История болезни

Диагноз: Рак левой молочной железы T2NxM0, ст II А.

Сопутствующий диагноз: ХИБС. Гипертоническая болезнь II ст. риск ССО4, Сахарный диабет I типа, субкомпенсированный.

**1. Анамнез заболевания (anamnesis morbi)**

Образование у больной обнаружено в ходе профилактического осмотра у гинеколога по месту жительства 1.04.14 г.

**2. Анамнез жизни (anamnesis vitae)**

рак молочный железа лечение

Росла и развивалась нормально, 2 й ребенок в семье. Вредные привычки отрицает.

Из перенесенных заболеваний отмечает в школьном возрасте разрыв правого яичника. Перенесла операцию по поводу апендэктомии. В 2010 г. был приступ желчекаменной болезнит. Так же страдает мочекаменной болезнью, последний приступ в 2009 г.

Гипертоническая болезнь в течении 15 лет (max 200/100, №130/90)

Диагноз сахарный диабет был поставлен в сентябре 2013 г. Находится на постоянном лечении у эндокринолога.

Так же отмечает в молодости частые ангины и бронхиты.

Перенесла 2 беременности, обе закончились родами, дети не крупные. В школьном возрасте перенесла травматический разрыв яичника. По словам больной яичник «оставили».

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственнй анамнез: у матери СД 2 типа с 63 лет, гипертоническая болезнь.

Гемотрансфузий не было.

**3. Настоящее состояние больной (status praesens communis)**

Общее состояние больной средней тяжести. Сознание ясное, положение в постели активное. Внешний вид соответствует возрасту. Питание повышенное. Вес 93 кг, рост 168 см. Телосложение нормостеническое. Лицо обычное. Кожа с пониженной эластичностью и тургором (соответствуют возрасту), патологических элементов нет. Подкожная клетчатка: отеки на ногах. Аллопеция на голове диффузная. Ногти без изменений.

Переферические лимфоузлы: увеличены подмышечные лимфоузлы, плотные, безболезненные, округлой формы.

Голова обычной формы, симметричная, деформаций нет. Слизистые глаз розовые влажные. Слизистая ротовой полости розовая сухая.

Шея симметричная, рубцов нет.

Щитовидная железа при пальпации не увеличена, эластичная, однородной консистенции, перешеек пальпируется.

Костно-мышечная система. Походка обычная, деформаций костей нет. Движения в суставах в полном объеме. Мускулатура развита слабо.

Грудная клетка. Форма конусовидная, симметричная. Болезненность в области операционной раны.

Молочные железы. При осмотре молочная железа слева отсутствует (постоперационный рубец багрово красного цвета, ткань вокруг слегка отечна). При пальпации правой молочной железы патологических образований не выявлено. Патологического отделяемого, сыпи, изъязвлений нет.

Органы дыхания. Дыхание через нос свободное. Число дыханий в минуту-16. Грудная клетка формы усеченного конуса, симметричная, участвует в акте дыхания. Грудная клетка при пальпации безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание проводится во всех отделах легких, одинаково в симметричных участках.

Перкуссия: При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких звук ясный, легочный, одинаковый в симметричных участках.

*Границы лёгких без изменений.*

Аускультация: При аускультации над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. При бронхофонии в симметричных участках звук проводится одинаково, громче в верхних отделах легких. Побочных дыхательных шумов не выявлено. Органы кровообращения.

Пульс на лучевой артерии одинаковый, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, с частотой 72 удара в минуту. При пальпации височных, сонных, подключичных, подмышечных, локтевых, подколенных, задних большеберцовых артерий и артерий тыла стопы пульс одинаковый. При аускультации крупных сосудов выслушивается 2 тона. АД 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 1.5 см кнутри от срединноключичной линии, локализованный, умеренной высоты и резистентности, диаметр 1.5 см. Границы относительной сердечной тупости без изменений.

Аускультация: Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС 72 в минуту. Расщепления и раздвоения тонов сердца нет. Шумы сердца не выслушиваются.

Органы пищеварения. Язык влажный. Глотание не затруднено. Живот округлой формы, средних размеров, симметричный. Грыж белой линии и пупочного кольца нет. Тонус мышц передней брюшной клетки умеренный. При перкуссии над всей поверхностью живота тимпанический звук. При пальпации живот мягкий, отмечается небольшая болезненность в эпигастральной области. Диастаза прямых мышц живота и пупочного кольца нет. В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, плотноватого, безболезненного, легко смещаемого цилиндра диаметром около 2.5 см, не урчит. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде тяжа диаметром 3 см, мягкой, эластической консистенции, безболезненная, урчащая. Поперечно-ободочная кишка пальпируется на 3 см выше пупка в виде мягкого эластической консистенции цилиндра, безболезненная, легко и значительно смещается, не урчит. Симптом Ортнера отрицательный. При перкуссии печенибез изменений. Размеры печени по Курлову:

Срединно-ключичная линия 9 см

Срединная линия 7 см

Касательная к левой реберной дуге 5 см

Желчный пузырь не пальпируется. Френикус-симптом отрицательный.

Органы мочевыделения. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Органы кроветворения и иммунитета. Мягкое небо и слизистая твердого неба, дужки, миндалины, язычок розовые, чистые, влажные. Миндалины видны из-под краев небных дужек. В подмышечной области справа пальпируются л/узлы, увеличены до2 см, плотные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. При перкуссии селезенки продольный размер 7 см, поперечный -5 см. Селезенка не пальпируется.

Нервно-психическое состояние. Настроение ровное. Коммуникабельна. Двигательные функции не нарушены. Острота слуха и зрения сохранена.

**4. Специальный статус (status localis)**

На момент исследования пациентки левая молочная железа отсутствует. Послеоперационный рубец багрово-красного цвета. Перевязочный материал сухой.

**5. Дополнительные методы исследования**

ОАМ: 12.04.14

Цвет - желтый, прозрачность мутная, удельный вес 1019, реакия кис, осадок нет. Белок 0,246 г./л

Коагулограмма 8.04.14

ПТИ 100%, МНО 1,05, АЧТВ 38, Фибриноген А 3,6 г/л, Тромбиновое время 17 с.

Б/х исследование крови 8.04.14

Билирубин общ. 12.0 ммоль/л, холестерин 6.3 ммоль/л, В-липопротеиды 6.0 г./л, общий белок 72г/л, амилаза крови 50 ед/л, креатинин 0.12 ммоль/л, АлАТ 26 ед/л, АсАТ 21 ед/л.

ОАК 10.04.2014

Лей - 6.1, э - 4.9, гемм. 140, тр 192, СОЭ 23, лимфоциты 43%, эозинофилы 2%, сегментоядерные 47%.

УЗИ молочных желез 3.04.14.

Признаки очагового образования левой молочной железы.

Прицельная биопсия левой молочной железы 8.04.14.

Патологогистологический диагноз: Инфильтрирующий дольковый рак молочной железы.

УЗИ малого таза 09.04.14

УЗ признаки физиологической серозометрии и кальцинозов эндометрия.

**6. Предварительный диагноз и его обоснование**

На основании субективных данных, данных физикального обследования (пальпируется образование в левой молочной железе), результатов дополнительных исследований (УЗИ молочных желез 3.04.14. Признаки очагового образования левой молочной железы.) предварительный диагноз следующий: Образование левой молочной железы.

**. Дифференциальная диагностика**

Для уточнения предварительного диагноза больной необходимо провести прицельную биопсию образования левой молочной железы.

**8. Окончательный диагноз**

На основании данных физикального обследования (пальпируется образование левой молочной железы), результатов дополнительных методов исследования (УЗИ молочных желез 3.04.14.

Признаки очагового образования левой молочной железы. Прицельная биопсия левой молочной железы 8.04.14. Патологогистологический диагноз: Инфильтрирующий дольковый рак молочной железы.), исследования операционного материала, сформулирован окончательный диагноз: Рак левой молочной железы T2NxM0, ст II А.

**9. Лечение**

Лечение первичного рака молочной железы. Используется практически весь арсенал основных противоопухолевых воздействий: хирургический метод, лучевая терапия, а также лекарственные средства - химиотерапевтические, гормональные. Перечисленные методы чаще всего применяются в программах комбинированного или комплексного лечения.

Выбор метода лечения каждой больной зависит от степени распространенности опухолевого процесса (у первичных больных - стадии заболевания), возраста, наличия сопутствующих заболеваний, гормональной зависимости опухоли, уровня HER2/neu.

Ключевыми прогностическими факторами при первичном раке молочной железы являются:

• количество вовлеченных метастатических лимфатических узлов;

• размер и локализация первичной опухоли;

• степень злокачественности опухоли;

• состояние гормональных рецепторов (эстрогена и прогестерона);

• Экспрессия гена HER2/neu;

• длительность менопаузы;

• возраст.

Лечение рака молочной железы можно разделить на два компонента - это местное, или локальное, воздействие, к которому относятся хирургическое вмешательство и лучевая терапия, и системное, которое осуществляется с помощью химиотерапевтических и эндокринных воздействий.

Хирургическое лечение

. Радикальная мастэктомия с сохранением большой грудной мышцы (операция Пейти, 1948). Единым блоком удаляется молочная железа с клетчаткой и лимфатическими узлами подключичной, подмышечной, подлопаточной зон и малой грудной мышцей.

. Мастэктомия с удалением подмышечных лимфатических узлов (операция Маддена, 1965). Единым блоком удаляются лимфатические узлы подмышечной и межпекторальной области с молочной железой. Обе грудные мышцы сохраняются.

. Мастэктомия - удаление молочной железы с фасцией большой грудной мышцы. Данный тип операции применяется как паллиативный.

. Радикальная резекция молочной железы - удаление сектора молочной железы в едином блоке с лимфатическими узлами подключичной, подмышечной и подлопаточной зон. При внутренней локализации опухоли операция производится из двух разрезов - второй разрез в подмышечной области.

Лучевая терапия

Лучевая терапия как самостоятельный метод лечения первичного рака молочной железы применяется относительно редко. При возможности выполнения операции лучевое воздействие выполняют в комбинации с хирургическим вмешательством. Различные варианты комбинированного лечения, предусматривающие предоперационную лучевую терапию, послеоперационную или их сочетание, направлены в основном на профилактику локорегионарных рецидивов. Лучевая терапия в комбинированном лечении ранних стадий рака молочной железы в последние два десятилетия претерпела определенные изменения в связи с внедрением органосохраняющих операций. Нместо широко распространенных коротких курсов интенсивной предоперационной лучевой терапии, возможно не всегда достаточно обоснованных, с последующей радикальной мастэктомией, лучевая терапия стала обязательным компонентом после выполнения органосохраняющих операций.

Лучевая терапия в самостоятельном плане или в сочетании с лекарственной терапией по-прежнему сохраняет важное значение на первом этапе лечения местно-распространенных форм рака молочной железы с целью возможного перевода опухоли в операбельное состояние. При противопоказании к операции, а также в случае неоперабельности опухоли лучевую терапию применяют в плане консервативного лечения.

Гормональное лечение

В настоящее время успехи гормонотерапии рака молочной железы связаны с применением препаратов системного действия, таких как антиэстрогены, ингибиторы и анактиваторы ароматазы, прогестины.

Гормонотерапия является обязательным компонентом комплексного лечения, которое проводится при первично-распространенных и генерализованных формах рака молочной железы. Показанием к назначению гормонотерапии в настоящее время является повышенное содержание в опухолевой ткани рецепторов эстрогенов или прогестерона.

Получены убедительные данные о новых подходах и возможностях адъювантной гормонотерапии рака молочной железы: последовательное применение на 1-м этапе антиэстрогенов (2-3 года), в дальнейшем, на 2-м этапе, переход на инактиваторы либо ингибиторы ароматазы (2-3 года). Этот новый подход к последовательному применению двух эндокринных препаратов с разным механизмом действия позволяет снизить риск генерализации процесса и возникновения рака во второй молочной железе.

Химиотерапия

. Неоадъювантная химиотерапия проводится в качестве системной терапии с целью сокращения размеров первичной опухоли и метастазов в регионарные лимфатические узлы перед оперативным вмешательством.

. Адъювантная химиотерапия подразумевает системное лечение пипиентов с отсутствием признаков опухолевого роста после хирургического лечения, с сохраняющимся высоким риском развития метастазов.

. Паллиативная химиотерапия (индукционная) проводится при распространенном раке молочной железы и позволяет улучшить самочувствие пациентов, снизить выраженность симптомов, значительно улучшить показатели выживаемости, а в 10-20% случаев остается шанс на полный эффект терапии. В настоящее время стало очевидно, что е помощью полихимиотерапии можно добиться более выраженного и продолжительного клинического эффекта, однако монотерапия не потеряла своего значения. Этот вид лечения может обеспечить удовлетворительный паллиативный эффект у больных, которые не могут (из-за сопутствующей патологии или предшествующего противоопухолевого лечения) подвергаться комбинированной химиотерапии.

Стадия II В (T2N1M0, T3N0M0), лечение.

Т2 - опухоль до 5 см- одиночные, подвижные, не более 3 метастазов в подмышечных лимфатических узлах

МО - нет признаков отдаленных метастазов

На первом этапе выполняется предоперационная лучевая терапия, которая может проводиться в сочетании с химиотерапией. По данным РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, сочетание лучевой терапии с химиотерапией, включающей антрациклины (4 курса), дало возможность выполнить радикальную резекцию у 19,2% больных. Частота рецидивов - от 2 до 10%. Однако возможности проведения сохранного оперативного вмешательства ограничены, и ныне основным типом оперативного вмешательства в этой стадии заболевания остается радикальная мастэктомия с сохранением только большой грудной мышцы или обеих грудных мышц.

Учитывать то, что больные, страдающие раком молочной железы, как правило, погибают не от местных рецидивов, а от отдаленных метастазов, в послеоперационном периоде показана химиотерапия с включением антрациклинов CAF, АС. Следует отметить, что весьма перспективным, особенно при наличии плохих прогностических факторов, является адъювантное применение таксанов, особенно в комбинации с антрациклинами (ТАС). Гормонотерапия проводится не менее 5 лет (последовательное назначение антиэстрогенов на 1-м этапе с последующим применением ингибиторов или инактиваторов ароматазы после выключения функции яичников у менструирующих больных).

.04.14. Предоперационный эпикриз.

Жалобы прежние. Состояние ближе к удовлетворительному. АД 130/90 мм рт. ст. ЧСС 76 уд. в мин. Т 36.6 Со.

Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски.

Язык влажный, без налета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий б/б во всех отделах, Гемодинамика стабильная. Стул, мочеиспускание без особенностей. Больной показано плановое оперативное лечение: мастэктомия по Маддену слева под МКА с ИВЛ.

Операция.

А20.08 Мастэктомия по Маддену слева

После обработки операционного поля дважды, спиртовым раствором гибитана под МКА с ИВЛ, произведен поперечный разрез кожи вокруг молочной железы. Кожные лоскуты отсепарованы до общепринятых границ. Единым блоком удалены: Левая молочная железа с грудной фасцией и клетчаткой межмышечной, подмышечной, подлопаточной и подключичной областей. Гомеостаз по ходу операции. Рана обработана 3% ра-ром перекиси водорода. Спирт на сосудистый пучек. В рану, через контрапертуру поставлен активный дренаж. Швы на кожу. Асептическая повязка. Планируется проведение лучевой терапии. Состояние пациентки к моменту окончания курации удовлетворительное.

**10. Постоперационная реабилитация**

Реабилитация после лечения по поводу рака молочной железы является объемным понятием и включает в себя целый комплекс мероприятий, который наиболее эффективен при всестороннем воздействии. Согласно медицинского словаря, реабилитация представляет собой систему медицинских, профессиональных, педагогических, психологических, правовых, социальных и иных мероприятий государства и общества в целом, направленных на создание условий и оптимизацию процессов сохранения или восстановления здоровья, трудоспособности, личностного и социального статуса больных и инвалидов в целях наиболее раннего и максимально эффективного возвращения их в обычные условия жизни вместе и наравне со здоровыми членами общества.

Реабилитация после лечения по поводу рака молочной железы является одной из составляющих комплексного лечения онкологических больных. Важность реабилитации после лечения по поводу рака молочной железы имеет первоочередное значение, как для самого пациента, так и для лечащего доктора. Комплексное лечение рака молочной железы включает в себя хирургическую, лучевую и медикаментозную терапию. Современные методики лечения рака молочной железы позволяют значительно снизить риск развития метастазов и, тем самым, увеличить продолжительность жизни онкологических больных. Необходимо отметить, что хирургическое вмешательство, как и лучевая, и лекарственная терапия, применяемые при лечении рака молочной железы, вызывают серьезные органические повреждения организма человека в виде развития постмастэктомического синдрома. Последний, как отмечено в большинстве научных медицинских трудов, развивается у всех без исключения больных, перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы. Постмастэктомический синдром выражается во множественных и разнообразных сосудисто-неврологических нарушениях, сопровождающихся патологическими изменениями свертывающей системы и реологических свойств крови.

Актуальность вопроса реабилитации после лечения по поводу рака молочной железы заключается в том, что в России рак молочной железы занимает первое место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин. Применяемые методы лечения рака молочной железы, нередко приводят к серьезным соматическим и психологическим нарушениям, при которых у 35-40 процентов пролеченных женщин развивается лимфостаз верхней конечности; у 1,2-11 процентов женщин развиваются плечевые плекситы и нейропатии; у 39,7 процентов - ограничение амплитуды движения в плечевом суставе; у 25 процентов женщин наблюдается тяжелая психологическая депрессия. Выявление вышеперечисленных патологий приводит к инвалидизации женщин, в связи с этим проблема реабилитации после лечения по поводу рака молочной железы имеет особую медико-социальную значимость в рамках всей страны. Все женщины, закончившие специальное лечение по поводу рака молочной железы, и имеющие проявления постмастэктомического синдрома, нуждаются в проведении комплекса реабилитационных мероприятий, которые заключаются в лечении вторичного лимфостаза верхней конечности, плексита, коррекции вертеброгенных нарушений, экзопротезировании отсутствующей молочной железы, психологической коррекции.

Лимфостаз мягких тканей верхней конечности

На сегодняшний день, лимфостаз мягких тканей верхней конечности остается наиболее частым патологическим процессом у больных, перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы.

**11. Организация диспансерного наблюдения**

Пациентка относится к III диспансерной группе (излеченные от новообразований) и подлежит диспансерному наблюдению на протяжении жизни. Диспансеризацию III клинической группы проводят в сроки: 1-й год после лечения- 1 раз в 3 месяца. 2-3 годы- 1 раз в 6 месяцев, свыше 3-х лет- 1 раз в год.

**Литература**

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные заболевания в России и странах СНГ. - М., 2004.

. Гарин А.М. Вклад лекарственной терапии в повышение общей выживаемости онкологических больных: Материалы IX онкологического Российского конгресса. - М., 2005.

. Летягин В.П. Стратегия лечения больных ранним раком молочной железы (По материалам Европейской школы онкологии, Москва 2005 г.) // Маммология. - 2006. - №1. - С. 86-87.

. Источник: Гинекология - национальное руководство под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина 2009 г.