

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«МОСКОВСКИЙ НАУЧНО - ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ  
ИНСТИТУТ ИМ. П.А.ГЕРЦЕНА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФГБУ «МНИОИ ИМ. П.А.ГЕРЦЕНА» МИНЗДРАВА РОССИИ**

125284 Москва, 2-ой Боткинский проезд, д. 3  
Справочная служба: (495) 945-88-55, отдел квот (495) 945-88-40, договорной отдел (495)945-83-85, факс (495) 945-80-20,  
1-ое хирургическое (торакальное) отделение (495) 945-41-20, 945-88-39.  
e-mail: [mnoi@mail.ru](mailto:mnoi@mail.ru)

В Министерство Здравоохранения Смоленской области

Исх. № 14133  
от 16.04.2013

**Комиссия  
по отбору больных на оказание ВМП  
(приказ № 230ак от 08.10.2007г)**

**ПРОТОКОЛ**

комиссии по отбору больных на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в  
составе: председателя главного врача МНИОИ им. П.А. Герцена к.м.н. Алексеевой Г.С.,  
заместителя главврача по госпитализации к.м.н. Курдяева С.М., руководителя 1-го  
хирургического (торакального) отделения д.м.н. Пикина О.В.

Рассмотрена медицинская документация пациента

Ф.И.О.: Разгонов Игорь Аркадьевич

Пол мужской

Год рождения: 07.12.1943г. ( 69 лет)

Место жительства: Смоленская обл. г. Сафоново, Мкр 2, 27-18, т 84944439809

Паспорт серия 6601 № 424187 кем и когда выдан ОВД Сафоновского р. КВД Смоленской обл. выдан 19.02.02.

Диагноз: *Центральный рак нижней доли правого легкого T4NxM1 IV ст. Солитарный метастаз в левую теменную долю. Ателектаз нижней доли, обтурационный пневмонит..*

Код МКБ - С 34.

Комиссия постановила: целесообразно проведение хирургического лечения (предполагаемый объем – расширенная комбинированная нижняя билобэктомия справа с резекцией предсердия, удаление метастатической опухоли левой теменной области) в условиях МНИОИ им. П.А. Герцена согласно приказу №1629н от 29.12.2012г. Минздрава России пункт (код) 09.00.002 (реконструктивно-пластические, микрохирургические, обширные циторедуктивные, расширенно-комбинированные хирургические вмешательства, в т.ч. с применением физических факторов (гипертермия, РЧТА, ФДТ, лазерная и криодеструкция и др.) при злокачественных новообразованиях).

Просим выдать квоту из планового распределения.

Дата госпитализации (предварительная): 03.04.2013г.

Председатель комиссии:

Главный врач

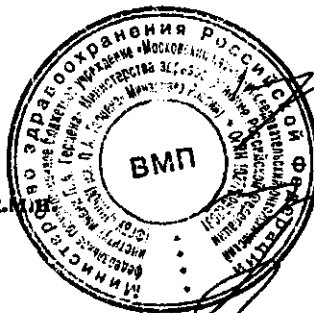
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена»

Минздрава России, к.м.н.:

Члены комиссии:

Зам. главврача по госпитализации, к.м.н.

Руководитель 1х0, д.м.н.



Г.С. Алексеева

С.М. Курдяев

О. В. Пикин

\*Протокол составлен в трех экземплярах, один из которых хранится в ФГУ «МНИОИ им П.А. Герцена».

незначительное количество свободной жидкости возле безвоздушной ткани легкого. Заключение: Эхографическая картина центрального рака нижней доли правого легкого, признаки прорастания перикарда (от уровня правой нижней легочной вены до уровня правой верхней легочной вены включительно), признаки прорастания правой нижней легочной вены с наличием опухольного тромбоза вены (до устья вены). Признаки вставания абсцедирующая в толще легочной ткани, небольшое количество жидкости в правой плевральной полости. Снижение подвижности правого купола диафрагмы (повлечение правого диафрагмального нерва?).

05.04.2013г. УЗИ надключичных, подключичных областей, брюшной полости, печени, почек, забрюшинного пространства. В надключичных, подключичных областях - без увеличенных и измененных ЛУ. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Печень не увеличена, с ровным, четким контуром, однородной структуры. На этом фоне в 8 сегменте визуализируется гиперэхогенное диффузно-гетерогенное образование с достаточно ровным контуром, размером 8мм(гемангиома). Сосудистый рисунок не изменен, внутривеночные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь свободен от конкрементов, стенка желчного пузыря не утолщена, содержимое анэхогенное. В проекции ворот печени, по ходу большого сальника, в области чревного ствола, ворот селезенки, по ходу брыжеечных сосудов, межаортакавалльно, парааортально, паракавалльно, по ходу подвздошных сосудов - без патологических образований. Поджелудочная железа не увеличена, с ровным, четким контуром, повышенной эхогенности, диффузно-гетерогенная. Проток не расширен. Селезенка не увеличена с ровным контуром и однородной эхоструктуры. Почки в гипинном месте, не увеличены, контур четкий, волнистый. Паренхима не истончена, контур четкий, ЧЛС не расширены, конкрементов нет. В верхнем сегменте левой почки в толще паренхимы визуализируется киста 8мм. Заключение: Эхографическая картина диффузные изменения печени, поджелудочной железы. Гемангиома печени. Киста левой почки.

УЗИ вен нижних конечностей (от 05.04.13): проходимы, признаков тромбоза нет.

Сцинтиграфия костей скелета (от 08.04.13): признаков очагового поражения скелета не выявлено.

ФВД(от 01.04.13): снижение резервов дыхания 2 ст. (РД -47 %, ОФВ1 - 1,33%).

ЭКГ (от 04.04.13): синусовый ритм, нормальное направление ЭОС.

ЭХОКГ (от 11.04.13): Заключение: Дилатация обоих предсердий (по длинной оси). Глобальная сократимость миокарда удовлетворительная. Диастолическая функция ЛЖ нарушена по I типу. Уплотнение стенок аорты, клапанного аппарата АК и МК. Аортальная регургитация I степени. Митральная регургитация I степени. Пропалс ТК I степени. Трикуспидальная регургитация 1-2 степени. Регургитация I степени на клапане легочной артерии. Легочной гипертензии не выявлено.

I группа крови: A(II); Rh-положительно. RW, HBs, HCV, ВИЧ (от 01.04.13)- отрицательно.

Таким образом, на основании анамнеза, проведенного обследования клиническая ситуация расценена как центральный (плоскоклеточный) рак в/доли правого легкого T4N2M1 IV ст. Убедительных данных за другую опухолевую патологию и отдаленные МТС не получено. Резервы кардиореспираторной системы относительно удовлетворительные. Больной обсужден на консилиуме в Торкальском отделении. Учитывая клиническую стадию заболевания, морфологическую структуру опухоли, осложненное течение заболевания на первом этапе выработана хирургическая лечебная тактика.

Проведенное лечение:

**18.04.2013** \_ ОПЕРАЦИЯ. Расширенная, комбинированная пневмонэктомия справа (резекция перикарда, левого предсердия, блуждающего и диафрагмального нерва, расширенная медиастинальная лимфаденэктомия), Укрытые культы правого главного бронха мышечным лоскутом (широчайшей мышцей спины). «Микрохирургическое удаление опухоли левой теменной доли с НОУЗ-навигацией». 19.04.13. Реторакотомия справа, устранение свернувшегося гемоторакса.

Морфологическое исследование операционного материала (№ X 50770-811/01 от 30.04.13): Описание макро: 1. Пара. - претрахеальные лимфоузлы - фрагмент клетчатки размерами 6,5x3x2 см, с 2 лимфоузлами диаметром 0,5-1,2 см 2. Ретротрахеальные лимфоузлы - два лимфоузла диаметром 0,5 см и 1,5 см, мягкие. 3. Мts в головной мозг - два фрагмента сероватой, рыхлой ткани размерами 0,3x0,3x0,2 см и 3,5x2x2 см. 4. Правое лёгкое размерами 23x16x6 см, с участком главного бронха длиной до 2 см, участком резецированного предсердия размерами 3x2x1 см. Слизистая оболочка главного, верхнедолевого и сегментарных бронхов верхней доли - гладкая, блестящая, светло-серого цвета. Ниже устья верхнедолевого бронха - промежуточный бронх полностью обтурирован за счёт разрастаний сероватой бугристой опухолевой ткани, формирующей в толще лёгочной ткани узел размерами 8x5x4 см, плотной консистенции, серого цвета, с полностью распадом. Ткань лёгкого нижней и средней долей - диффузно уплотнена, серовато-жёлтого цвета, бронхи заполнены вязкой, густой слизью; с поверхности разрезы лёгкого стекает обильное количество жидкости. Ткань лёгкого верхней доли тестоватой консистенции, красновато-розового цвета. Описание микро: Низкодифференцированный плоскоклеточный рак легкого с очагами некроза, перибронхиальным, периваскулярным ростом, поражением предсердия - инфильтративный рост рака. В крае резекции бронха - без опухоли но роста. Во фрагменте, маркированном как «Mts в головной мозг» - инфильтративный рост рака. В одном бифуркационном лимфатическом узле, одном из двенадцати - №1, одном из двух - №2 - метастазы, метастазов не выявлено.

Ранний послеоперационный период осложнился наличием свернувшегося гемоторакса, по поводу чего выполнена реторакотомия удаление свернувшегося гемоторакса, на 10 сутки после операции диагностирована эмпиемой плевры. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 10-ые сутки. В отделении проводилась антибактериальная, кардиотропная, респираторная, антикоагулянтная, реологическая, инфузионная, симптоматическая терапия, перевязки, реабилитационные мероприятия.

Рентгеноскопия грудной клетки контроль (от 06.05.13): картина состояния после пневмонэктомии справа, слева свежих инфильтративных и очаговых теней, свободной жидкости и газа не выявлено. Тень средостения резко смещена вправо, определяется несколько, горизонтальных уровней жидкости.

Пациент обсужден на консилиуме с участием радиолога и химиотерапевта (30.04.13): больному выполнена паллиативная операция по поводу центрального рака 4 ст. Учитывая распространённость процесса, характер выполненной операции больному показано дополнительное противоопухолевое лечение. Однако, учитывая наличие осложнения, проведение дополнительного противоопухолевого лечения в настоящий момент не возможно. После купирования воспалительного процесса, решение вопроса о проведении системного лечения.

Выписан в удовлетворительном состоянии.

Трудоспособность: лн не требуется.

Рекомендовано: наблюдение и лечение хирурга и онколога по месту жительства, ежедневная санация плевральной полости, контрольное обследование через 3 мес. после выписки.

Рук. отд., д.м.н.  
Ст.н.с., д.м.н.  
Ст. н.с., к.м.н.  
Лечащий врач

Пикин О.В.  
Глушко В.А.  
Колбанов К.И.  
Рудаков Р. В.

22.05.13 Контр. врач Терещенко А.В.  
История болезни завершена  
на 22.05.13 г.

**ОТДЕЛЕНИЕ ХИРУРГИИ ЛЕГКИХ, СРЕДОСТЕНИЯ, ГРУДНОЙ СТЕНКИ**  
(1-ое хирургическое торакальное отделение)  
Тел.: (495) 945-41-20, 945-88-39

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ (и/б № 13-2950)**

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА № 1788

Ф.И.О.: Резионов Игорь Аркадьевич  
Пол мужской  
Год рождения: 07.12.1943г. (69 лет)  
Место жительства: Смоленская обл. г. Сафоново, Мкр 2, 27-18, т 84944439809  
Паспорт серия 6601 № 424187 кем и когда выдан ОВД Сафоново р. КВД Смоленской обл. выдан 19.02.02.  
Страховая компания: страховой полис  
Место работы: не работает  
Направившее лечебное учреждение: поликлиника  
Социальный статус: пенсионер  
Инвалидность:  
Категория:  
Канал госпитализации: ближ. Родств. сотрудника  
Оплата: ВМП  
Дата поступления: 03.04.2013  
Дата выписки: 07.05.2013г

**Диагноз: Основное заболевание. Центральный рак нижней доли правого легкого pT4N2M1 IV ст. Солитарный метастаз в левую теменную долю. Ателектаз нижней доли, обтурационный пневмонит. Состояние после хирургического лечения от 18.04.2013г.** (Расширенная, комбинированная пневмонэктомия справа (резекция перикарда, левого предсердия, блуждающего и диафрагмального нерва, расширенная медиастинальная лимфаденэктомия), Укрытие культи правого главного бронха мышечным лоскутом (широчайшей мышцей спины). «Микрохирургическое удаление опухоли левой теменной доли с ИОУЗ-навигацией»).

**Сопутствующие заболевания. ХОБЛ. Пневмосклероз. Хронический бронхит курильщика. ДН 2ст. Атеросклероз аорты. Атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь 2ст.**

**Осложнения: эмфизема плевры. Состояние после дренирования плевральной полости.**

**Анамнез заболевания: в сентябре 2012г отметил появление температуры. Обратился в поликлинику по месту жительства. Госпитализирован больницу по месту жительства. Проведено антибактериальное и противовоспалительное лечение с клиническим эффектом. Выполнено рентгенологическое исследование органов грудной клетки, выявлено затемнение в привок левом лёгком. Направлен к фтизиатру. Диагноз туберкулез не подтверждён. Обратился к онкологу по месту жительства. Обследован. Установлен диагноз опухоль легкого. Для до обследования, выработки лечебной тактики и лечения обратился в МНИОИ.**

**Проведенное обследование:**

12.04.2013год. Протокол компьютерной томографии органов грудной полости с в/в болюсным контрастированием- визипак 100мл. При КТ исследовании органов грудной полости нижняя доля правого легкого в состоянии ателектаза, средняя- частичного ателектаза, за счет наличия опухолевого образования в корне правого легкого, обтурирующего просвет промежуточного бронха (дистальная треть), просветы среднедолевого (НДБ) и среднедолевого бронхов (СДБ) не визуализируются. Опухоль имеет неоднородную структуру (основной массив с участками некроза), неровный контур, слиными размерами до 67x38мм, каринкоадуально до 68мм. -апикальные отделы опухоли имеют более однородное строение, инфильтративный рост, с признаками патологического накопления контраста, распространяются вдоль промежуточного и нижней стенки правого главного бронха (без признаков внутрипросветного распространения), на этом уровне не имеет четких границ с клетчаткой бифуркационной зоны (с л/у), а так же с правым контуром пищевода (подрастает?). -нижний отдел опухоли- с участками некроза- накопление контраста по преимущественно по контуру. При визуализации сосудистых структур, отмечается плотное прилегание верхнего контура опухоли к правой легочной артерии- подрастает к адвентиции? Медиальный контур опухоли вовлекает перикард, нельзя исключить подрастание к стенке левого предсердия. В легочной ткани левого легкого патологические объемные образования. очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены. Средостение структурно. Определяются единичных л/у претрахеальной группы до 12мм, с признаками неоднородности в структуре- susp. Мягкие ткани и костные структуры грудной клетки не изменены. На уровне исследования в латеральной ножке левого надпочечника визуализируется объемное образование до 11мм, жировой плотности несколько накапливающее контраст - аденома. **Заключение:** КТ- картина соответствует центральному ст-г правого легкого, с вовлечением перикарда, нельзя исключить подрастание к стенке предсердия, адвентиции правой легочной артерии, к стенке бронхиального сегмента пищевода, клетчатки на уровне бифуркации (?). Измененные л/у претрахеальной группы. Аденома левого надпочечника.

МРТ головного мозга (от 12.04.13): мр картина единичной метастатической опухоли левой теменной доли. Микроангиоэнцефалопатия.

ФБС (от 08.04.13) При осмотре: слизистая носо-, рото-, и гортаноглотки гладкая. Надгортанник обычной формы и размеров. Все элементы надскладчаточного отдела гортани сохранены, четко визуализируются, обе половинки подвижны. В среднем отделе: обе голосовые складки умеренно утолщены в передних и средних отделах, по свободным краям имеется рыхлый белесоватый фибриновый налет. Эти изменения переходят на область передней комиссуры - БИОПСИЯ № 2. Трахея цилиндрическая, четкий хрящевой рельеф на всем протяжении, слизистая гладкая. Карина острая, подвижная. СЛЕВА бронхи осмотрены до 5 порядка: просветы не сужены, шпоры острые, слизистая гладкая, секрет скудный, слизистого характера. СПРАВА: главный бронх свободно проходима, шпора в/долевого бронха существенно не расширена. Бронхи в/доли свободны. В нижней трети промежуточный бронх полностью обтурирован за счет крупно- бугристой опухолевой инфильтрации с повышенной контактной кровоточностью - БИОПСИЯ № 1 (+ отпечатки). Повышенная кровоточность из зоны биопсии остановлена промыванием р-ра аминокaproновой кислоты. **Заключение:** 1) центральный с-г правого легкого, смещенная форма роста с обтурацией нижней 1/3 промежуточного бронха; 2) дискератоз (?) голосовых складок и области передней комиссуры. Гистологическое исследование биоптата слизистой промежуточного бронха (№Х 46312-13/Б, от 09.04.13): плоскоклеточный неороговевший рак.

10.04.13 УЗИ грудной клетки. В верхнем средостении справа пара- и претрахеально на уровне бифуркации плечеголового ствола и несколько выше - кистозное образование с тонкой стенкой 22x15x8мм. Отмечается высокое стояние и снижение подвижности правого купола диафрагмы. Нижняя доля правого легкого в состоянии ателектаза, виден симптом жидкостной бронхограммы. В проекции корня правого легкого визуализируется конгломерат изоэхогенной структуры 60мм, между конгломератом и легочной тканью - полость распада гипоехогенной структуры, неправильной формы, размерами до 27мм. На протяжении до 40мм на уровне правой нижней легочной вены и до уровня правой верхней легочной вены конгломерат прорастает перикард. Верхняя легочная вена проходима. В интраперикардальном отделе - протяженность вены до 5мм, в этой области она свободна. В экстраперикардальном отделе вена видна на протяжении еще 10 мм, распадаена по образованию. В области устья правой нижней легочной вены на участке до 10мм вокруг вены имеется краевое вовлечение левого предсердия. Вена тромбирована, из нее исходит опухолевый тромб размером до 7x5мм, расположенный прямой в устье вены. Правая легочная артерия видна с техническими трудностями только в области корня легкого из-за отсутствия акустического окна, в этой области она интактна. Нижняя полая вена и правое предсердие интактны. Визуализировать верхнюю полую вену не удается (закрыта воздушной легочной тканью), однако основной массив опухоли расположен ниже вены. В правой плевральной полости