**Паспортная часть**

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: 07.11.1955г.

Национальность: белоруска

Профессия: телятница

Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления в стационар: 18.03.2013г.

Диагноз направившего учреждения: Заболевание левой молочной железы.

Диагноз при поступлении: Рак левой молочной железы, узловая форма, центральная локализация, рT2N1M0, 2b степень.

Диагноз клинический: Рак левой молочной железы, узловая форма, центральная локализация, рT2N1M0, 2b степень. Клиническая группа III.

Операция: Радикальная мастэктомия по Маддену слева.

Метод обезболивания: Эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами.

Исход болезни: выздоровление.

Группа крови и резус-принадлежность: А (2), резус «-».

**Жалобы**

На момент поступления: на уплотнение в левой молочной железе.

История настоящего заболевания

Со слов пациентки, около одного месяца назад заметила уплотнение в левой молочной железе. Обратилась к гинекологу по месту жительства. Была направлена в ВОКОД для дальнейшего лечения.

**История жизни больного**

Росла и развивалась в соответствии с возрастом. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, детские болезни (ветрянка). Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. Аллергические реакции на лекарства, пищевые продукты, красители не отмечает. Гемотрансфузий не было. Наследственность не отягощена.

Менструальная функция: начало менструаций с 13 лет, установились сразу. Характер менструального цикла: 26 по 4 дня. Величина кровопотери: умеренные, безболезненные. Менопауза 8 лет.

Акушерский анамнез: 2 беременности, 2 родов. Беременность и роды протекали без осложнений.

Социально-бытовые условия удовлетворительные. Характер питания: питание полноценное. Не курит, алкоголь не употребляет.

**Настоящее состояние больного**

На момент курации состояние больной удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, выражение лица спокойное. Телосложение правильное. Пациентка нормостенической конституции. Рост 170, вес 82 кг.

Кожный покров бледно-розового цвета. Сыпи не выявлено. Кожа умеренной влажности и эластичности. Подкожная клетчатка умеренно развита.

Щитовидная железа не увеличена, эластичная, гладкая, не спаяна с прилегающими тканями, перешеек 0,5см.

Мышцы: степень развития мышц нормальная, тонус умеренный, дрожания или тремора в отдельных группах мышц не выявлено.

Кости: кости черепа без особенностей, кости нижних и верхних конечностей, грудной клетки и таза без деформаций. Болезненности при пальпации не отмечает.

Суставы: конфигурация суставов не изменена, болезненности и хруста при движениях нет.

Лимфатические узлы: увеличение подмышечных лимфоузлов с двух сторон (до 1,5см), подключичного лимфоузла слева (до 1 см).

Молочная железа: размеры средние, симметричная, ареола – форма правильная, не изменена; сосок без изменений, выделений нет. В левой молочной железе, центральная локализация определяется опухоль 3,0см в диаметре, плотная, бугристая, трудно смещаемая. В подмышечной области справа пальпируется лимфоузел 1,0см, плотный. Правая молочная железа без очаговых образований.

*Система органов дыхания*

Дыхание через нос, свободное, ритмичное. Тип дыхания - смешанный. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Форма грудной клетки правильная, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенке грудной клетки. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются.

При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная. Голосовое дрожание симметричное, не изменено.

Перкуссия грудной клетки:

сравнительная - на симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочной звук.

Топографическая перкуссия:

Границы легких в норме.

Аускультация: над всеми аускультативными точками выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет.

*Система кровообращения*

Выпячивание грудной клетки в области сердца нет. Верхушечный толчок не виден, сердечного толчка, патологической пульсации сосудов нет.

При пальпации верхушечный толчок определяется слева в 5 – ом межреберье на 1 см кнаружи от серединоключичной линии, сила верхушечного толчка умеренная, S=2см2 , высокий.

***Перкуссия:***

Границы относительной тупости: правая – 4 межреберье по краю грудины справа. Левая – соответствует верхушечному толчку, верхняя граница – 3 межреберье по парастернальной линии.

Контуры сердца: правый контур проходит справа от грудины от передней срединной линии в 1-м,2-м, 3-м м/р на 3 см, в 4-м-на 4 см. Левый проходит слева от грудиныи отстоит от передней срединной линии в 1-м и 2-м м/р на 3 см, 3-м на 4 см, в 4-м на 7 см, в 5-м на 9см.

Размеры сердца: 13 см поперечник,14 см длинник.

Границы абсолютной тупости сердца: правая- по правому краю грудины в 4-м межреберье, левая- на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в 5-м м/р, верхняя-на 4-м ребре.

При аускультации тоны сердца ритмичные. Частота сердечных сокращений 70 уд./мин. Пульсации сонных артерий (пляски каротид) нет, видимая пульсация шейных вен не определяется. Варикозного расширения вен нет. Пульс на лучевых артериях одинаковый на обеих руках, 70 ударов в 1 минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, равномерный. АД 130/85 мм. рт. ст.

*Система органов пищеварения*

Слизистая оболочка полости рта и глотки розовая, чистая. Запаха изо рта нет. Язык влажный, обложен белесоватым налетом. Миндалины не выступают из-за небных дужек, лакуны неглубокие, без отделяемого.

Живот симметричен, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. Расширения подкожных вен живота нет.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Диффузного и локального напряжения мышц живота, локальных объёмных образований, диастазов и грыжевых ворот не обнаружено.

Глубокая, скользящая методическая пальпация по В.П. Образцову:

Сигмовидная кишка цилиндрической формы, диаметр – 2см, безболезненная, эластичной консистенции, поверхность гладкая, урчит. Нисходящая, поперечная и восходящая ободочная кишки не пальпируются. Слепая кишка цилиндрической формы, диаметр – 2см, безболезненная, эластичной консистенции, поверхность гладкая, не урчит. Терминальный отдел тонкой кишки цилиндрической формы, диаметр – 1см, безболезненный, эластичной консистенции, поверхность гладкая, урчит. Нижняя граница желудка определяется на границе средней и нижней трети линии, соединяющей мечевидный отросток и пупок. Пилороантральный отдел желудка безболезненный, подвижный.

Нижний край печени пальпируется на 0,5 см ниже реберной дуги, эластичный, безболезненный. Поверхность ровная, гладкая.

Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется.

При аускультации живота выслушиваются перистальтические шумы кишечника. Перистальтика удовлетворительная.

*Мочеполовая система*

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. В вертикальном и горизонтальном положении почки не пальпируются. При надавливании на мочеточниковые точки спереди и сзади болезненности нет. Мочевой пузырь не пальпируется.

*Нервно-психическая сфера и органы чувств.*

Сознание ясное. Настроение хорошее. Менингеальных знаков нет. Функция черепно-мозговых нервов сохранена в полном объёме. Все виды чувствительности кожи сохранены в полном объёме. Со стороны органов зрения, слуха, обоняния – возрастные изменения.

**Местный статус**

В левой молочной железе, центральная локализация определяется опухоль 3,0см в диаметре, плотная, бугристая, трудно смещаемая. В подмышечной области справа пальпируется лимфоузел 1,0см, плотный.

**Влагалищное и ректальное исследования**

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

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

Per vaginum:

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.

Per rectum:

Слизистая прямой кишки гладкая. Кровь на перчатке отсутствует. Тонус сфинктера: норма.

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб пациентки (уплотнение в левой молочной железе), местного статуса (В левой молочной железе, центральная локализация определяется опухоль 3,0см в диаметре, плотная, бугристая, трудно смещаемая. В подмышечной области справа пальпируется лимфоузел 1,0см, плотный.) можно выставить диагноз: Рак левой молочной железы, узловая форма, центральная локализация Т2N1M0, 2b ст.

**План обследования**

*I. Лабораторные исследования:*

1.общий анализ крови

2.общий анализ мочи;

3.изосерологическое исследование (группа крови и резус-фактор);

4.RW;

5.биохимический анализ крови (общий белок, мочевина, креатинин, билирубин, глюкоза, калий, кальций, натрий, хлор.);

6.Цитологическое исследование

7.Гистологическое исследование

*II. Инструментальные исследования:*

1.ЭКГ

2.Эхо КГ

3.Рентгеноскапия органов грудной клетки

4.УЗИ молочной железы.

5.Сцинтиграфия костей скелета.

**Результаты лабораторных и специальных методов исследования**

*Общий анализ крови (18.03.2013г)*

Эритроциты – 3,5\*10¹²/л;

Гемоглобин – 135 г/л;

Тромбоциты – 133\*10¹²/л;

ЦП – 0,93;

Лейкоциты – 4,5\*10/л;

Эозинофилы – 1%;

Палочкоядерные – 0%;

Сегментоядерные – 61%;

Лимфоциты – 34%;

Моноциты – 4%;

СОЭ – 10 мм/ч.

*Общий анализ мочи (18.03.2013г)*

Цвет - светло-желтый;

Реакция - кислая;

Прозрачная;

Удельный вес- 1008;

Белок и сахар - нет;

Лейкоциты - 1-2 в п. зр.

Эритроциты – нет

Гиалиновые цилиндры - 1-2 в п. зр.

*Группа крови и Rh-фактор (18.03.2013г.):*А (II) резус-отрицательная.

*Биохимический анализ крови (18.03.2013г.)*

Глюкоза – 5,1 ммоль/л;

Мочевина – 29,75 ммоль/л;  
Креатинин – 334;

Белок общий – 66 г/л;  
Билирубин общий – 12мкмоль/л;

ά-амилаза 350

CIˉ 105

Ca 1,04

Na 137,2

K 6,23

*Анализ крови на RW (18.03.2013г.):*отрицательный.

*Диагностическая пункционная биопсия(29.03.2013г.)* Заключение: на фоне жировой клетчатки и эритроцитов клетки железистого рака, низкой степени дифференцировки.

*Гистологическое исследование(3.04.2013г.)*Заключение: Инфильтрирующий протоковый рак G3, LVSI ''+''. В 1 л/у- mts.

*Рентгеноскопия органов грудной клетки (18.03.2013г.):*Легкие, сердце, аорта в пределах возрастных изменений**.**

*ЭКГ (18.03.2013г.):*Синусовый ритм, 86 ударов в минуту. Горизонтальная ЭОС

*Эхо КГ (18.03.2013г.)*Размеры полостей сердца в пределах нормы. Сокращение миокарда не нарушено. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

*УЗИ молочной железы(18.03.2013г.)* Заключение: Рак левой молочной железы, двухсторонняя подмышечная лимфоаденопатия. Метастаз в подмышечном лимфоузле слева.

*Сцинтиграфия костей скелета(19.03.2013г.)* Заключение: Признаки распространенного остеохондроза позвоночника, артроза тазобедренных суставов(более выраженные в правом). Изменений очагового характера в костях скелета не выявлено.

**Обоснование диагноза**

*На основании жалоб пациентки* (уплотнение в левой молочной железе);

*Местного статуса* (В левой молочной железе, центральная локализация определяется опухоль 3,0см в диаметре, плотная, бугристая, трудно смещаемая. В подмышечной области справа пальпируется лимфоузел 1,0см, плотный.);

*Данных инструментальных исследований*(УЗИ молочной железы: заключение: Рак левой молочной железы, двухсторонняя подмышечная лимфоаденопатия. Метастаз в подмышечном лимфоузле слева.);

*Гистологического исследования* (Заключение: Инфильтрирующий протоковый рак G3, LVSI ''+''. В 1 л/у- mts.

*На основании проведенного лечения:*радикальная мастэктомия по Маддену слева.

*На основании диагностической пункционной биопсии:(*заключение: на фоне жировой клетчатки и эритроцитов клетки железистого рака, низкой степени дифференцировки), можно выставить диагноз: Рак молочной железы узловая форма центральная локализация T2N1M0, 2b степень.

**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.

Также в молочной железе могут встречаться такие заболевания как: туберкулез молочной железы и актиномикоз. Эти заболевания встречаются редко, но имеют место быть. О них тоже можно сказать несколько слов. Туберкулез распознают по обнаружению в выделениях или пунктате (пробе) возбудителя данного заболевания, а именно палочки Коха (туберкулезной палочки). Актиномикоз распознают по обнаружению в выделениях друз (слепков тел грибов) актиномикоза. И туберкулез, и актиномикоз сопровождаются образованием свищей.

**Этиология и патогенез**

По гистологическому строению раки молочных желез чаще относят к аденокарциномам либо солидному раку с обилием переходных форм. Различают протоковый и дольковый раки, представленные инфильтрирующими и неинфильтративными формами.

Идет отметить, что, кроме раковых опухолей, в молочных железах крайне редко (итого в 1 % случаев) могут возникать и неэпителиальные злокачественные опухоли - саркомы, в диагностике и лечении которых нет принципиальных отличий от рака.

Раки молочной железы классифицируют по наличию или неимению ЭРц (Состояние эстрогеновых рецепторов). Состояние ЭРц может целиком изменить течение болезни. ЭРц-положительные опухоли чаще отмечают в постменопаузе (опосля наступления климакса). Около 60-70% первичных раков молочной железы характеризует наличие ЭРц. ЭРц-нехорошие опухоли чаще наблюдают у больных в пременопаузе (до пришествия климакса). Состояние эстрогеновых рецепторов влияет на выбор тактики лечения.

Метастазирование

Током лимфы, тот или другой очень развит в ткани молочной железы, опухолевые клетки переносятся в лимфатические узлобны и дают начальные мстастазы. В первую очередь поражаются подмышечные, подключичные и подлопаточные группы узлов, а при расположении опухоли в медиальных квадрантах железы - цепочка парастернальных лимфатических узлов. Следующим шагом метастазирование идет в надключичные, шейные и медиастинальные лимфатические узлобны, а также перекрестно в противоположную подмышечную впадину. Наблюдается перекрестное метастазирование во вторую молочную железу. В некоторых случаях метастазы в подмышечных лимфатических узлах появляются раньше, чем обнаруживают опухоль в молочной железе, и тогда в главную очередь надо исключить раковое ее поражение.

Гематогенным путем метастазы возникают в легких, плевре, печени, костях и головном мозге. Для костных метастазов характерно поражение позвоночника, плоских костей таза, ребер, черепа, а также бедренной и плечевой костей, что проявляется вначале переменчивыми ноющими болями в костях, в дальнейшем принимающими стойкий мучительный нрав.

Не смотря на то, что причины развития опухоли молочной железы до конца не известны, в научных кругах есть мнение, что этот тип рака может возникать из-за сочетанного действия нескольких факторов риска, среди которых:

**1.**Возраст. Риск онкологического поражения одной или обеих грудных желез увеличивается с возрастом. Заболевание очень редко возникает у женщин младше 35 лет, и 8 из 10 случаев приходиться на женщин в возрасте 50 лет и старше.

**2.**Случаи рака и некоторых других патологий груди в анамнезе пациентки. Риск развития РМЖ повышается в 3-4 раза, если женщина имела в прошлом одно из нижеперечисленных заболеваний, нарушений и состояний:

**3.**Предрак молочной железы, в том числе протоковую карциному (DCIS);

**4.**Очаговую карциному (LCIS);

**5.**Атипичную протоковую гиперплазию;

**6.**Лечение лучевой терапией по поводу лимфомы Ходжкина в молодом возрасте;

**7.**Плотную ткань молочной железы (когда грудь состоит в основном из железистой и соединительной ткани с очень небольшим количеством жировой ткани).

**8.**Гормональные факторы. Риск РМЖ повышается при условии, если женщина :

Старше 50 и принимает препараты заместительной гормональной терапии на основе эстрогена или прогестерона более 10 лет;

Не имеет детей или рожала после 30 лет;

Не кормила грудью совсем или кормила менее года после рождения ребенка;

Имеет менархе ранее 12 лет или позднюю менопаузу (после 50);

Принимает противозачаточные таблетки.

**9.**Факторы образа жизни.

Злоупотребление алкоголем. Длительное употребление спиртосодержащей продукции приводит, как правило, к повреждениям печени. Это напрямую увеличивает риск развития недоброкачественной опухоли груди, так как печень помогает контролировать уровень эстрогенов.

Лишний вес. После менопаузы жировые отложения являются основным источником эстрогенов. Если женщина имеет избыточный вес, уровень этих гормонов в организме может значительно повышаться, что, в свою очередь, повышает риск РМЖ.

Курение.

**10.**Генетические факторы (семейный анамнез). Только 5-10% случаев злокачественных опухолей молочных желез связаны с унаследованным онкогеном BRCA1 или BRCA2. При условии, если у нескольких кровных родственников есть рак женской половой сферы или груди, можно подозревать наследование генетического дефекта.

**Лечение рака молочной железы**

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*

1. 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.

2. 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.

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

4. 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*

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

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

3. 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 IIВ (T2N1M0, T3N0M0), лечение.*

Т2 - опухоль до 5 см

N1 - 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).

**29.03.2013г. была проведена операция: Радикальная мастэктомия по Маддену слева.**

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

Описание препарата (удаленного органа, части органа):

1.молочная железа с опухолью до 3,0см, без капсулы, серого цвета;

2.межмышечная клетчатка обычного строения;

3.подмышечные л/узлы до1,5 см, плоские;

4.подключичные л/узлы до 1 см.

Диагноз: Рак молочной железы, узловая форма, центральная локализация рT2N1M0, 2b степень. Клиническая группа III.

Назначения:

Кеторолак 1,0 2 раза в день в/м.

Р-р Анальгина 50%-1,0мл

Р-р Димедрола 1%-1,0мл (в/м при болях)

Цефазолин 1,0 2 раза в день в/м.

Наблюдение дежурного врача.

**Дневники наблюдения за больной**

**05.04.2013г.** Т-36,7С, пульс 70 в мин, АД 130/85мм. рт. ст. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Кожный покров бледно розовый, доступные пальпации лимфоузлы безболезненны, не увеличены. При аускультации дыхание везикулярное, ЧД-16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот при пальпации не вздут, мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

**08.04.2013г.** Т-36,6С, пульс 74 в мин, АД 140/80мм. рт. ст. Общее состояние удовлетворительное, Жалоб нет. Кожный покров бледный, доступные пальпации лимфоузлы безболезненны, не увеличены. При аускультации дыхание везикулярное, ЧД-17 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот при пальпации не вздут, мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

**Эпикриз**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ поступила в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 18.03.13. Около 1 месяца назад заметила в левой молочной железе уплотнение размером 3х1,5см. Прошла УЗИ. Заключение: С-r левой молочной железы 18.03.13 была произведена диагностическая пункционная биопсия (Заключение: на фоне жировой клетчатки и эритроцитов- клетки железистого рака. Низкая степень дифференцировки)

Наследственность по данному заболеванию не отягощена.

При объективном исследовании в левой молочной железе центральной локализации пальпируется опухоль размерами 3х1,5 см., плотной консистенции с бугристой поверхностью без четких контуров. Кожа над образованием не изменена. Пальпируемая опухоль безболезненна. Подмышечные лимфатические узлы увеличены с обеих сторон. Правая молочная железа без особенностей. В ВОКОД была произведено оперативное лечение 29.03.13: Радикальная мастэктомия по Маддену слева. Гистологическое исследование материала. Заключение: Инфильтрирующий протоковый рак G3, LVSI ''+''. В 1 л/у- mts. Клинический диагноз: С-r левой молочной железы узловая форма центральная локализация. рТ2N1M0, 2В стадия, III клиническая группа. Состояние после радикальной мастэктомии по Маддену, молочная железа удалена в едином блоке с подкожной жировой клетчаткой, межмышечной, подмышечной, подключичной клетчаткой с лимфоузлами 3-х уровней метастазирования. Планируется проведение лучевой терапии. Состояние пациентки к моменту окончания курации удовлетворительное.

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.