***Паспортная часть:***

***Ф. И.О.:***

***Возраст:*** 49 лет

***Пол***мужской

***Дата рождения:***

***Место работы:***

***Профессия:***

***Домашний адрес:***

***Семейное положение:*** женат

***Дата и время поступления в стационар:***

***Жалобы:***

На наличие новообразования кожи правого бедра, зуд в области новообразования, рост последнего.

***Анамнез настоящего заболевания:***

Считает себя больным с 2006 года, когда впервые появилось опухолевидное новообразование на коже затылочной области, больной обратился за медицинской помощью в районную больницу по месту жительства, где была выполнена операция – «вскрытие гнойника затылочной области», мед. документация отсутствует, ПГИ не проводилось. После проведенного лечения опухолевидное образование на коже затылочной области появилось снова, стало увеличиваться. Был направлен в 2008 году в ООГШ ЛОКОД для дополнительного обследования. Больной был госпитализирован, проводилось обследование. Была взята биопсия опухоли кожи затылочной области, выявлено поражение лимфатических узлов шеи слева. ПГЗ № 13959 – 66 от 16.07.2008 года: Рак плоскоклеточный анапластический, в одном лимфатическом узле – метастаз рака. Больной находился в отделении с 01.07.2008 – 18.07.2008 года, где был выставлен диагноз: Cr кожи затылочной области T2N1M0 III ст. и назначено радикальное оперативное лечение – удаление опухоли кожи затылочной области с пластикой дефекта свободным кожным лоскутом. Футлярно – фасциальное иссечение шейной клетчатки слева 03.07.08 г. После проведенного оперативного лечения больной был выписан из отделения с выздоровлением. В 2009 году больной обратился с жалобами на наличие опухолевидного образования на коже лба в больницу по м/ж, болел в течение года, не лечился, был направлен и госпитализирован в ООГШ ЛОКОД. Проводилось обследование – заключение гистолога: № 10601 от 28.07.09 г. «Меланома, 3 уровень инвазии по Кларку». В отделении находился с 13.07.2009 – 03.08.2009 года, где был выставлен диагноз: Меланома кожи лба рТ2N0M0 I ст., больному было назначено оперативное лечение - удаление опухоли кожи лба с пластикой свободным лоскутом 15.07.2011 г. Выписан из отделения с улучшением. В 2010 году обратился с жалобами на наличие опухоли в области послеоперационного рубца в ОГиШ ЛОКОД, болел с 2008 года, когда находился на лечении в отделении с 01.07.2008 – 18.07.2008 года, где был выставлен диагноз: Cr кожи затылочной области T2N1M0 III ст. и назначено радикальное оперативное лечение – удаление опухоли кожи затылочной области с пластикой дефекта свободным кожным лоскутом. Футлярно – фасциальное иссечение шейной клетчатки слева 03.07.08 г. ПГЗ № 13959 – 66 от 16.07.2008 года: Рак плоскоклеточный анапластический, в одном лимфатическом узле – метастаз рака. Установлен диагноз: Пигментные невусы кожи головы. ПГЗ – 10.06.2010 № 10971 светлоклеточные невусы. Больному было назначено радикальное оперативное вмешательство 27.05.2010 года – удаление опухоли кожи головы с пластикой по Шимановскому. Выписан с выздоровлением. В 2011 году в апреле у больного появилось опухолевидное новообразование на правом бедре. Появление образования ни с чем не связывает. В течение 6 месяцев отмечает рост образования. Лечился самостоятельно, улучшения не было. Обратился в ЛОКОД с жалобами на наличие новообразования кожи правого бедра, зуд в области новообразования, рост последнего. 15.07.2011 года был госпитализирован в плановом порядке в хирургическое отделение, больной провел обследование с 15.07.11-26.08.11 г., был поставлен диагноз: Опухоль кожи правого бедра. Подозрение на рак. Определена тактика лечения - оперативное вмешательство в объеме: удаление опухоли кожи правого бедра

***Анамнез жизни:***

Родился 1962 году в городе \*\*\* в семье рабочих, был первым ребенком. Развивался в детские годы соответственно возрасту, не отставал от сверстников. В 7 лет пошел в школу, окончил 10 классов. После школы получил высшее образование по профессии теплотехник. В настоящее время работает в городе \* \*\*\*\*\*\*\*\*\* по профессии.

Социально-бытовые условия: проживает в благоприятных условиях. Проживает с женой в благоустроенной двухкомнатной квартире. Питание полноценное, 3-4 раза в сутки. Не курит, алкогольные напитки не употребляет. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ, ангины. Малярию, гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Аллергологический анемнез без особенностей.

***Объективное состояние:***

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Поведение адекватное. Настроение спокойное. Пациент контактен. Строение тела правильное, нормостеническое. Рост 175 см, вес 75 кг.

Кожные покровы чистые, обычного цвета, эластичные, умеренной влажности, тургор сохранен. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, равномерно мужскому типу. Пастозности и отеков нет. Тип оволосения по мужскому типу. Ногтевые пластинки бледно-розовые, не ломкие. Периферические лимфатические узлы (затылочные, подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые) не увеличены, при пальпации безболезненные, подвижные, не спаяны с окружающими тканями.

Мышцы симметричные, умеренной степени развития, нормотонус. Сила мышц достаточна, движения в полном объеме, болей не наблюдается.

Опорно-двигательный аппарат без видимых патологий. Объем активных и пассивных движений в суставах полный, движения безболезненные.

Форма головы правильная. Глазные щели симметричные. Щитовидная железа не увеличена.

***Органы дыхания***

*Осмотр:* Дыхание через нос свободное, выделения отсутствуют. Грудная клетка обычной формы, симметричная. Тип дыхания грудной. Число дыхательных движений в минуту – 18. Дыхание глубокое, ритмичное. Движения обеих половин грудной клетки при дыхании равномерны. Одышки в покое, при разговоре не наблюдается. Межреберные промежутки не расширены, не выбухают, над - и подключичные ямки хорошо выражены. *Пальпация:* грудная клетка безболезненная, нормальной резистентности, голосовое дрожание равномерно на симметричных участках. Шума трения плевры нет.

*Перкуссия:* при сравнительной перкуссии над легкими ясный легочной звук на всем протяжении, над пространством Траубе сохранен тимпанический звук. Подвижность нижнего края – 3 см. При топографической перкуссии:

Нижние границы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ЛИНИИ | СПРАВА | СЛЕВА |
|  parasternalis | 4 м/р | - |
|  medioclavicularis | 5 м/р | - |
|  axilaris anterior | 6 м/р | 6 м/р |
|  axilaris media | 7 м/р | 7 м/р |
|  axilaris posterior | 8 м/р | 8 м/р |
|  scapularis | 9 м/р | 9 м/р |
|  paravertebralis | 10 м/р | 10 м/р |

*Аускультация:* над легкими выслушивается жесткое дыхание. Хрипов нет. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

***Сердечно-сосудистая система***

*Осмотр:* Видимой пульсации в области шеи не обнаруживается. Область сердца не изменена, патологической пульсации в области сердца и надчревия не выявлено.

*Пальпация:* Верхушечный толчок умеренной силы, определяется в V межреберье на 1 см кнаружи от левой средне – ключичной линии. Симптом «кошачьего мырлыканья» не определяется. Сонные артерии при пальпации мягкие. Артериальный пульс на лучевых артериях ритмичный, симметричный на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота пульса – 80 ударов в минуту.

*Перкуссия:*

***Границы относительной и абсолютной сердечной тупости:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| верхняя  | правая | левая |
| Относительная сердечная тупость |
| На 3 ребре по левой окологрудинной линии | 4 межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины | 5 межреберье на 1 см кнаружи от среднеключичной линии |
| Абсолютная сердечная тупость |
| 4 ребро по окологрудинной линии |  4 межреберье по левому краю грудины | 5 межреберье на среднеключичной линии |

*Аускультация:* Тоны сердца приглушены, ритмичные, патологических шумов нет. Пульс 80 в минуту, ритмичный, синхронный, нормального наполнения и напряжения. АД 130/80 мм. рт. ст.

***Пищеварительная система***

*Осмотр. Полость рта:* видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розового цвета без изъявлений, гемморагий, белесоватого налета, трещин, высыпаний, десна не кровоточат. Зубы санированы. Миндалины бледно-розового цвета, не увеличены.Мягкое и твердое небо обычной окраски, изъявлений и налетов не определяется. Язык розовый, влажный, у корня обложен белым налетом.

*Осмотр живота:* живот округлой формы, симметричный, не увеличен, участвует в акте дыхания равномерно. Видимых рубцов, пигментных пятен, расширенных вен передней брюшной стенки, видимой перистальтики желудочно-кишечного тракта не выявлено. При ректальном исследовании ампула прямой кишки пустая, патологии нет.

*Пальпация живота:* при поверхностной пальпации живот безболезненный, мягкий, напряжения мышц передней брюшной стенки не отмечается; опухолей, грыж, расхождений прямых мышц живота нет. При глубокой пальпации органы брюшной полости безболезненны, мягкой консистенции, не увеличены.

*Печень:* при пальпации нижний край правой доли печени не выступает из-под края реберной дуги. Край печени закруглен, мягкий, безболезненный, поверхность органа гладкая. Перистальтика удовлетворительная, равномерная. Шума плеска нет. Размеры печени по Курлову: 10 х 9х 8 см. При перкуссии по Курлову размеры селезенки: длинник – 8 см, поперечник – 6 см. Шума плеска нет.

*Селезенка:* селезенка пальпаторно не найдена.

***Органы мочевыделения***

Припухлостей, красноты в области проекции почек нет. Мочеиспускание частое, безболезненное, до 10 раз в сутки, цвет мочи соломенно-желтый, без патологических примесей. Почки пальпаторно не определяются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

***Нервна система:***

Ассиметрии лица, сглаженности носогубной складки, отклонения языка в сторону нет. Зрачки синхронно двигаются, реакция на свет и

аккомодацию одинаковая, нормальная. Движения координированные,

уверенные.

Патологических рефлексов не выявлено, сухожильные рефлексы без особенностей. Болевая, тактильная и термическая чувствительность сохранена. В позе Ромберга устойчив. Общего тремора пальцев вытянутых рук нет.

***Обследование других систем***

Щитовидная железа визуально и пальпаторно не увеличена, при пальпации безболезненна.

Обоняние, вкус, зрение, слух, болевая и тактильная чувствительность сохранены. Сон, аппетит не нарушены.

***Status localis:*** на коже передней бедренной области, в области с/3 бедра определяется опухоль коричневого цвета, экзофитного роста, диаметром около 6 см, выступает над поверхностью кожи на 1 см. Контур четкий, ровный. Кожный рисунок сохранен. Периферические л/у не увеличены. Послеоперационные рубцы на коже без особенностей.

***Предварительный диагноз:***

На основании:

- жалоб больного на наличие новообразования кожи правого бедра, зуд в области новообразования, рост последнего;

- анамнеза настоящего заболевания - считает себя больным с 2006 года, когда впервые появилось опухолевидное новообразование на коже затылочной области, больной обратился за медицинской помощью в районную больницу по месту жительства, где была выполнена операция – «вскрытие гнойника затылочной области», мед. документация отсутствует, ПГИ не проводилось. После проведенного лечения опухолевидное образование на коже затылочной области появилось снова, стало увеличиваться. Был направлен в 2008 году в ООГШ ЛОКОД для дополнительного обследования. Больной был госпитализирован, проводилось обследование. Была взята биопсия опухоли кожи затылочной области, выявлено поражение лимфатических узлов шеи слева. ПГЗ № 13959 – 66 от 16.07.2008 года: Рак плоскоклеточный анапластический, в одном лимфатическом узле – метастаз рака. Больной находился в отделении с 01.07.2008 – 18.07.2008 года, где был выставлен диагноз: Cr кожи затылочной области T2N1M0 III ст. и назначено радикальное оперативное лечение – удаление опухоли кожи затылочной области с пластикой дефекта свободным кожным лоскутом. Футлярно – фасциальное иссечение шейной клетчатки слева 03.07.08 г. После проведенного оперативного лечения больной был выписан из отделения с выздоровлением. В 2009 году больной обратился с жалобами на наличие опухолевидного образования на коже лба в больницу по м/ж, болел в течение года, не лечился, был направлен и госпитализирован в ООГШ ЛОКОД. Проводилось обследование – заключение гистолога: № 10601 от 28.07.09 г. «Меланома, 3 уровень инвазии по Кларку». В отделении находился с 13.07.2009 – 03.08.2009 года, где был выставлен диагноз: Меланома кожи лба рТ2N0M0 I ст., больному было назначено оперативное лечение - удаление опухоли кожи лба с пластикой свободным лоскутом 15.07.2011 г. Выписан из отделения с улучшением. В 2010 году обратился с жалобами на наличие опухоли в области послеоперационного рубца в ОГиШ ЛОКОД, болел с 2008 года, когда находился на лечении в отделении с 01.07.2008 – 18.07.2008 года, где был выставлен диагноз: Cr кожи затылочной области T2N1M0 III ст. и назначено радикальное оперативное лечение – удаление опухоли кожи затылочной области с пластикой дефекта свободным кожным лоскутом. Футлярно – фасциальное иссечение шейной клетчатки слева 03.07.08 г. ПГЗ № 13959 – 66 от 16.07.2008 года: Рак плоскоклеточный анапластический, в одном лимфатическом узле – метастаз рака. Установлен диагноз: Пигментные невусы кожи головы. ПГЗ – 10.06.2010 № 10971 светлоклеточные невусы. Больному было назначено радикальное оперативное вмешательство 27.05.2010 года – удаление опухоли кожи головы с пластикой по Шимановскому. Выписан с выздоровлением. В 2011 году в апреле у больного появилось опухолевидное новообразование на правом бедре. Появление образования ни с чем не связывает. В течение 6 месяцев отмечает рост образования. Лечился самостоятельно, улучшения не было. Обратился в ЛОКОД с жалобами на наличие новообразования кожи правого бедра, зуд в области новообразования, рост последнего. 15.07.2011 года был госпитализирован в плановом порядке в хирургическое отделение, больной провел обследование с 15.07.11-26.08.11 г., был поставлен диагноз: Опухоль кожи правого бедра. Подозрение на рак. Определена тактика лечения - оперативное вмешательство в объеме: удаление опухоли кожи правого бедра;

- данных объективного обследования: Status localis: на коже передней бедренной области, в области с/3 бедра определяется опухоль коричневого цвета, экзофитного роста, диаметром около 6 см, выступает над поверхностью кожи на 1 см. Контур четкий, ровный. Кожный рисунок сохранен. Периферические л/у не увеличены. Послеоперационные рубцы на коже без особенностей;

может быть установлен предварительный диагноз: Опухоль кожи правого бедра. Подозрение на рак. Кл. гр. Ia.

Меланома кожи лба рТ2N0M0 I ст. (оперативное вмешательство – удаление опухоли кожи лба с пластикой свободным лоскутом 15.07.09 г.) Кл. гр. III.

Cr кожи затылочной области T2N1M0 III ст. (оперативное вмешательство – удаление опухоли кожи затылочной области с пластикой дефекта свободным кожным лоскутом. Футлярно – фасциальное иссечение шейной клетчатки слева 03.07.08 г.) Кл. гр. III.

***План обследования:***

**1). Лабораторные методы:**

- клинический анализ крови

- клинический анализ мочи

- анализ крови на сахар

- кровь на RW

- кал на я/г

- определение группы крови и резус – фактора

**2). Биохимические методы:**

- коагулограмма

- протеинограмма

- мочевина, крестинин, билирубин, АлАТ, АсАТ, тимоловая проба, холестерин

**3). Функциональные и инструментальные методы исследования:**

- УЗИ органов брюшной полости

- обзорная рентгенография грудной клетки

- УЗИ шеи

- ЭКГ

**4). Специфические исследования:**

- гистологическое и цитологическое исследования

**5). Консультации:**

- химиотерапевт

- радиолог

- терапевт

***Данные дополнительных методов обследования:***

1. **Лабороторные методы:**

1. Клинический анализ крови:

 НВ-135г/л.

 Эритроциты-3,44х1012/л.

 ЦП.-0.98.

 СОЭ-21 мм/ч.

 Лейкоциты-6,8х109/л.

 Нейтрофилы-80%

 Сегментоядерные-73%

 Палочкоядерные-10%

 Юные-0.5%

 Лимфоциты-15%

 Моноциты-4%

 Базофилы-0%

 Эозинофилы-1%

2. Клинический анализ мочи:

Цвет-жёлтый.

Прозрачность – слабо мутная.

Осадка нет.

рН- кислая.

 удельный вес: 1010.

 Лейкоциты: 1-2 в поле зрения.

Эритроциты: 0-1 в поле зрения.

Белок – 0,017 г/л

Солей нет.

Бактерий нет.

Глюкоза не обнаружена

Слизь нет

3. Анализ крови на сахар 5,5 ммоль/л

4. Анализ крови на RWотрицательный.

5. Анализ кала на яйца гельминтов - яйца гельминтов не обнаружены.

6. Определение группы крови и резус фактора: O(I), Rh(+)

7. Биохимический анализ крови:

Общий белок 79 г/л

Альбумин 42 г/л

Мочевина 5,3 ммоль/л

Креатинин 85 мкмоль/л

Билирубин 9,8 мкмоль/л

АлАТ 0,46 мкмоль/л

АсАТ 0,23 мкмоль/л

Томоловая проба 3,0 ед

8. Коагулограмма

ПТИ 15

Тр. время 17``

Акт.вр.рек. 3,7

Тромбопластимоловое время 33``

Фибрин плазмы 2,44 г/л

**2.Инструментальные**

1). УЗИ органов брюшной полости – (10.08.2011 г.) – контуры четкие, ровные, паренхима мелкозернистая, без очаговых изменений. ПД 16,5 см, ЛД – 9 см. Внутрипеченочные протоки не расширены. Желчный пузырь 5,1х 2,2 см, конкременты – нет. Стенки до 2,5 мм, холедох 0,5 см. Воротная вена 1,9 см. ПЖЖ не увеличена (2,2х1,9х2,0) контуры четкие, ровные, без очаговых изменений. Почки – положение обычное, физ.подв.сохр.ЧЛС – не расширена. Селезенка 8,2 х 4,1 см. Предстательная железа – грушевидной формы

3,5х 3,8х 4,1, контуры четкие, ровные.

Заключение: метастазы не выявлены.

2). Рентгенисследование легких – (10.08.2011 г.) – без патологии.

3). УЗИ шеи - (10.08.2011 г.) – перешеек 0,23 см, правая доля 1,88х1,1х3,96 см, левая доля 1,61х1,43х3,84 см, структура однородная без очаговых изменений. В в/ч шеи п/о рубец слева – без особенностей.

Заключение: данных за prol. morbi нет.

4). ЭКГ – ритм синусовый, правильный, ЧСС – 72 уд/мин.

**3. Консультация специалистов:**

26.08.07 г. – лучевой терапевт, заключение – курс ТГТ не показан.

26.08.07 г. – химиотерапевт, заключение – курс ПХТ не показан.

16.08.07г. – терапевт, заключение - ИБС. Диффузный кардиосклероз атеросклеротический. СН I. ФК II . МКД

Рекомендовано:

1. Контроль АД, ЧСС 2 р/д
2. Бермиприл 5 мг 1 р/д

***План лечения больного:***

1. Режим общий
2. Диета: стол № 15
3. Хирургическое лечение – удаление опухоли кожи правого бедра.
4. Обезболивание в послеоперационном периоде –

Sol. Buprenorphini 0,03% - 1,0 ml

1. Антибактериальная терапия - цефтриаксон 1,0 в/м 1 раз в день 7 дней
2. Гемотрансфузия по показаниям

***Предоперационный эпикриз:***

Больной \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, 49 лет

Находится в отделении общей хирургии с 15.08.11 г. Обследован.

Установлен диагноз: *Основной:* Опухоль кожи правого бедра. Подозрение на рак. Кл. гр. Ia. Меланома кожи лба рТ2N0M0 I ст. (оперативное вмешательство – удаление опухоли кожи лба с пластикой свободным лоскутом 15.07.09 г.) Кл. гр. III.

Cr кожи затылочной области T2N1M0 III ст. (оперативное вмешательство – удаление опухоли кожи затылочной области с пластикой дефекта свободным кожным лоскутом. Футлярно – фасциальное иссечение шейной клетчатки слева 03.07.08 г.) Кл. гр. III.

*Сопутствующий:* ИБС. Диффузный кардиосклероз атеросклеротический. СН I. ФК II . МКД

Лабораторные и дополнительные методы исследования:

- УЗИ органов брюшной полости – (10.08.2011 г.) – mts не выявлены;

- Рентгенисследование легких – (10.08.2011 г.) – без патологии.

- Консультация дерматолога - (10.08.2011 г.) – папилломатоз кожи левой затылочной области, правого бедра Susp. малигнизация.

- УЗИ шеи – (10.08.2011 г.) – данных за prol. morbi нет.

- Консультация врача ОГШ - (11.08.2001 г.) – признаков продолжения болезни нет.

Больному планируется оперативное вмешательство в объеме: удаление опухоли кожи правого бедра.

Планируемая премедикация: Sol.Promedoli 2% - 1 ml, Sol.Atropini 0,1% - 0,5 ml, Sol.Sibazoni 0,5% - 2,0 ml за 40 мин до операции.

Обезболивание – общая анестезия с ИВЛ.

Показания к операции: абсолютные.

Гемотрансфузия: планируется при показаниям.

***Протокол операции:***

**Ф.И.О.:**, 49 лет **История болезни:** № 7239

**Д/з до операции:** Опухоль кожи передней **Дата:** 26.08.2011 г.

бедренной области справа Susp. Cr Iа кл. гр. **Время:** 9 час 10 мин – 10 час 08 мин

**Д/з после операции:** тот же **Хирург:**

**Ассистент:**

**Анестезиолог:**

**О/с:**.

 **Операция:** Удаление опухоли кожи правого бедра

После обработки операционного поля раствором бетадина трижды, отступя от опухоли на 2 см, произведено удаление опухоли кожи бедра до фасции. Гемостаз. Сухо. Швы на кожу. Установлен активный дренаж. Асептическая повязка.

Макропрепарат: опухоль кожи до 6 см в диаметре, коричневого цвета с четкими, ровными краями.

В связи с послеоперационным болевым синдромом назначено в/м р-р бепренорфина 0,03% - 1 мл

26.08.11 – на 16:00

27.08.11 – на 06:00, 14:00, 22:00

28.08.11 – на 10:00, 22:00

***Обоснование клинического диагноза:***

На основании:

- жалоб больного на наличие новообразования кожи правого бедра, зуд в области новообразования, рост последнего;

- анамнеза настоящего заболевания - считает себя больным с 2006 года, когда впервые появилось опухолевидное новообразование на коже затылочной области, больной обратился за медицинской помощью в районную больницу по месту жительства, где была выполнена операция – «вскрытие гнойника затылочной области», мед. документация отсутствует, ПГИ не проводилось. После проведенного лечения опухолевидное образование на коже затылочной области появилось снова, стало увеличиваться. Был направлен в 2008 году в ООГШ ЛОКОД для дополнительного обследования. Больной был госпитализирован, проводилось обследование. Была взята биопсия опухоли кожи затылочной области, выявлено поражение лимфатических узлов шеи слева. ПГЗ № 13959 – 66 от 16.07.2008 года: Рак плоскоклеточный анапластический, в одном лимфатическом узле – метастаз рака. Больной находился в отделении с 01.07.2008 – 18.07.2008 года, где был выставлен диагноз: Cr кожи затылочной области T2N1M0 III ст. и назначено радикальное оперативное лечение – удаление опухоли кожи затылочной области с пластикой дефекта свободным кожным лоскутом. Футлярно – фасциальное иссечение шейной клетчатки слева 03.07.08 г. После проведенного оперативного лечения больной был выписан из отделения с выздоровлением. В 2009 году больной обратился с жалобами на наличие опухолевидного образования на коже лба в больницу по м/ж, болел в течение года, не лечился, был направлен и госпитализирован в ООГШ ЛОКОД. Проводилось обследование – заключение гистолога: № 10601 от 28.07.09 г. «Меланома, 3 уровень инвазии по Кларку». В отделении находился с 13.07.2009 – 03.08.2009 года, где был выставлен диагноз: Меланома кожи лба рТ2N0M0 I ст., больному было назначено оперативное лечение - удаление опухоли кожи лба с пластикой свободным лоскутом 15.07.2011 г. Выписан из отделения с улучшением. В 2010 году обратился с жалобами на наличие опухоли в области послеоперационного рубца в ОГиШ ЛОКОД, болел с 2008 года, когда находился на лечении в отделении с 01.07.2008 – 18.07.2008 года, где был выставлен диагноз: Cr кожи затылочной области T2N1M0 III ст. и назначено радикальное оперативное лечение – удаление опухоли кожи затылочной области с пластикой дефекта свободным кожным лоскутом. Футлярно – фасциальное иссечение шейной клетчатки слева 03.07.08 г. ПГЗ № 13959 – 66 от 16.07.2008 года: Рак плоскоклеточный анапластический, в одном лимфатическом узле – метастаз рака. Установлен диагноз: Пигментные невусы кожи головы. ПГЗ – 10.06.2010 № 10971 светлоклеточные невусы. Больному было назначено радикальное оперативное вмешательство 27.05.2010 года – удаление опухоли кожи головы с пластикой по Шимановскому. Выписан с выздоровлением. В 2011 году в апреле у больного появилось опухолевидное новообразование на правом бедре. Появление образования ни с чем не связывает. В течение 6 месяцев отмечает рост образования. Лечился самостоятельно, улучшения не было. Обратился в ЛОКОД с жалобами на наличие новообразования кожи правого бедра, зуд в области новообразования, рост последнего. 15.07.2011 года был госпитализирован в плановом порядке в хирургическое отделение, больной провел обследование с 15.07.11-26.08.11 г., был поставлен диагноз: Опухоль кожи правого бедра. Подозрение на рак. Определена тактика лечения - оперативное вмешательство в объеме: удаление опухоли кожи правого бедра;

- данных объективного обследования: Status localis: на коже передней бедренной области, в области с/3 бедра определяется опухоль коричневого цвета, экзофитного роста, диаметром около 6 см, выступает над поверхностью кожи на 1 см. Контур четкий, ровный. Кожный рисунок сохранен. Периферические л/у не увеличены. Послеоперационные рубцы на коже без особенностей;

 - данных дополнительных методов исследования:

- УЗИ органов брюшной полости – (10.08.2011 г.) – mts не выявлены;

- Консультация дерматолога - (10.08.2011 г.) – папилломатоз кожи левой затылочной области, правого бедра Susp. малигнизация.

- УЗИ шеи – (10.08.2011 г.) – данных за prol. morbi нет.

- Консультация врача ОГШ - (11.08.2001 г.) – признаков продолжения болезни нет.

- Консультация терапевта – (16.08.07г.) – заключение - ИБС. Диффузный кардиосклероз атеросклеротический. СН I. ФК II . МКД

может быть установлен окончательный клинический диагноз –

*Основной:* Опухоль кожи правого бедра. Подозрение на рак. Кл. гр. Ia.

 Меланома кожи лба рТ2N0M0 I ст. (оперативное вмешательство – удаление опухоли кожи лба с пластикой свободным лоскутом 15.07.09 г.) Кл. гр. III.

Cr кожи затылочной области T2N1M0 III ст. (оперативное вмешательство – удаление опухоли кожи затылочной области с пластикой дефекта свободным кожным лоскутом. Футлярно – фасциальное иссечение шейной клетчатки слева 03.07.08 г.) Кл. гр. III.

*-Сопутствующий:* ИБС. Диффузный кардиосклероз атеросклеротический. СН I. ФК II . МКД

***Дневники:***

|  |  |
| --- | --- |
| 02.09.11 г.Т 36,6 СPs=ЧСС=82 уд в минАД=130/80 мм рт.ст.ЧДД=17 в мин | Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета. Над легкими жесткое дыхание. Тоны сердца ритмичные. Живот мыгкий, безболезненный, симметрично участвует в акте дыхания. Испражнения не нарушены. Повязка в области дренажа пропитана скудным отделяемым. Ас.повязка. Лечение получает согласно листу назначения. |
| 03.09.11 г.Т 36,6 СPs=ЧСС=82 уд в минАД=130/80 мм рт.ст.ЧДД=17 в мин | Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета. Над легкими жесткое дыхание. Тоны сердца ритмичные. Живот мыгкий, безболезненный, симметрично участвует в акте дыхания. Испражнения не нарушены. Повязка в области дренажа пропитана скудным отделяемым. Ас.повязка.Туалет п/о раны. Лечение получает согласно листу назначения. |

***Эпикриз:***

***Больной\*\*\*\*\*\*\*\****, 49 лет поступил в клинику 15.08.11 г. с жалобами на наличие новообразования кожи правого бедра, зуд в области новообразования, рост последнего.

Из анамнеза настоящего заболевания - считает себя больным с 2006 года, когда впервые появилось опухолевидное новообразование на коже затылочной области, больной обратился за медицинской помощью в районную больницу по месту жительства, где была выполнена операция – «вскрытие гнойника затылочной области», мед. документация отсутствует, ПГИ не проводилось. После проведенного лечения опухолевидное образование на коже затылочной области появилось снова, стало увеличиваться. Был направлен в 2008 году в ООГШ ЛОКОД для дополнительного обследования. Больной был госпитализирован, проводилось обследование. Была взята биопсия опухоли кожи затылочной области, выявлено поражение лимфатических узлов шеи слева. ПГЗ № 13959 – 66 от 16.07.2008 года: Рак плоскоклеточный анапластический, в одном лимфатическом узле – метастаз рака. Больной находился в отделении с 01.07.2008 – 18.07.2008 года, где был выставлен диагноз: Cr кожи затылочной области T2N1M0 III ст. и назначено радикальное оперативное лечение – удаление опухоли кожи затылочной области с пластикой дефекта свободным кожным лоскутом. Футлярно – фасциальное иссечение шейной клетчатки слева 03.07.08 г. После проведенного оперативного лечения больной был выписан из отделения с выздоровлением. В 2009 году больной обратился с жалобами на наличие опухолевидного образования на коже лба в больницу по м/ж, болел в течение года, не лечился, был направлен и госпитализирован в ООГШ ЛОКОД. Проводилось обследование – заключение гистолога: № 10601 от 28.07.09 г. «Меланома, 3 уровень инвазии по Кларку». В отделении находился с 13.07.2009 – 03.08.2009 года, где был выставлен диагноз: Меланома кожи лба рТ2N0M0 I ст., больному было назначено оперативное лечение - удаление опухоли кожи лба с пластикой свободным лоскутом 15.07.2011 г. Выписан из отделения с улучшением. В 2010 году обратился с жалобами на наличие опухоли в области послеоперационного рубца в ОГиШ ЛОКОД, болел с 2008 года, когда находился на лечении в отделении с 01.07.2008 – 18.07.2008 года, где был выставлен диагноз: Cr кожи затылочной области T2N1M0 III ст. и назначено радикальное оперативное лечение – удаление опухоли кожи затылочной области с пластикой дефекта свободным кожным лоскутом. Футлярно – фасциальное иссечение шейной клетчатки слева 03.07.08 г. ПГЗ № 13959 – 66 от 16.07.2008 года: Рак плоскоклеточный анапластический, в одном лимфатическом узле – метастаз рака. Установлен диагноз: Пигментные невусы кожи головы. ПГЗ – 10.06.2010 № 10971 светлоклеточные невусы. Больному было назначено радикальное оперативное вмешательство 27.05.2010 года – удаление опухоли кожи головы с пластикой по Шимановскому. Выписан с выздоровлением. В 2011 году в апреле у больного появилось опухолевидное новообразование на правом бедре. Появление образования ни с чем не связывает. В течение 6 месяцев отмечает рост образования. Лечился самостоятельно, улучшения не было. Обратился в ЛОКОД с жалобами на наличие новообразования кожи правого бедра, зуд в области новообразования, рост последнего. 15.07.2011 года был госпитализирован в плановом порядке в хирургическое отделение, больной провел обследование с 15.07.11-26.08.11 г., был поставлен диагноз: Опухоль кожи правого бедра. Подозрение на рак. Определена тактика лечения - оперативное вмешательство в объеме: удаление опухоли кожи правого бедра.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета. Pulm et cor в N. Живот мягкий, безболезненный. Больному были проведены следующие методы исследования:

1. Клинический анализ крови:

 НВ-135г/л.

 Эритроциты-3,44х1012/л.

 ЦП.-0.98.

 СОЭ-21 мм/ч.

 Лейкоциты-6,8х109/л.

 Нейтрофилы-80%

 Сегментоядерные-73%

 Палочкоядерные-10%

 Юные-0.5%

 Лимфоциты-15%

 Моноциты-4%

 Базофилы-0%

 Эозинофилы-1%

2. Клинический анализ мочи:

Цвет-жёлтый.

Прозрачность – слабо мутная.

Осадка нет.

рН- кислая.

 удельный вес: 1010.

 Лейкоциты: 1-2 в поле зрения.

Эритроциты: 0-1 в поле зрения.

Белок – 0,017 г/л

Солей нет.

Бактерий нет.

Глюкоза не обнаружена.

Слизь нет.

3. Анализ крови на сахар 5,5 ммоль/л

4. Анализ крови на RWотрицательный.

5. Анализ кала на яйца гельминтов - яйца гельминтов не обнаружены.

6. Определение группы крови и резус фактора: O(I), Rh(+)

7. Биохимический анализ крови:

Общий белок 79 г/л

Альбумин 42 г/л

Мочевина 5,3 ммоль/л

Креатинин 85 мкмоль/л

Билирубин 9,8 мкмоль/л

АлАТ 0,46 мкмоль/л

АсАТ 0,23 мкмоль/л

Томоловая проба 3,0 ед

8. Коагулограмма

ПТИ 15

Тр. время 17``

Акт.вр.рек. 3,7

Тромбопластимоловое время 33``

Фибрин плазмы 2,44 г/л

2.Инструментальные

1). УЗИ органов брюшной полости – (10.08.2011 г.) – контуры четкие, ровные, паренхима мелкозернистая, без очаговых изменений. ПД 16,5 см, ЛД – 9 см. Внутрипеченочные протоки не расширены. Желчный пузырь 5,1х 2,2 см, конкременты – нет. Стенки до 2,5 мм, холедох 0,5 см. Воротная вена 1,9 см. ПЖЖ не увеличена (2,2х1,9х2,0) контуры четкие, ровные, без очаговых изменений. Почки – положение обычное, физ.подв.сохр.ЧЛС – не расширена. Селезенка 8,2 х 4,1 см. Предстательная железа – грушевидной формы

3,5х 3,8х 4,1, контуры четкие, ровные.

Заключение: метастазы не выявлены.

2). Рентгенисследование легких – (10.08.2011 г.) – без патологии.

3). УЗИ шеи - (10.08.2011 г.) – перешеек 0,23 см, правая доля 1,88х1,1х3,96 см, левая доля 1,61х1,43х3,84 см, структура однородная без очаговых изменений. В в/ч шеи п/о рубец слева – без особенностей.

Заключение: данных за prol. morbi нет.

4). ЭКГ – ритм синусовый, правильный, ЧСС – 72 уд/мин.

3. Консультация специалистов:

26.08.07 г. – лучевой терапевт, заключение – курс ТГТ не показан.

26.08.07 г. – химиотерапевт, заключение – курс ПХТ не показан.

16.08.07г. – терапевт, заключение - ИБС. Диффузный кардиосклероз атеросклеротический. СН I. ФК II . МКД

Рекомендовано:

1. Контроль АД, ЧСС 2 р/д
2. Бермиприл 5 мг 1 р/д

На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и дополнительных методов исследования был установлен окончательный клинический диагноз: *Основной:* Опухоль кожи правого бедра. Подозрение на рак. Кл. гр. Ia.

 Меланома кожи лба рТ2N0M0 I ст. (оперативное вмешательство – удаление опухоли кожи лба с пластикой свободным лоскутом 15.07.09 г.) Кл. гр. III.

Cr кожи затылочной области T2N1M0 III ст. (оперативное вмешательство – удаление опухоли кожи затылочной области с пластикой дефекта свободным кожным лоскутом. Футлярно – фасциальное иссечение шейной клетчатки слева 03.07.08 г.) Кл. гр. III.

*-Сопутствующий:* ИБС. Диффузный кардиосклероз атеросклеротический. СН I. ФК II . МКД

Больной получил следующее лечение:

1. Режим общий
2. Диета: стол № 15
3. Хирургическое лечение – удаление опухоли кожи правого бедра.
4. Обезболивание в послеоперационном периоде –

Sol. Buprenorphini 0,03% - 1,0 ml

1. Антибактериальная терапия - цефтриаксон 1,0 в/м 1 раз в день 7 дней

Даны рекомендации:

1. Диспансерное наблюдение у онколога по месту жительства
2. Ежегодные проф. Осмотры терапевта, хирурга.
3. Ro ОГК, УЗИ ОБП, Шеи 1 раз в год.
4. Диета: стол общий, дробно.
5. Контрольный осмотр в ЛОКОД через 6-8 недель.

Прогноз: для жизни – благоприятный;

 для работы – благоприятный;

 для выздоровления – благоприятный.

***Литература:***

1. Шелестюк П. И. Клиническая онкология. – Саранск: Изд-во Мордов. Ун-та, 1996 г.
2. Чиссов В. И. Ранняя диагностика онкологических заболеваний. М.: 1994 г.
3. Напалков Н. П. Клиническая онкология для семейного врача. 2000 болезней от А до Я/ Под ред. И. Н. Денисовой, Э. Г. Улумбекова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998 г.
4. Щепотин И. Б., Ганул В. Л., Клименко И. О. Онкология. – К.: Книга полюс, 2006 г.
5. Машковский М. Д. Лекарственные средства. В 2-х томах.- Харьков: Торсинг, 1997 г.