

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Пациент: **Мария Леонидовна**

Год рождения: **1948**

Возраст: **74 г.**

Страховая компания: _____, полис: _____ Адрес места жительства:
600015, г. Владимир

Период госпитализации

Тип_Стационара: Дневной стационар; Дата госпитализации: 30.01.2023; дата выписки: 03.02.2023;

Диагноз при выписке: Метастаз меланомы в подмышечные л/у справа без выявленного первичного очага. ТхNxM1, ст.IV. Состояние после широкого иссечения опухолевидного образования правой подмышечной области от 22.01.20 г., протезирование плечевой артерии от 24.01.20 г. BRAF+. Состояние после курсов ИТ (ниволумаб) 3 курса. Прогрессирование продолженный рост в подмышечных л/у, онкомаркера. В процессе терапии дабрафениб + траметиниб. В процессе терапии бисфосфонатами.

Осложнения: нет

Сопутствующая патология: нет

Шифр МКБ С43.9 Код стандарта: Sh0049

Клиническая группа онкологического больного: 2

Жалобы: слабость, недомогание

Анамнез vitae: без особенностей.

Риск развития ВТЭО: 0 баллов.

История заболевания: На онкологическом учёте с 2020 г. с Ds: Метастаз меланомы в подмышечные л/у справа без выявленного первичного очага. Состояние после широкого иссечения опухолевидного образования правой подмышечной области от 22.01.2020 года (ОКОД г. Владимира), протезирование плечевой артерии от 24.01.20 г. BRAF+. Состояние после курсов ИТ (ниволумаб 480 мг) 3 курса (ОКОД г. Владимира). Прогрессирование продолженный рост в подмышечных л/у и онкомаркера. Гистология № 5087,88 от 11.02.2020 г. - препарат плохого качества: в лимфатическом узле метастатический рост недифференцированной карциномы с очагами некроза ткани опухоли. ИГХ № 11830 от 18.03.20 г. BRAF V600 - выявлен. № 1586 от 25.02.2020 г. - положительная реакция с антителами к s100, HMB-45, виментиму. Отрицательная реакция с антителами к Melan A, GCDPF-15, GATA3, CD45, CD56, цитокератинам AE1/AE3, 7, 20, маммаглобулину, эстрогеновым рецепторам. Заключение: В лимфатическом узле метастатический рост меланомы. **Остеосцинтиграфия всего тела + ОФЭКТ/КТ от 27.07.2020 г.: Сцинтиграфические признаки вторичного поражения тела L2 позвонка.** Консультирована в ГБУЗ ВО "Областной клинический онкологический диспансер" г. Владимир - рекомендована терапия ингибиторами BRAF/MEK - вемурафениб 960 мг 2 раза в сутки ежедневно + кобиметиниб 60 мг внутрь. Перерыв - 7 дней, длительно - либо 2) дабрафениб 150 мг внутрь 2 раза в сутки ежедневно + траметиниб 2 мг внутрь 1 раз в сутки ежедневно. В виду декомпенсированного состояния рекомендовано дообследование и лечение сопроводительной терапией.

С августа 2020 года начата таргетная терапия (дабрафениб + траметиниб) на фоне бисфосфонатов. МСКТ органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства от 17.02.2021 г.: небольшие л/узлы правой подмышечной области с активным контрастонакоплением, подозрение на мтс-поражение; хронический бронхит; двухсторонний апикальный и базальный пневмосклероз; образование правой доли щитовидной железы (киста?). Деформация желчного пузыря; добавочная доля селезенки; единичные простые паренхиматозные кисты обеих почек; количественная мезентериальная лимфоаденопатия; атеросклероз; компрессионный перелом и структурные изменения в теле и дужках L2 позвонка нельзя полностью исключить неопластический характер поражения.

ПЭТ/КТ от 09.07.2021 г.: Аметаболические изменения в правой подмышечной области (как постоперационное уплотнение, так и прилежащие к данной области лимфатические узлы) в большей степени по данным ПЭТ-КТ неспецифического генеза - УЗИ, ПЭТ-КТ контроль в динамике. Вторичное бластное изменение тела **L2 со стабильным компрессионным компонентом (Genant 2) с частичным метаболическим накоплением в области дугоотростчатых суставов (вероятнее лечебный патоморфоз на фоне терапии). В остальном, ПЭТ/КТ данных (на момент исследования) о наличии очагов/ткани с гиперметаболизмом характерной для ФДГ-позитивного неопластического процесса не выявлено.**

МРТ головного мозга от 30.11.2021 г.: МР признаки немногочисленных очаговых изменений вещества мозга в обеих его гемисферах микроангиопатического характера. МР картина наружной заместительной гидроцефалии.

ПЭТ/КТ от 26.01.2022 г.: (в сравнении с ПЭТ/КТ от 09.07.2021 г.) определяется положительная динамика: снижение метаболической активности в ранее выявленных очагах фиксации ФДГ - L2 позвонка; регресс

ранее выявленных аксиллярных справа л/у (более вероятно неспецифического характера). В остальном, ПЭТ/КТ данных (на момент исследования) о наличии очагов/ткани с гиперметаболизмом характерной для ФДГ-позитивного неопластического процесса не выявлено.

Препараты по ДЛО и РЛО не получает. Обратилась в ООО "Онкоклиника" для продолжения терапии. Данный клинический случай обсужден на онкологическом консилиуме в ООО "Онкоклиника". Принято решение продолжить терапию дабрафенибом 150 мг 2 р/сут. внутрь и траметинибом 2 мг/сут. внутрь ежедневно, золедроновая кислота 4 мг в/в 1 раз в 3 месяца.

Рентген органов грудной клетки от 04.08.2022 г.: Заключение: В легких без очаговых и инфильтративных изменений.

ПЭТ КТ от 25.08.2022 г.: Заключение: В сравнении с ПЭТ/КТ от 26.01.2022 г. динамики нет - сохраняется метаболическая активность в ранее выявленных очагах фиксации ФДГ в шейных позвонках и поясничном позвонке - стабилизация. В остальном, ПЭТ/КТ данных (на момент исследования) о наличии очагов/ткани с гиперметаболизмом характерной для неопластического процесса не выявлено.

МРТ головного мозга от 07.10.2022 г.: Заключение: МР картина небольшой наружной гидроцефалии. Немногочисленные очаговые изменения вещества мозга дистрофического характера.

Курс предыдущего лечения с 31.12.2022 по 29.01.2023

Госпитализирована в ООО "Онкоклиника" на очередной курс лечения дабрафениб + траметиниб и терапию бисфосфонатами.

Статус praesens: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение нормальное. Состояние питания удовлетворительное. Аппетит в норме. Кожные покровы и видимые слизистые - обычной окраски, влажные. Зев чистый, розового цвета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Костно-мышечная система без особенностей. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Шумы не выявлены. ЧСС 74 в минуту. АД 124/77 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из под реберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Перистальтика выслушивается. Поясничная область симметричная, без деформаций. Симптом Пастернацкого - (поколачивания) отрицательный с обеих сторон. Диурез адекватный. Стул оформленный, регулярный.

Состояние: ECOG-0-1

Проведено лечение: с 30.01.2023 по 03.02.2023 г.: траметиниб 2мг 1р/сут. + дабрафениб 150мг 2 р/сут. внутрь, ежедневно.

В антиэметической терапии не нуждается.

Проведено по стандартам КСГ. SH0049. Схема лечения: траметиниб 2мг 1р/сут. + дабрафениб 150мг 2 р/сут. внутрь, ежедневно. От продолжения лечения отказалась. Лечение перенесла удовлетворительно. Препараты выданы на руки.

расчет дозы препаратов на S тела 1,4 м2 (рост 159см, вес 45кг)

Достигнут результат лечения: улучшение

Локальный статус: в правой подмышечной области п/о рубец - мягкий, подвижный б/б.

Рекомендации: Явка 01.03.2023 г. для продолжения терапии: траметиниб + дабрафениб.

Ношение компрессионного трикотажа.

Медикаментозная терапия: Рекомендовано:

Наблюдение онколога по месту жительства

Питьевой режим до 2,5-3 л. жидкости

Механически и термически щадящая диета

Контроль лабораторных показателей: клинический анализ крови на 7-10 день по м/ж.

При снижении уровня лейкоцитов менее 2.0×10^9 , уровня нейтрофилов менее 1.0 (абсолютное количество) - препараты Г-КСФ (филграстим, лейкостим, нейпомакс) 1-2 дня подряд с контролем общего анализа крови.

При повышении температуры тела $>38^{\circ}\text{C}$ начать терапию ципрофлоксацином 500 мг 2 р./д., срочный контроль общего анализа крови, НПВС для купирования температуры. Обратиться ко врачу.

При тошноте, рвоте: ондансетрон по 8 мг 2 раза в сутки, или метоклопрамид 10 мг внутрь (максимально до 4 тб).

При развитии диареи:

1. Голод 1 день (можно рисовый отвар, сухари, большой объем воды)

2. Лоперамид или имодиум по схеме 2 тб 1 раз, затем по 1 тб каждые 4 часа до остановки диареи.

Максимально 8 тб в день, не более 2-х дней. Два дня диета: рисовые и овсяные каши на воде, белые сухари, крепкий чай. Энтеросгель при диарее по схеме, энтерофурил 200 мг 4 раза в сутки (до 800 мг/сут).

Если после 2-х дней приема лоперамида/имодиума диарея не прекратилась регидрон или гастролит 500-1000 мл/сут для восполнения электролитов.

При возникновении стоматита: химически и механически щадящая диета. Полоскание с антисептиками (мирамистин, хлоргексидин), отвары трав ромашки, зверобоя, шалфея, календулы, коры дуба. Устранить боль при стоматите помогут: тримекаин, новокаин, тантум верде, хлоргексидин, мирамистин.

Непосредственно для лечения язвенных поверхностей слизистых подходят такие препараты, как ретинола ацетат, аевит, их применяют в виде аппликаций.

При развитии анемии:

1. При уровне гемоглобина от 100 до 110 г/л - препараты железа внутрь.
2. При уровне гемоглобина менее 100 г/л - препараты железа для в/м введения, эритропоэзстимулирующие препараты.
3. При снижении гемоглобина менее 70 г/л - лечение анемии в условиях круглосуточного стационара.
4. При повышении креатинина выше 120 - консультация терапевта или нефролога.
5. При повышении общего билирубина выше 30 и АЛТ, АСТ выше 35 - консультация терапевта или гастроэнтеролога.

При гепатотоксичности: При повышении уровня АЛТ, АСТ выше границ нормы - терапия гепатопротекторами под наблюдением терапевта. В случае применения иммунотерапии и повышении АЛТ, АСТ-терапия ГКС (под наблюдение врача-онколога).

При развитии ладонно-подошвенного синдрома (шелушение кожи, ногтей, покраснение кистей и стоп):

1. Обработка кожи отварами ромашки и календулы.
2. Мази левомеколь, синтомициновая эмульсия 10%, лосьон зинерит, далацин - на гнойничковые высыпания.
3. Мазь тридерм - на зудящие высыпания.
4. Крема с витаминами А и Е, питательные крема с оливковым маслом, детский крем с ромашкой.

При отклонении в ЭКГ - рекомендована консультация кардиолога.

Все препараты, прописанные по сопутствующей патологии, - принимать обязательно!

При повышении уровня тромбоцитов выше верхней границы нормы: консультация терапевта с целью назначения антикоагулянтной терапии.

При аллергических реакциях (покраснение кожи, зуд, слезотечение) - тавегил 2 мг внутрь либо супрастин 25 мг внутрь или внутримышечно 20 мг.

Соблюдение режима: не менее 8 часов ночного сна, по возможности - не менее 2-х часов отдыха в дневное время. Прогулки на свежем воздухе, избегайте мест скопления людей, при необходимости посещения таких мест используйте средства индивидуальной защиты (маска, респираторы), избегайте контактов с людьми, страдающими простудными заболеваниями.

Диагностические исследования: 1) За 2-3 дня до следующего курса лечения сдать общеклинический анализ крови (срок действия 5 суток), биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ) (срок действия 14 суток), общий анализ мочи (срок действия 14 суток), коагулограмма при проведении гормональной терапии препаратами лейпрорелин, диферелин, гозерелин, фулвестрант (срок действия 14 суток), ЭКГ (срок действия 3 месяца), Эхо-КГ при проведении лечения препаратами трастузумаб, трастузумаб-эмтанзин, пертузумаб, доксорубин (срок действия 3 месяца), анализ на ТТГ, Т4, Т3 каждые 2 месяца при проведении иммунотерапии (пембролизумаб, ниволумаб, атезолизумаб), анализы на ВИЧ, сифилис, гепатиты (срок действия 3 месяца).

2) При каждом визите в клинику необходимо предъявить оригинал паспорта, страхового полиса, направление по форме 057/у из медицинской организации, к которой Вы прикреплены. Динамическое наблюдение: динамическое наблюдение онколога, терапевта по месту жительства.

∴ При обращении в ООО «Онкоклиника» при себе иметь направление формы 057-у на консультацию, госпитализацию с места регистрации (прикрепления)

