

17. ДВА КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ ПІЗЬНОГО ЗВЕРНЕННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ХВОРИХ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

TWO CLINICAL CASES OF LATE RECOURSE TO HOSPITAL TREATMENT BY PATIENTS WITH BREAST CANCER

Кравчук В.В., Бляшинець В.В., Бойсак М.І., Будай Д.О., Дагулич Ю.В., Міцулич М.В., Ткач В.С.

Науковий керівник: к. м. н, доц., Лазорик М.І.

Медичний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра факультетської терапії.

м. Ужгород, Україна.

Оскільки рак грудної залози жінок є серйозною проблемою, то у світі і в Україні діє спеціальна онкологічна мамологічна служба.

Але існування мамологічних кабінетів у поліклініках не гарантує звернення всіх жінок на обстеження.

Наводимо 2 випадки пізнього звернення за допомогою жінок, які поступили в терапевтичне відділення Ужгородської центральної клінічної лікарні для обстеження та лікування.

Хвора Г.С.В., 39 років, жителька Ужгородського району поступила у відділення загальної терапії за наполяганням родичів через міський онкологічний центр. У 2008 році появився пухлиноподібний утвір. Боялася звернутися до лікарів, бо тато помер від раку шлунку, а у кількох рідних та двоюрідних сестер було діагностовано рак молочних залоз.

При поступленні стан був важким. Мало місце ураження легень, серцевосудинної системи та виражена анемія. Права грудна залоза самоампутована з ознаками гнійно-некротичного розпаду. Ліва грудна залоза нормальних розмірів з великою кількістю підшкірних сателіті розміром 1–2 см в діаметрі.

Виставлено діагноз: Білатеральний рак грудних залоз T4N2M1, ст. IV, кл. гр. 2. Метастатичне ураження аксиллярних лімфовузлів справа та зліва, лімфовузлів середостіння, легень, кісток тазу, тіл хребців, груднини. Лівобічний гідроторакс, правобічний гідро– пневмоторакс. Анемія середнього ступеня важкості. Хвора була переведена в торакальне відділення, де вдалося зменшити кількість рідини в грудній клітці. Проводиться терапія за протоколом.

Хвора Н.Е., 81 років, поступила 17.01.2012 р зі скаргами на виражене збільшення у розмірах і набряк лівої руки.

Зі слів дочки вдалося в'ясувати, що хвора давно мала проблему з лівою грудною залозою, але ретельно це скривала від дітей та знайомих, до лікарів не зверталася. Вона проживала окремо від дітей, виконувала всю домашню роботу – прала, готувала їжу, прибирала кімнати. Змінам на грудній залозі не надавала ніякого значення. Лише коли появилось різке збільшення розмірів лівої руки, яке мішало виконувати роботу, на це звернули увагу рідні.

При поступленні стан хворої важкий, виражена інтоксикація, енцефалопатія з порушеннями орієнтації в просторі і часі. Ліва рука різко збільшена в розмірах, практично нерухома і займає вимушене положення. На місці грудної залози клінічна

картина її секвестрації, місцями тканина залози збережена. Виставлено діагноз: С-г IV лівої молочної залози ст. IV (01.2012), prolongatio morbi, кл. гр. IV, T4 N3 M1, з метастазами в аксілярні лімфовузли зліва, в нижньоверхнє середостіння. Розпад пухлини, самосеквестрація лівої молочної залози з NTS в шкіру лівої половини грудної клітки та верхньої кінцівки, лімфостаз лівої верхньої кінцівки. Лівобічний ексудативний плеврит. Больовий та інтоксикаційний синдром. ІХС. Атеросклеротичний кардіосклероз. Аортосклероз. СН II-III ст. Гіпертонічна хвороба II ст.

Проводилася симптоматична терапія без особливого ефекту, хвора виписана за проханням родичів. Вдалося установити, що вона померла через кілька днів після виписки.

Описане вище ілюструється на слайдах як випадок пізньої діагностики з вини самих хворих, які не запідозрювали серйозності захворювання або спеціально не зверталася за допомогою.