ГОУ ВПО МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

**Кафедра госпитальной хирургии**

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор Ярема И.В.

Преподаватель: д.м.н. Ярема В.И.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

*Клинический диагноз:*

ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ:

Основное заболевание: Меланома кожи левого плеча, метастазирование в левый подмышечный лимфоузел. T4N1M0

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

ИБС: атеросклеротический кардиосклероз

Куратор:

Москва 2009

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

80 лет (22.08.1929г.)

пенсионер

Москва

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

 Жалобы на увеличенный подмышечный лимфоузел слева. Увеличение не сопровождается болью или иными субъективными ощущениями.

ЖАЛОБЫ НА МОМЕНТ КУРАЦИИ

На момент курации жалобы на общую слабость и слабую боль при движении рукой в левой подмышечной области после операции.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Со слов больная, имеющей 2 фототип кожи (солнечные ожоги возникают легко; загар возможен, но с трудом), в марте 2008г. больная обратилась в поликлинику к хирургу с жалобой на изменившую цвет и увеличившуюся родинку на верхней трети левого плеча. После консультации у дерматолога было принято решение о прижигании данного элемента электрическим током. После процедуры остался темный след диаметром около 1,5 см. В течение полугода на месте удаленной родинки выросла опухоль красного цвета диаметром 3 см, которая была иссечена 15 августа 2008г. Заключение гистологического анализа: меланома. В течение года пациентка на профилактические осмотры не приходила, ко врачу не обращалась. Через год, после смены места жительства обратилась в поликлинику по новому месту жительства с жалобой на увеличившийся лимфоузел в левой подмышечной области. Лимфоузел увеличен, ограничен, не спаян, подвижный, диаметром 6 см. Направлена на госпитализацию 6.10.2009г. для хирургического лечения. Госпитализирована в 1 онкологическое отделение 40 ГКБ Москвы 16.10.2009г. 20.10.09г. выполнена левосторонняя радикальная лимфаденэктомия под общим наркозом.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

Пациентка родилась 1-м ребенком, один ребенок в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту.

Операции, травмы, туберкулез, гепатит, вензаболевания отрицает.

Проживает одна в благоустроенной квартире. Материально-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное. Вредные привычки отрицает. На пенсии с 1989 г.

Отмечает аллергическая реакции на олететрин

Наследственность не отягощена.

В зонах радиационноо поражения не находилась. Инвалидность 2 степени по общему заболеванию.

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

Общее состояние: удовлетворительное

Сознание: ясное.

Интеллект: снижен.

Настроение: спокойное.

Положение: пассивное.

Выражение лица: спокойное.

Телосложение: правильное.

Конституциональный тип телосложения: гиперстенический.

Метрические данные: 169см, 79кг.

Органы чувств: зрение – дальнозоркость, слух снижен.

Рефлексы: сохранены, реакция зрачков на свет положительная.

Кожные покровы: бледные, сухие, неэластичные, без выраженной пигментации, без шелушения.

Послеоперационный рубец длинной около 5 см на коже верхней трети левого плеча, интактный.

Волосяной покров: женский тип оволосения.

Ногти: правильной формы, телесного цвет, без исчерченности и ломкости.

Видимые слизистые: бледно-розового цвета, влажные, без высыпаний.

Подкожно-жировая клетчатка: умеренно развита, отеков нет

Молочные железы: правильной формы, симметричные.

Лимфатические узлы: подколенные, паховые, подключичные, надключичиные, подмышешчные справа, шейные и затылочные не пальпируются. Мышцы: слабой степени развития, асимметричности не выявлено, тонус снижен, болезненность и уплотнения при ощупывании не выявлено, мышечная сила снижена.

Кости: без деформаций, болезненности при ощупывании и поколачивании.

Суставы: правильной конфигурации, объем активных и пассивных движений сохранен в полном объеме, кроме левого плечевого сустава, в котором движения снижены из-за болей в области операции.

**Система органов дыхания**

Осмотр. Деформации носа нет. Форма грудной клетки гиперстеническая; Дыхание: через нос, свободное или затрудненное, ритм 15 в минуту, поверхностное. Тип дыхания: смешанный. Оценка голоса: глухой.

Пальпация грудной клетки: болезненных участков и изменения голосового дрожания на симметричных участках не выявлено.

Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: ясный перкуторный звук на симметричных участках.

Данные топографической перкуссии легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Высота стояния верхушек легких спереди сзади | 3 см выше ключицыост.отр.C VII | 3 см выше ключицыост.отр.C VII |
| Ширина полей Кренига | 5 см | 5 см |
| Нижняя граница легких: Окологрудинная линия Среднеключичная линия Передняя подмышечная линия Средняя подмышечная линия Задняя подмышечная линия Лопаточная линия Околопозвоночная линия | V реброVI реброVII реброVIII реброIX реброX реброост.отр.Th XI  | ----------------VII реброVIII реброIX реброX реброост.отр.Th XI  |

Экскурсия края легкого по средней подмышечной линии - 6 см.

При аускультации в симметричных точках выслушивается везикулярное дыхание; бронхофония ясно не выслушивается; побочных дыхательных шумов не обнаружено.

**Система органов кровообращения**

Пульс достаточного наполнения и напряжения, синхронный, ритмичный. Частота пульса 72/мин. Стенка артерии эластичная.

Выпячивания в области сердца и крупных сосудов не наблюдается. Определения границ сердца не возможно из-за конституциональных особенностей.

Верхушечный толчок локализован в V межреберье, ширина - 2 см, не резистентный. Сердечный толчок не определяется. Надчревная пульсация не наблюдается. Сердечные тоны ритмичные, приглушенные. АД 150/95мм рт.ст. Акцент 1 тона над аортой.

**Система органов пищеварения**

Аппетит удовлетворительный. Акты жевания, глотания и прохождения пищи по пищеводу не нарушены. Отрыжки, изжоги, тошноты, рвоты нет. Стул не изменен.

Язык покрыт беловатым налетом; зев, миндалины, глотка без изменений. Слизистые чистые, розовые, влажные.

Форма живота округлая. Перистальтика не нарушена. Живот участвует в акте дыхания. Асцита нет.

При перкуссии передней брюшной стенки выслушивается тимпанический звук, в области печени и селезенки - бедренный звук.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, спокойный, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Диастаза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено. Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются.

Глубокой скользящей пальпации:

Сигмовидная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 2 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая. Слепая, поперечная ободочная, восходящая и нисходящая ободочные кишки, большая кривизна желудка - не пальпируюется

Верхняя граница печени совпадает с нижней границей правого легкого, нижняя проходит по правой реберной дуге. Размеры печени по Курлову: 10, 9, 8 см. Нижний край печени пальпируется на уровне реберной дуги, эластичный, острый, безболезненный. Поверхность ровная, гладкая.

Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется. Перкуторно: продольный размер - 8 см, поперечный - 4 см.

Аускультативно перистальтические шумы обычные.

**Мочеполовые органы.**

Болей и неприятных ощущений в органах мочеотделения, пояснице, промежности, над лобком нет. Мочеиспускание не затруднено. Дизурии нет. Окраска мочи не изменена. Отеков нет. Болезненности при надавливании на поясницу нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь безболезненный.

**Эндокринная система.**

Потоотделение не усилено, дрожания конечностей нет. Волосяной покров распределен равномерно. При пальпации щитовидная железа не увеличена, безболезненная, глазные симптомы тиреотоксикоза не наблюдаются. Аномалий в телосложении и отложении жира нет.

**Нервная система**.

Память нарушена. Сознание ясное. Настроение спокойное. Отношение к болезни адекватное. Отмечает нарушение сна - трудно заснуть ночью. Нарушение зрения - дальнозоркость, слух снижен.

Зрачковые рефлексы в норме. Нистагма нет. Реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию соответствующая. Сухожильные рефлексы живые, патологических рефлексов, клонусов нет. Менингеальные симптомы отрицательные. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранена. Отмечается снижение болевой чувствительности по ходу правого локтевого нерва.

Пациентка отмечает давящие головные боли, чаще по утрам.

МЕСТНЫЙ СТАТУС

В левой подмышечной области - линейный рубец после лимфаденэктомии. Повязка сухая. Послеоперационная рана без признаков воспаления и нагноения.

ДИАГНОЗ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

Основное заболевание: Меланома кожи левого плеча, метастазирование в левый подмышечный лимфоузел.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Общие клинические анализы крови и мочи, группа крови и RH-фактор

2. Протромбиновый индекс, определение в сыворотке крови уровней общего белка, билирубина, мочевины, глюкозы и холестерина, маркеров на гепатиты «В», «С» и ВИЧ-инфекцию, реакция Вассермана

3. ЭКГ, рентгенологическое обследование грудной клетки

4. УЗИ лимфоузлов левой подмышечной области (с целью выяснения точного количества пораженных лимфоузлов)

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Исследование мочи**.

Цвет соломенно-желтый

Реакция нейтральная

Удельный вес - 1016

Прозрачность - прозрачная

Белок - отрицательно

Сахар - отрицательно

Желчные пигменты - отрицательно

Эпителиальные клетки плоские - единичные в поле зрения

**Общий анализ крови.**

Эритроциты - 4,2\*10^12/л

Гемоглобин - 132 г/л

Лейкоциты - 4,1\*10^12/л

Эозинофилы - 2%

Сегментоядерные - 72%

Лимфоциты - 26%

СОЭ - 12 мм/час

**Биохимический анализ крови**.

Мочевина - 7,24 ммоль/л

Креатинин - 98,05 ммоль/л

Общий белок - 75,04 г/л

Билирубин общий - 16,00 мкмоль/л

АсТ - 0,210 ммоль/л

АлТ - 0,062 ммоль/л

Калий - 4,11 ммоль/л

Натрий - 141,1 ммоль/л

Кальций - 2,22 ммоль/л

Хлор - 102,0 ммоль/л

Сахар - 4,80 ммоль/л

**Коагулограмма**

Время свертывания крови - 7'10"

Активированное парциальное тромбопластическое время (АПТВ) - 57"

Концентрация фибриногена в плазме - 5,25 г/л

Тромбиновое время - 19"

Толерантность плазмы к гепарину - 4'15"

Протромбиновый индекс - 95%

Свободный гепарин - 0,89 мкг/л

Гематокрит - 40%

Фибринолитическая активность - 10%

Тромботест - V ст.

Фибриноген - 4,8 г/л (↑)

**Серологические реакции.**

Исследование крови на ВИЧ, гепатит В и С, реакциия Вассермана - результат отрицательный.

**Заключение ЭКГ:**

Ритм синусовый, ЧСС – 68 в минуту, ЭОС отклонена влево, интервал PQ – 0,85с., QRS – 0,08 с. Гипертрофия левого желудочка. Изменения миокарда левого желудочка вследствии недостаточности кровоснабжения и гипертрофии ЛЖ.

**Заключение рентгенологического исследования грудной клетки:**

легочные поля без затенений, сосудистый рисунок умеренно выражен, корни легких четкие, не расширены, размеры сердца не увеличены.

**Заключение УЗИ:**

В левой подмышечной области определяется: 1 лимфатический узел диаметром 6 см. Остальные лимфатические узлы без особенностей.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Данное заболевание необходимо дифференцировать с:

1) лимфаденит (для этого заболевания характерна боль, повышение температуры и изменение цвета кожи над лимфоузлом)

2) лимфома (для этого заболевания характерна боль и увеличение более одной группы узлов, наиболее часто встречается поражение лимфоузлов брюшной или грудной полостей)

3) лимфогранулематоз (для этого заболевания характерно увеличение более одной групп узлов, температура, ночные проливные поты, снижение веса)

4) метастаз из другой опухоли (в анамнезе и при осмотре нет признаков метастазирования из другого первичного очага)

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

***Основное заболевание: Меланома кожи левого плеча, метастазирование в левый подмышечный лимфоузел. T4N1M0***

***Сопутствующее заболевание:***

***ИБС: атеросклеротический кардиосклероз.***

**Диагноз поставлен на основании:**

Жалоб: увеличенный подмышечный лимфоузел слева.

Анамнеза: меланома впервые диагностированная 1,5 года назад, 2-ой фототип кожи.

Объективных данных: Слева в подмышечной области пальпируется 1 лимфоузел ограничен, не спаян, подвижный, диаметром 6 см.

Результатах специальных методов исследования:

Заключение УЗИ: В левой подмышечной области определяется: 1 лимфатический узел диаметром 6 см. Остальные лимфатические узлы без особенностей.

ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

**Хирургическое лечение.**

1. Предоперационная подготовка.

Выполняется ряд исследований (определение концентрации гемоглобина, исследование свертывающей функции крови, определение группы крови), необходимых для подготовки к оперативному вмешательству. Коррекция сопутствующих болезней.

2. Оперативное вмешательство.

1) Как для первичной опухоли, так и для лечения рецидивов. Выполняется иссечение опухоли. Опухоль удаляют вместе с прилежащим участком внешне неизмененной кожи - в зависимости от стадии на расстоянии от 1 см. до 2-3 см. Вместе с опухолью удаляют подкожную клетчатку до апоневроза или фасции подлежащей мышцы с последующей пластикой.

2) При метастазах в регионарные лимфоузлы проводится их радикальная резекция и их гистологический анализ. Радикальность операции позволяет уменьшить вероятность рецидивов и дальнейшего метастазирования.

3. Послеоперационный период.

Действия в послеоперационном периоде направлены на профилактику возможных осложнений и на раннюю активацию больного.

В завершении проведенного лечения нужно оценить его эффективность и описать динамику состояния больного.

**План лечения:**

Режим общий

Диета №10 (при заболеваниях сердечно-сосудистой системы)

Капотен 25мг 3 раза в день (для коррекции АД)

Гипотиазид 25мг 1 раз в день утром (для коррекции АД)

Плановое хирургическое вмешательство – лимфаденэктомия с гистологическим анализом удаленных лимфоузлов.

ПРОГНОЗ

При метастазах в лимфатические узлы средняя пятилетняя выживаемость составляет 45% (согласно исследования AJCC - American Joint Committee on Cancer)

РЕКОМЕНДАЦИИ

Регулярное наблюдение у онколога по месту жительства

МИКРОРЕФЕРАТ О ЗАБОЛЕВАНИИ

 **Меланома** - злокачественная опухоль, развивающаяся из меланоцитов – пигментных клеток, продуцирующих меланины. Преимущественно локализуется в коже, реже — сетчатке глаза, слизистых оболочках (полость рта, влагалище, прямая кишка). Одна из наиболее опасных злокачественных опухолей человека, часто рецидивирующая и метастазирующая лимфогенным и гематогенным путём почти во все органы. Меланома встречается примерно в 10 раз реже, чем рак кожи, и составляет около 1% от общего числа злокачественных новообразований.

**Предрасполагающие факторы** превращению пигментных невусов в меланому способствует травма, ультрафиолетовое облучение и гормональная перестройка организма. Два последних фактора, возможно, оказывают влияние на возникновение меланомы на неизмененной коже. Роль травмы сомнений не вызывает. Примерно 40% больных меланомой признаки злокачественности проявляются вскоре после случайной или намеренной травмы пигментного невуса. С инсоляцией связывают большую частоту меланом в южных странах и областях, а также частое возникновение опухоли на открытых частях тела.

Предполагают о роли эндокринных влияний на развитие меланомы, которая крайне редко возникают до полового созревания, а в период полового созревания, беременности и менопаузы иногда наблюдается ускорение роста опухоли.

**Локализация, рост и распространение.** В отличие от рака кожи преимущественного расположения меланомы на лице не наблюдается. Почти у половины больных опухоль возникает на нижних конечностях, несколько реже на туловище (20–30%) и верхних конечностях (10–15%) и лишь в 10–20% - в области головы и шеи. Рост и распространение меланомы происходят путем прорастания окружающих тканей, лимогенного и гематогенного метастазирования. Меланома растет в трех направлениях: над кожей. По ее поверхности и в глубь, последовательно прорастая слои кожи и подлежащие ткани. Чем глубже распространяются тяжи опухолевых клеток, тем хуже прогноз.

**Метастазирование.** Меланома характеризуется бурным и ранним метастазированием. Чаще всего метастазами поражаются регионарные лимфатические узлы. Метастазы в отдаленные лимфатические узлы встречаются реже.
Часто встречаюся метастазы в кожу. Они имеют вид мелких множественных, слегка возвышающих над уровнем кожи высыпаний коричневого или черного цвета.
Гематогенные метастазы могут возникнуть в любом органе, но чаще всего поражаются легкие. печень, головной мозг и надпочечники.

**Клиническая характеристика.** Меланома вначале представляет собой темное пятно, слегка возвышающееся над поверхностью кожи. В процессе роста приобретает вид экзофитной опухоли, которая в дальнейшем может изъязвляться.
Три характерные особенности играют роль в распознавании меланомы: темная окраска, блестящая поверхность и склонность к распаду. Эти особенности обусловлены процессами. происходящими в опухоли: накоплением пигмента, поражение эпидермального слоя, хрупкостью новообразования. Больные меланомой предъявляют жалобы на появление или увеличение пигментного образования, его мокнутье, кровоточивость, легкое жжение. Кожный зуд или тупую боль в области опухоли.

Необходимо выяснить:

1) является ли пигментное образование врожденным или приобретенным;
2) какой вид оно имело вначале, какие изменения и за какой промежуток времени произошли;
3) не связаны ли происшедшие изменения со случайной травмой или длительным пребыванием на солнце;

4) проводилось ли ранее лечение и какой оно имело характер.

«Сигналы тревоги» - признаки, свидетельствующие о возможном озлокачествлении пигментных невусов:

1) Увеличение размеров, уплотнение, выбухание одного из участков или равномерный рост пигментного образования над поверхностью кожи;

2) Усиление, а изредка ослабление пигментации невуса;

3) Кровотечение, появление трещин или поверхностное изъязвление с образованием корки;

4) Краснота, пигментированные или непигментированные тяжи, инфильтрированные ткани в окружении невуса;

5) Появление зуда, жжения;

6) Образование сателлитов, увеличение лимфатических узлов.

**Диагностика**. Дерматоскопия — самая ранняя диагностика меланомы. Проводится как с помощью простой лупы, так и с помощью дерматоскопа (эпилюминисцентного микроскопа) делающего прозрачным роговой слой эпидермиса. При этом можно с высокой долей вероятности определить, является ли невус опасным или нет на основании системы ABCDE

A — asymmetry, асимметричность родинки

B — border irregularity, неровный край

C — color, неодинаковый цвет разных частей родинки

D — diameter, диаметр родинки более 6 миллиметров

E — evolving, изменчивость родинки

Окончательный диагноз меланомы может быть установлен только после гистологического исследования, проведённого после тотального удаления невуса (опухоли) с достаточным захватом здоровых тканей. Предоперационная биопсия с помощью иглы или частичного удаления противопоказана, во избежание распространения меланомы. Определяется глубина прорастания (Clark, Breslow) и митотический индекс.

ЛДГ — лактатдегидрогеназа, помогает установить наличие метастазов в печень.

Компьютерная томография, магнитно-ядерный резонанс и сцинтиграфия (радиоизотопное исследование) c изотопом фосфора применяется для обнаружения метастазов в лимфоузлы и другие органы

**Лечение.** В настоящее время применяются следующие методы лечения меланомы:

Хирургическое лечение. Как для первичной опухоли, так и для лечения рецидивов. Выполняется иссечение опухоли.

Mohs хирургия (Frederick Mohs) — хирургические вмешательства под контролем микроскопа для увеличения эффективности при операциях по поводу опухолей кожи.

Иммунотерапия. — интерферон-альфа (IFN-A), интерлейкин-2 (IL-2) и гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующего фактор (GM-CSF).

Лучевая терапия – суммарная очаговая доза-4000-4500 рад. Оптимальная суммарная доза — 10000 рад.

Регионарная и системная химиотерапия при генерализации процесса: дакарбазин (DTIC), кармустин, цисплатин, циклофосфан и др.

Возможны: криодеструкция, лазерная деструкция, фотодинамическая терапия.

**Профилактика меланомы.** Основной профилактикой является предотвращение избыточного ультрафиолетового облучения.