|  |
| --- |
| ***Пациент: Ноздрин Алексей***  ***Возраст: 26 лет*** |

|  |
| --- |
| ***МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ***  ***В НАСТОЯЩЕМ ДОКУМЕНТЕ ИЗЛОЖЕНЫ ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ И ВЫВОДЫ ВРАЧЕЙ*** |

|  |
| --- |
| ***Результаты ПЭТ КТ от 04.08.2016*** |
| Сравнение с результатами ПЭТ КТ от 31.07.16 и 29.05.2016.   1. Утолщение плевры в основании правого легкого и небольшой плевральный выпот справа – без изменений по сравнению с двумя предыдущими исследованиями. 2. Известное опухолевое образование в области перикарда справа - без значительных изменений по сравнению с двумя предыдущими исследованиями. 3. Тромб в левом предсердии. Нет возможности выполнить сравнение, поскольку не выполнялось внутривенное введение контраста. 4. Известная опухоль в хвосте поджелудочной железы без изменений по сравнению с предыдущим исследованием. 5. Стабильное состояние многочисленных костных метастазов. 6. Инфильтрация на уровне позвонков D11-12 справа, проникающая в правое межпозвоночное отверстие - без изменений по сравнению с предыдущим исследованием.   Заключение: на основании сравнения результатов трех исследований можно сделать вывод о стабильности заболевания, за исключением состояния тромба, сравнительная оценка которого не была выполнена по техническим причинам.  Доктор Штерн  Профессор Грошар |

|  |
| --- |
| ***Консультация онколога, профессора Меримского, от 03.08.2016*** |
| Имеются признаки общей стабилизации заболевания на фоне лечения Вотриентом, за исключением левой стерно-клавикулярной области, где находится болезненная опухоль.  Рекомендуется паллиативная радиотерапия на область левой ключицы – 15 фракций по 3 Gy. |

|  |
| --- |
| ***Консультация онко-радиолога, доктора Сойфера, от 04.08.2016*** |
| Пациент 26 лет с 4 стадией HGSTS. Диагноз поставлен в 2014 году. Обширное распространение заболевания обнаружено в левом подвздошно – крестцовом сочленении, поджелудочной железе, легких и костях. Биопсия поджелудочной железы показала HGSTS с мышечной дифференциацией. Пациент получил паллиативную радиотерапию на левую половину таза в апреле 2015 года в дозе 20 Gу 5-ю фракциями, а также на область D11-L2 в ноябре 2015 года в дозе 20 Gу 5-ю фракциями.  Принимал лечение Адриамицином, которое в апреле 2016 года было заменено на Вотриент ввиду прогресса заболевания в легких.  Вчера пациент был консультирован лечащим онкологом, профессором Меримским, по результатам нового ПЭТ КТ.  Имеются признаки общей стабилизации заболевания на фоне лечения Вотриентом, за исключением левой надключичной области, в которой пациент отмечает усиление боли и отечность, распространяющуюся на левую руку.  На ПЭТ КТ – патологическое поглощение ФДГ в левом стерноклавикулярном суставе, разрушенном литической массой с распространением за пределы скелета.  Другие известные очаги заболевания: плевра, легкие и другие кости на настоящий момент бессимптомны и не причиняют дискомфорта пациенту.  Несколько месяцев назад пациент перенес тромбоз в центральной системе кровеносных сосудов с лечением антикоагулянтами, а также образование в перикарде, которое уменьшилось в размерах.  При осмотре: выглядит хорошо, без признаков острого стресса, бледный.  Общее состояние нормальное. Голова и шея в норме, нет набухания шейных вен. Нет периферийной лимфаденопатии.  Грудная клетка: выпуклая болезненная опухоль размером 3 – 5 см над левой ключицей. Живот мягкий и безболезненный, печень и селезенка не увеличены, нет пальпируемых уплотнений. Нижние конечности без патологии.  Пациенту назначается паллиативная радиотерапия на область левой ключицы – 15 фракций по 3 Gy. |

С уважением,

TOP Experts Center