1. ФИО:
2. Пол: мужской
3. Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Образование: среднее.
5. Место работы, профессия: пенсионер
6. Постоянное место жительства:
7. Дата и час поступления в стационар: \_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Поступление в отделение в плановом порядке
9. Кем направлен:
10. Диагноз направившего учреждения: C-r левого угла рта Т3N0MХ
11. Диагноз при поступлении: C-r левого угла рта Т3N0MX
12. Клинический диагноз:

А) Основное заболевание: плоскоклеточный неороговевающий рак левого угла рта.

Б) Сопутствующее заболевание

В) Осложнения основного заболевания

13. Операция:

14.Побочное действие лекарственных веществ:

15.Госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии.

16. Послеоперационные осложнения:

17. Исход болезни:

Жалобы

Жалобы при поступлении в клинику: на наличие язвы в области левого угла рта, постоянные ноющие боли в области левого угла рта, сохраняющиеся в ночное время, затрудненное жевание, деформацию нижней челюсти, похудание, слабость.

История настоящего заболевания

Считает себя больным примерно с 30-летнего возраста, когда часто стали появляться трещины на губе и язвы на слизистой оболочке губы, которые медленно заживали и периодически возникали вновь. Лечился самостоятельно: мазал различными кремами (вазелин), но это было малоэффективно. Со слов больного, в 2010 в июле появилась язва на нижней губе. Обратился за помощью к онкологу в ЦРБ по месту жительства. Диагностирован рак. Была предложена операция резекция губы, от операции отказался. Был направлен в онкологический диспансер, где прошел курс лучевой терапии расщепленным методом (2 этапа) с 28.09.10 по 2.11.10. Больной отметил улучшение, язва исчезла, болей не было. Приблизительно пол года назад наступило ухудшение- периодически стали возникать боли, появилось уплотнение в области левого угла рта. Постепенно стала прогрессировать деформация челюсти. За полгода потерял 10 кг. Обратился в ЦРБ 6.02.12, откуда был направлен на госпитализацию 10.02.12 в больницу.

История жизни больного

Общебиографические сведения: место рождения

Социальный анамнез: жил в благополучной семье, был вторым ребенком в семье, условия питания и материальная обеспеченность семьи была удовлетворительной.

Профессиональный анамнез: начал работать с 20 летнего возраста на различных специальностях: слесарем, трактористом, на угольной кочегарке. В настоящее время не работает – пенсионер.

Бытовой анамнез: жилищные, санитарно- гигиенические условия хорошие, живет в частном доме, питание регулярное, пища сбалансированная, разнообразная. Разведен, есть сын.

Перенесенные заболевания: в детстве не часто болел простудными заболеваниями. Травм не было, операций не было. Наличие у себя венерических заболеваний, гепатита, ВИЧ и туберкулеза отрицает. Наличие сифилиса, психических заболеваний, болезней обмена веществ, алкоголизма, гемофилии у ближайших родственников отрицает. Мать умерла от рака пищевода в возрасте 60 лет.

Трансфузионный анамнез: не отягощен

Аллергологический анамнез: не отягощен

Вредные привычки: курит в течение 49 лет.

Данные объективного обследования

Общее состояние: удовлетворительное

Сознание: ясное

Положение больного: активное

Телосложение: пропорциональное, нормостеническое.

Рост 155 см, вес 52 кг, ИМТ= 21,6- норма

Кожа: телесного цвета, достаточной увлажненности, тургор понижен. Сыпи, расчесов, пролежней, пигментаций не выявлено. Подкожная клетчатка развита

Мышцы: умеренное развитие

Кости: костно-суставная система развита без особенностей.

Органы кровообращения:

- при осмотре области сердца дефигурации не выявлено

- пульсации в области сердца: верхушечный толчок в V межреберье

-перкуторно границы сердца без патологических изменений

-аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные, патологические шумы отсутствуют

- пульс синхронный, ритмичный, частота 82 уд/мин, АД 130/90 мм.рт.ст.

Органы дыхания:

- форма грудной клетки: бочкообразная, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания, смешанный тип дыхания

- частота дыхательных движений 19 в минуту, дыхание ритмичное, спокойное, ровное, одышки нет

-миндалины не выступают за небные дужки

-границы легких- без патологических особенностей

-перкуторно определяется ясный легочной звук

-аускльтативно определяется везикулярное дыхание.

Органы пищеварения.

-язык влажный, с белесоватым налетом

-живот мягкий

-печень- по краю реберной дуги, размеры по Курлову

-стул- ежедневный, оформленный10-9-8

Органы мочевыделения:

-мочеиспускание свободное

-почки не пальпируются, синдром Пастернацкого отрицательный с обеих сторон

Нервная система и органы чувств.

Настроение усталое, интеллект сохранен, мышление логичное, память не нарушена. Обоняние, вкус, слух без изменений. Нарушения чувствительности отрицает. Глазные щели одинакового размера, зрачки круглые, одинаковой величины. Нарушений речи не выявлено.

Данные объективного обследования челюстно-лицевой области и шеи

Лицо асимметричное за счет смещения подбородочной области влево. Кожные покровы телесного цвета.

В области левого угла рта щелевидная язва размером 2х4 см, покрытая серым налетом, края язвы шероховатые, подрытые. В толще левой щеки болезненный инфильтрат без четких контуров, открывание рта затруднено- в пределах 3 см между режущими краями резцов верхней и нижней челюсти. Определяется дефект тела и ветви нижней челюсти слева.

Углы глаз находятся на одной линии. Надбровные дуги не выражены, подбородок выражен.

Температура на симметричных участках кожи одинаковая. Болезненность кожных покровов и костных выступов отсутствует.

Слизистая оболочка полости рта умеренно увлажнена, умеренно податлива, безболезненная, бледно розового цвета.

Преддверие средней глубины: уздечки на верхней и нижней челюсти треугольной формы с широким основанием на губе и оканчивающиеся по средней линии альвеолярного отростка на 0.5 см от десневого края.

Язык высовывает свободно, прямо, цвет языка бледно розовый, средней величины, влажный, с небольшим количеством белесоватого налёта, выраженность сосочков языка умеренная.

Свод нёба высокий, нёбный шов плоский, граница между мягким и твёрдым нёбом хорошо выражена. Слизистая мягкого нёба бледно розовая, глоточные миндалины не увеличены.

Предварительный диагноз

На основании жалоб больного:

на наличие язвы в области левого угла рта, постоянные боли в области левого угла рта, похудание.

На основании данных анамнеза заболевания:

С 30-летнего возраста периодически появлялись трещины на губе и язвы на слизистой оболочке губы, которые медленно заживали и периодически возникали вновь. Лечился самостоятельно, малоэффективно. В 2010 в июле назад появилась язва на нижней губе. Диагностирован рак нижней губы. Была предложена операция резекция губы, от операции отказался. Был направлен в онкологический диспансер, где прошел 2 курса лучевой терапии. Больной отметил улучшение. Пол года назад наступило ухудшение- периодически стали возникать боли, появилось уплотнение в области левого угла рта. Постепенно стала прогрессировать деформация челюсти. За полгода потерял 10 кг.

Из данных объективного исследования:

Лицо асимметричное за счет смещения подбородочной области влево.

В области левого угла рта щелевидная язва размером 2х4 см, покрытая серым налетом, края язвы шероховатые, подрытые. В толще левой щеки болезненный инфильтрат без четких контуров, открывание рта болезненно, затруднено. Определяется дефект тела и ветви нижней челюсти слева.

Можно предположить диагноз: рак левого угла рта

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

I. Лабораторные:

1. Общий анализ крови;

Для оценки общего состояния пациента, рационального подбора терапии

1. Биохимический анализ крови;

Для оценки общего состояния пациента, рационального подбора терапии

1. Общий анализ мочи;

Для оценки общего состояния пациента, рационального подбора терапии

II. Инструментальные:

1. биопсия образования с цитологическим исследованием;

Для верификации диагноза

1. Рентгенограмма нижней челюсти в прямой и левой боковой проекциях
2. УЗИ регионарных лимфоузлов челюстно-лицевой области, брюшной полости.
3. КТ головы, грудной клетки.

Для оценки распространенности процесса, наличия метастазов

Результаты дополнительных методов исследования

Анализ крови 06.02.12г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Эритроциты | 3,9\*1012/л | 4,5-5,5 мм |
| Гемоглобин | 125г/л | 140-160 г/л |
| Лейкоциты | 15,6\*109/л | 6-8 \*109/л |
| Эозинофилы | 4 | 3 |
| Палочкоядерные | 6 | 3-5 |
| Сегментоядерные | 72 | 63 |
| Лимфоциты | 34 | 23 |
| Моноциты | 5 | 6 |
| СОЭ | 16 мм/ч | 3-15 мм/ч |

Биохимический анализ крови 06.02.12

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Общий белок | 87 | 65-85 г/л |
| Мочевина | 9,3 | 2,5-8,3 ммоль/л |
| Билирубин общий | 22,0 | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Сахар | 6,1 | 3,3-5,5 ммоль/л |
| СРБ | +++ |  |
| Фибриноген | 5,5 | 2-4г/л |

Общий анализ мочи 06.02.12г

Удельный вес: 1020

Белок: 0

Эритроциты: 0

Рентгенограмма нижней челюсти в прямой и левой боковой проекциях 13.02.12.

Выраженные деструктивные изменения левой половины нижней челюсти (частично виден суставной отросток). Правая половина нижней челюсти деформирована.

УЗИ регионарных лимфатических узлов 14.02.12:

Определяется группа подчелюстных лимфоузлов справа от 6 до 8 мм, слева лимфоузел 10х4 мм, 7х5мм. В подбородочной области лимфоузлы 8х4 мм, 6х4 мм. Лимфоузлы низкой эхогенности без четкой дифференцировки структур. Шейные лимфоузлы слева до 5 мм с сохраненной структурой. В проекции нижней челюсти слева определяется снижение эхогенности без четких контуров около 15х17 мм с позитивными включениями.

Цитологическое исследование 16.02.12

В препаратах клетки крови, клетки плоского эпителия с гиперкератозом.

Результат биопсии 22.02.12: плоскоклеточный неороговевающий рак. Перифокально-базофильная дегенерация коллагена.

КТ головы 22.02.12.

Левая ветвь и большая часть тела нижней челюсти представлена разнообразными, пониженной плотности фрагментами без четких контуров, расположенными в массе патологического субстрата, выполняющего околоушную, жевательную и подчелюстную области. Контуры субстрата бугристые, структура неоднородная за счет наличия включений газа, наружного свища в виде глубокого линейной формы дефекта.

КТ органов грудной клетки 22.02.12

Признаки эмфиземы, локального фиброза в S2, S6 правого легкого с формированием цилиндрических тракционных бугорков.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Учитывая данные цитологического исследования – плоскоклеточный неороговевающий рак, подтвердили и уточнили диагноз рака левого угла рта.

В области левого угла рта щелевидная язва размером 2х4 см, покрытая серым налетом, края язвы шероховатые, подрытые. В толще левой щеки болезненный инфильтрат без четких контуров, открывание рта болезненно, затруднено. Определяется дефект тела и ветви нижней челюсти слева

Таким образом, можно поставить клинический диагноз: плоскоклеточный неороговевающий рак левого угла рта.

Этиология и патогенез заболевания

Плоскоклеточный рак возникает под воздействием канцерогенов (деготь, креозот, нефтепродукты, табачные смолы), вируса папилломы человека 16, 18, 31,33, 35, 45 типов, после лучевой и химиотерапии, после бородавчатой формы красного плоского лишая и дискоидной красной волчанки. Плоскоклеточный рак может метастазировать в лимфоузлы. Гистологически выделяют плоскоклеточный рак с ороговением и неороговевающий рак, последний растет более агрессивно. По клиническим признакам выделяют: - экзофитную форму плоскоклеточного рака, или папиллярный рак, растущий преимущественно над поверхностью кожи или слизистой оболочки и - эндофитную, или инфильтративно-язвенную, форму, растущую в подлежащие ткани. Эта форма отличается более агрессивным ростом и чаще метастазирует.

План лечения

-Диета (высококалорийная)

-Отказ от вредных привычек: курение и употребление спиртных напитков (устранение факторов риска)

-Ограничение труда

-Хирургическое лечение

-Поливитамины для улучшения обменных процессов и общего состояния: - «Ундевит» по 2 драже 3 раза в день, «Олиговит» по 1 драже 1 раз в день.

Дневник

|  |  |
| --- | --- |
| Дата, температура тела, пульс, частота дыхательных движений, АД | Дневник наблюдения |
| 20.02.1236.67616130/80 | Жалобы: на наличие язвы в области левого угла рта, постоянные ноющие боли в области левого угла рта, сохраняющиеся в ночное время, деформацию нижней челюсти, слабость.Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Сон нарушен. В области левого угла рта щелевидная язва размером 2х4 см, покрытая серым налетом, края язвы шероховатые, подрытые. В толще левой щеки болезненный инфильтрат без четких контуров, открывание рта затруднено. Определяется дефект тела и ветви нижней челюсти слева. |
| 22.02.1236,5721713о/80 | Жалоб активно не предъявляет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Настроение подавленное. Больной ожидает результатов цитологического исследования.  |
| 24.02.1236,67416135/80 | Жалоб активно не предъявляет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Сердечные тоны ритмичные. Дыхание везикулярное. Местно: без динамики |
| 27.02.1236,77517120/80 | Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Спал с перерывами. Жалобы активно не предъявляет. Сердечные тоны ритмичные. Дыхание везикулярное. Изменения состояния не отмечает. Местно: динамика отсутствует. |

Эпикриз

\_\_\_\_\_\_\_, поступил в \_\_\_\_\_\_\_ с жалобами на наличие язвы в области левого угла рта, постоянные ноющие боли в области левого угла рта, сохраняющиеся в ночное время, затрудненное жевание, деформацию нижней челюсти, похудание, слабость. Рак был диагностирован 2 года назад, была предложена операция резекция образования, от которой больной отказался. Прошел курс лучевой терапии в ООД осенью 2010, отмечал улучшения. За последние полгода состояние постепенно ухудшалось: появилась язва, боли, деформация нижней челюсти. Цитологическое исследование подтвердило диагноз- плоскоклеточный неороговевающий рак левого угла рта.

Этиологическими факторами могли послужить:

1. Вредные привычки – стаж курения 49 лет.
2. Наследственная предрасположенность- мать больного умерла от рака пищевода.
3. Проф. вредности- работа до выхода на пенсию была связана с углем.

Планируется хирургическое лечение.

Список использованной литературы

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: «Медицинская литература», 2003.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области.- Санкт-Петербург, Медицинская литература, 2006 г.
3. Вагнер В.Д., Ивасенко П.И., Демин Д.И. Амбулаторно-поликлиническая онкостоматология. – М.: «Медицинская книга», Н. Новгород. Издательство НГМА 2002.
4. Ганцев Ш. Х. «Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов». М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006.
5. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К, Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта.- М.:- ОАО «Стоматология», 2001
6. Карапетян И.С., Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта челюстей, лица и шеи.- М.: МИА, 2004.
7. Лангле Р.П., Миллер К.С. Атлас заболеваний полости рта.- М: «Медицина», 2008
8. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. – Л.: «Медицина», 1982.
9. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи.- М.:Медицина, 1983
10. Пачес А.И. Ольшанский В.О., Любаев В.Л., Туок Т.Х. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани. – М.: Медицина, 1988.
11. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология.-3-е изд., перераб. и доп.-М.: «Медицина», 2003
12. Федяев И.М., Байриков И.М., Белова Л.П., Шувалова Т.В. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области - М.: Медицинская книга. Н.Новгород. Издательство НГМА, 2000г.
13. Шаргородский А.Г., Руцкий Н.Ф. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица.- М.: Медицина, 2005
14. Щепоткин И.Г. Онкология.- М.: Книга плюс, 2008
15. «Онкология», под ред. Чиссова В. И., Дарьяловой С. Л. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.