**I. ФОРМАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

Ф.И.О.: x

Пол: женский.

Возраст: 70 лет.

Профессия и место работы: на пенсии; последнее место работы - тех.руководитель на хлебокомбинате.

Национальность: русская.

Место постоянного жительства: пос.Ильинское

Семейное положение: вдова, взрослые сын и дочь.

Поступление в клинику: 11 сентября 1997 г.

Диагноз при поступлении: Метастазы меланомы в паховые лимфоузлы справа.

Клинический диагноз: тот же.

Исход болезни: за время курации - без изменений.

**II. ЖАЛОБЫ**

**1. Жалобы при поступлении в клинику.**

Жалобы на увеличенные паховые лимфоузлы справа. Увеличение лимфоузлов не сопровождается болью или иными субъективными ощущениями.

Также предъявляются жалобы на боль в правой голени, вызывающую затруднения при ходьбе. Пациентка отмечает давящие головные боли, болезненность челюстей, губ, периодические спазмы, затрудняющие глотание и дыхание.

**2. Жалобы на день курации**.

На день курации больная предъявляет те же жалобы.

**III. ANAMNESIS MORBI**

Со слов пациентки, весной 1991 года она повредила длительно существовавший пигментный невус, располагавшийся в средней трети правой голени на латеральной поверхности. В результате развились воспалительные процессы с мокнутием, ранка упорно не эпителизировалась. Больная обратилась к хирургу в районной больнице и была направлена в ивановский онкологический диспансер на консультацию. 8 сентября 1991 года она была госпитализирована с диагнозом 'меланома кожи правой голени'. 16 сентября 1991 года была проведена операция по широкому иссечению опухоли с последующим

замещением дефекта кожным лоскутом (меланома с изъязвлением, III уровень инвазии).

Первое время после выписки пациентка наблюдала за состоянием регионарных лимфоузлов, но затем прекратила, так как не было никаких изменений.

В начале сентября 1997 года пациентка обратилась в неврологическое отделение ОКБ по поводу давящих головных болей, болезненности челюстей, губ, периодических спазмов, затрудняющих глотание и дыхание. При осмотре были обнаружены увеличенные правые паховые лимфоузлы, спаянные между собой, безболезненные, плотной консистенции. Больная была направлена в онкодиспансер и 11 сентября 1997 года была госпитализирована с диагнозом 'метастазы меланомы в паховые лимфоузлы справа'.

До момента курации никакое лечение не проводилось.

**IV. ANAMNESIS VITAE**

Пациентка родилась 1-м ребенком, в семье четверо детей. Росла и развивалась соответственно возрасту.

Перенесенные заболевания, операции, травмы: аппендэктомия, грыжесечение (грыжа белой линии живота), перитонит, травма мягких тканей головы (без госпитализации). Туберкулез, гепатит, вензаболевания отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались.

Проживает одна в благоустроенной квартире. Материально-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное. В пище отдает предпочтение острым и соленым блюдам. В свободное время гуляет или отдыхает дома.

На пенсии с 1982 года. В последние годы перед выходом работала старшим товароведом, а затем тех. руководителем на хлебокомбинате.

Отмечает аллергические реакции на клубнику, яйца, сваренные вкрутую, из лекарств - на левомицетин.

Наследственность не отягощена.

**V. STATUS PRAESENS**

**1. Общее состояние.**

Общее состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее. Выражение лица осмысленное. Поведение обычное. Питание нормальное. Сознание ясное. Положение активное. Рост - 163 см. Масса - 75 кг.

Телосложение по нормостеническому типу, пропорциональное.

Патологических изменений головы и лица нет.

Температура тела 36,6. Пульс 90/мин, ЧД 20/мин.

**2. Состояние кожных покровов.**

Кожные покровы розовой окраски, чистые, несколько влажные. Волосы седые. Оволосение по женскому типу. Подкожно-жировая клетчатка выражена хорошо, распределена равномерно. Толщина кожной складки на передней поверхности живота 4 см. Консистенция упругая. Тургор мягких тканей снижен. Пастозности и отеков нет.

На передней брюшной стенке имеются послеоперационные рубцы (аппендэктомия, грыжесечение, лоскут для кожной пластики). На латеральной поверхности правой голени - послеоперационный рубец, 10х8 см, при пальпации - легкая болезненность (покалывание). Ногти не изменены.

Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные.

**3. Состояние лимфатических узлов.**

Видимого увеличения затылочных, заушных, подчелюстных, подбородочных, задних и передних шейных, над- и подключичных, торакальных, подмышечных, локтевых и подколенных лимфатических узлов нет. Передние шейные, подмышечные и левые паховые узлы при пальпации безболезненные, эластичные, подвижные, размеры - до 0,5 см. Имеется выраженное увеличение правых паховых лимфоузлов, заметное при осмотре. При пальпации эти узлы плотной консистенции, безболезненные, спаянные между собой, размер пакета 4-5 см.

Остальные группы узлов не пальпируются.

**4. Костно-мышечная система.**

Развитие мышц туловища и конечностей хорошее. Одноименные группы мышц развиты симметрично. Атрофии и гипертрофии мышц нет. Тонус сгибателей и разгибателей конечностей сохранен. Парезов и параличей нет. Мышечная сила умеренная, болезненность при пальпации отсутствует.

Костный скелет пропорциональный, симметрично развитый, телосложение правильное. Болезненность при пальпации грудины, трубчатых костей, позвоночника отсутствует. Конфигурация суставов не изменена. Припухлостей, отеков нет. Болезненности при пальпации суставов нет.

Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен.

**5. Система органов дыхания.**

Форма носа не изменена, гортань не деформирована. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Охриплости голоса и афонии нет. Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений - 20/мин., дыхание грудное. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная; голосовое дрожание слабое, в симметричные участки легких проводится одинаково. При сравнительной перкуссии над симметричными участками легких выслушивается ясный легочный звук.

**Данные топографической перкуссии легких:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Высота стояния верхушек легких  спереди  сзади | 3 см выше ключицы  ост.отр.C VII | 3 см выше ключицы  ост.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 ребро  VI ребро  VII ребро  VIII ребро  IX ребро  X ребро  ост.отр.Th XI 4  0 | --------  --------  VII ребро  VIII ребро  IX ребро  X ребро  ост.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.

**6. Сердечно-сосудистая система.**

Пульс достаточного наполнения и напряжения, синхронный, ритмичный. Частота пульса 90/мин. Стенка артерии эластичная.

Артериальное давление 140/90 мм.рт.ст. Выпячивания в области сердца и крупных сосудов не наблюдается.

Верхушечный толчок локализован в V межреберье, ширина - 2 см, не резистентный. Сердечный толчок не определяется. Надчревная пульсация не наблюдается.

Границы относительной сердечной тупости:

Правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье.

Левая - на 1 см кнутри от линии Mediоclavicularis sinistra в V межреберье.

Верхняя - III ребро на 1 см левее линии Parasternalis sinistra.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая - левый край грудины.

Левая - 1,5 см кнутри от линии Mediоclavicularis sinistra в V межреберье.

Верхняя - IV межреберье на 1 см левее линии Parasternalis sinistra.

Поперечник сосудистого пучка - 6 см во II межреберье.

Поперечник сердца - 12 см.

В каждой точке аускультации выслушиваются 2 тона. I тон лучше выслушивается у верхушки, II - у основания. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Акцентирования, патологических шумов, расщеплений и раздвоений тонов нет.

**7. Система 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.

На передней брюшной стенке имеются послеоперационные рубцы (аппендэктомия, грыжесечение, лоскут для кожной пластики). 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.

Результаты глубокой скользящей пальпации:

- сигмовидная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 2 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

- слепая кишка - пальпируется в виде тяжа диаметром 2,5 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

- поперечная ободочная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 3 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; урчащая.

- восходящая и нисходящая ободочные кишки - пальпируются в виде цилиндра диаметром 2,5 см, безболезненные, смещаемые; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащие.

- большая кривизна желудка - пальпируется в виде валика на 3 см выше пупка, безболезненная; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; ощущение соскальзывания с порожка.

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 0,5 см ниже 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.

**8. Мочеполовые органы.**

Болей и неприятных ощущений в органах мочеотделения, пояснице, промежности, над лобком нет. Мочеиспускание не затруднено. Дизурии нет, имеются ночные мочеиспускания. Окраска мочи не изменена. Отеков нет.

Болезненности при надавливании на поясницу нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь безболезненный.

**9. 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.

**10. Нервная система.**

Память не нарушена. Сознание ясное. Настроение спокойное. Отношение к болезни адекватное. Отмечает нарушение сна - трудно заснуть ночью, днем - кратковременный сон. Нарушений зрения, слуха, вкуса, обоняния нет.

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, болезненность челюстей, губ, периодические спазмы, затрудняющие глотание и дыхание.

Дермографизм красный, латентный период - 3-4", длительность порядка 1 мин; ограниченный, не возвышается над уровнем кожи.

**VI. STATUS LOCALIS**

На латеральной поверхности правой голени в нижней трети - ослеоперацион-ный рубец в хорошем состоянии.

В правой паховой области имеется выраженное увеличение лимфатических узлов, заметное при осмотре. При пальпации эти узлы плотной консистенции, безболезненные, спаянные между собой, размер пакета 4-5х3-4 см.

Другие группы лимфоузлов не увеличены.

Кожные покровы в области патологического процесса без изменений, местная температура в норме.

Ран, дефектов, свищей нет. Патологических изменений магистральных артериальных и венозных стволов не отмечено.

**VII. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**1. Исследование мочи от 5/IX 97г.**

Цвет соломенно-желтый

Реакция нейтральная

Удельный вес - 1016

Прозрачность - слабая муть

Белок - отрицательно

Сахар - отрицательно

Желчные пигменты - отрицательно

Эпителиальные клетки плоские - единичные в поле зрения

Лейкоциты - 3-4-8 в поле зрения

Слизь +

Заключение: лейкоцитурия.

**2. Общий анализ крови от 5/IX 97г.**

Эритроциты - 4,2 Т/л

Гемоглобин - 132 г/л

Лейкоциты - 4,1 Г/л

Эозинофилы - 2%

Сегментоядерные - 42%

Лимфоциты - 56%

СОЭ - 22 мм/час

Заключение: лимфоцитоз, нейтропения, увеличение СОЭ.

**3. Исследование мочи от 12/IX 97г.**

Цвет светло-желтый

Реакция кислая

Удельный вес - мало мочи

Прозрачность - слабая муть

Белок - 0,051 г/л

Сахар - мало мочи

Эпителиальные клетки плоские - 1-2 в поле зрения

Лейкоциты - 25-30 в поле зрения

Эритроциты - 0-1 в поле зрения

Оксалаты +

Бактерии ++

Заключение: протеинурия, лейкоцитурия.

**4. Общий анализ крови от 12/IX 97г.**

Эритроциты - 4,5 Т/л

Гемоглобин - 141 г/л

Цветовой показатель - 0,96

Лейкоциты - 4,6 Г/л

Палочкоядерные - 2%

Сегментоядерные - 59%

Лимфоциты - 32%

Моноциты - 7%

СОЭ - 35 мм/час

Заключение: увеличение СОЭ.

**5. Биохимический анализ крови от 12/IX 97г.**

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

Заключение: без патологии.

**6. Исследование крови на реакцию Вассермана от 12/IX 97г.**

Результат отрицательный.

**7. Коагулограмма от 12/IX 97г.**

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%

В-фибриноген +

Свободный гепарин - 0,89 мкг/л

Гематокрит - 40%

Фибринолитическая активность - 10%

Тромботест - V ст.

Заключение: повышенное содержание фибриногена, наличие В-ибриногена.

**8. Исследование крови на ВИЧ от 15/IX 97г.**

Результат отрицательный.

**9. Исследование мочи от 15/IX 97г.**

Цвет соломенно-желтый

Реакция нейтральная

Удельный вес - 1010

Прозрачность - мутная

Белок - 0,069 г/л

Сахар - отрицательно

Эпителиальные клетки плоские - 1-2 в поле зрения

Лейкоциты - 4-5 в поле зрения, скопления в слизи до 25-30

Эритроциты - 0-1 в поле зрения

Слизь +

Бактерии ++

Заключение: протеинурия, лейкоцитурия.

**10. Биохимический анализ крови от 16/IX 97г.**

Мочевина - 4,71 ммоль/л

Креатинин - 88,0 ммоль/л

Заключение: без патологии.

**11. Исследование мочи по Зимницкому от 18/IX 97г.**

1 90 мл - 1008

2 110 мл - 1005

3 190 мл - 1004

4 150 мл - 1002

Дневной диурез 540 мл

5 250 мл - 1002

6 250 мл - 1001

7 250 мл - 1003

8 200 мл - 1004

Ночной диурез 950 мл

Заключение: гипоизостенурия, никтурия.

**12. Исследование мочи по Нечипоренко от 22/IX 97г.**

В 1 мл мочи:

Лейкоциты - 6000

Эритроциты - 500

Заключение: лейкоцитурия.

**VIII. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

Метастазы меланомы в паховые лимфатические узлы справа.

Диагноз не вызывает затруднения, поскольку у больной в анамнезе меланома кожи правой голени, T3N0M0 (диагноз от 5 сентября 1991 г., верифицирован цитограммой меланобластомы). В настоящий момент мы имеем дело с метастазами опухоли в регионарные лимфоузлы. Течение заболевания носит относительно доброкачественный характер, что обусловлено возрастом пациентки.

**IX. ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение должно быть комбинированным, чтобы исключить возможность дальнейшего метастазирования.

Первый этап - близкофокусная рентгенотерапия на правые паховые лимфоузлы. Затем, после стихания воспалительной реакции, производится удаление пораженных узлов.

Самостоятельно лучевая терапия использоваться не может из-за слабой ее эффективности по отношению к меланоме и ее метастазам. По этой же причине не показано назначение химиотерапии.

22 сентября начата лучевая терапия. Облучение на паховые лимфоузлы справа, участок площадью 14х14 см, разовая доза 4 Гр, до суммарной дозы 20 Гр.

По заключению анестезиолога, противопоказаний к оперативному вмешательству не выявлено. Планируется внутривенный наркоз. Риск оперативного вмешательства 4,5 балла. Премедикация: Sol. Atropini 0,1% - 0,5 ml, Sol. Dimedroli 1% - 1 ml внутривенно.

Будет произведено удаление правых паховых лимфоузлов с окружающей клетчаткой.

На послеоперационном этапе можно назначить иммунотерапию, а также химиотерапию для профилактики рецидивов.

**X. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Этиология меланомы, как и любого другого опухолевого заболевания, еще недостаточно изучена. Довольно часто (до 40%) меланомы возникают из пигментных невусов. В данном случае отчетливо прослеживается связь между меланомой и невусом. Провоцирующим фактором послужила травма невуса.

Течение меланомы отличается ранним и бурным метастазированием, однако, вероятно вследствие возраста пациентки, болезнь приняла относительно доброкачественный характер.

Развитие настоящего заболевания связано с метастатическим поражением регионарных лимфатических узлов.

**XI. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЙ**

23/IX 97 г.

Пульс - 84/мин, частота дыхания - 18/мин, АД 180/120 мм.рт.ст., температура 36,6.

Общее состояние удовлетворительное. Самочувствие, аппетит удовлетво-рительные.

Жалобы прежние. Очень плохой сон ночью, трудно уснуть. Увеличенные лимфоузлы не беспокоят.

Физиологические отправления в норме.

Назначено: лучевая терапия на паховые лимфоузлы справа, площадь 14х14 см, разовая доза 4 Гр.

**XII. ЭПИКРИЗ**

x, 70 лет, находится на стационарном лечении в общехирургическом отделении областного онкологического диспансера по поводу метастазов меланомы в паховые лимфоузлы справа.

Больная поступила с жалобами на увеличение паховых лимфоузловсправа, лимфоузлов не сопровождающееся болью или иными субъективными ощущениями. Также предъявлялись жалобы на боль в правой голени, вызывающую затруднения при ходьбе. Пациентка отмечала давящие головные боли, болезненность челюстей, губ, периодические спазмы, затрудняющие глотание и дыхание.

При объективном обследовании обнаружено выраженное увеличение паховых лимфатических узлов справа, заметное при осмотре. При пальпации эти узлы плотной консистенции, безболезненные, спаянные между собой, размер пакета 4-5х3-4 см. Другие группы лимфоузлов не увеличены.

Были проведены следующие исследования: общий анализ крови (неоднократно)(заключение: лимфоцитоз, нейтропения (в одном исследовании); увеличение СОЭ), общий анализ мочи (неоднократно)(заключение: протеинурия, лейкоцитурия), биохимический анализ крови (дважды) (заключение: без патологии), коагулограмма (заключение: повышенное содержание фибриногена, наличие В-фибриногена), анализ мочи по Зимницкому (заключение: гипоизостенурия, никтурия), анализ мочи по Нечипоренко (заключение:

лейкоцитурия).

Назначено следующее лечение: облучение на паховые лимфоузлы справа, участок площадью 14х14 см, разовая доза 4 Гр, до суммарной дозы 20 Гр. Затем будет произведена лимфаденэктомия. По заключению анестезиолога, противопоказаний к оперативному вмешательству не выявлено. Планируется внутривенный наркоз. Риск оперативного вмешательства 4,5 балла. Премедикация: Sol. Atropini 0,1% - 0,5 ml, Sol. Dimedroli 1% - 1 ml внутривенно. Будет произведено удаление правых паховых лимфоузлов с окружающей клетчаткой.

За время курации изменений в состоянии больной не отмечено. Прогноз для жизни, восстановления здоровья, благоприятный, поскольку заболевание у пациентки носит относительно доброкачественный характер. Для профилактики рецидивов рекомендуется проведение иммунотерапии и химиотерапии на послеоперационном этапе.

.

**XIII. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА**

\* Айдарбеков А.И. Злокачественные пигментные опухоли./ Вопросы

клинической и экспериментальной онкологии.- Фрунзе, 1980.- с.21-28.

\* Ганина К.П., Налескина Л.А. Злокачественная меланома и

предшествующие изменения кожи.- Киев: Наукова думка, 1991.- 168 с.

\* Трапезников Н.Н., Шайн А.А. Онкология. Учебник.- М.: Медицина,

1992.- 400 с.

**XIV. ДАТА**

24 сентября 1997 года.

Подпись куратора