I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. ФИО- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Возраст – 05.05.1956 г.
3. Национальность – белоруска
4. Семейное положение – замужем
5. Профессия – пенсионерка

7. Домашний адрес – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Дата поступления в клинику – 18.03.13 г.

9. Диагноз направившего учреждения: Заболевание молочной железы.

11. Диагноз клинический: Рак левой молочной железы рT1N0M0 I ст., н/наружного квадранта, II клин. гр., состояние после радикальной мастэктомии по Маддену.

 Сопутствующий: АГ 3 ст., риск 4.

II. ЖАЛОБЫ

Больная предъявляет жалобы на стреляющую боль в области левой молочной железы, наличие уплотнения в левой молочной железе.

III. ANAMNESIS MORBI

В 2011 г. при посещении онколога, врач обнаружил уплотнение в левой молочной железе. После чего было выполнено УЗИ молочной железы, однако онкопатологии не выявлено. В октябре 2012 г. при очередном посещении врача-онколога было выявлено увеличение уплотнения. Пациентка почувствовала боль в молочной железе, иррадиирующую в подмышечную область. В январе 2013 г. врачом-онкологом ЦРБ было выдано направление в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, где было рекомендовано стационарное лечение.

IV. ANAMNESIS VITAE

Родилась в срок. Росла и развивалась соответственно возрасту.

Из перенесенных заболеваний отмечает ОРИ.

Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания в семье и среди близких родственников отрицает.

Переливание крови и кровезаменителей не проводилось.

Гинекологический анамнез: менопауза в 55 лет. Родов 2, абортов 4. Первые роды в 20 лет, без осложнений.

Алкоголизм и психические заболевания в семье и среди близких родственников отрицает. Спиртные напитки не употребляет . Аллергоанамнез не отягощен. Непереносимость лекарственных средств не отмечает.

Жилищные условия удовлетворительные. Питается регулярно. Условия труда удовлетворительные, профвредности не отмечает.

V. STATUS PRAESENS COMMUNIS

**Общий осмотр**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больного активное.

Общий вид соответствует полу и возрасту, выражение лица спокойное, телосложение нормостеническое, рост 167 см, вес 97 кг, ИМТ=34,7кг/м2. Температура тела 36,7о С.

 Кожный покров бледно-розового цвета, чистый, эластичный.

 Подкожная жировая клетчатка развита хорошо, распределена равномерно. Отёков нет.

Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Миндалины не увеличены, чистые. Задняя стенка глотки нормального цвета, ровная.

Лимфатические узлы не увеличены, мягкие, безболезненные, подвижные, не спаяны между собой и с окружающими тканями, кожа над ними не изменена.

Щитовидная железа не увеличена, эластичная, безболезненна при пальпации. Диффузных и очаговых образований не выявлено.

**Костно-мышечная система**

Общее развитие мышечной системы хорошее, болезненности при ощупывании мышц нет. Деформаций костей, болезненности при ощупывании суставов нет. Суставы обычной конфигурации. Активная и пассивная подвижность в суставах в полном объеме.

**Система органов дыхания**

*Осмотр грудной клетки*

Форма грудной клетки нормостеническая. Тип дыхания смешанный. Число дыханий – 16 в 1 минуту. Дыхание глубокое. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно.

*Пальпация грудной клетки*

Грудная клетка эластичная. Болезненности не выявлено. Голсовое дрожание на симметричных участках одинаково.

*Перкуссия.*

При сравнительной перкуссии над всей проекцией легких ясный легочный звук.

*Топографическая перкуссия:*

Нижние границы правого легкого:

по l. parasternalis- верхний край 6-го ребра

по l. medioclavicularis- нижний край 6-го ребра

по l. axillaris anterior- 7 ребро

по l. axillaris media- 8 ребро

по l. axillaris posterior- 9 ребро

по l. scapuiaris- 10 ребро

по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

Нижние границы левого легкого:

по l. parasternalis- -------

по l. medioclavicularis- -------

по l. axillaris anterior- 7 ребро

по l. axillaris media- 8 ребро

по l. axillaris posterior- 9 ребро

по l. scapuiaris- 10 ребро

по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

Верхние границы легких:

Спереди на 3 см выше ключицы. Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. Ширина полей Кренига справа 5 см, слева 6,5 см.

Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней подмышечной линии:

на вдохе 4 см

на выдохе 4 см

Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней подмышечной линии:

на вдохе 4 см

на выдохе 4 см

*Аускультация легких*

При аускультации выслушивается везикулярное дыхание. Дыхательные шумы отсутствуют. Бронхофония на симметричных участках определяется одинаково.

**Система органов кровообращения**

*Осмотр области сердца и крупных сосудов*

Верхушечный и сердечного толчков не видно, патологической пульсации сосудов нет.

*Пальпация сердца и сосудов*

Пульс – 86 в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный, одинаковый на обеих руках. Артериальные стенки плотные.

Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии.

*Перкуссия сердца и сосудистого пучка*

Границы относительной тупости сердца определяются: правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье, верхняя – на 1 см кнаружи от левого края грудины в III межреберье.

 Границы абсолютной тупости сердца: правая – в IV межреберье по левому краю грудины, левая – на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье, верхняя – на 1 см кнаружи от левого края грудины в IV межреберье.

Ширина сосудистого пучка = 6 см, конфигурация сердца нормальная.

Длинник сердца равен 13 см, поперечник – 12 см.

*Аускультация сердца и сосудов*

Тоны сердца ясные, ритмичные, без особенностей над всеми точками аускультации. Внутрисердечные шумы и шум трения перикарда отсутствуют. АД – 120/85 мм. рт. ст.

При исследовании сосудов определено: сосудистая стенка периферических артерий эластичная, мягкая, ровная, плоская.

Пульс на лучевых артериях пальпируется на обеих руках, синхронный, ритмичный, умеренного наполнения и напряжения, с частотой 80 ударов в минуту. Дефицита пульса нет.

**Система органов пищеварения**

Язык сухой, обложен беловатым налетом. Акт глотания не нарушен.

Живот нормальной формы, симметричен, не увеличен, равномерно участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики желудка и кишечника нет.

*Пальпация*

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Напряжения мышц живота не выявлено.

При глубокой пальпации в правой подвздошной области определяется слепая кишка: безболезненная, мягкой консистенции, слегка урчит, подвижна, диаметром 3 см, в левой подвздошной области определяется сигмовидная кишка: безболезненная, плотноэластической консистенции, с ровной поверхностью, не урчит, малоподвижна, диаметр 1,5 см, нижняя граница желудка определяется на 1,5 см ниже пупка, ниже нее пальпируется поперечно-ободочная кишка: безболезненна, мягкой консистенции, подвижная, 4 см в диаметре. Опухоль не определяется.

При *перкуссии* свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются.

*Аускультация*

Перистальтика кишечника живая, число перистальтических волн-2-3 в мин.

*Границы абсолютной печеночной тупости:*

По передней подмышечной линии: верхняя граница – VII ребро

 Нижняя граница – н/к XI ребра

Срединно-ключичная линия: верхняя граница – н/к VI ребра

 Нижняя граница – по краю реберной дуги

Окологрудинная линия (правая): Верхняя граница – в/к VI ребра

 Нижняя граница – 1см ниже реберной дуги

Срединная линия: нижняя граница на границе верхней и средней 1/3 расстояния между мечевидным отростком и пупком.

Окологрудинная линия (левая): край реберной дуги.

*Размеры печени по Курлову* 9-8-7 см.

*Размеры селезенки*

Поперечный – 5см, продольный – 7см.

Печень по краю реберной дуги, нижний край её ровный, гладкий, эластичный. Селезенка не пальпируется.

Симптомы Ортнера, Мерфи отрицательные. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

**Мочеполовая система**

Осмотр области почек без особенностей.

Мочеиспускание произвольное, свободное, безболезненное. Моча обычного цвета. Диурез достаточный.

Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, мочеточниковые точки безболезненные.

**Психоневрологический статус**

Настроение спокойное, ориентирование во времени и месте не нарушено, концентрация внимания без усилий. Интеллект развит, память не изменена, речь живая, связная. Сон нормальный, без особенностей. Поведение адекватное.

Дермографизм смешанного характера.

Психических нарушений нет.

Зрение и слух в норме.

**Ректальное исследование**

Тонус сфинктера нормальный. Складки свободны, слизистая без особенностей; при пальпации стенок прямой кишки опухолевидные образования, нависание и болезненность стенок не выявлены. Кал на перчатке без патологических примесей.

 **Вагинальное исследование:**

 Осмотр: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Уретра, парауретральные ходы не изменены. Бартолиновы железы не изменены.

Per speculum:

Слизистая влагалища бледно-розовая. Шейка матки цилиндрическая, чистая. Выделения слизистые.

Pervaginum:

Влагалище свободное. Своды свободны, безболезненные. Шейка матки цилиндрическая, плотная. Тело матки не выходит за пределы половой щели. Придатки не определяются, область их безболезненна. Смещение за шейку матки безболезненное. Крестцово-маточные связки не изменены. Параметры не изменены.

VI. Локальный статус

Молочные железы симметричны. Ареола правильной формы, сосок не втянут. Выделений из сосков нет. Отека железы нет. В левой молочной железе в нижне-наружном квадранте пальпируется образование плотно-эластичной консистенции около 2 см в диаметре. Подвижно, с окружающими мягкими тканями и кожей не спаяна. Кожа над опухолью не изменена. Периферические л/у не увеличены.

 VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб (на стреляющую боль в области левой молочной железы, наличие уплотнения в левой молочной железе), анамнеза (В 2011 г. при посещении онколога, врач обнаружил уплотнение в левой молочной железе. После чего было выполнено УЗИ молочной железы, однако онкопатологии не выявлено. В октябре 2012 г. при очередном посещении врача-онколога было выявлено увеличение уплотнения. Пациентка почувствовала боль в молочной железе, иррадиирующую в подмышечную область) и данных объективного исследования (В левой молочной железе в нижне-наружном квадранте пальпируется образование плотно-эластичной консистенции около 2 см в диаметре. Периферические л/у не увеличены) можно выставить предварительный диагноз: Рак нижненаружного квадранта левой молочной железы сT1N0M0 I ст.

 VII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Биохимическое исследование крови (общий белок, креатинин, мочевина, билирубин, АлАт, АсАт, щелочная фосфатаза, амилаза, глюкоза, электролиты- K, Na, Ca, Cl);
4. Биопсия опухоли и исследованием биоптата
5. УЗИ молочной железы;
6. ЭКГ;
7. Коагулограмма;
8. Серореакция на сифилис;
9. Гистологическое исследование;
10. Осмотр гинеколога.

VIII. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ

МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Общий анализ крови (19.03.2013 г. )**

Эритроциты 4×1012/л

Гемоглобин 127г/л

Цветовой показатель 0,9

СОЭ 14мм/час

Лейкоциты 9,3 × 109/л

Сегментоядерные 43%

Палочкоядерные 4%

Лимфоциты 47%

Моноциты 6%

**Общий анализ мочи(19.03.2013 г. )**

Цвет – соломенно-желтый

Прозрачность – полная

Удельный вес 1010

Реакция кислая

Белок ,сахар – нет

Цилиндры – нет

Эритроциты – нет

Лейкоциты 3-4 в поле зрения

Эпителий – 1-2 в поле зрения

**Биохимический анализ крови(19.03.2013 г. )**

Глюкоза 6,0 ммоль./л

Билирубин 12,03 ммоль/л

Мочевина 3,94 мм/ч

α-амилаза – 100,0 г/л

Общий белок 68 г/л

АсАт 0,46

АлАт 0,35

калий 5.1

**Осмотр гинеколога (21.03.13 г.):** онкопатологии не выявлено.

**УЗИ молочной железы ( 20.03.2013 г.)**

Кожа левой молочной железы не утолщена. Молочная железа с преобладанием жирового компонента. Толщина железистого слоя 5 мм. Млечные протоки незначительно расширены, имеются участки фиброза. В нижненаружном квадранте определяется образование пониженной эхогенности.

**Биопсия опухоли с исследованием биоптата (18.03.2013 г.)**

Определяются клетки железистого рака умеренной степени дифференцировки.

 **ЭКГ**

Ритм синусовый, ЧСС 86 в минуту. Отклонение ЭОС влево.

**Серореакция на сифилис**

RW –

**Гистологическое исследование (08.04.2013 г.):**

Заключение: инфильтративный рак G2, метастазов нет.

IX. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основании жалоб (на стреляющую боль в области левой молочной железы, наличие уплотнения в левой молочной железе), анамнеза (В 2011 г. при посещении онколога, врач обнаружил уплотнение в левой молочной железе. После чего было выполнено УЗИ молочной железы, однако онкопатологии не выявлено. В октябре 2012 г. при очередном посещении врача-онколога было выявлено увеличение уплотнения. Пациентка почувствовала боль в молочной железе, иррадиирующую в подмышечную область) и данных объективного исследования (В левой молочной железе в нижне-наружном квадранте пальпируется образование плотно-эластичной консистенции около 2 см в диаметре. Периферические л/у не увеличены), результатов лабораторных и специальных методов исследования (УЗИ молочной железы: В нижненаружном квадранте определяется образование пониженной эхогенности; Биопсия опухоли с исследованием биоптата: Определяются клетки железистого рака умереннойстепени дифференцировки) можно выставить клинический диагноз: Рак нижненаружного квадранта левой молочной железы рT1N0M0 I ст.

 X. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Не все обнаруживаемые в молочной железе образования являются опухолевыми, это могут быть и доброкачественные образования такие, например как: фиброзная и фиброзно-кистозная мастопатия, фиброаденомы, маститы.

Фиброзная и фиброзно-кистозная мастопатия – это доброкачественный процесс, обычно симметричный, наиболее часто располагающийся в верхних наружных квадрантах, где более выражена железистая ткань. Пальпаторно эта область определяется как эластичное образование с очагами более плотной ткани. Киста, как правило, имеет четкие контуры, подвижна.

Мастопатия сопровождается болезненностью при прощупывании и имеет цикличное течение, связанное с менструацией. Этот процесс наблюдается у пятидесяти процентов женщин в пременопаузе и обычно исчезает в менопаузе.

Фиброаденомы отличаются подвижностью, имеют плотную консистенцию, гладкую поверхность. Обычно развиваются в юношеском возрасте.

Обнаружение опухолевого процесса требует использования всей доступной информации с целью уточнения характера выявленной в молочной железе патологии. Также в молочной железе помимо этих заболеваний могут встречаться липомы (доброкачественные разрастания жировой ткани). На ощупь они плотные, подвижны, с кожей не соединены, безболезненны, размеры их могут быть различны.

Липогранулемы тоже не редкое явление. Они возникают сразу или через короткое время после травм, отличаются плотными, четкими краями, кожа, как правило, имеет синюшный оттенок, болезненность в области липогранулемы небольшая.

У кормящих женщин может возникнуть такое явление как галактоцеле – это небольшое уплотнение, в молочной железе возникающее вследствие неполного выпаивания молока ребенком, над областью галактоцеле возникает легкая болезненность, которая проходит через пару дней бесследно.

Ангиоматозные (сосудистые) опухоли. Возникают в измененном сосуде молочной железы, иногда могут пульсировать, причем этот пульс совпадает с ритмом сердца, мягкие на ощупь, безболезненные.

Значительные трудности возникают при дифференцировке маститоподобных форм рака молочной железы и острого мастита. Острый мастит начинается остро, и быстро у него, как правило, молниеносное, очень быстрое начало. Сопровождается острый мастит болями, молочная железа увеличена в размере, кожа над ней имеет гиперемированный характер (красная), на ощупь горячая, плотная. В отличие от рака молочной железы мастит поддается противовоспалительному лечению.

Маститоподобный рак молочной железы начинается исподволь, постепенно, иногда даже сами женщины не могут вспомнить день и час начала развития заболевания. Кожа над опухолевым процессом напряжена. Молочная железа плотная, подвижность ее ограничена. Изменение цвета кожи носит характер ближе к синюшности, но кожа над очагом тоже горячая. В глубине железистой ткани пальпируются диффузные уплотнения. Характерно, как и при мастите, подъем температуры, но температура не достигает больших цифр, как при мастите, и поднимается не резко, а постепенно.

В этом случае, когда диагноз установить трудно по клиническим проявлениям, то нужно провести цитологическое, то есть на клеточном уровне, исследование пунктата (пробы) из уплотнения и выделений из соска при их наличии. Такое исследование поможет диагностировать данное заболевание и может иметь решающее значение в установлении правильного диагноза.

Добавочная молочная железа может напоминать рак, но у нее есть типичной расположение – у края большой грудной мышцы, увеличивается в размерах во время лактации.

XI. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Факторы риска, увеличивающие вероятность заболеть РМЖ:

1. Возраст более сорока лет;
2. Повышенный уровень эстрогенов в крови;
3. Приём гормональных препаратов с целью регуляции менструального цикла, контрацепции или же при заместительной гормональной терапии в период менопаузы;
4. Наличие родственников 1-й линии (мама, бабушка, тётя, сестра), подверженных данному заболеванию;
5. Перенесённый ранее рак яичника или грудной железы;
6. Первая беременность в возрасте более 30-и лет;
7. Контактирование с источниками радиации;
8. Отсутствие беременностей и родов;
9. Возникновение изменений в молочной железе, которые врач трактует как возникновение атипичной эпителиальной геперплазии. Хотя фиброзно-кистозная мастопатия не относится к предраковым состояниям, атипические изменения, протекающие в эпителии протоков груди, существенно увеличивают риск появления рака молочной железы;
10. Раннее начало менструаций (в возрасте до 12-и лет) и/или позднее начало менопаузы;
11. Повышенное употребление жирной пищи;
12. Обменные и эндокринологические нарушения (ожирение, заболевания щитовидной железы)

XII. ЛЕЧЕНИЕ

Лечение рака молочной железы включает в себя следующие разделы:

1)Хирургическое лечение

2)Лучевая терапия

3)Лекарственная терапия

4)Эндокринная терапия

5)Реконструктивно-пластическая хирургия

В основе лечения рака молочной железы лежит хирургическое вмешательство, однако применяется комбинированное лечение совместно с лучевой терапией и лекарственной (гормональной и химиотерапией).

Выбор метода или методов лечения зависит от:

-возраста пациента;

-характеристики первичной опухоли (локализация, размеры, наличие метастазов в подмы-шечных лимфатических узлах);

-гистологической структуры опухоли;

-представительства гормональных рецепторов в опухоли

-уровня экспрессии рецепторов эпидермального фактора роста;

-наличия сопутствующих заболеваний.

В стадии IA (Т1N0M0 ) обычно проводится резекция молочной железы или удаление соб-ственно опухоли с частичным или полным удалением подмышечных лимфоузлов. В даль-нейшем проводится лучевой терапией на оставшуюся часть молочной железы и лимфатиче-ских узлов. У больных с высоким риском местного рецидива и метастазирования проводятся курсы химиотерапии.

В стадии IIA обычно проводится радикальная мастэктомия по Маддену или мастэктомия по Пейти-Дайсену. Иногда бывает возможной органосохраняющая операция с удалением лим-фоузлов и послеоперационной лучевой терапией на молочную железу. В послеоперационном периоде проводится иммунопрофилактика.

В стадии IIB (Т2N0M0) помимо радикальной мастэктомии и лучевой терапии применяется химиотерапия по схеме CMF (6 курсов с интервалом 3 недели). Лучевая терапия может по-мимо послеоперационного также и предоперационное облучения.

В III и IV стадии проводится длительная предоперационная лучевая терапия на молочную железу и зоны регионарного метастазирования, а также полихимиотерапия и гормонотера-пия. При положительных результатах предварительного лечения (уменьшение опухоли на 50% и более) выполняется радикальная мастэктомия с возможным сохранением большой грудной мышцы.

При отсутствии возможности проведения оперативного вмешательства продолжается луче-вая терапия и химиотерапия по специальным схемам.

После радикальной мастэктомии при III-IV стадиях необходимо проведение послеопе-рационной лучевой терапии на грудную стенку и надключичную область.

Гормонотерапия является компонентом комплексного лечения, которое проводится при пер-вично распространенных формах рака молочной железы. Показанием к применению гормо-нотерапии в настоящее время является наличие повышенного содержания рецепторов эстро-генов и прогестерона в опухолевой ткани.

Для снижения уровня эстрогенов, стимулирующих рост клеток молочной железы, применя-ется двусторонняя овариоэктомия, либо лучевая кастрация, либо прием препарата Золадекс, терапевтический эффект которого сходен с овариоэктомией. Введение в практику антиэстрогенов стало вытеснять остальные гормональные препараты, т.к. дает неплохие результаты. Например, Тамоксифен (нольваденс, зитазониум) который применяется длительно. Он блокирует эстрогены на уровне рецепторов опухоли. Антиэстрогены могут применяться в менопаузе, либо после подавления функции яичников.

У женщин с сохраненной менструальной функцией показано применение андрогенов и их аналогов, глюкокортикоидов, прогестинов, антниэстрогенов, ингибиторов ароматазы, облу-чение гипофиза, а также использование агонистов рилизинг-фактора гипоталамуса.

Ингибиторы ароматазы, например, аминоглютатимид (ориметен, маммонит) подавляют функцию коры надпочечников и, тем самым, снижают уровень стероидных гормонов. Обычно их комбинируют с кортизоном ацетатом или гидрокортизоном.

Реконструкция молочной железы после мастэктомии как правило проводится пластическим хирургом или хирургом-онкологом в стационаре. При этом под кожу или чаще даже между слоями большой грудной мышцы вшивается специальный протез, а затем производят рекон-струкцию ареолы и соска.

План лечения данного больного.

Учитывая стадию опухолевого процесса (T1N0M0 I ст.) и возраст пациентки показана радикальная мастэктомия по Маддену слева (27.03.2013 г.).

Описание операции:

Под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами, двумя разрезами, окаймляющими молочную железу в горизонтальном направлении рассечена кожа и подкожная клетчатка. Кожные лоскуты толщиной 0,5 см, отсепарованы книзу- до края реберной дуги, кверху- до ключицы, медиально – до грудины, латерально- до широчайшей мышцы спины. Молочная железа удалена единым блоком с подкожной жировой клетчаткой, фасцией большой грудной мышцы, межмышечной, подмышечной, подключичной клетчаткой с лимфоузлами 3-х уровней метастазирования. Гемостаз. Рана дважды помыта раствором фурациллина, абластика спиртом.Рана дренирована резиновыми трубками по системе вакуум-дренирования. Контроль гемостаза. Швы на рану. Контроль герметизма дренирования. Асептическая повязка.

Описание препарата для гистологического исследования:

1. Молочная железа с опухолью до 1,5см, с плоскими краями.
2. Межмышечная клетчатка обычного строения.
3. Подмышечные л.узлы до 1,5 см,плоские.
4. Подключичные л.узлы до 0,5см

 Симптоматическое лечение:

1. Контроль АД
2. Tab. Lizinoprili 10 mg утром
3. До операции: Tab. Sonnex 1 таб. На ночь

 Фрагмин 5000 ЕД 1 раз в сутки подкожно

 Sol. Atropini 0,1 % - 0,5 ml В/м за 30 мин до операции

 Sol. Diazepami 10 mg – 2,0 ml в/м за 30 мин до операции

 Эластическое бинтование нижних конечностей

1. После операции: Кеторолак 1,0 мл 2 р/сут в/м
2. Sol. Analgini 50%- 2,0 ml в/м
3. Sol. Cefazolini 1,0 4р/сут в/м
4. Инфузионная терапия: Sol. Glucosae 5%-400 ml в/в кап.

 Insulini 10 ЕД

 Sol. Ringeri 400 ml в/в кап.

 Sol. Nacl 0,9 %-400 ml в/в кап.

В дпльнейшем рекомендовано проведение химиотерапии.

XIII. ДНЕВНИКИ

|  |  |
| --- | --- |
| дата | Данные наблюдения |
| 5.04.13 | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное.Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски, видимые слизистые розовые, без патологических изменений; температура тела 36,8 С.; артериальное давление 130/80 мм ртутного столба; пульс 82 в минуту, сердечные тоны приглушены, ритмичные. Над всей поверхностью лёгких выслушивается везикулярное дыхание;Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Стул регулярный, мочеиспускание свободное, безболезненное. |
| 8.04.13 | Жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное.Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски; АД 130/90 мм рт ст; пульс 87 в минуту, сердечные тоны приглушены, ритмичные. В лёгких везикулярное дыхание;Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Стул, диурез в норме. |
| 9.04.13 | Жалобы нет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное.Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски окраски; АД 130/90 мм рт ст; пульс 85 в минуту, сердечные тоны приглушены, ритмичные. В лёгких везикулярное дыхание;Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Стул, диурез в норме. |

XIV. ЭПИКРИЗ

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (05.05.1956 г.р.). Поступила в отделение общей онкологии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 18.03.2013 г.

На основании жалоб, анамнеза, объективного исследования, лабораторных и инструментальных исследованиях был выставлен диагноз: Рак нижненаружного квадранта левой молочной железы T1N0M0 I ст., II клин. гр., состояние после радикальной мастэктомии по Маддену.

Проведены интрументальные исследования:

**УЗИ молочной железы ( 20.03.2013 г.)**

Кожа левой молочной железы не утолщена. Молочная железа с преобладанием жирового компонента. Толщина железистого слоя 5 мм. Млечные протоки незначительно расширены, имеются участки фиброза. В нижненаружном квадранте определяется образование пониженной эхогенности.

**Биопсия опухоли с исследованием биоптата (18.03.2013 г.)**

Определяются клетки железистого рака умеренной степени дифференцировки.

**Гистологическое исследование (08.04.2013 г.):**

Заключение: инфильтративный рак G2, метастазов нет.

**Осмотр гинеколога (21.03.13 г.):** онкопатологии не выявлено.

 Выполнено хирургическое лечение: радикальная мастэктомия по Маддену слева (27.03.2013 г.)

Также проведена обезболивающая (кеторолак, анальгин), инфузионная, симптоматическая терапия.

В дальнейшем рекомендовано проведение химиотерапии.

После выписки из стационара пациентке положено явится в онкодиспансер к химиотерапевту для решения вопроса химиотерапии.

К моменту окончания курации больная готовится к выписке. Состояние удовлетворительное.