

Консультативное медицинское заключение от

****.*.*.****

Г-н *****

Дата рождения: *****

Номер паспорта: *****

Г-н ***** ** лет, проживает в **** (город *****).

Медицинская история и хронические болезни:

Исключает историю хронических заболеваний и госпитализаций, предыдущих диагностированию основной болезни.

Исключает историю онкологических заболеваний в семье.

Известно, что является курильщиком тяжёлой степени зависимости (более 30 пачек-лет).

Исключает чрезмерное употребление алкоголя или употребление наркотиков.

Описание текущего заболевания:

При рутинном обследовании в июле 2010 года создалось впечатление о снижении в объеме проходимости воздуха в грудной клетке, вследствие чего пациент был направлен на обследование КТ грудной клетки (не предоставлено заключение), в результате которого был направлен на проведение бронхоскопии 17.8.2010г.

По результатам проведённой бронхоскопии было обнаружено экзофитное образование правого бронха и во взятых из него биопсиях диагностирован низкодифференциальный плоскоклеточный рак Squamous Cell Ca (SCC) Low Differentiated (G3). В опухоли найдена высокая степень пролиферации клеток (Ki 67= 80%), высоковыраженный уровень ERCC-1 (90%), а также проявление виментина в опухолевых клетках.

Обследование, проведённое после консультации с торакальным хирургом, выявило опухоль в/ долевого бронха справа с переходом на правый главный бронх. Опухоль резюмирована как T2N2/3M0 (Stage IIIA – IIIB).

Было принято решение о проведении химиотерапевтического лечения в неoadъювантном режиме в комбинации Cisplatin и Paclitaxel и, по истечению двух курсов лечения, оценка возможной операбельности пациента.

Было завершено два курса лечения, проведённых по месту жительства пациента при обследовании, выполненном после двух курсов лечения (октябрь 2010), обнаружен (по результатам КТ грудной клетки) гидронефроторакс и уменьшение размеров лимфатических узлов в

средостении. КТ верхнего этажа органов брюшной полости было резюмировано без наличия очаговой патологии.

Пациент обратился в ноябре 2010 года в больницу *****, где было проведено повторное обследование и дренирование правой плевральной полости и, впоследствии, лучевая терапия на область грудной клетки и супраклавикулярную область в дозе 45 Gy.

По завершению лучевой терапии пациент получил курс химиотерапии (3?), прошёл повторную бронхоскопию (январь 2011г.), показавшую раскрытие просвета бронха и повторная биопсия (гистология) диагностировала наличие опухолевых клеток.

На данной стадии (февраль 2011г.) было принято решение направить г-на **** для прохождения хирургического этапа лечения – пневмоэтомии справа с диссекцией лимфатических узлов грудной клетки. Исходя из предположения, что опухоль полностью удалена, было принято решение о последующем назначении адъювантной химиотерапевтической терапии в сочетании цисплатин, паклитаксел и этопозид.

По завершению первого курса лечения и перед возвращением **** на место жительства была проведена бронхоскопия, которая была в норме, без признаков неопластического поражения (остатка болезни).

В мае 2011 года пациент получил второй курс адъювантной химиотерапии, включающий только цисплатин и паклитаксел.

В июне 2011 года у пациента, вероятно, появились жалобы на боли в области таза, было проведено обследование, и при ультразвуковом исследовании внутренней поверхности левого бедра (14.07.2011г.) было найдено образование размером 110*100 мм. КТ таза показала образование в области таза с признаками злокачественности и разрушением (деструкцией и патологическим переломом) кости.

Обследование печени было в норме (ультразвуковое исследование от 29.07.2011г), КТ грудной клетки – без данных за рецидив или метастатическое поражение органов грудной клетки и средостения.

Была произведена биопсия из подвздошной кости и патологическое исследование (2.8.2011г.) показало опухолевые клетки плоскоклеточного рака (SCC).

В результате полученных данных было принято решение о проведении паллиативной лучевой терапии на область таза в суммарной дозе 30Gr (10 фракций по 3Gr).

Анализ и дебаты и рекомендуемые медикаментозно-терапевтические опции:

Г-н ****, ***г.р., был диагностирован с опухолью лёгких в стадии IIIB, вероятнее всего, являющейся следствием того, что является курильщиком тяжёлой степени зависимости (более 30 пачек-лет). Пациент получил неоадъювантную химиотерапию в комбинации Cisplatin и Paclitaxel и лучевую терапию на область грудной клетки и супраклавикулярную область. Данное лечение достигло отступление (достоверный ответ) опухоли и, таким образом, представилась возможность торакальным хирургам г. ***** произвести радикальное удаление всей опухоли. По окончании данного лечения было справедливо принято решение о продолжении адъювантного химиотерапевтического лечения, но, при прохождении пациентом лечения (после второго курса), были обнаружены метастазы в костях скелета в области таза. Болезнь в тазу сопровождалась тяжёлыми болями и, вследствие этого, пациент получил паллиативную лучевую терапию на область таза.

Согласно последнему обследованию (июнь – июль 2011г.) речь идёт об опухоли, ограниченной в пределах малого таза \ костей таза, без признаков распространения опухоли в других местах. Данная болезнь явилась причиной проявления у г-на ***** симптомов боли, слабости и общего ухудшения состояния.

Вследствие этого рекомендуется взвесить:

1. Проведение полного обследования организма при помощи позитронно-эмиссионной компьютерной томографии (ПЭТ-КТ), а также КТ головного мозга для выяснения наличия широко распространённой метастатической болезни или же наличия только региональной болезни.
2. В случае региональной болезни существует опция взвешивания хирургическо-ортопедического вмешательства в подходящем медицинском центре.
3. В случае, если данная опция не является релевантной и метастатическое распространение болезни более широко, существует возможность дать дополнительную химиотерапевтическую линию лечения в сочетании Carboplatin и Gemcitabine или же Navelbine (Vinorelbine) как монокимиотерапия.
4. Проверка мутации на EGFR (epidermal growth factor receptor) для проверки возможности биологического лечения (протеинтирозинкиназная ингибция) препаратом Эрлотиниб (Erlotinib), Тарцева®.

Данное консультативное заключение составлено на основании документов, предоставленных пациенткой и\или членами её семьи.

С уважением,

Профессор Илан Гиль Рон,

Ilan Gil Ron, M.D., Professor of Oncology,

Specialist No. 14138, Licence No. 17896

Перевод с иврита Леонид Фишник

Персональный ассистент профессора Илана Гиль Рона

Электронный адрес:

ilanron@post.tau.ac.il

Телефон: + 972 524266545

Вебсайт: <http://www.prof-ilan-ron.co.il/ru/>

