

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Пациент: **Юлия Леонидовна**

Год рождения: **1954** Возраст: **68 л.**

Адрес места жительства: **601787, Владимирская обл., Кольчугинский р-н, г. Кольчугино**

Период госпитализации

Тип_Стационара: Дневной стационар; Дата госпитализации: 27.12.2022; дата выписки: 25.01.2023;

Диагноз при выписке: Рак правой молочной железы cT4NxM1 IVст МТС поражение печени, плевру справа, люминальный тип В. с/п 6 курсов ПХТ по схеме ТС. Состояние после гормотерапии фемарой (летрозол). Стабилизация процесса.

Шифр МКБ C50.8 Sh 0008

Клиническая группа онкологического больного: II

Жалобы: слабость, недомогание, одышка

Анамнез vitae: без особенностей

Риск развития ВТЭО: 0 баллов.

История заболевания: с 2016 года после травмы молочной железы пациентка отметила появление опухолевидных образований в молочной железе. Обратилась к врачу по месту жительства, выполнена рентгенография органов грудной клетки – патологии не выявлено. Затем началась резкая потеря веса (с 60 до 40 кг за 6-10 месяцев), образования в молочной железе увеличились, появилась их кровоточивость. В августе 2018 года – выраженное ухудшение общего состояния, появилась одышка, возникающая при любой нагрузке, слабость МСКТ ОГК от 31.08.2018 – выраженный плевральный выпот справа. Компрессия правого легкого. Гистологическое исследование – ИГХ от 18.09.2018 № 32896/18. Инфильтрирующий, протоковый рак G3. ER 8, PR 0, HER2 1+, Ki67 20%. МРТ ГМ от 2018г – без опухолевого роста. Пациент проходил лечение в онкологической клинике в г. Москва (Европейский Медицинский центр), т.к в онкологическом диспансере по месту жительства (Владимирская область) не была предложена тактика лечения, а рекомендована паллиативная помощь.

Выполнено 6 курсов ХТ по схеме ТС. Перенесла удовлетворительно. По данным КТ от 01.2019 – умеренно положительная динамика. С 01.2019 – гормонотерапия Фемара 2.5 мг. По данным КТ от 03.2019 – при сравнении с предыдущим исследованием от 16.01.2019 – уменьшение размеров МТС очагов левого легкого. Некоторое уменьшение плеврального выпота, уменьшение размеров МТС очага печени. В остальном данные прежние: тотальный ателектаз правого легкого. Опухолевое поражение правой молочной железы. Большое кол-во выпота в правой плевральной полости. Гормонотерапия продолжена. Пациент обратился в ООО "Онкоклиника". После рассмотрения данного случая на онкологическом консилиуме был сформирован план лечения: к уже проводимой терапии летрозолом добавить проведение гипертермии на область МТС поражения плевры, проведение системной фотодинамической терапии совместно с АЛФДТ (в рамках ВМП).

КТ от 12.2019 – стабилизация заболевания. При контрольном МСКТ ОГК с в/в контрастированием от 11.05.2021 - без отрицательной динамики процесса.

МСКТ от 10.12.21 - Большой гидроторакс справа с признаками осумкования, наличием многочисленных образований по висцеральной плевре, возможно, как проявление мезотелиомы. Минимальный плевральный выпот слева. Ателектаз правого легкого. Компрессия тела Тн12 позвонка II-III степени.

УЗИ ОБП, УЗИ малого таза от 10.12.2021 - Камень левой почки.

МСКТ органов грудной клетки, брюшной полости от 25.05.2022г.: Заключение: Большой гидроторакс справа с признаками осумкования, наличием многочисленных образований по висцеральной плевре, возможно, как проявление мезотелиомы. Минимальный плевральный выпот слева. Ателектаз правого легкого. Компрессия тела Тн12 позвонка II-III степени. Камень левой почки. КТ картина без отрицательной динамики.

С января 2023 года по организационным причинам – с 1-го января 2023 года фотодинамическая терапия и модулированная гипертермия исключены из программы Государственных гарантий в рамках ВМП ОМС - пациентка не смогла продолжить проведение гипертермии на область МТС поражения плевры, проведение системной фотодинамической терапии совместно с АЛФДТ, ввиду отсутствия финансовой возможности. На фоне продолжения терапии только Летрозолом – у пациентки стала нарастать слабость, одышка, вновь возникла прогрессирующая потеря массы тела по данным рентгенографии ОГК от 23.01.2023 – Канцероматоз левого легкого, тотальный экссудативный плеврит справа.

Лечащий врач: **Кушкин Виталий Владимирович**
Заведующий отделением: **Шамеев А.А.**

Статус praesens: Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение нормальное. Состояние питания - сниженное. Аппетит в норме. Кожные покровы и видимые слизистые - бледные, влажные. Зев чистый, розового цвета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Костно-мышечная система без особенностей. Дыхание ослабленное слева, справа выслушивается только в проекции верхушки легкого. Проводится по всем легочным полям. Хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Шумы не выявлены. ЧСС 77 в минуту. АД 129/82 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Перистальтика выслушивается. Поясничная область симметричная, без деформаций. Симптом Пастернацкого - (поколачивания) отрицательный с обеих сторон. Диурез адекватный. Стул оформленный, регулярный.

Состояние: ECOG-2-3

Достигнут результат лечения: улучшение

Методы обследования: ОАК: Hb-129г/л, Эр-4,26, Л-6,43, П-6, С-21, М-3, СОЭ-5, тромбоциты-299.ОАМ цвет-солом.желт., реакция-нейтр., удельный вес-1014, белок-нет, сахар-нет, лк-4, эр-нет.

Коагулограмма: Протромбиновый индекс.- 89, Фибриноген-2, МНО-1,24, АЧТВ-38, D-димер-170, Тромбиновое время-12, Протромбиновое время-17,22, % протромбина по Квику-82, Биохимический анализ крови: билирубин общ.-8, креатинин-97, АЛТ- 27, АСТ-22, мочевины – 4ЭКГ: Ритм синусовый, нормальная ЭОС.

Рекомендации: Медикаментозная терапия: Рекомендовано:

- Наблюдение онколога по месту жительства

- Питьевой режим до 2,5-3л жидкости

- Механически и термически щадящая диета

- Контроль лабораторных показателей: клинический анализ крови на 7-10день 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 500мг 2р.д., срочный контроль общего анализа крови, НПВС для купирования температуры. Обратиться к врачу.

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

При развитии диареи:

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

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

Максимально 8тб 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 800мг/сут)

3. Если после 2-х дней приема лоперамида/имодиума диарея не прекратилась регидрон или гастролит 500-1000мл/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 110г/л - препараты железа внутрь.

2. При уровне гемоглобина менее 100г/л-препараты железа для в/м введения, эритропозстимулирующие 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 наблюдением 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 витамина 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 2мг внутрь либо супрастин 25мг

Лечащий врач: **Кушкин Виталий Владимирович**

Заведующий отделением: **Шамеев А.А.**

внутри или внутримышечно 20мг.

Соблюдение режима: не менее 8 часов ночного сна, по возможности - не менее 2-х часов отдыха в дневной 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, мочеви́на, 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).