования: с подрытыми краями, контур лучистый, размер [0,5см\*0,2см]; [0,5см\*0,4см]. На 5мм возвышаются над поверхностью кожи. После удаления корки визуализируется бугристое дно язвы красно-коричневого цвета. Имеется инфильтрации окружающих тканей. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.
Физикальных признаков отдаленного метастазирования не выявлено.

2. Лабораторные исследования:

***группа крови и резус-фактор*** *:от 07.02.2020
АВ IV, резус отриц.*

***Общий анализ крови*** *(07.02.2020г):*

- Эритроциты (RBC): 6,06 х 1012/л

- Тромбоциты (PLT): 290 х 109/л

- Лейкоциты (WBC): 9,09 х 109/л

- СОЭ: 4 мм/x

Формула: Эозинофилы: 2%

Палочкоядерные: 0%

Сегментоядерные: 50,7%

Лимфоциты: 35,3%

Моноциты: 11,7%
Заключение: показатели в пределах нормы.

***Общий анализ мочи*** *(от 07.02.2020)*Цвет: соломенно-жёлтый
Мутность: прозрачная
Реакция: нейтральная
Химический состав: белок: следы
Глюкоза: отрицательная
Эритроциты: нет
Лейкоциты: 1-2 в поле зрения.

Заключение: анализ в пределах нормы.

***Биохимическое исследование крови (07.02.2020г)****:*Общий белок – 65 г/л
Креатинин- 112 мкмоль/л
Мочевина- 6,5 ммоль/л
Холестерин общий- 4,7 ммоль/л
Билирубин общий – 24,0 мкмоль/л
АсАТ – 24 Ед/л
АлАТ – 19Ед/л
ЩФ-89 Ед/л
Са - 2,17 ммоль/л
Заключение : показатели в норме.

***Коагулограмма (14.02.2020г):***- АЧТВ – 28.2 сек
- Протромбиновое время (ПВ) – 20.1 сек
- MHO – 1,5
- Фибриноген – 5,0 г/л
- Активность протромбинового комплекса (по Квику) - 54,9%
*Заключение*: показатель МНО выше нормы.

3. *Рентгенографическое исследование органов грудной клетки* от 07.02.2020
Заключение: без особенностей.
4. *Пальпация регионарных лимфатических узлов:
Заключение: регианарные лимфоузлы не увеличены .*ЭКГ (07.02.2020)
Заключение: Фибрилляция предсердий, тахиаритическая форма. Нормальное положение ЭОС. Неполная блокада левой ножки пучка Гиса.

**Верификация диагноза.**

· цитологическое исследование мазков-отпечатков или соскобов из новообразования;

· при отсутствии убедительных данных клинического и цитологического исследования производят инцизионную (на границе со здоровыми тканями) или эксцизионную (при небольших новообразованиях) биопсию опухоли;

· при наличии увеличенных регионарных лимфатических узлов выполняется тонкоигольная пункционная (аспирационная) биопсия.
***У данного пациента были проведены следующие варианты варианты верификации диагноза :***

**Уточняющая диагностика.**

 **Оценка распространенности опухолевого процесса:**

# *Местное распространение опухоли:* Пальпация; Визуализация (измерения границ эрозивного образования)

# *Региональные метастазы:* Пальпаторно, УЗИ; КТ; МРТ;

# *Отдаленные метастазы:* Базальноклеточный рак отдалённых метастазов не даёт.

# *Оценка соматического статуса пациента.*

# На основании данных клинического обследования (жалоб, анамнеза жизни, данных физикального обследования, результатов лабораторных и функциональных исследований), которые приведены выше:

# Индекс Карновского = 90% Нормальная активность сохранена, но имеются незначительные симптомы заболевания.

# Критерий ВОЗ 1 балл - Больной неспособен выполнять тяжелую, но может выполнять легкую или сидячую работу, ограничена работоспособность пациента в связи с общей слабостью и быстрой утомляемостью (на фоне имеющихся сопутствующих патологий сердечной деятельности).

# Общий соматический статус пациента удовлетворительный, пациент находится в сознании, пространстве ориентирован, может самостоятельно давать согласие на медицинское вмешательств.

# Исходя из произведенных методов исследования, пациенту показано хирургическое лечение, противопоказаний и отклонений со стороны внутренних органов и систем организма к проведению хирургической операции не выявлено.

#  Диагноз клинический:

# Клинический диагноз: Базалиома кожи левой щеки с T\_N\_M\_, \_\_ стадия. II клиническая группа.Осложнения основного заболевания: -Сопутствующий диагноз: I20.8 ИБС. Диффузный кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных и мозговых сосудов. Постоянная форма ФП, с тахисистолией желудочков. Регургитация МК 2ст, ТК 3 ст, АГ2 Риск 4 Н2. Узловой зоб. J80/Варикозная болезнь конечностей.План специального лечения.

Лечение проводится с учетом стадии процесса, локализации опухоли, ее гистологического строения. Используются лучевые, хирургические, лекарственные методы в самостоятельном виде или в форме комбинированного и комплексного лечения. Лучевая терапия и хирургическое лечение являются альтернативными методами при раке кожи I стадии. При этом учитываются противопоказания к операции, высокая степень операционного риска и локализация опухоли в сложных топографо-анатомических областях.

Противопоказанием к лучевой терапии являются генетические состояния и некоторые заболевания соединительной ткани, предрасполагающие к развитию рака кожи (пигментная ксеродерма, базально-клеточный невус-синдром, склеродермия, красная волчанка).

*Хирургический метод лечения:* При хирургическом методе лечения плоскоклеточного рака кожи производится иссечение опухоли, отступя от клинически определяемого края опухоли не менее 1,5-2,0 см. При иссечении узловых и поверхностных форм базалиомы, а также высокодифференцированного плоскоклеточного рака с хорошо отграниченными краями возможно уменьшение отступа от краев опухоли до 0,5 см в следующих случаях:

опухоль локализуется на коже туловища, конечностях и имеет размер
Т<2 см, опухоль локализуется на коже щеки, лба, волосистой части головы и шее и имеет размер Т<1 см, опухоль локализуется на коже века, носа, периорбитальной области, брови, коже верхней губы, подбородке, околочелюстной области, ушной раковине, предушной и позадиушной области, виске, гениталиях, кисти, стопе и имеет размер Т<0,6 см,

В остальных случаях от края базалиомы отступают не менее 1 см. В блок удаляемых тканей включают опухоль с окружающей ее кожей, подкожно-жировой клетчаткой, а также всю воспаленную или гиперемированную кожу, окружающую опухоль.При инфильтративных формах рака от клинически определяемого края опухоли отступают не менее 2,0 см. В случае вовлечения в опухолевый процесс подлежащих структур (фасция, мышцы, кости) последние резецируют. При сомнении в радикальности выполненного оперативного вмешательства при местно-распространенных опухолях выполняют срочное гистологическое исследование тканей краев и дна раневого дефекта. При образовании послеоперационного дефекта кожи, который невозможно устранить сведением краев раны, выполняется один из видов пластики:

\*свободным кожным лоскутом (при локализации опухоли на нижней конечности лоскут -заготавливается на бедре противоположной конечности или в других донорских зонах);

\*местными тканями;

\*комбинированная кожная пластика;

\*пластика перемещенными островковыми лоскутами на сосудистых ножках или -свободными тканевыми лоскутами с использованием микрохирургической техники.

Лимфодиссекция выполняется исключительно при наличии метастазов в лимфатических узлах, при этом стандартными хирургическими вмешательствами являются подключично-подмышечно-подлопаточная лимфодиссекция, подвздошно-пахово-бедренная лимфодиссекция. При раке кожи головы и шеи с регионарными метастазами, выполняется классическая шейная лимфодиссекция (операция Крайла) или модифицированная радикальная шейная лимфодиссекция III типа (футлярно-фасциальная шейная). При одиночном метастазе до 3 см в диаметре возможно выполнение селективной лимфодиссекции.

При метастазах в околоушной слюнной железе выполняется субтотальная паратотидэктомия с последующим ее облучением (электронотерапия в дозе 50-60 Гр).

*Лучевое лечение:*

Лучевая терапия в качестве самостоятельного метода наиболее показана для лечения больных с базальноклеточным и плоскоклеточным раком кожи с размерами опухоли до 2 см в диаметре.При диаметре опухоли < 2 см облучается опухоль и окружающие ее ткани на расстоянии 1-1,5 см в СОД 60-70 Гр (РОД 2,5-3 Гр). При диаметре опухоли
≥ 2 см облучается опухоль и окружающие ее ткани на расстоянии 1,5-2 см
в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр) или 50-60 Гр (РОД 2,5 Гр). Лучевое лечение применяется при T1-T2 в виде короткофокусной рентгенотерапии (РОД 3,5-4 Гр, при базалиоме изоэквивалентная СОД 60-65 Гр, при плоскоклеточном раке – 70 Гр). Альтернативным методом лучевой терапии рака кожи I ст. является контактная лучевая терапия РОД 3-5 Гр (2 фракции в день), изоэквивалентная СОД 60-70 Гр. При Т3-Т4 используется электронотерапия, телегамматерапия, сочетанная лучевая терапия (с дополнительной контактной лучевой терапией). Преимущество имеет электронотерапия. Оценка эффекта облучения производится через 1-1,5 мес. При выявлении неполной резорбции опухоли выполняется ее хирургическое удаление или, при наличии противопоказаний к операции, проводится дополнительное облучение в дозе 20-30 Гр.Особенности анестезиологического пособия: биопсия и удаление небольших новообразований Т1 выполняется под местной инфильтрационной анестезией (если не планируется пластическая операция); в остальных случаях оперативные вмешательства выполняются под наркозом.

*Лечение по стадиям :*

1. I и II стадии (T1-2N0M0): Хирургическое удаление опухоли, при необходимости с одномоментным устранением послеоперационного дефекта одним из видов кожной пластики (при выявлении опухоли в крае отсечения (по данным окончательного гистологического исследования) выполняется рассечение (при локализации опухоли на туловище или конечностях). При всех других локализациях, в случае ожидаемого плохого косметического исхода операции, проводится послеоперационная лучевая терапия); Лучевая терапия по радикальной программе;

При поверхностно-распространяющихся формах базалиомы, в том числе синхронных поражениях, раке кожи in situ с целью улучшения косметического исхода лечения допустимо использовать фотодинамическую терапию, электрохимиотерапию, криохирургический метод.

1. III стадия (T1-3 N1 M0; T3 N0 M0): Хирургическое удаление опухоли с одномоментным устранением послеоперационного дефекта одним из видов пластики + регионарная лимфодиссекция (при наличии цитологического или морфологического подтверждения метастатического поражения регионарного лимфатического узла). При выраженном периневральном распространении или вовлечении крупных нервов проводится послеоперационная лучевая телегамма- или электронотерапия в СОД 60-70 Гр на ложе удаленной опухоли; при локализации местно-распространенной опухоли на конечности с целью создания оптимальных условий для выполнения органосохраняющей операции возможно применение регионарной внутриартериальной химиотерапии с цисплатином и флуороурацилом, в том числе в сочетании с электрохимиотерапией; при локализации опухоли на конечности, когда имеет место обширное поражение мягких тканей, кости или сосудисто-нервного пучка на большом протяжении – ампутация конечности.при отказе больного от операции возможно проведение лучевой терапии (электронотерапия, телегамматерапия) по радикальной программе.
2. IV стадия (T4 N0 M0): Комбинированное лечение (хирургическое удаление опухоли с одномоментным устранением послеоперационного дефекта одним из видов пластики + лучевая терапия в СОД 60-70 Гр); При нерезектабельной опухоли или при отказе пациента от операции проводится телегамма- или электронотерапия на первичный очаг (РОД 2 Гр, СОД 60-70 Гр). Через 2-3 недели после завершения лучевой терапии рассматривается вопрос о возможности хирургического удаления резидуальной опухоли с одномоментным устранением послеоперационного дефекта одним из видов пластики.
3. IV стадия (T1-3N2-3M0, T4N1-3M0): Хирургическое удаление опухоли с одномоментным устранением послеоперационного дефекта одним из видов пластики + регионарная лимфодиссекция. При локализации опухоли на конечности, когда имеет место обширное поражение мягких тканей, кости или сосудисто-нервного пучка на большом протяжении – ампутация конечности + регионарная лимфодиссекция;

при множественных регионарных метастазах или конгломерате метастатически пораженных лимфатических узлов проводится послеоперационная дистанционная лучевая терапия на область удаленного лимфатического коллектора (РОД 2 Гр, СОД 50-60 Гр); при регионарных шейных метастазах (N2-3) во всех случаях проводится послеоперационная дистанционная лучевая терапия на область удаленного лимфатического коллектора (РОД 2 Гр, СОД 50-60 Гр). При нерезектабельной первичной опухоли и/или регионарных метастазах проводится лучевая или одновременная химиотерапия и лучевая терапия: Цисплатин 100 мг/м2 внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й, 22-й и 43-й дни на фоне лучевой терапии в СОД 70 Гр (РОД 2 Гр) на первичный очаг и в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр) на регионарные лимфатические узлы. Через 2-3 недели после завершения лучевой терапии или одновременной лучевой и химиотерапии рассматривается вопрос о возможности хирургического удаления резидуальной опухоли.

1. IV стадия (любая Т любая N M1): лечение по индивидуальным программам (могут использоваться хирургические методы, лучевая терапия, системная химиотерапия).

При лечении метастатических форм рака кожи возможно проведение системной химиотерапии. Цисплатин 25 мг/м2 внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-5-й дни; метотрексат 15 мг/м2 внутривенно струйно в 1, 8 и 15-й дни; блеомицин 15 мг/м2 внутривенно в течение 10 мин в 1, 3, 5, 8, 10 и 12-й дни; курс повторяется каждые 3-4 недели.

*Лечение рецидивов рака кожи хирургическое и комбинированное*.

Наблюдение, сроки и объем обследования.

1. Режим наблюдения

2. Диспансерное наблюдение за излеченными больными осуществляется в течение 5 лет: в течение 1-го и 2-го года после завершения лечения – 1 раз каждые
3 месяца;с 3-го года после завершения лечения – 1 раз каждые 6-12 мес, в последующие годы – 1 раз каждые 12 месяцев.

При наличии регионарных метастазов: в течение 1-го года после завершения лечения – 1 раз каждые 3 месяца; со 2-го года после завершения лечения – 1 раз каждые 4-6 мес.

с 5-го года после завершения лечения – 1 раз каждые 6-12 месяцев.

*Объем обследования*: осмотр всех кожных покровов с акцентом на состояние кожи в области удаленной опухоли− при каждом посещении; пальпация регионарных лимфатических узлов− при каждом посещении; рентгенографическое исследование органов грудной клетки − один раз в год (при плоскоклеточном раке кожи);

УЗИ органов брюшной полости – один раз в 6 месяцев (при первично-распространенных и метастатических опухолях).

Пациенты должны быть информированы о необходимости использовать средства индивидуальной защиты от ультрафиолетового излучения, а также обучены методам самоконтроля периферических лимфатических узлов и кожных покровов.

***Данному пациенту было проведено следующее лечение:***

Режим: палатный.

Стол: Б15.

Лечение: хирургическое.

Операция: иссечение кожи левой щеки с пластикой ротационным лоскутом. (14.02.2020)

Ход операции: под местной анестезией – Sol. Novocaini 0,5%- 20 мл, отступив 1 см от края образования, выполнено иссечение опухоли кожи левой щеки с пластикой ротационным лоскутом. Гемостаз. Швы на рану. Обработка йодом, асептическая повязка.

**Прогноз** для жизни и труда благоприятный.

***Литература.***

1.Онкология: учеб.пособие / Н.Н. Антоненкова [и др.]; под общ. ред. И. В. Залуцкого. – Минск: Выш. шк., 2007. – 703 с.: ил.

2.Алгоритм диагностики и лечения новообразований (приказ №258 от 11.03.2012 г.).

3. Атлас онкологических операций. Под редакцией Б.Е. Петерсона, В.И. Чиссова, А.И. Пачеса. Москва, Медицина, 1987 г