

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ**

 **(комплексное)**

**№ САМ-000015**

**г.Москва 14 февраля 2024 г.**

В период с «19» февраля 2024 г. по «24» февраля 2024 г. на основании договора №САМ-000015от15.02.2024г. специалисты:

**ЧЕРТОВСКИХ АНДРЕЙ АНАТОЛЬЕВИЧ** - врач-судебно-медицинский эксперт, имеющий высшее медицинское образование, специальную подготовку по судебно-медицинской экспертизе, ученую степень доктора медицинских наук и стаж работы по специальности с 2005 года;

**ПИСНЯЧЕВСКИЙ АНДРЕЙ ВЛАДЛЕНОВИЧ -** врач-психиатр высшей категории, судебно-психиатрический эксперт, имеющий высшее медицинское образование, стаж работы по специальности "психиатрия" 29 лет, "судебная психиатрия" 23 года,

провели посмертное судебно-медицинское исследование по представленным медицинским документам на имя

КОНОВАЛОВА СЕРГЕЯ АЛЕКСАНДРОВИЧА, 05.05.1961г.р.

*«Заключение специалиста» оформлено в соответствии со ст.188 "Гражданского процессуального кодекса РФ" от 14.11.2002 №138-ФЗ (ред. от 24.06.2023, с изм. от 20.07.2023) и ст. 41 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»*

***ВОПРОСЫ, ПОСТАВЛЕННЫЕ ПЕРЕД СПЕЦИАЛИСТАМИ:***

1. Какими неврологическими и психическими заболеваниями страдал гр-н Коновалов Сергей Александрович, 05.05.1961г.р. на момент 21.09.2022г.?

2.Имелись ли у гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р. такие индивидуально-психологические особенности (в том числе внушаемость, подчиняемость), которые существенно снизили и ограничили его способность руководить своими действиями на момент 21.09.2022г.?

3.Находился ли гр-н Коновалов С.А., 05.05.1961г.р. на момент 21.09.2022г., в таком психическом (эмоциональном) состоянии, когда он не мог понимать значение своих действий и руководить ими?

***Используемая методическая литература.***

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития) от 12 мая 2010г. № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации», вступивший в действие с 31 августа 2010г.

2. УК РФ.

4. ФЗ-73 «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

5. Психиатрия: национальное руководство / гл. ред.: Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022.

6. Гусев, Е. И. Неврология: национальное руководство / Под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой, А. Б. Гехт. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016.

# 7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 января 2017 г. N 3н "Об утверждении Порядка проведения судебно-психиатрической экспертизы".

8. Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста. Кодирование по Международной статистической
классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:F00–03. G30–31. I67–69». Год утверждения (частота пересмотра): 2020. Возрастная категория: Взрослые. Разработчик клинической рекомендации: Общественная организация "Российское общество психиатров", Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров». Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

9. Видаль-2023. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России.

***Перечень оборудования:***

 Ноутбук SONY Personal computer DC 19 5V model PCG-7164P, принтер HP LaserJet 1160, программное обеспечение Windows 7, бумага офисная SvetoCopy формат А4.

***Объекты, предоставленные специалистам для исследования:***

1. копия выписки из амбулаторной карты ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» МЗ РФ на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р.;

2. копия магнитно-резонансной томографии, выполненной в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» МЗ РФ на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р. от 27.04.2022г.;

3. копия амбулаторного осмотра врачом-нейрохирургом выполненного в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» МЗ РФ на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р. от 12.07.2021г.:

4. копия заключения врачебной комиссии для МСЭ №285 выполненного в ГБУЗ СК «Пятигорский межрайонный онкологический диспансер» на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р. от 12.07.2021г.;

5. копия протокола исследования ПЭТ/КТ на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р. от 24.05.2022г.;

6. копия магнитно-резонансной томографии, выполненной в ООО «МИБС-Кисловодск» на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р. от 08.02.2023г.;

7. копия выписки из медицинской карты №5169 ГБУЗ СК «Пятигорский межрайонный онкологический диспансер». на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р. от 08.02.2023г.;

8. копия выписки из медицинской карты №14084/Л амбулаторного больного ФГБУ «НМИЦ Онкологии» на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р. от 14.06.2022г.;

9. копия выписного эпикриза ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер» на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р.;

10. копия медицинской карты стационарного больного №21094 ГБУЗ Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер», на имя гр-на Коновалова Сергея Александровича, 05.05.1961г.р.

***ИССЛЕДОВАНИЕ.***

 Оценка результатов, полученных в ходе проведения данного исследования, приведена специалистами в тексте исследовательской части заключения специалиста и в выводах к нему. Исследование проводилось по общепринятой в судебной медицине, в судебной психиатрии и судебно-медицинской экспертной практике методике исследования такого рода объектов экспертизы путём их изучения, сопоставления, системного анализа, проверки и оценки, содержащихся в них сведений. Для дачи заключения специалист использовал визуальный, механический и сравнительно-аналитический методы исследования.

***МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:***

 1.Визуальный - ознакомление с представленной документацией.

 2.Механический - выписки из представленной документации, оформление исследования.

 3. Сравнительно-аналитический - формирование заключения.

**Исследование медицинских и иных документов, представленных в рамках проведения исследования.**

**1. Представлена копия выписки из амбулаторной карты ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» МЗ РФ на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р.:**

«… Выписка из амбулаторной карты № 14084/Л амбулаторного больного

Ф.И.О.: КОНОВАЛОВ СЕРГИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ Дата рождении: 05.05.1961

Место жительства: СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ, ЖЕЛЕЗНОВОДСК Г, ЛЕНИНА УЛ, 123.. 17 Находился в консультативно-диагностическом отделении: 31.08.2021 г.

Диагноз: С31.8 ЗНО околоносовых пазух слева с распространением в основную пазуху, орбиту,.кавернозный синус StIV(T4N0M0), кл. гр. 2

1.Протокол пересмотра В готовом препарате № АИ 15773-76/21 и готовых ИГХ препаратах - В объеме исследованного материала морфологическая картина и иммунофенотип клеточной популяции более всего характерны для реактивного лимфоидного инфильтрата (С045-позитивного), но не позволяет исключить лимфопролиферативный процесс со вторичными изменениями в виде склероза-гиалиноза ткани.

2.ИГХ №2270/21 (биопсия из полости носа) Морфологическая картина и иммунофенотип клеточного пролиферата в объеме биоптатов слизистой (CD38+, CD138+, MUM1+, LC.-Kappa Lambda) характерны для фиброзно-отечного полипа с хроническим воспалением с обилием плазматических клеток. (биопсия из полости носа).

Консилиум врачей ФГБУ "НМИЦ онкологии" М3 РФ 31.08.21г. в составе: и.о.зав.отд.КДО Г абричидзе 11.Н..зав.отд.ООГШ д.м.н.Енгибарян М.А., зав.отд.радиотерапии Гуеарева М.А.. химиотерапевт Льянова А.А., онколог Черкес М.А.

Рекомендовано:

Пациенту были предложено лечение в условиях ФГБУ "НМИЦ онкологии" М3 РФ. пациент отказался.

Учитывая гистологический подтип опухоли (аденокарцинома), по желанию пациента по месту жительства при удовлетворительных общеклинических показателях крови, мочи, после выполнения ЭхоКГ, консультации терапевта и отсутствии противопоказаний к антрациклинам и гипергидратации, рек-но:

доксорубицин 60 мг\м2 в\в в 1 день ь циспалтин 40 мг\м2 в\в в 1 день на фоне гипергидритации и форсированного диуреза, цикл 21 день. Таких курсов №2-3, с дальнейшей оценкой эффекта и решением вопроса о тактике, консультацией радиолога.

Учитывая распространенность процесса рекомендовано проведение 3-х курсов химиотерапии с последующим дообследованием в объеме (CPKTJ МРТ) и решением вопроса о возможности проведения лучевой терапии…».

**2. Представлена копия магнитно-резонансной томографии, выполненной в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» МЗ РФ на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р. от 27.04.2022г.:**

«… Дата исследования: 27.04.2022 г.

№ истории болезни: 14084/Л

Пересмотр результата

Пересмотр CD MPT исследования мозга: от 3.4.2022.

Низкое соотношение сигнала к шуму.

Анамнез заболевания: ЗНО околоносовых пазух слева с распространением в основную пазуху, орбиту, кавернозный синус StIV(T4N0M0), 3 курса ПХТкл.гр.2 Дополнение к заключению по данным пересмотра:

Дефект медиальной стенки левой верхнечелюстной пазухи.

МР-картина инфильтративной опухоли остеобластного строения с вовлечением стенок верхнечелюстной пазу-хи слева с прорастанием в левую орбиту, скуловую кость, крылонебную ямку, мягкие ткани щеки и периорбитальной области в полость пазухи клиновидной кости, прилежит к сифону левой внутренней сонной артерии, кавернозный синус слева, наружную прямую и нижние мышцы правого глаза, оттесняет левое глазное яблоко, и зрительный нерв с развитием экзофтальма без инвазии в ткань мозга. Опухоль протяженно контактирует с сифоном левой внутренней сонной артерии, вовлекает левый кавернозный синус, оболочки полюса левой височной доли без инвазии в ткань мозга. Опухоль солидного строения размерами 52x50x48 мм. МР-картина фоновой диффузной кортикальной атрофии, лейкодистрофии…».

**3. Представлена копия амбулаторного осмотра врачом-нейрохирургом выполненного в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» МЗ РФ на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р. от 12.07.2021г.:**

«… Рост: 183 см. Вес: 80 кг. ИМТ: 23,89 ППТ: 2,02 кв. м.

Жалобы: Температура 36.7°С на головные боли, снижение зрения на левый глаз, экзофтальм слева.

Эпидемиологический анамнез: за пределами постоянного места жительства в течении последних 14 дней …

находился, (где) в период с по .

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 2-х лет, когда появились головные боли.26.02.2021 в МНИОИ им. Терцина выполнена эндоскопическая эндонозальная биопсия опухоли орбиты.

Г.А от 01.03.2021- разрозненные фрагменты соединительной ткани с выраженным фиброматозом и очаговой лимфо-, гистиоцитарной инфильтрацией с примесью ксантомных клеток.

Анамнез жизни: туберкулез, вирусные гепатиты, сахарный диабет отрицает.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ШК-70, ECOG-2, общемозговой синдром, черепно-мозговые нервы - экзофтальм слева, все виды чувствительности сохранены, движения в конечностях в полном объеме, мышечная сила в норме, походка не изменена. ПНП выполняет удовлетворительно. Поза Ромберга не нарушена. Сухожильные рефлексы оживлены, зона расширена. Тазовые функции контролирует. Апраксия, агнозия, нарушение схемы тела не выявлены. Речь, письмо, чтение, счет сохранены. Менингеальный синдром отсутствует.

Данные дополнительных методов исследования: МРТ головного мозга с КУ 14.06.21: МР-картина инфильтративной опухоли остеобластного строения с вовлечением стенок верхнечелюстной пазухи слева с прорастанием в левую орбиту, скуловую кость, в полость пазухи клиновидной кости, прилежит к сифону левой внутренней сонной артерии, кавернозный синус слева, наружную прямую и нижние мышцы правого глаза, оттесняет левое глазное яблоко, и зрительный нерв с развитием экзофтальма без инвазии в ткань мозга. Опухоль протяженно контактирует с сифоном левой внутренней сонной артерии, вовлекает левый кавернозный синус. Опухоль солидного строения размерами 54x73x55 мм.

Граница опухоли с перитуморальными воспалительными компонентами левой верхнечелюстной пазухи нечеткая, медиальная стенка левой верхнечелюстной пазухи разрушена. Признаки отека слизистой лобной пазухи справа. Гипофиз сохранен, толщиной 6 мм.

Диагноз: D16.4 Опухоль орбиты, состояние после биопсии опухоли

План обследования: Нейрохирургическое лечение не показано Верификация процесса Коне радиолога, химиотерапевта…».

**4. Представлена копия заключения врачебной комиссии для МСЭ №285 выполненного в ГБУЗ СК «Пятигорский межрайонный онкологический диспансер» на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р. от 12.07.2021г.:**

«… Наблюдается в ГБУЗ СК «ПМОД» с 26.11.2020 г.

Диагноз: С 02.Рак околоносовых пазух слева с распространением в основную пазуху, орбиту. Кавернозный синус, ст. 4 T4N0M0, состояние в процессе полихимиотерапии, кл.гр. 2

Гистологическое заключение: №15773-76/21- аденокарцинома Проведённое лечение: В процессе полихимиотерапии с 2021 г.

Данные проведённого обследования: МРТ от 03.04.2022 г.- картина объемного образования левой орбиты с инвазией нижней и латеральной прямых мышц глаза с распространением в левую верхнечелюстную пазуху, на левую половину клиновидной пазухи и распространением на оболочку СЧЯ, через канал зрительного нерва на левый кавернозный синус и левый зрительный нерв в его цистернальной части, с признаками периневральной инфильтрации слева, с инвазией крылонебной ямки и инфильтрацией 3 ветви 5 пары ЧМН слева, вызывающее левосторонний экзофтальм. Признаки левостороннего фронтита многочисленные очаговые изменения вещества мозг^-сосудистого характера, вероятнее, церебральной микроангиопатии…».

**5. Представлена копия протокола исследования ПЭТ/КТ на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р. от 24.05.2022г.:**

«… С31.8//Злокачественное новообразование: Поражение придаточных пазух, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций

Анамнез заболевания: ЗНО ППН слева с распространением на основную пазуху, орбиту, кавернозный синус. 4 ст. 3 кПХТ. 2 клгр.

Цель исследования: Оценка эффективности проведенного лечения

ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЭТ/КТ

Физиологическая гиперфиксация РФП: в головном мозге, слюнных железах, лимфоидном кольце, миокарде левого желудочка, почках, фрагментарно по ходу мочеточников, мочевом пузыре, по ходу желудочно - кишечного тракта.

SUVmax пула крови: 1.88 SUVmax печени:2.98

Область головы и шеи: В ретробульбарном пространстве левой орбиты сохраняется образование без четких границ, прежним размером около 32x25 мм, с гиперфиксацией ФДГ SUVmax=6,77, ранее 5,73, на фоне этого определяется частичная деструкция стенок глазницы и ВЧП (не исключается распространение в полость черепа), куда распространяются опухолевые массы. Экзофтальм OS.

Оценить наличие патологических изменений в головном мозге не представляется возможным из-за высокого фонового накопления ФДГ. Желудочки не расширены, срединные структуры не смещены. Слюнные железы без особенностей.

Щитовидная железа типично расположена, не увеличена в размерах, однородной структуры. Лимфоузлы шейные увеличены, без повышенной метаболической активности.

Органы грудной клетки: Очагов патологического метаболизма РФП не выявлено.

Паренхима лёгких без очаговых и инфильтративных изменений. Просветы трахеи и крупных бронхов прослеживаются. Плевральные листки не утолщены. Выпота в плевральных полостях не отмечается. Сердце и структуры средостения не изменены. Выпота в полости перикарда не выявлено. Внутригрудные лимфоузлы не увеличены, без повышенной метаболической активности. Аксиллярные лимфоузлы не увеличены, без повышенной метаболической активности.

Органы брюшной полости: Желудок субтотально наполнен, стенка в выходном отделе равномерно утолщена до 10 мм с гиперфиксацней ФДГ SUVmax=4,98, ранее 4,30

Печень не увеличена в размерах, плотность паренхимы в пределах нормы (до+50 -65 HU) однородной структуры. Внутри- и внепеченочные протоки не расширены.

Желчный пузырь не изменен, рентгеноконтрастных конкрементов не выявлено.

Поджелудочная железа не увеличена, однородной плотности Селезенка не увеличена, структура не изменена.

Надпочечники не увеличены, структурно не изменены.

Почки обычно расположены, не увеличены. Чашечно-лоханочная системы и мочеточники не расширены. В правой почке определяется мелкий конкремент до 3 мм, в левой конкремент до 6 мм Лимфоузлы брюшной полости и забрюшинного пространства не увеличены в размерах, без повышенной метаболической активности.

Свободной жидкости в брюшной полости не отмечается.

Органы малого таза: Очагов патологического метаболизма РФП не выявлено.

Дополнительных образований в области таза не визуализируется. Клетчатка не изменена.

Тазовые лимфоузлы не увеличены, без повышенной метаболической активности.

Периферические лимфоузлы не увеличены, без повышенной метаболической активности. Свободной жидкости в полости малого таза не отмечается.

Костная система и мягкие ткани: Очагов патологического метаболизма ФДГ не выявлено.

Со стороны костных структур остеобластических или остеолитических изменении не отмечается. Визуализируются дегенеративные изменения позвоночника.

Со стороны мягких тканей патологических изменений не обнаружено…

В сравнении с ПЭТ/КТ от 02.08.2021 г. стабилизация метаболически активного образования левой орбиты с частичной деструкцией стенок и распространением на левую ВЧП, экзофтальм;

Регресс участка гиперфиксации ФДГ в твердом небе и носоглотке слева.

Гиперфиксаци ФДГ в теле желудка, вероятно воспалительного генеза, рек-но: ФГДС.

МКБ, конкременты почек…».

**6. Копия магнитно-резонансной томографии, выполненной в ООО «МИБС-Кисловодск» на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р. от 08.02.2023г.:**

«…На серии МР томограмм, выполненных в трёх плоскостях, визуализированы суб- и супратенториальные структуры.

В левой орбите по нижней, медиальной и латеральной ее стенкам сохраняется объемное образование, с признаками инвазии параорбитальной клетчатки, нижней и латеральной прямых мышц глаза, распространяющегося каудально вдоль латеральной стенки левой верхнечелюстной пазухи с инвазией левой крылонебной ямки, через канал левого зрительного нерва с инфильтрацией цистернальной части левого зрительного нерва, в левый кавернозный синус, с охватом на 50 процентов окружности левой внутренней сонной артерии без изменения сигнала от кровотока по ней, в клетки решетчатого лабиринта слева, на крылонебный карман левой половины клиновидной пазухи и по ее латеральной стенке, , с признаками умеренно выраженного накопления контрастного препарата, а также утолщения и контрастного усиления оболочек средней черепной ямки левой височной области. Общий размер образования ~ 5.3х5.2х5.1 см

Отмечается неравномерное утолщение и повышение МР сигнала на Т2 ВИ от слизистых оболочек основной, правой верхнечелюстной, лобной пазух, а также клеток решетчатого лабиринта - за счет отека. Пазухи тотально заполнены патологическим содержимым. Отмечается неоднородное повышение МР сигнала по Т2 ВИ от ячеек сосцевидного отростка височной кости слева.

В белом веществе лобных и теменных долей, паравентрикулярно и субкортикально, определяются множественные полиморфные очаги глиоза (гиперинтенсивные на Т2 и FLAIR, без признаков рестрикции диффузии), отдельные очаги сливного характера, размерами до 0.8 см. Определяются зоны паравентрикулярного глиоза.

На DWI с Ь=1000 и карте ИКД фокусов с рестрикцией диффузии не определяется. Диффузных изменений вещества мозга не выявлено.

Периваскулярные пространства Вирхова-Робина умеренно расширены.

Боковые желудочки мозга расширены: ширина правого бокового желудочка на уровне отверстия Монро до 1.7 см, ширина левого бокового желудочка на данном уровне до 1.9 см.

III-й желудочек расширен до 1.2 см, IV-й желудочек не расширен.

Хиазмальная область без особенностей, гипофиз в размерах не увеличен.

Субарахноидальное конвекситальное пространство и борозды неравномерно расширены, преимущественно в области лобных и теменных долей, а также мозжечка, за счет умеренных атрофических изменений. Базальные цистерны не изменены.

Срединные структуры не смещены.

Миндалины мозжечка расположены выше большого затылочного отверстия.

Заключение: МР картина состояния после комбинированного лечения с-г околоносовых пазух слева с распространением на левую орбиту, кавернозный синус, основную пазуху. МР картина объемного образования левой орбиты с распространением в левую верхнечелюстную пазуху, на левую половину клиновидной пазухи и с распространением на оболочки СЧЯ слева, на левый кавернозный синус - без видимой динамики от 23.08.2022г. МР признаки пансинусита. Левосторонний экзофтальм.

Смешанная заместительная гидроцефалия. Многочисленные очаговые изменения вещества мозга сосудистого характера (Fazekas 2), вероятно, проявления церебральной микроангиопатии. Рекомендовано: консультация лечащего врача. 08.02.2023…».

**7. Копия выписки из медицинской карты №5169 ГБУЗ СК «Пятигорский межрайонный онкологический диспансер». на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р. от 08.02.2023г.:**

«… Ф.И.О.: Коновалов С.А Адрес: Железноводск ул. Ленина д.123 кв. 17 Находился на дневном стационаре с 21.10.21 по 25.10.21 Диагноз: С- 02

Заключительный клинический диагноз:

Рак околоносовых пазух слева с распространением в основную пазуху орбиту кавернозный синус ст4 (Т4 N 0 М(|), состояние после 2 курса химиотерапии кл.гр.2

ПГЗ №№15773-76/21 аденокарцинома.

Узи сердца от 06.09.21 фвлж -62 %

Пэт -кт от 02.08.21 пэт -кт активного образования левой орбиты с частичной деструкцией стенок и распространением на л. вчп .экзофтальм

Гиперфиксация фдг в твердом небе и носоглотке слева для исключения органической патологии .Гиперфиксация фдг в желудка вероятно воспалительного генеза -рекомендовано фгде.

В отделении проведен 2 курс химиотерапии в режиме

доксорубицин 6о мг /м2 -120 мг в/в в/в капельно - в 1-й день, 8 день

цисплатин 40 мг \м2 - 8о мг (пре - и постгидратация)

Перенесла без осложнений.

Рекомендовано:

Амбулаторное наблюдение у онколога по месту жительства.

Контрольный общий анализ крови и биохимический анализ крови (Общий белок, Общий билирубин. АЛТ, ACT, Креатинин Мочевина, Натрий, Калий, Хлор, Глюкоза, Щелочная фосфатаза). Общий анализ мочи, ЭКГ. ПЦР на Covid 19 ( срок действия 3-5 дней).

Повторная госпитализация через 21 день Симптоматическая терапия:

при тошноте: Церукал, Мотилиум, Ангиэметики (Зофран, Китрил, Лагран и др.) согласно инструкции, при жидком стуле: Лоперамид начальная доза 4мг, затем 2 мг, каждые 4 часа или после каждого жидкрро стула Прием прекращают при отсутствии жидкого стула в течении 12 часов. ИЛИ, при неэффективности Энтероз порошок согласно инструкции.

для поддержания нормальной микрофлоры кишечника: Линекс по 1 капсуле 3 раза в сутки, ИЛИ Бифидубактерин (5 доз в день), ИЛИ Бактисуптил 2 капсулы 3 раза в сутки.

Омез капе. 20мг за 30 мин до еды, по 1 капе в день. Креон 10000, по 1 капе, во время еды .

при запорах дюфалак согласно инструкции

при лейкопении, нейтропении Г-КСФ (Лейкостим, Филграстим, Теваграстим, Нейпоген, Нейпомакс, Пруластим (доза - ЗООмкг, ЗОМЕ) согласно инструкции, или дексаметазон 8 мг- утро, 4мг - вечер, 2 раза в сутки в течении 3- дней, с параллельным приемом препарата Омез 1 табл. 1 раз в сутки.

при стоматите: местно - Холисал, Метрогил гель согласно инструкции; полоскание рта зубными эликсирами Глисан, Ксидент, ОКИ, ромашка, календула и др. согласно инструкции; смазывание губ жирной помадод; гигиена полости рта - чистить зубы каждый раз после еды, использовать мягкую зубную щетку, менять каждый месяц.

- при повышении температуры тела: жаропонижающие содержащие парацетамол, ацетилсалициловую кислоту, (витамин С) шп| препараты группы НПВС (Вольтарен, Кетонал, Нурофен и др.)

-гепатотропная - гепа-мерц по 1 пор.- 2 раза в день…».

**8. Копия выписки из медицинской карты №14084/Л амбулаторного больного ФГБУ «НМИЦ Онкологии» на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р. от 14.06.2022г.:**

«… Выписка из амбулаторной карты № 14084/Л амбулаторного больного

Ф.И.О.: КОНОВАЛОВ СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ Дата рождения: 05.05.1961

Место жительства: СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ. ЖЕЛЕЗНОВОДСК Г, ЛЕНИНА УЛ, 123, 17

Находился на обследовании в консультативно-диагностическом отделении: 14.06.2022 г.

Диагноз: С31.8 ЗНО околоносовых пазух слева с распространением в основную пазуху, орбиту, кавернозный синус StIV(T4N0M0), 3 курса НХТкл.гр.2

ИГХ №2270/21 (биопсия из полости носа) Морфологическая картина и иммунофенотип клеточного пролиферата в объеме биоптатов слизистой (CD38+, CD138+, MUM1+, LC:Kappa=Lambda) характерны для фиброзно-отечного полипа с хроническим воспалением с обилием плазматических клеток. (биопсия из полости носа)

Проведено обследование:

.ПЭТ/КТ от 24.05.2022 -в сравнении от 2.08. 2021г.стабилизация метаболически активного образования левой орбиты с частичной деструкцией стенок и распространением на левую верхнечелюстную пазуху, экзофтальм. Регресс участка гиперфиксации ФДГ в теле желудка, вероятно воспалительного генеза, рек-но ФГДС. МКБ. конкременты почечной пазухи.

.ПЕРЕСМОТР МРТ —от 27-04-2022 Пересмотр CD МРТ исследования мозга: от 3.4.2022.

Низкое соотношение сигнала к шуму.

Анамнез заболевания: ЗНО околоносовых пазух слева с распространением в основную пазуху, орбиту, кавернозный синус StIV(T4N0M0), 3 курса ПХТкл.гр.2 Дополнение к заключению по данным пересмотра:

Дефект медиальной стенки левой верхнечелюстной пазухи.

МР-картина инфильтративной опухоли остеобластного строения с вовлечением стенок верхнечелюстной пазухи слева с прорастанием в левую орбиту, скуловую кость, крылонебную ямку, мягкие ткани щеки и периорбитальной области в полость пазухи клиновидной кости, прилежит к сифону левой внутренней сонной артерии, кавернозный синус слева, наружную прямую и нижние мышцы правого глаза, оттесняет левое глазное яблоко, и зрительный нерв с развитием экзофтальма без инвазии в ткань мозга. Опухоль протяженно контактирует с сифоном левой внутренней сонной артерии, вовлекает левый кавернозный синус, оболочки полюса левой височной доли без инвазии в ткань мозга. Опухоль солидного строения размерами 52x50x48 мм. МР-картина фоновой диффузной кортикальной атрофии, лейкодистрофии.

проведен консилиум врачей КДО в составе: зав. КДО Дурицкий М.Н. зав..ООГШ д.м.н. Енгибарян М.А., врача-онколога к.и.н.Черкес М.А.

зав. отд. радиотерапии к.м.н. Сакун П.Г., химиотерапевт к.м.н. Кабанов С.Н.

Рекомендации:

Возможно проведение химиолучевой терапии + карбоплатин на опухолевый рост и пути лимфооттока по месту жительства.

Осмотр и контрольное обследование через 3-4 недели после окончания лучевой терапии.

Находился на амбулаторном приеме в КДО ФГБУ "НМИЦ-онкологии М3 РФ" 27.04.2022, 23.05.2022…».

**9. Копия выписного эпикриза ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер» на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р.:**

«… ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Пациент КОНОВАЛОВ СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ, номер мед.карты 21094 С, возраст 61 (05.05.1961), гражданские лица, адрес регистрации: РОССИЯ, Ставропольский край, Железноводск г, Ленина ул, д. 123, кв. 17, адрес проживания: РОССИЯ, Ставропольский край, Железноводск г, Ленина ул, д. 123, кв. 17 Находился на лечении в ГБУЗ С К "СККОД" в Радиологическом отделении №1 по 30.08.2022

Диагноз при поступлении:

Основной: Cancer околоносовых пазух слева с распространением в основную пазуху, орбиту, кавернозный синус T4N0M0, IV стадия, состояние в процессе полихимиотерапии с 2021 года (состояние после 3-х курсов химиотерапии: доксорубицин+ цисплатин), кл. гр. 2 (С 31.0)

Осложнение: Левосторонний экзофтальм. ( Н 05.2) Хронический болевой синдром 2 балла. ( R 52,5) Сопутствующий: Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени риск 4. ХСН 1 ФК 1 ( NYHA). (I 11.0) ИБС: постинфарктный кардиосклероз ( без уточненной даты ОИМ). (I 25.9) Безболевая ишемия миокарда. Неполная осложненная катаракта обоих глаз. Гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки. Хронический риносинусит, ремиссия. (J 32.9)

Гистологическое заключение, N - 4113-5 от 20.01.2021 г (слизистая носоглотки) Микро: Полиповидной формы кусочки слизистой с выраженной лимфоцитарной инфильтрацией, большим количеством мелких, капиллярного типа сосудов, выводными протоками слизистых желез, частично покрытые респираторным эпителием.

Гистологическое исследование № АИ 15773-76/21 и готовых ИГХ препаратах морфологическая картина и иммунофенотип клеточной популяции вероятнее всего характерны для реактивного лимфоидного инфильтрата ( СР45-позитивного), но не позволяет исключить лимфопролиферативный процесс со вторичными изменениями в виде склероза-гиалиноза ткани.

Гистологическое исследование № 2270/21 (биопсия из полости носа). Микро: морфологическая картина и иммунофенотип клеточного пролиферата в объеме биоптатов слизистой ( CD 38+, CD138+, MUM1+, LC Kappa=Lambda) характерны для фиброзно- отечного полипа с хроническим воспалением с обилием плазматических клеток.

Гистологическое исследование №15773-76\21 ( НМИЦ Онкологии М3 РФ г. Ростов-на-Дону)- аденокарцинома.

Локальный статус - Скелет лицевого черепа не изменен, не деформирован. Точки выхода тройничного нерва пальпаторно безболезненные. Определяется экзофтальм слева. Слизистая носа розовая, отека нет, выделений нет, опухолевая ткань четко не визуализируется, левый носовой ход сужен Шейные и подчелюстные лимфоузлы не определяются.

Проведенное лечение: В плане комбинированного лечения, проведен незавершенный радикальный курс дистанционной конформной лучевой терапии на аппарате: Линейный ускоритель электронов Varian TrueBeam Предлучевая подготовка: изготовление индивидуальных фиксирующих устройств (термопластическая "МАСКА" без фиксации верхнего плечевого пояса, подколенники) КТ-топометрия. ЗД- планирование. КТ- симуляция, коррекция плана лечения. Методика лучевой терапии: ViMAT

Лучевой компонент^ объем облучения включено: 100 % объема PTV включено в 95 % изодозу. Облучение проведено пучком с энергией 6 МэВ. В режиме классического фракционирования дозы при РОД = 2 Гр суммарная доза на опухоль составила СОД = 52 Гр. На пути л/оттока шеи с обеих сторон суммарно подведено СОД = 52 Гр. На критические органы суммарно в среднем подведено:

Дозы на критические органы:

Левый зрачок - 0,5Гр

Правый зрачок - 0,6 Гр

Левый глаз - 0,5 Гр

Правый глаз - 0,6 Гр

Правый оптический нерв - 0,7 Гр

Левый оптический нерв - 0,7 Гр

Ствол головного мозга - 2,2 Гр

Нижняя челюсть - 35,6 Гр

Весь объем головного мозга - 0,8 Гр

Спинной мозг - 21,0Гр

Химиотерапевтический компонент: Рост 180 см. Вес 80 кг. Площадь тела 2 м2. ECOG 0-1.

Выполнено 2 введения ( 290мг) Карбоплатина AUC 2 1 раз в неделю на фоне инфузионной терапии, терапии антиэметиками.

12.08.2022г 1-е введение препарата Карбоплатина AUC 2 160мг на фоне инфузионной терапии, терапии антиэметиками. Без осложнений.

19.08.2022г 2-е введение препарата Карбоплатина AUC 2 130мг на фоне инфузионной терапии, терапии антиэметиками. Без осложнений.

30.08.2022г в условиях радиотерапевтического отделения № 1 проведен консилиум врачей № 221094 в составе. Лечащий врач Врач-радиотерапевт Пикалова Татьяна Александровна, врач Зав. радиологическим отделением-врач-радиотерапевт Клестер Светлана Викторовна, врач Заведующий отделением - врач-онколог Лозовая Ирина Юрьевна, врач Врач-онколог Дутчин Сергей Анатольевич ПРИНЯТО РЕШЕНИЕ: Изменена тактика лечения.

Заключение консилиума изменить тактику лечения.

Учитывая данные КТ носовых пазух от 30.08.2022г: Левая верхнечелюстная пазуха тотально заполнена содержимым мягкотканной плотности пузырьками газа, данный конгломерат распространяется через верхнюю стенку в орбиту и медиальную стенку, разрушая их, в ячейки решетчатой кости, носовые ходы, правую ВЧП образуя в ней горизонтальный уровень высотой до 12,3 мм. Пристеночное содержимое в фронтальной и клиновидной пазухах 22-42 ед.Х. В ротоглотке, полости носа слева отмечаются эмфизематозные изменения. В верхней челюсти отмечаются участки резорбции с нарушением кортикального слоя наружной пластинки на протяжении 13,1 мм - данные за распад опухоли, эпизод состоявшегося носового кровотечения от 29.08.2022г дальнейшее проведение курса лучевой терапии не показано. Рекомендовано наблюдение у онколога, хирурга, ЛОР-врача по месту жительства, продолжение гемостатической терапии, проведение антибактериальной, инфузионной терапии по месту жительства под контролем терапевта. Явка в профильный кабинет поликлиники ГБУЗ СК СККОД через 2-3 недели для решения вопроса в рамках консилиума врачей о тактике дальнейшего лечения, с результатом анализов OAK, ОАМ, Биохимия крови, ЭКГ, заключением терапевта, УЗИ лимфатических узлов шеи.

- Консультация химиотерапевта от 11.08.2022г рекомендовано проведение химиотерапии синхронно с лучевой терапией в режиме: Карбоплатин AUC 2 в\в 1 день еженедельно на фоне инфузионной терапии, терапии антиэметиками..

Консультация невролога от 20.07.2022г Диагноз: Хроническая цереброваскулярная недостаточность, 2ст. Легкий атактический синдром. Астено-невротический синдром. I67.9

Назначено:

мексидол (мексикор) по 1таб х 3 раза в день, месяц, на амбулаторном этапе;

глицин по 1 таб х 3 раза в день, сублингвально, месяц, на амбулаторном этапе;

наблюдение невролога по месту жительства.

Консультация терапевта от 22. 07.2022г Диагноз: Основной: Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени риск 4. Целевое АД 140/90мм.рт. ст. ИБО: постинфарктный кардиосклероз (без уточненной даты ОИМ). (I 25.9) Безболевая ишемия миокарда. Кардиомиопатия смешанного генеза. Синусовая тахикардия Осложнения: ХСН 1 ФК 1 ( NYHA).

Сопутствующий: хроническая цереброваскулярная недостаточность, 2ст. Легкий атактический синдром. Астено-невротический синдром. I67.9 Хронический холецистит, ремиссия. Хронический панкреатит, ремиссия. Неполная осложненная катаракта обоих глаз. Гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки. Хронический риносинусит, ремиссия. ( J 32.9). Варикозная болезнь н/конечностей. ХБП Зст( СКФ 35мл/мин/1,73кв.м)..

Рекомендации: данных за острую коронарную патологию нет. Изменения на ЭКГ носят хронический характер УЗИ почек, ЭКГ динамика через 3 дня контроль АД, пульса

продолжить постоянный прием лекарств, назначенных амбулаторно амлодипин 20мг 1т 1 р/д, периндоприл 8мг 1 р/д,

симвастатин 20мг вечером, -Змее под контролем липидограммы, АСТ, АПТ, КФК МВ

ацекардол100мг вечером

при повышении АД-нифедипин 20мг 1т п/язык

добавить

бисопролол 2,5мг 1т 1 р/д под контролем АД, пульса нитросорбид 1/2т2р/д амбулаторно добавить

полисорб( энтеросгель) 1д.л Зр/д-1мес под контролем почечных показателей при болях в сердце-нитроспрей 2впр п/язык повторный осмотр по показаниям

липидограмма, СМ ЭКГ, конс. Кардиолога, ангиохирурга по м/ж.

Консультация терапевта от 02.08.2022г Диагноз: ХБП 3 ст(СКФСКФ =34мл/мин) Гипертоническая болезнь III стади из степени риск 4. Целевое АД 140/90мм.рт. ст. ИБС: постинфарктный кардиосклероз ( без уточненной даты ОИМ). (| 25.9) Безболевая ишемия миокарда. Синусовая тахикардия Осложнениями 1 ФК 1 ( NYHA).

Сопутствующий: Хроническая смешанная гастропатия Недостаточность кардии 2 степени. Дуоденогастральный рефлюкс. Хроническая эритематозная дуоденопатия (Уреазный тест отрицательный.).

Рекомендации: отменен до повышения СКФ выше 60мм, периндоприл; амлодипин снизить дозу до 10мг в сут… увеличить дозу 5мг утром.

по месту жительства метоклопромид 10 мг 3 раза в сут. 3 мес аллопуринол 100мг в сут. 2мес.

Консультация уролога от 09.08.2022г Диагноз: ХБП. Рекомендовано: консультация нефролога.

Консультация терапевта от 23.08.2022г Диагноз: ХБП 3 ст(СКФСКФ =34мл/мин) Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени риск 4. Целевое АД 140/90мм.рт. ст. ИБС: постинфарктный кардиосклероз ( без уточненной даты ОИМ). (I 25.9) Безболевая ишемия миокарда. Синусовая тахикардия

Осложнения: ХСН 1 ФК 1 ( NYHA).

Хроническая смешанная гастропатия Недостаточность кардии 2 степени. Дуоденогастральный рефлюкс. Хроническая эритематозная дуоденопатия (Уреазный тест отрицательный.).

Рекомендации: Контроль ЭКГ, креатинина, мочевины через 10 дней. продолжить амлодипин 5мг в сут вечером бисопрол 5мг утром.

Получал лечение: МЕДИКАМЕНТЫ: Кетопрофен-мг-100[100 мг]внутримышечно[2 раз(а) в день 60дн.]Тгатас1о1-мл-2[2 мл]внутримышечно[2 раз(а) в день32 дн.]0мепразол-мг-20[20 мг]Перорально[2 раз(а) в день45 дн.]ЭНИКСУМ-шт.-1[1 шт.]Подкожно[1 раз(а) в день17 дн.]ЛОРАТАДИН-мг-Ю[Ю мг]Перорально[1 раз(а) в день40 дн.]Бисопролол-мг-2.5[2,5 мг]Перорально[1 раз(а) в день22 дн.]Нитросорбид-мг-5[5 мг]Перорально[2 раз(а) в деньб дн.]Лоперамид-мг-4[4 мг]Перорально[1 раз(а) в день1 дн.]Натрия хлорид-мл-500[500 мл]внутривенно капельно[1 раз(а) в день13 дн.]Бисопролол-мг-5[5 мг]Перорально[1 раз(а) в день35 дн.]Клексан-шт.-1[1 шт.]Подкожно[1 раз(а) в день16 дн.]Карбоплатин-ЛЭНС-мг-160, Натрия хлорид-мл-500[500 мл]внутривенно капельно[1 раз(а) в день2 дн.]Ондансетрон-мг-8[8 мг]Внутривенно[1 раз(а) в день2 дн.]Дексаметазон-мг-8[8 мг]Внутривенно[1 раз(а) в день дн.]Тгатас1о1-мг-100[100 мг]внутримышечно[1 раз(а) в день1 дн.]Метоклопрамид-мг-10[10 мг]внутримышечно[1 раз(а) в день1 дн.]Натрия хлорид-мл-500, Карбоплатин-ЛЭНС-мг-130[500 мл]внутривенно капельно[1 раз(а) в день2 flH.]Tramadol-Mr-100[100 мг]внутримышечно[3 раз(а) в деньЗ дн.]Метоклопрамид-мг-10[10 мг]внутримышечно[2 раз(а) в деньЗ flH.]Tramadol-Mr-100[100 мг]Перорально[3 раз(а) в день1 дн.]Теовексал-мг-500[500 мг]внутривенно капельно[3 раз(а) в деньб дн.]Натрия хлорид-мл-500[500 мл]внутривенно капельно[3 раз(а) в день б дн.]Теовексал-мг-250[250 мг]Внутривенно[1 раз(а) в день1 дн.]Этамзилат-Ферейн-мл-2[2 мл]внутримышечно[3 раз(а) в деньЗ дн.]

Выписан (а) в удовлетворительном состоянии Данные дополнительных исследований:

0 - Общий анализ крови от 23.08.2022г WBC 5.29 -10\*9/1\_; (норма 4-8) RBC 4.28 -10\*12/1\_; (норма 3,7-5,5) HGB 130 -g/L; (норма 117-170) PLT 115 -10\*9/L; (норма 180-390) СОЭ 54 -мм/ч; (норма М:0-15; Ж:0-20) NEUT 4.28 -10\*9/L; (норма 1,2-6,8)

Биохимический анализ крови от 23.08.2022г Глюкоза 5,37 -ммоль/л; (норма 3,5-6,4) Общий белок 78,9 -г/л; (норма 60-86) Креатинин 200 -мкмоль/л; (норма М:80-115; Ж:53-97) Билирубин общий 13,3 -мкмоль/л; (норма 2-21) Билирубин прямой 3,7 -мкмоль/л; (норма 0-4) Мочевая кислота 422 -мкмоль/л; (норма М:200-420; Ж:140-340) Мочевина 25,2 -ммоль/л; (норма 1,7-8,3) АЛТ 19,1 -Ед/л; (норма М:0-45; Ж:0-34) ACT 33,9 -Ед/л; (норма М:0-37; Ж: 0-31)

Общий анализ мочи от 23.08.2022г Плотность/удельный вес 1,015 -Грамм в миллилитре; (норма 1,005-1,03) Реакция 5 -Водородный показатель; (норма 5-9) Лейкоциты отр -мкл; (норма 0-1) Бактерии отр -Нормализованное отношение; (норма отр) Белок отр -г/л; (норма 0-0) Глюкоза норм -ммоль/л; (норма отр) Кетоновые тела отр -ммоль/л; (норма 0-0)Уробилиноген норм -мкмоль/л; (норма отр) Билирубин отр -мкмоль/л; (норма 0-0)

Эритроциты отр -мкл; (норма 0-0) Цвет желтый Прозрачность полная

Коагулограмма от 23.08.2022г Фибриноген (Fib) 4.78 -г/л; (норма 2-4) АЧТВ (РРТ СРН4 Прямое) 26.3 -сек; (норма 24-35) Протромбиновый индекс (РТ+) 78 -%; (норма 70-130)МНО (РТ+ ) 1.16 -МНО; (норма 0,8-1,2)

Протромбиновое время (РТ+ ) 14.9 -сек; (норма 11-16)

МРТ головного мозга от 23.08.2022г ГОЛОВНОЙ МОЗГ. Состояние после лечения с-г околоносовых пазух слева с распространяем в основную пазуху, орбиту, кавернозный синус. На серии МР-томограмм головного мозга, выполненных в последовательностях Т1, Т2, FLAIR в аксиальной, сагиттальной и коронарной проекциях до и после контрастного усиления, получены изображения суб- и супратенториальных структур. МОЗГОВОЕ ВЕЩЕСТВО: Срединные структуры мозга не смещены. В подкорковых структурах белого вещества головного мозга определяются сосудистые очаги и дисциркуляторные очаги глиоза с повышенным МР-сигналом на Т2 и Flair размерами до 10 х 7 мм, не накапливающие контрастное вещество. Мозолистое тело, подкорковые ядра сформированы обычно. Оболочки мозга не изменены. Периваскулярные пространства Вирхова-Робина умеренно расширены. ЛИКВОРОСОДЕРЖАЩИЕ ПРОСТРАНСТВА: Базальные цистерны дифференцированы, четкие. Боковые желудочки симметричные, контуры четкие, ровные. Ill и IV желудочки не изменены. Сильвиев водопровод дифференцирован, проходим. Латеральные щели мозга асимметричны, справа расширена в височной области. Субарахноидальные пространства умеренно расширены, структура их однородная.

ОСНОВАНИЕ МОЗГА: Гипофиз однородной структуры, с ровными контурами и равномерным накоплением контрастного вещества. Воронка гипофиза расположена центрально. Хиазма зрительных нервов структурная. Мозжечок, стволовые структуры и вещество спинного мозга до уровня СЗ позвонка без патологических изменение Краниовертебральный переход без особенностей.

Пристеночное утолщение слизистых верхнечелюстных, лобной пазух КОСТНЫЕ СТРУКТУРЫ: Кости свода черепа без изменений. Пирамиды височных костей не изменены. Область глазниц без особенностей. Участков патологического накопления контрастного препарата веществом головного мозга на уровне сканирования не выявлено.

Заключение: МР-картина состояния после лечения с-r околоносовых пазух слева с распространением в основную пазуху, орбиту, кавернозный синус. МР-данных за объёмный процесс в головном мозге не выявлено. МР-картина умеренного расширения наружных ликворных пространств головного мозга, микроангиопатии, дисциркуляторной энцефалопатии.

ЭКГ. от 19.07.2022г ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Синусовая тахикардия с ЧСС 100 в минуту. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Признаки гипетрофии миокарда левого желудочка. Диффузное нарушение процессов реполяризации, наиболее выраженное в нижней и боковой стенках левого желудочка, с переходом на верхушку сердца, вероятнее всего в результате гемодинамической перегрузки.

ЭКГ- динамика от 25.07.2022г ЗАКЛЮЧЕНИЕ: При сравнении с ЭКГ № 17844 от 19.07.22г. регистрируется синусовый ритм с ЧСС 85 в мин. Сохраняются выраженью нарушения процессов реполяризации в миокарде нижне-боковой стенки левого желудочка и области верхушки (возможно в результате гемодинамической перегрузки). Единичная предсердная экстрасистола. Признаки гипертофии миокарда левого желудочка. В миокарде левого желудочка без существенной динамики.

ЭКГ-динамика от 28.07.2022г ЗАКЛЮЧЕНИЕ: При сравнении с ЭКГ от 25.07.22г. №18342 регистрируется синусовый ритм с ЧСС 60 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Диффузное нарушение процессов реполяризации, наиболее выраженное в нижней и боковой стенках левого желудочка, с переходом на верхушку сердца, вероятнее всего в результате гемодинамической перегрузки - без существенной динамики.

ЭКГ-динамика от 02.08.2022г ЗАКЛЮЧЕНИЕ: При сравнении с ЭКГ№18769 от 28.07.22г. регистрируется синусовый ритм с ЧСС 79 в мин. Горизонтальное положение ЭОС.

Диффузное нарушение процессов реполяризации, наиболее выраженное в нижней и боковой стенках левого желудочка, с переходом на верхушку сердца, вероятнее всего в результате гемодинамической перегрузки - без существенной динамики.

ЭКГ от 09.08.2022г ЗАКЛЮЧЕНИЕ: При сравнении с ЭКГ№19080 от 02.08.22г. регистрируется синусовый ритм с ЧСС 62 в мин. Нормальное положение ЭОС. Сохраняются выраженные нарушения процессов реполяризации в миокарде нижне-боковой стенки левого желудочка, вероятно характера гемодинамической перегрузки. Улучшение процессов реполяризации в миокарде области верхушки сердца (стал "сл+" з. Т в V4, был"-")

ЭКГ-динамика от 16.08.2022г ЗАКЛЮЧЕНИЕ: При сравнении с ЭКГ от 09,08,2022 года № 19772 регистрируется: синусовый ритм с ЧСС 74 в минуту. Признаки гипертрофии левых отделов сердца В миокарде левого желудочка - без существенной динамики

ЭКГ-динамика от 23.08.2022г ЗАКЛЮЧЕНИЕ: При сравнении с ЭКГ № 20466 от 16.08.2022 года регистрируется: синусовый ритм с ЧСС 77 в минуту. Увеличение обоих предсердий.

Малый прирост V1-V2 (вероятно рубцовые изменения в миокарде передне-перегородочной области левого желудочка). Выраженные нарушения процессов реполяризации в миокарде нижнебоковой стенки левого желудочка и области верхушки сердца, УХУДШЕНИЕ в миокарде области верхушки сердца (стал з. Т в V4, был "+"). Гемодинамическая перегрузка левого желудочка

Компьютерная томография: КТ придаточных пазух носа от 30.08.2022г На серии МСКТ получены изображения придаточных пазух носа. Левая верхнечелюстная пазуха тотально заполнена содержимым мягкотканной плотности пузырьками газа, данный конгломерат распространяется через верхнюю стенку в орбиту и медиальную стенку, разрушая их, в ячейки решетчатой кости, носовые ходы, правую ВЧП образуя в ней горизонтальный уровень высотой до 12,3 мм. Пристеночное содержимое в фронтальной и клиновидной пазухах 22-42 ед.Х. В ротоглотке, полости носа слева отмечаются эмфизематозные изменения. В верхней челюсти отмечаются участки резорбции с нарушением кортикального слоя наружной пластинки на протяжении 13,1 мм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: МСКТ - картина объемного образования в левой орбите с распространением в левую и правую верхнечелюстную пазухи с деструкцией верхней и медиальной стенок левой верхнечелюстной пазухи, медиальной стенки правой верхнечелюстной пазухи, ячеек решетчатой кости, носовой перегородки, латеральной стенки основной пазухи частично левой половины верхней челюсти, передней поверхности крыла клиновидной кости слева. КТ признаки пансинусита.

УЗИ органов брюшной полости от 21.07.2022г ПЕЧЕНЬ. Печени в размерах не увеличена. Контур видимых отделов печени ровный, чёткий, нижний край угол. Эхогенность паренхимы диффузно повышена. Эхоструктура мелкозернистая, равномерно неоднородная. Звукопроводимость паренхимы ослаблена, рисунок сосудистых структур сохранён. Внутрипеченочные желчные протоки сегментарные и долевые протоки не расширены. Просвет портальной вены 11 см (N до 14 мм). Ворота печени от лимфатических узлов свободны. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ. Желчный пузырь обычно расположен, вытянутой формы, размерами 6,6 х 2,7 см. Стенки толщиной до 0,2 см, диффузно повышенной эхогенности. Содержимое полости неоднородное, за счет эховзвеси. ПЖЖ. Поджелудочная железа в размерах не увеличена. Контуры ровные. Эхогенность диффузно высокая структура мелкозернистая, равномерно однородная. Просвет вирсунгова протока не расширен. СЕЛЕЗЕНКА Селезенка в размерах не увеличена, эхогенность обычная. Просвет селезеночной вены в воротах 6 мм. ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА. Лимфатические узлы забрюшинного пространства в проекции парааортальные, паракавальные, подвздошных областей не увеличены…

В подчелюстной области справа, слева визуализируются единичные л/узлы (до 2 шт. с каждой стороны), размерами до 7 х 5,5 мм справа, до 10 х 3,8 мм слева, дифференцированной структуры, с умеренным неравномерным утолщением кортикального слоя и снижением его эхогенности, в режиме ЦДК - с единичными цветовыми локусами в области ворот (по типу лимфаденита). На момент исследования эхографических признаков увеличенных и патологически измененных лимфатических узлов в надключичной области справа, слева не получено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Единичные лимфатические узлы боковой поверхности шеи справа, слева, подчелюстных областей с обеих сторон по типу лимфаденита.

- УЗИ почек от 27.07.2022г Почки расположены типично. Подвижность при дыхании обеих сохранена. Контуры почек ровные, чёткие. Размеры почек не увеличены. Паренхима почки толщиной справа 1,4 см, слева 1,5 см (N 15-20 мм), эхогенность её неоднородная, повышенная. Эхоструктура паренхимы без чёткой кортико-медулярной дифференцировки. Чашечно-лоханочная система почек и мочеточники не расширены. Эхогенность центральных эхокомплексов повышенная, неоднородная за счёт гиперэхогенных включений по типу солевых кристаллов. В проекции надпочечников без видимой патологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Диффузные изменения почек.

- УЗИ мочевого пузыря и предстательной железы от 08.08.2022г МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ (трансабдоминальный доступ). Мочевой пузырь правильной формы. Стенки толщиной до 5 мм (N до 5 мм), внутренний контур чёткий, ровный, эхогенность стенок диффузно повышена, в полости однородное содержимое. Исходный объём 934 мл, после мочеиспускания остаточной мочи не определяется. ПРОСТАТА (трансабдоминальный доступ). Простата симметричная, форма правильная, треугольная. Размеры: длина 4 см (N 2,5-4,1 см), поперечный 4 см (N 2,7-4 см), передне-задний 2,8 см (N 1,8-2,8 см), объём 23 см куб (N по возрасту 26.02 см куб). Мочевой пузырь не деформирует. Контуры ровные, четкие. Эхоструктура диффузно неоднородная за счёт участков различной эхогенности. Эхогенность простаты в целом неравномерно повышена. В режиме ЦДК определяется умеренное усиление васкуляризации по всему объему. Семенные пузырьки не увеличены, расположены симметрично. Форма вытянутая. Контуры ровные, чёткие.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Признаки фиброзных изменений предстательной железы.

Локальный статус после лечения - - Осмотр ЛОР-онколога от 29.08.2022г: Локально: Определяется экзофтальм слева. Пальпация ППН незначительно болезненна, больше слева. В области внутреннего угла левого глаза-сухие геморрагические корки. Слизистая носа гиперемирована, из обоих носовых ходов- активное геморрагическое отделяемое, опухолевая ткань не просматривается. В своде глотки- геморрагическое отделяемое в скудном количестве. Кожа в зоне облучения гиперемирована, отечная -лучевой дерматит.

Учитывая наличие кровотечения, показана тампонада полости носа. Марлевой турундой выполнена передняя тампонада полости носа (обоих носовых ходов).

Рекомендовано: гемостатическая терапия, наблюдение в динамике. При необходимости повторная консультация ЛОР онколога.

Заключительный диагноз (TNM)

Основной: Cancer околоносовых пазух слева с распространением в основную пазуху, орбиту, кавернозный синус T4N0M0, IV стадия, состояние в процессе полихимиотерапии с 2021 года (состояние после 3-х курсов химиотерапии: доксорубицин+ цисплатин), незавершенного радикального курса дистанционной конформной синхронной химиолучевой (препарат Карбоплатин AUC 2) терапии на область носовых пазух ( СОД = 52Гр) и пути лимфооттока шеи с обеих сторон ( СОД = 52 Гр) кл. гр. 2 ( С 31.0)

Осложнение: Левосторонний экзофтальм. ( Н 05.2) Хронический болевой синдром 2 балла. ( R 52,5) Тромбоцитопения 1 степени с геморрагическим синдромом ( D 69.6). Распад опухоли ( Е 88.3).

Сопутствующий: Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени риск 4. Целевое АД 140/90мм.рт. ст. ХСН 1 ФК 1 ( NYHA). (I 11.0) ИБС: постинфарктный кардиосклероз ( без уточненной даты ОИМ). (I 25.9) Безболевая ишемия миокарда. Кардиомиопатия смешанного генеза. Синусовая тахикардия. Неполная осложненная катаракта обоих глаз. Гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки. Хронический риносинусит, ремиссия. (J 32.9) Хроническая цереброваскулярная недостаточность, 2ст. Легкий атактический синдром. Астено-невротический синдром. I67.9 Хронический холецистит, ремиссия. Хронический панкреатит, ремиссия. Варикозная болезнь нижних конечностей. ХБП Зет (СКФ 35мл/мин/1, 73кв.м).

Эффект лечения: стабилизация.

Клинический прогноз неблагоприятный Трудовой прогноз неблагоприятный

ЭКСПЕРТНЫЙ АНАМНЕЗ: Пациент не работает. В выдаче листка нетрудоспособности не нуждается.

Пациент является инвалидом. 1 группы с июня 2022г, дата очередного освидетельствования июнь 2024г.

Заключение Врачебной Комиссии не выдавалось.

Рекомендации: 1. Дальнейшее наблюдение и лечение у онколога, нефролога, кардиолога, невролога, гастроэнтеролога и терапевта по месту жительства.

Противопоказаны массаж, SPA-процедуры, тепловые процедуры (баня, сауна, обертывания), солярий, физиолечение, исключить нахождение под открытым солнцем. Рекомендована щадящая диета с последующим ее расширением после купирования явлений лучевого эпителиита.

Продолжить общеукрепляющую и симптоматическую терапию

откажитесь от курения и алкоголя, поскольку они также вызывают раздражение и сухость слизистой полости рта.

высококалорийная диета

не употребляйте кислые, острые продукты, раздражающие слизистую полости рта.

старайтесь употреблять мягкую пищу (детское питание, пюре, каши, пудинги, желе и т. д.). Твердую и сухую пищу размачивайте в воде. Пища должна быть вязкой или густой консистенции, прохладной температуры, при приготовлении пищи следует отдавать предпочтение пюреобразным формам, использование трубочек при употреблении жидкости

Рекомендации приема специализированных продуктов для сипингового питания:

Клинически значимый эффект наступает при приеме не менее чем в течение 2-х недель

Ограничений по длительности приема нет.

Необходимо употреблять медленно и маленькими глотками через трубочку в течение 20-30 мин

Можно употреблять как охлажденными, так и теплыми (не выше +40 °С).

На основе специализированного питания можно готовить молочные коктейли, можно добавлять его в каши, пюре, салаты, десерты

адекватное обезболивание в зависимости от градации болевого синдрома в баллах (Кетопрофен по 2мл 2 раза в день на фоне приема Омепразола по 20мг 2 раза в день, при необходимости назначение Трамадола в достаточной дозе).

Рекомендованные исследования и консультации Вы можете пройти в ЛДЦ "Ставонко" СККОД или в медицинской организации по месту жительства. Записаться и получить дополнительную информацию вы можете по телефону +7(8652) 438-438 или на официальном сайте: ставонко.рф

противоотечные препараты (лоратадин по 1 таб на ночь, супрастин по 2мл в/мышечно на ночь).

полоскание полости рта отварами ромашки, шалфея 3-4 недели, слабым солевым раствором (0,5 чайной ложки на 200мл воды). Прополаскивайте полость рта не менее 6 раз в день (после сна, после каждого приема пищи, на ночь).

закапывание в оба глаза капли "Тауфон" по схеме, можно длительно

смазывание кожи шеи и щек мазью с декспантенолом 3-4 недели.

обработка слизистой полости рта облепиховым маслом 3-4 недели, закапывание в оба носовых хода.

два раза в день аккуратно, не прижимая сильно, чистите зубы мягкой щеткой или ватным тампоном (после использования щетку тщательно промойте и храните в сухом виде). Не используйте ополаскиватели для полости.

если Вы пользуетесь протезами, в случае натирания протезами десен лучше вообще временно отказаться от их использования.

Контроль ОАК 1 раз в 7-10 дней по месту жительства под контролем терапевта, при необходимости решение вопроса о проведении гемостимулирующей терапии.

Продолжить гемостатическую терапию (таб. Транексам 500мг 3 раза в сутки, р-р Этамзилат 2мл 3 раза в сутки) по месту жительства под контролем терапевта.

Проведение антибактериальной, противовоспалительной терапии по месту жительства под контролем терапевта.

Явка в профильный кабинет поликлиники ГБУЗ СК СККОД через 2-3 недели для решения вопроса в рамках консилиума врачей о тактике дальнейшего лечения, с результатом анализов OAK, ОАМ, Биохимия крови, ЭКГ, заключением терапевта, УЗИ лимфатических узлов шеи. При себе иметь паспорт, полис, СНИЛС, их копии. Телефон для предварительной записи 8-8652-22-17-80.

Диагноз данного злокачественного новообразования установлен впервые в жизни в период данной госпитализации: НЕТ

Цель госпитализации: продолжение лечения первичной опухоли

Характер проведенного за период… госпитализаиии лечения: радикальное, неполное…».

**10. Представлена копия медицинской карты стационарного больного №21094 ГБУЗ Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер», на имя гр-на Коновалова Сергея Александровича, 05.05.1961г.р.**

Находился на стационарном лечении в период времени 18.07-30.08.2022г.

Первичный осмотр

Дата, время: 18.07.2022 12:15:26 ДАТА 18.07.2022

ЖАЛОБЫ: на боль в области околоносовых пазух, экзофтальм слева, снижение зрения на оба глаза, больше слева, утомляемость, общую слабость. Болевой синдром 2 балла по шкале VRS купируется приемом Кетонал 100мг 2 раза в сутки + Трамадод 100мг 2 раза в сутки,

ANAMNES MORBI: Считает себя больным с июня 2018г, когда впервые на фоне абсолютного благополучия отметил появление эпизода головной боли, за медицинской помощью не обращался, лечение не получал, эпизоды головной боли учащались, самостоятельно принимал НПВС (пенталгина, кетонал) с целью купирования болевого синдрома с кратковременным положительным эффектом. В октябре 2020т эпизоды головной боли участились, увеличилась интенсивность болевого синдрома, в связи с чем пациент обратился в поликлинику по месту жительства, где в плане дообследования было выполнено МРТ головного мозга, в связи с подозрением на ЗНО направлен в поликлинику ПМОД. 24.122020г обратился в поликлинику ПМОД. обследован, рекомендована консультация о возможности специализированного лечения в условиях СККОД.

14.01.2021 г впервые обратился в поликлинику СККОД, проведено дообследование. В условиях поликлиники СККОД 18.01.21г выполнено ФЛС в плане дообследования, взят материал (слизистая носоглотки) для гистологического исследования. Диагноз не верифицирован.

18.012021г представлен и рассмотрен на консилиуме врачей № 515139 в составе: Лечащий врач Врач-онколог Гудеева Анастасия Евгеньевна, врач Заведующий поликлиническим отделением-врач-методист Фоменко Наталья Викторовна, врач Зав. радиологическим отделением-врач-радиотерапевт Томашевская Марина Викторовна, врач Заместитель главного врача по хирургии Рыбас Андрей Николаевич, врач Зав. химиотерапевтическим отделением-врач-онколог Королева Екатерина Валериевна Заключение консилиума направить пациента на консультацию по СМП в МНИОИ им П. А, Герцена г. Москва в связи с необходимостью применения методов лечения, не выполняемых в медицинских организациях подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения;

ПРИНЯТО РЕШЕНИЕ: Определена тактика обследования. В условиях МНИОИ им. П. А. Герцена г. Москва 26.022021 г выполнена эндоскопическая эндонозальная биопсия опухоли орбиты с целью верификации диагноза. Диагноз не верифицирован в виду малого количества полученного материала, осуществлен пересмотр гистопрепаратов в условиях НМИЦ нейрохирургии им, академика НЛ. Бурденко, диагноз не верифицирован. Рекомендовано дообследование и лечение по месту жительства. В марте 2021г консультирован нейрохирургом ПМОД, рекомендовано дообследование в условиях НМИЦ Онкологии М3 РФ г. Ростов-на-Дону. 31.082021г пациент самостоятельно обратился в НМИЦ Онкологии М3 РФ г. Ростов-ваг Дону, обследован, выполнен пересмотр гистопрепаратов, выполнена повторная биопсия образования из полости носа. Диагноз верифицирован.

31.к)82021г в условиях ЦМИЦ Онкологии М3 РФ г. Ростов-на-Дону проведен консилиум врачей в составе: н.о. зав. отд. КДО Габричидзе П.Н., зав. отд. ООГШ д.н.м. Енгибарян МЛ., зав. отд. радиотерапии Гусарева МЛ, химиотерапевт Льянова А.А., онколог Черкес МЛ. Рекомендовано: Учитывая гистологический подтип опухоли (аденокарцинома), по желанию пациента по месту жительства при удовлетворительных общеклинических показателях OAK, ОАМ, после выполнения ЭХО-КГ, консультации терапевта и отсутствии противопоказаний к антрациклинам и гипергидратации, рекомендовано: Доксорубицин 60мг м2 в/в в 1 день- цисплатин 40 мг /м2 в/в?в 1 день на фоне гипергидратации и форсированного диуреза, цикл 21 день. Учитывая распространенность процесса рекомендовано проведение 3-х курсов ГОСТ с последующим дообследованием в объеме (СРКТ, МРТ) и решением вопроса о возможности проведения лучевой терапии. В условиях ПМОД с октября 2021 г по март 2022г проведено 3 курса химиотерапии в режиме доксорубицин, цисплатин, последнее введение 25 марта 2022г (со слов пациента, медицинская документация не предоставлена).

14.06.22г в условиях НМИЦ Онкологии М3 РФ г. Ростов-на-Дону проведен консилиум врачей в составе: зав. КДО Дурицкий М.Н., зав. ООГШ д.н,м. Енгибарян М.А., врач-онколог к.н.н. Черкес МЛ., зав. отд, радиотерапии к.м.н. Сакун П.Г., химиотерапевт к.м.н. Кабанов С.Н. Рекомендовано: Возможно проведение химиолучевой терапии + карбоплатин на опухолевый рост и пути лимфооттока по месту жительства.

28.06.2022г Повторно обратился в поликлинику СККОД для решения вопроса о возможности продолжения специального лечения.

07.07.2022г представлен и рассмотрен на КБ № 3976 в составе: Председатель: Койчуев АЛ. Члены КБ:

Королева Е.В., Осипов И.В. Заключение Консультативного бюро: назначить синхронную химиолучевую терапию…

ANAMNES VITAE Вирусный гепатит - не болел. Венерические заболевания — отрицает, tbc- отрнцает. СД,

ОНМК - отрицает. ОИМ в анамнезе неизвестной давности.

Перенесенные заболевания: Гипертоническая болезнь Ш стадии 3 степени риск 4. ХСН 1 ФК 1 ( NYHA). ИБС:

постинфарктный кардиосклероз ( без уточненной даты ОИМ). Безболевая ишемия миокарда. Неполна… катаракта обоих глаз. Гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки. Хронический…

Постоянно принимает… Симвостатин 20мг 1 раз в день вечером, таб. Ацекард по 100мг вечером для купирования болевого таб Трамадол 100мг 2 раза в сутки, таб. Кетопрофен 100мг 2 раза в сутки…

Перенесенные операции: отрицает.

Повышения температуры тела, кашля, одышки, миалгии, ощущение заложенности в грудной клетке не - отмечает. Вакцинирован против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2: Спутщц 07.2021г, V2-08.22 (со слов пациента).

ЭКСПЕРТНЫЙ АНАМНЕЗ: Больной не работает, в листке нетрудоспособности не нуждается.

Признан инвалидом: 1 группы с июня 2022г, дата очередного освидетельствования июнь 2024г.

STATUS PRAESENS OBJECTIVUS: Рост 180 см. Вес 80кг. Площадь поверхности тела 2 м2. ИМТ=24,1 (норма). ECOG -1. Индекс Красновского 80%. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Питание удовлетворительное. Телосложение правильное. Конституциональный нормостенический. Цвет кожи и видимых слизистых розовый. Подкожно-жировой слой развит нормали Периферических отеков нет. Варикозно-расширенных вен нижних конечностей нет. Лимфатические узла изменены. Костно-мышечная система без особенностей. Тонус мышц - нормальный… ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка нормальной формы. Межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания - грудной, брюшной. ЧДД 17 в минуту. Пальпация грудной ц. безболезненная. При аускультации дыхание везикулярное над всей поверхностью легких. Патологических дыхательных шумов нет. ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ. Область сердца не изменена. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. Шумы не определяются. Пульс 76 в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 130/80 мм рт. ст. ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ. При дыхании из полос запах обычный. Слизистая оболочка полости рта - обычной окраски. Язык влажный, чистый. Живот об формы, участвует в дыхании. При пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул оформленный, регулярный. ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ. Область почек визуально не изменена… Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез адекватный.

STATUS LOCALIS: Скелет лицевого черепа не изменен, не деформирован. Точки выхода тройничной, пальпаторно безболезненные. Определяется экзофтальм слева. Слизистая носа розовая, отека не… опухолевая ткань четко не визуализируется, левый носовой ход сужен Шейные и подчелюстные узла не определяются.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

а) основной: С-г околоносовых пазух слева с распространением в основную пазуху, орбиту, кавернозный синус T4N0M0, IV стадия, состояние в процессе полихимиотерапии с 2021 года (состояние после 3-x химиотерапии: доксорубицин+ цисплатин), кл. гр. 2 (С 31.0)

б) осложнение: Левосторонний экзофтальм. (Н 05.2) Хронический болевой синдром 2 балла...

в) сопутствующие: Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени риск 4. ХСН 1 ФК 1 (NYHA). (III постинфарктный кардиосклероз (без уточненной даты ОИМ). (125.9) Безболевая ишемия миокарда осложненная катаракта обоих глаз. Гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки. Хронический… ремиссия. (J 32.9)

Гистологическое исследование № 4113-5 от 20.01.2021г (слизистая носоглотки) Микро: Полипов кусочки слизистой с выраженной лимфоцитарной инфильтрацией, большим количеством мелких, капиллярного типа сосудов, выводными протоками слизистых желез, частично покрытые респират эпителием.

Гистологическое исследование № АИ 15773-76/21 и готовых ИГХ препаратах морфологическая иммунофенотип клеточной популяции вероятнее всего характерны для реактивного лимфоидного (Си45-позитивного), но не позволяет исключить лимфопролиферативный процесс со вторичными изменениями в виде склероза-гиалиноза ткани.

Гистологическое исследование № 2270/21 (биопсия из полости носа). Микро:морфологически иммунофенотип клеточного пролиферата в объеме биоптатов слизистой ( CD 38+, CD138+, Kappa=Lambda) характерны для фиброзно- отечного полипа с хроническим воспалением **с** обилием плазматичесикх клеток…

План лечения: Режим свободный. Диета ОВД.

Планируется проведение радикального курса дистанционной конформной лучевой терапии, возможно синхронно с химиотерапией (вопрос о проведении синхронного химиокомпонента будет решен после получения результатов дообследования) на аппарате Линейный ускоритель электронов Varian TrueBeam Облучению будут подвергнуты первичный очаг (опухоль околоносовых пазух слева с распространением ***в*** основную пазуху, орбиту, кавернозный синус) и пути л/оттока шеи с обеих сторон. В режиме классической: фракционирования дозы при РОД = 2 Гр на область первичного очага…

Обход зав.отделением. Дата, время: 19.07.2022 8:04:46

Жалобы на дискомфорт в области околоносовых пазух, экзофтальм слева, снижение зрения на оба глаза, больше слева, утомляемость, общую слабость. (Болевой синдром интенсивностью 2 балла по шкале VRS полностью купируется приемом р-р Кетопрофен 100мг 2 раза в сутки + р-р Трамадол 100мг 2 раза в сутки).

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ:

Общее состояние удовлетворительное

Кожные покровы физиологической окраски, теплые

Язык влажный, чистый

Периферические л/узлы не увеличены, безболезненные Периферические отеки нет Окружность голеней: равны по объему, S= D Пульс 72 в минуту АД 130/80 мм рт. ст.

ЧДД 17 в минуту

Над легкими дыхание везикулярное, Хрипы нет Тоны сердца приглушенные, ритмичные Шумы нет

Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненна Стул оформленный, 1 раз в сутки Локальный статус: Скелет лицевого черепа не изменен, не деформирован. Точки выхода тройничного нерва пальпаторно безболезненные. Определяется экзофтальм слева. Слизистая носа розовая, отека нет, выделений нет, опухолевая ткань четко не визуализируется, левый носовой ход сужен Шейные и подчелюстные лимфоузлы не определяются.

Клинический диагноз: а) основной: Cancer околоносовых пазух слева с распространяем в основную пазуху, орбиту, кавернозный синус T4N0M0, IV стадия, состояние в процессе полихимиотерапии с 2021 года (состояние после 3-х курсов химиотерапии: доксорубицин+ цисплатин), кл. гр. 2 (С 31.0)

б) осложнение: Левосторонний экзофтальм. ( Н 05.2) Хронический болевой синдром 2 балла. ( R 52,5)

в) сопутствующие: Гипертоническая болезнь Ш стадии 3 степени риск 4. ХСН 1 ФК 1 ( NYHA). (111.0) ИБС: постинфарктный кардиосклероз ( без уточненной даты ОИМ). (125.9) Безболевая ишемия миокарда. Неполная осложненная катаракта обоих глаз? Гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки. Хронический риносинусит, ремиссия. (J 32.9)

Проводится предлучевая подготовка, КТ-топометрия и биометрия первичного очага и регионарных лимфатических узлов 4 использованием фиксирующих устройств (термопластическая маска, подколенники). План лечения согласован с зав. радиотерапевтическим отделением № 1 М.В. Томашевской…

Дата, время: 21.07.2022 8:04:46

Жалобы на дискомфорт в области околоносовых пазух, экзофтальм слева, снижение зрения на оба глаза, больше слева (Болевой синдром интенсивностью 2 балла по шкале VRS полностью купируется приемом р-р Кетопрофен 100мг 2 раза в сутки + р-р Трамадол 100 мг 2 раза в сутки).

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ:

Общее состояние удовлетворительное

Кожные покровы физиологической окраски, теплые

Язык влажный, чистый

Периферические л/узлы не увеличены, безболезненные Периферические отеки нет Окружность голеней: равны по объему, S = D Пульс 82 в минуту АД 130/80 мм рт. ст.

ЧДД 17 в минуту

Над легкими дыхание везикулярное, Хрипы нет Тоны сердца приглушенные, ритмичные Шумы нет

Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненна Стул оформленный, 1 раз в сутки

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Локальный статус: Скелет лицевого черепа не изменен, не деформирован. Точки выхода тройничного нерва пальпаторно безболезненные. Определяется экзофтальм слева. Слизистая носа розовая, отека нет, выделений нет, опухолевая ткань четко не визуализируется, левый носовой ход сужен Шейные и подчелюстные лимфоузлы не определяются.

Проводится предлучевая подготовка, КТ-топометрия и биометрия первичного очага и регионарных лимфатических узлов с использованием фиксирующих устройств (термопластическая маска, подколенники). План лечения согласован с зав. радиотерапевтическим отделением № 1 М.В. Томашевской.

С консультацией невролога ознакомлена. Диагноз: Хроническая цереброваскулярная недостаточность, 2ст. Легкий атактический синдром. Астено-невротический синдром. 167.9 Рекомендована медикаментозная коррекция на амбулаторном этапе.

Назначено: - УЗИ органов брюшной полости в плане дообследования, к - Консультация химиотерапевта для решения вопроса о возможности проведения синхроннной химиотерапии…

р-р Кетопрофен 100мг 2 раза в сутки, р-р Трамадол 100мг 2 раза в сутки…

Дата, время: 17.08.2022 8:35:19

Жалобы на дискомфорт в области околоносовых пазух, экзофтальм слева, першение и сухость в горц покраснение кожи в зоне облучения, незначительную общую слабость (Болевой синдром интенсивность по шкале VRS полностью купируется приемом р-р Кетопрофен 100мг 2 раза в сутки + р-р Трамадол 1(уЛ сутки).

Жалобы на снижение слуха, зрения, диплопии, выпадение полей зрения, мышечную слабость не пред.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ:

Общее состояние удовлетворительное Кожные покровы физиологической окраски, теплые Язык влажный, чистый

Периферические л/узлы не увеличены, безболезненные Периферические отеки нет

Окружность голеней: равны по объему, S = D. Отечности, пастозности голеней и стоп нет.

Пульс 74 в минуту АД 110/80 мм рт. ст.

ЧДД 18 в минуту

Над легкими дыхание везикулярное, Хрипы нет Тоны сердца приглушенные, ритмичные Шумы нет

Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненна Стул оформленный…

Локальный статус: Скелет лицевого черепа не изменен, не деформирован. Точки выхода тройничного нерва пальпаторно безболезненные. Определяется экзофтальм слева. Слизистая носа розовая, отека нет, выдел опухолевая ткань четко не визуализируется, левый носовой ход сужен Шейные и подчелюстные лимфоузлы определяются.

Кожа в зоне облучения гиперемирована, несколько отечная - лучевой дерматит. Рот открывается в полном объеме. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, несколько отечная- лучевой эпителиит.

Шепотную речь на расстоянии 6 м слышит удовлетворительно.

Мышечная сила в верхних и нижних конечностях одинаковая D=S 5 баллов…

23.08.2022 15:35:30 МРТ: ГОЛОВНОЙ МОЗГ. Состояние после лечения с-г околоносовых пазух слева с распространением в основную |- пазуху, орбиту, кавернозный синус

На серии МР-томограмм головного мозга, выполненных в последовательностях T1, Т2, FLAIR в аксиальной, сагиттальной и коронарной проекциях до и после контрастного усиления, получены изображения суб- и супратенториальных структур.

МОЗГОВОЕ ВЕЩЕСТВО: Срединные структуры мозга не смещены. В подкорковых структурах белого вещества головного мозга определяются сосудистые очаги и дисциркуляторные очаги глиоза с повышенным ШР-сигналом на Т2 и Flair размерами до 10x7 мм, не накапливающие контрастное вещество. Мозолистое тело, Подкорковые ядра сформированы обычно. Оболочки мозга не изменены. Периваскулярные пространства… -Робина умеренно расширены.

ЛИКВОРОСОДЕРЖАЩИЕ ПРОСТРАНСТВА: Базальные цистерны дифференцированы, четкие. Боковые желудочки симметричные, контуры четкие, ровные. III и IV желудочки не изменены. Сильвиев водопровод дифференцирован, проходим. Латеральные щели мозга асимметричны, справа расширена в височной области. Субарахноидальные пространства умеренно расширены, структура их однородная.

ОСНОВАНИЕ МОЗГА: Гипофиз однородной структуры, с ровными контурами и равномерным накоплением контрастного вещества. Воронка гипофиза расположена центрально. Хиазма зрительных нервов структурная. Мозжечок, стволовые; структуры и вещество спинного мозга до уровня СЗ позвонка без патологических вменений. Краниовертебральный переход без особенностей.

Пристеночное утолщение слизистых верхнечелюстных, лобной пазух КОСТНЫЕ СТРУКТУРЫ: Кости свода черепа без изменений.

Пирамиды височных костей не изменены. Область глазниц без особенностей.

Участков патологического накопления контрастного препарата веществом головного мозга на уровне ранирования не выявлено.

Заключение: МР-картина состояния после лечения с-г околоносовых пазух слева с распространением в основную пазуху, орбиту, кавернозный синус. МР-данных за объёмный процесс в головном мозге не выявлено. МР- тина умеренного расширения наружных ликворных пространств головного мозга, микроангиопатии,

Дисциркуляторной энцефалопатии…».

**Психиатрическое исследование.**

Психиатрическое исследование по представленным медицинским документам:

Коновалов Сергей Александрович, 05.05.1961 г.р., проживал в Ставропольском крае, г. Железноводск. Сведений о наследственность, развитии, трудовой деятельности, семейном положении в представленных материалах не содержится. С июня 2022 г. признан инвалидом 1 группы до июня 2024 г. Из перенесенных заболеваний отмечены: Гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени, риск 4. ХСН 1 ФК. ИБС: ПИКС (без уточнения даты ИМ). Безболевая ишемия миокарда. Неполная осложненная катаракта обоих глаз. Гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки. Хронический риносинусит, ремиссия. Ранее также переносит острые респираторные заболевания, детские инфекции (сведения из карты стационарного больного №21094).

В плане онкопатологии: считал себя больным с июня 2018 г. когда впервые на фоне абсолютного благополучия отметил появление эпизода головной боли. За помощью не обращался. Лечения не получал. Эпизоды головной боли учащались, самостоятельно принимал НПВС (кетонал, пенталгин) с целью купирования болевого синдрома с кратковременным положительным эффектом. В октябре 2020 г. эпизоды головных болей участились, увеличилась интенсивность болевого синдрома, в связи с чем обратился в поликлинику по месту жительства. Была выполнена МРТ головного мозга. В связи с подозрением на ЗНО направлен в поликлинику ПМОД. 24.12.2020 г. обратился в поликлинику ПМОД, обследован. Затем 14.01.21 впервые обратился в поликлинику СККОД, проведено дообследование. 26.02.21 выполнена эндоскопическая эндоназальная биопсия, диагноз не верифицирован.

12.07.21 осмотрен амбулаторно в ФГБУ «НМИЦ онкологии». Предъявлял жалобы на головные боли, снижение зрения на левый глаз, экзофтальм слева. При объективном осмотре указано, что сухожильные рефлексы оживлены, зона расширена. Речь, письмо, чтение, счет сохранены. Проведено дополнительное обследование: МРТ головного мозга с КУ 14.06.21, заключение: МР картина инфильтративной опухоли остеобластного строения с вовлечением стенок верхнечелюстной пазухи слева с прорастанием в левую орбиту, скуловую кость, полость пазухи клиновидной кости, прилежит к сифону левой внутренней сонной артерии, кавернозный синус слева, наружную прямую и нижние мышцы правого глаза, оттесняет глазное яблоко и зрительный нерв с развитием экзофтальма без инвазии в ткань мозга. Опухоль протяженно контактирует с сифоном левой внутренней сонной артерии, вовлекает левый кавернозный синус. Опухоль солидного строения, размером 54х73х55 мм. Граница опухоли с перитуморальными воспалительными компонентами левой верхнечелюстной пазухи нечеткая, медиальная стенка левой верхнечелюстной пазухи разрушена. Признаки отека слизистой лобной пазухи справа. Выставлен диагноз: Опухоль орбиты, состояние после биопсии опухоли.

31.08.21 обратился в НМИЦ онкологии Ростова-на-Дону, диагноз: Диагноз: ЗНО (аденокарцинома) околоносовых пазух слева с распространением в основную пазуху, орбитально-кавернозный синус. Рекомендовано проведение химиотерапии.

В условиях ПМОД, с октября 2021 г по март 2022 г. проведено 3 курса химиотерапии в режиме: Доксорубицин + Цисплатин, последнее введение 25.03.2022 г.

Согласно данным из Заключения ВК ГБУЗ СК «Пятигорский межрайонный онкологический диспансер» № 285, гистологическое заключение - аденокарцинома. Отмечено, что в процессе полихимиотерапии с 2021 г.

МРТ от 03.04.22: картина объемного образования левой орбиты с инвазией нижних и латеральных прямых мышц глаза с распространением в левую верхнечелюстную пазуху, на левую половину клиновидной пазухи и распространением на оболочку СЧЯ, через канал зрительного нерва на левый кавернозный синус и левый зрительный нерв в его цистенальной части, с признаками периневральной инфильтрации слева, с инвазией крылонебной ямки и инфильтрацией 3 и 5 пары ЧМН слева, вызывающее левосторонний экзофтальм. Признаки левостороннего фронтита. Многочисленные очаговые изменения вещества мозга сосудистого характера, вероятнее церебральной микроангиопатии.

27.04.22 имел место пересмотр результатов обследования в НМИЦ онкологии. Дополнительно к заключению от 03.04.22:

МР картина инфильтративной опухоли остеобластного строения с вовлечением стенок верхнечелюстной пазухи слева с прорастанием в левую орбиту, скуловую кость, крылонебную ямку мягкие ткани щеки, периорбитальной области в полость пазухи клиновидной кости, прилежит к сифону левой внутренней сонной артерии, кавернозный синус слева, наружную прямую и нижние мышцы глаза, оттесняя левое глазное яблоко и зрительный нерв с развитием экзофтальма без инвазии в ткань мозга. Опухоль протяженно контактирует с сифоном левой внутренней сонной артерии, вовлекает левый кавернозный синус, оболочки полюса левой височной доли без инвазии в ткань мозга. Опухоль солидного строения размерами 52х50х48 мм. МР картина фоновой диффузной кортикальной атрофии, лейкодистрофии.

25.05.2022 г.: ПЭТ головного мозга: в сравнении с ПЭТ от 02.08.21 г., стабилизация метаболически активного образования левой орбиты с частичной деструкцией стенок и распространением на левую ВПЧ, экзофтальм. Регресс участка гиперфиксации ФДГ в твердом небе и носоглотке слева. Гиперфиксация ФДГ в теле желудка, вероятно воспалительного генеза.

14.06.22 находился на обследовании в консультативно-диагностическом отделении НМИЦ онкологии. Диагноз: ЗНО околоносовых пазух слева с распространением в основную пазуху, орбиту, кавернозный синус.

МР картина инфильтративной опухоли остеобластного строения с вовлечением стенок верхнечелюстной пазухи слева, с прорастанием в левую орбиту, скуловую кость, крылонебную ямку, мягкие ткани щеки и периорбитальной области в полость пазухи клиновидной кости, прилежит к сифону левой внутренней сонной артерии, кавернозный синус слева, наружную прямую и нижние мышцы правого глаза, оттесняет левое глазное яблоко и зрительный нерв с развитием экзофтальма без инвазии в ткань мозга. Опухоль протяженно контактирует с сифоном левой внутренней сонной артерии, вовлекает левый кавернозный синус, оболочки полюса левой височной доли без инвазии в ткань мозга. Опухоль солидного строения размерами 52х50х48 мм. МР картина фоновой диффузной кортикальной атрофии, лейкодистрофии.

22.06.22 обратился самостоятельно в поликлинику СККОД для решения вопроса о продолжении специального лечения.

Как следует из карт стационарного больного из ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер» № 21094, находился на лечении в данном учреждении с 18.07.22 по 30.08.22. При поступлении предъявлял жалобы на боль в области околоносовых пазух, экзофтальм слева, снижение зрения на оба глаза, больше слева, утомляемость, общую слабость. Болевой синдром 2 балла по шкале VRS, купируется приемом кетонала и трамадола 2 раза в сутки. При поступлении общее состояние расценено, как «удовлетворительное», сознание ясное, положение активное. Собран анамнез со слов пациента, отклонений в психическом состоянии не указано. Значимой патологии при физикальном обследовании не выявлено. При описании локального статуса указано наличие экзофтальма слева, сужение левого носового хода.

20.07.22 осмотрен неврологом. Жалобы на отсутствие зрения на левый глаз, периодическое головокружение при вертикализации, при повороте головы в сторону, редкие головные боли при повышении АД, общую слабость.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Контакту доступен, в месте и времени ориентирован. В позе Ромберга умеренная шаткость, без латерализации. В остальном - без особенностей. Диагноз: Хроническая цереброваскулярная недостаточность 2 ст. Легкий атактический синдром. Астено-невротический синдром. Назначены мексидол, глицин.

В истории болезни представлен имеется письменный отказ пациента от приема наркотических анальгетиков, подписан им самим.

Во время нахождения в стационаре указаний на какие-либо отклонения в психической деятельности не отмечено, состояния в дневниковых записях расценивалось, как удовлетворительное. Жалобы, предъявляемые пациентом, отражали опухолевый рост. При этом, по всей видимости, продуктивность контакта сохранялась.

Проведен незавершенный радикальный курс дистанционной конформной лучевой терапии на аппарате: Линейный ускоритель электронов. Химиотерапевтический компонент: 2 введения Карбоплатина, на фоне инфузионной терапии, терапии антиэметиками.

МРТ головного мозга от 23.08.22: Состояние после лечения С-г околоносовых пазух слева с распространением в основную пазуху, орбиту, кавернозный синус.

Мозговое вещество: Срединные структуры мозга не смещены. В подкорковых структурах белого вещества головного мозга определяются сосудистые очаги и дисциркуляторные очаги глиоза с повышенным МР-сигналом на Т2 и Flair, размерами до 10х7 мм, не накапливающие контрастное вещество. Мозолистое тело, подкорковые ядра сформированы обычно. Оболочки мозга не изменены. Периваскулярные пространства Вирхова - Робина умеренно расширены. Ликворосодержащие пространства: Базальные цистерны дифференцированы, четкие. Боковые желудочки симметричные, контуры четкие, ровные. 3 и 4 желудочки не изменены. Сильвиев водопровод дифференцирован, проходим. Латеральные щели мозга асимметричны, справа расширена в височной области. Субарахноидальные пространства умеренно расширены, структура их однородная. Основание мозга: гипофиз однородной структуры, с ровными контурами и равномерным накоплением контрастного вещества. Воронка гипофиза расположена центрально. Хиазма зрительных нервов структурная. Мозжечок, стволовые структуры и вещество спинного мозга до уровня С3 позвонка без патологических изменений. Краниовертебральный переход без особенностей.

Заключение: МР-картина состояния после лечения с-г околоносовых пазух слева с распространением в основную пазуху, орбиту, кавернозный синус. МР-данных за объемный процесс в головном мозге не выявлено. МР картина умеренного расширения наружных ликворных пространств головного мозга, микроангиопатии, дисциркуляторной энцефалопатии.

Заключительный диагноз: Канцер околоносовых пазух носа слева, с распространением в основную пазуху, орбиту, кавернозный синус, 4 стадия. Состояние в процессе полихимиотерапии с 2021 г., незавершенного радикального курса дистанционной конформной синхронной химиолучевой терапии на область носовых пазух и пути лимфооттока шеи с обеих сторон. Левосторонний экзофтальм. Хронический болевой синдром 2 балла. Тромбоцитопения 1 степени с геморрагическим синдромом. Распад опухоли. Гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени, риск 4. Целевое АД 140/90 мм.рт.ст. ХСН 1, ФК1. ИБС: ПИКС. Безболевая ишемия миокарда. Кардиомиопатия смешанного генеза. Синусовая тахикардия. Неполная осложнённая катаракта обоих глаз. Гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки. Хр. риносинусит, ремиссия. Хроническая цереброваскулярная недостаточность 2 ст. Легкий атактический синдром. Астено-невротический синдром. Хр. холецистит, ремиссия. Хронический панкреатит, ремиссия. Варикозная болезнь нижних конечностей. ХБП 3 ст.

Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение по месту жительства с рекомендациями.

До февраля 2023 г. медицинская документация не представлена.

Результат МРТ-исследования от 08.02.23:

В левой орбите по нижней, медиальной и латеральной ее стенкам сохраняется объемное образование, с признаками инвазии параорбитальной клетчатки, нижней и латеральной прямых мышц глаза, распространяющегося каудально вдоль латеральной стенки левой верхнечелюстной пазухи с инвазией левой крылонебной ямки, через канал левого зрительного нерва с инфильтрацией цистернальной части левого зрительного нерва, в левый кавернозный синус, с охватом на 50% окружности левой внутренней сонной артерии без изменения сигнала от кровотока по ней, в клетки решетчатого лабиринта слева, на крылонебный карман левой половины клиновидной пазухи и по ее латеральной стенке, с признаками умеренно-выраженного накопления контрастного препарата, а также утолщения и контрастного усиления оболочек средней черепной ямки левой височной области. Общий размер образования - 5,3х5,2х5,1 см.

Отмечается неравномерное утолщение и повышение МР-сигнала на Т2 ВИ от слизистых оболочек основной, правой верхнечелюстной, лобной пазух, а также клеток решетчатого лабиринта - за счет отека. Пазухи тотально заполнены патологическим содержимым. Отмечается неоднородное повышение МР-сигнала по Т2 ВИ от ячеек сосцевидного отростка височной кости слева.

В белом веществе лобных и теменных долей, паравентрикулярно и субкортикально, определяются множественные полиморфные очаги глиоза (гиперинтенсивные на Т2 и Flair, без признаков рестрикции и диффузии), отдельные очаги сливного характера, размерами до 0,8 см. Определяются зоны паравентрикулярного глиоза. Диффузных изменений вещества мозга не выявлено. Гиперваскулярные пространства Вирхова-Робина умеренно расширены. Боковые желудочки мозга расширены: ширина правого бокового желудочка на уровне отверстия Монро до 1,7 см, ширина левого бокового желудочка на данном уровне 1,9 см. Третий желудочек расширен до 1,2 см, 4 желудочек не расширен. Хиазмальная область без особенностей. Гипофиз в размерах не увеличен. Субарахноидальное конвекситальное пространство и борозды неравномерно расширены, преимущественно в области лобных и теменных долей, а также мозжечка, за счет умеренных атрофических изменений. Базальные цистерны не изменены. Срединные структуры не смещены.

Заключение: МР картина состояния после комбинированного лечения с-г околоносовых пазух слева с распространением на левую орбиту, кавернозный синус, основную пазуху. МР картина объемного образования левой орбиты с распространением в левую верхнечелюстную пазуху, на левую половину клиновидной пазухи и с распространением на оболочки СЧЯ слева, на левый кавернозный синус - без видимой динамики от 23.08.22. МР признаки пансинусита. Левосторонний экзофтальм. Смешанная заместительная гидроцефалия. Многочисленные очаговые изменения вещества головного мозга сосудистого характера, вероятно проявления церебральной микроангиопатии.

Врач-психиатр: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.В. Писнячевский

**ВЫВОДЫ**

На основании изучения данных из предоставленной медицинской документации на имя Коновалова Сергея Александровича, 05.05.1961 г.р., а также с учетом поставленных вопросов, специалисты приходят к следующим выводам:

***Ответ на вопрос:***

***1. Какими неврологическими и психическими заболеваниями страдал гр-н Коновалов Сергей Александрович, 05.05.1961г.р. на момент 21.09.2022г.?***

У гр-на Коновалова Сергея Александровича, 05.05.1961г.р. на момент 21.09.2022г. отмечены **следующие заболевания и патологические изменения центральной нервной системы** с соответствующей симптоматикой:

- Гипертоническая болезнь Ш стадии 3 степени риск 4, Хроническая цереброваскулярная недостаточность, 2ст. с легким атактическим синдромом, с астено-невротическим синдромом;

- **поражение органов зрения** «Неполная осложненная катаракта обоих глаз. Гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки».

Это подтверждается следующими данными:

- «… *Консультация невролога от 20.07.2022г Диагноз: Хроническая цереброваскулярная недостаточность, 2ст. Легкий атактический синдром. Астено-невротический синдром. I67.9…*

*Сопутствующий: хроническая цереброваскулярная недостаточность, 2ст. Легкий атактический синдром. Астено-невротический синдром… Неполная осложненная катаракта обоих глаз. Гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки*…»;

- копия медицинской карты стационарного больного №21094 ГБУЗ Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер», на имя гр-на Коновалова Сергея Александровича, 05.05.1961г.р.

*«… Находился на стационарном лечении в период времени 18.07-30.08.2022г…*

*Первичный осмотр*

*Дата, время: 18.07.2022 12:15:26 ДАТА 18.07.2022*

*ЖАЛОБЫ: на боль в области околоносовых пазух, экзофтальм слева, снижение зрения на оба глаза, больше слева, утомляемость, общую слабость. Болевой синдром 2 балла по шкале VRS купируется приемом Кетонал 100мг 2 раза в сутки + Трамадол 100мг 2 раза в сутки…*

*Клинический диагноз: а) основной: Cancer околоносовых пазух слева с распространяем в основную пазуху, орбиту, кавернозный синус T4N0M0, IV стадия, состояние в процессе полихимиотерапии с 2021 года (состояние после 3-х курсов химиотерапии: доксорубицин+ цисплатин), кл. гр. 2 (С 31.0)*

*б) осложнение: Левосторонний экзофтальм. ( Н 05.2) Хронический болевой синдром 2 балла. ( R 52,5)*

*в) сопутствующие: Гипертоническая болезнь Ш стадии 3 степени риск 4. ХСН 1 ФК 1 ( NYHA). (111.0) ИБС: постинфарктный кардиосклероз ( без уточненной даты ОИМ). (125.9) Безболевая ишемия миокарда. Неполная осложненная катаракта обоих глаз? Гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки…*

*Диагноз: Хроническая цереброваскулярная недостаточность, 2ст. Легкий атактический синдром. Астено-невротический синдром*…».

**Поражение головного мозга** у гр-на Коновалова С.А. имело объективные данные прогрессирования поражения его вещества за счет увеличения очагов поражения и носило смешанных характер генеза (происхождения) в виде нарушения кровоснабжения за счет сдавления опухолью сосудов кровоснабжающих головной мозг и длительный анамнез гипертонической болезни:

 - копия магнитно-резонансной томографии, выполненной в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» МЗ РФ на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р. от 27.04.2022г.:

«… *МР-картина фоновой диффузной кортикальной атрофии, лейкодистрофии*…»;

- «… *Данные дополнительных методов исследования: МРТ головного мозга с КУ 14.06.21: МР-картина инфильтративной опухоли остеобластного строения с вовлечением стенок верхнечелюстной пазухи слева с прорастанием в левую орбиту, скуловую кость, в полость пазухи клиновидной кости, прилежит к сифону левой внутренней сонной артерии, кавернозный синус слева, наружную прямую и нижние мышцы правого глаза, оттесняет левое глазное яблоко, и зрительный нерв с развитием экзофтальма без инвазии в ткань мозга.* ***Опухоль протяженно контактирует с сифоном левой внутренней сонной артерии, вовлекает левый кавернозный синус.*** *Опухоль солидного строения размерами 54x73x55 мм*…»;

- Копия магнитно-резонансной томографии, выполненной в ООО «МИБС-Кисловодск» на имя гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р. от 08.02.2023г.:

«… ***В белом веществе лобных и теменных долей****, паравентрикулярно и субкортикально, определяются множественные полиморфные* ***очаги глиоза*** *(гиперинтенсивные на Т2 и FLAIR, без признаков рестрикции диффузии), отдельные очаги сливного характера, размерами* ***до 0.8 см.*** *Определяются зоны паравентрикулярного глиоза…*

*Заключение… Левосторонний экзофтальм.*

*Смешанная заместительная гидроцефалия. Многочисленные очаговые изменения вещества мозга сосудистого характера (Fazekas 2), вероятно, проявления церебральной микроангиопатии*…»;

- «… *МРТ головного мозга от 23.08.2022г… В подкорковых структурах белого вещества головного мозга определяются сосудистые очаги и дисциркуляторные* ***очаги глиоза с повышенным МР-сигналом на Т2 и Flair размерами до 10 х 7 мм****, не накапливающие контрастное вещество…*

*Заключение: МР-картина состояния после лечения с-r околоносовых пазух слева с распространением в основную пазуху, орбиту, кавернозный синус. МР-данных за объёмный процесс в головном мозге не выявлено. МР-картина умеренного расширения наружных ликворных пространств головного мозга, микроангиопатии, дисциркуляторной энцефалопатии*…»;

- «… *23.08.2022 15:35:30 МРТ: ГОЛОВНОЙ МОЗГ… МОЗГОВОЕ ВЕЩЕСТВО: Срединные структуры мозга не смещены. В подкорковых структурах белого вещества головного мозга определяются сосудистые очаги и дисциркуляторные очаги глиоза с повышенным ШР-сигналом на Т2 и Flair размерами до 10x7 мм, не накапливающие контрастное вещество…*

*МР- тина умеренного расширения наружных ликворных пространств головного мозга, микроангиопатии,*

*Дисциркуляторной энцефалопатии*…».

Гр-н Коновалов Сергей Александрович, 05.05.1961г.р. на момент 21.09.2022г. **постоянно принимал по медицинским показаниям лекарственный препарат «Трамадол»**:

- «… *Консультация невролога от 20.07.2022г… Tramadol-Mr-100[100 мг]* …»;

- копия медицинской карты стационарного больного №21094 ГБУЗ Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер», на имя гр-на Коновалова Сергея Александровича, 05.05.1961г.р.

«… *Находился на стационарном лечении в период времени 18.07-30.08.2022г…*

*Трамадол 100мг 2 раза в сутки*…».

Согласно Клиническим рекомендациям «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста. Кодирование по Международной статистической
классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:F00–03. G30–31. I67–69»:

«… *1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)*

*Клиническая картина заболеваний, ассоциированных с КР,* ***складывается из когнитивных и некогнитивных нарушений.***

*Клиническая картина у пациентов с различными типами КР определяется основным заболеванием, лежащим в основе когнитивного дефекта, и степенью его выраженности. Основное внимание при оценке тяжести КР необходимо обращать на сохранность самообслуживания с проведением дифференциации недементных КР и деменции. О деменции говорят в случае, когда возникает необходимость в помощи окружающих. Однако не всегда эта потребность является очевидной как для самого пациента, так и для окружающих, особенно при легкой деменции, что требует внимательного анализа как жалоб пациента и клинических данных, так и объективной информации, получаемой от третьих лиц, близко знакомых с пациентом в течение длительного времени (информантов) (см. раздел 2.1)…*

*Выделяют три степени тяжести деменции:*

* ***Легкая: профессиональная деятельность и социальная активность отчетливо ограничены, хотя возможны, сужен круг общения и интересов; сохраняется самостоятельность в быту, при когнитивной деятельности могут требоваться напоминания и применение стратегий запоминания, помощь при освоении новой информации, решении финансовых вопросов, чаще всего имеет место сенильное изменение личности, психопатоподобное заострение личностных черт…***

## *1.6.2 Клиническая картина сосудистых когнитивных расстройств*

*Учитывая гетерогенность КР сосудистого генеза, клиническая картина будет определяться морфологическими изменениями, лежащими в основе конкретной формы СКР. СКР могут возникнуть в любом возрасте, хотя распространенность увеличивается экспоненциально после 65 лет. Течение может варьировать от острого начала c частичным улучшением и ступенеобразным ухудшением до постепенного прогрессирования, с флуктуациями и формированием плато различной продолжительности [49] …*

*с локализацией в префронтальных отделах лобных долей головного мозга сопровождается* ***уменьшением активности и инициативы, снижением мотивации и побуждений к какой-либо деятельности (апатико-абулический синдром). Снижается критика, что приводит к неадекватному поведению пациентов****, характерны персеверации (бессмысленные многократные повторения собственных слов или действий), эхолалия (повторение слышимых слов) и эхопраксия (повторение действий, движений) …*

*При подкорковом варианте СКР в когнитивной, эмоционально-аффективной и поведенческой сферах доминируют расстройства, связанные с нарушением произвольной регуляции, однако их выраженность и степень влияния на жизнь пациента могут существенно варьировать от легких нарушений до собственно сосудистой деменции. В основе подкоркового типа СКР лежит функциональное разобщение между подкорковыми структурами и лобными долями головного мозга. Одними из наиболее характерных и ранних симптомов являются* ***нарушения концентрации внимания и трудности поддержания интеллектуальной активности в течение необходимого времени. Пациенты не могут правильно организовать свою деятельность, они часто оставляют начатое дело, быстро устают, не могут одновременно работать с несколькими источниками информации или быстро переходить от одной задачи к другой. Трудности могут возникать при анализе информации, выделении главного и второстепенного, определении сходств и различий между понятиями, построении алгоритма деятельности. При этом сами пациенты жалуются на общую слабость и повышенную утомляемость, иногда «неясность и тяжесть в голове»****…*

*При подкорковом варианте СоД практически всегда наблюдаются двигательные расстройства, представленные в первую очередь нарушениями походки. Ходьба характеризуется увеличением базы (т.е. пациент ходит с широко расставленными ногами) и укорочением длины шага (шаркающая, семенящая походка). На начальных этапах заболевания нарушения походки незначительны и проявляются лишь некоторой замедленностью и пошатыванием. Пациенты при этом часто жалуются на «головокружение», называя этим словом неустойчивость при ходьбе, особенно при поворотах*…».

Согласно описанию лекарственного препарата «Трамадол» справочника лекарственных средств «Vidal»:

«… *Побочное действие*

*Со стороны нервной системы: потливость, головокружение, головная боль, слабость, повышенная утомляемость,* ***заторможенность, парадоксальная стимуляция ЦНС (нервозность, ажитация, тревожность, тремор, спазмы мышц, эйфория, эмоциональная лабильность, галлюцинации), сонливость, нарушение сна, спутанность сознания****, нарушение координации движения, судороги центрального генеза (при внутривенном введении в высоких дозах или при одновременном назначении антипсихотических средств), депрессия, амнезия, нарушение когнитивной функции, парестезии, неустойчивость походки*….».

На основании изложенного, эксперты приходят к заключению:

Как следует из представленных медицинских документов, Коновалов Сергей Александрович, 05.05.1961 г.р., в течение длительного времени страдал системным атеросклерозом, что проявилось ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, цереброваскулярной недостаточностью, неполной осложненной катарактой обоих глаз, гипертонической ангиопатией сосудов сетчатки.

Кроме того, у Коновалова С.А. была выявлена онкопатология в виде злокачественного новообразования околоносовых пазух носа слева, с распространением в основную пазуху, орбиту, кавернозный синус, 4 стадия, непосредственно нарушающая кровоснабжение головного мозга.

Проводимая противоопухолевая терапия, несомненно, приводила также к общей интоксикации организма, что усугубляло течение сосудистой патологии. Так же, на момент 21.09.2022г. умерший постоянно принимал по медицинским показаниям лекарственный препарат «Трамадол» влияющий на работу центральной нервной системы.

 Как видно, из результатов многочисленных МРТ-обследований, у него **еще в апреле 2022 г. выявлена кортикальная атрофия, лейкодистрофия, очаги микроангиопатий в белом веществе мозга**. Указанная морфологическая картина, как правило, сопровождается **клиническими проявлениями интеллектуально-мнестического снижения разной степени выраженности, что выражается в недостаточной критике к состоянию, неспособности к долгосрочному прогнозу своих действий, легкомысленности, импульсивности поступков и решений, недостаточной их обдуманностью; а также нарушениями эмоционально-волевой сферы в виде подверженности влиянию со стороны эмоционально-значимых лиц, внушаемости, подчиняемости.**

***Ответы на вопросы:***

***2.Имелись ли*** *у* ***гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р. такие индивидуально-психологические особенности (в том числе внушаемость, подчиняемость), которые существенно снизили и ограничили его способность руководить своими действиями на момент 21.09.2022г.?***

***3.Находился ли гр-н Коновалов С.А., 05.05.1961г.р. на момент 21.09.2022г., в таком психическом (эмоциональном) состоянии, когда он не мог понимать значение своих действий и руководить ими?***

Учитывая изложенное, можно утверждать, что у гр-на Коновалова С.А., 05.05.1961г.р. на момент 21.09.2022г. **имелись** индивидуально-психологические особенности (в том числе внушаемость, подчиняемость), которые существенно снизили и ограничили его способность руководить своими действиями.

Также имеются объективные данные предполагать, что гр-н Коновалов С.А., 05.05.1961г.р. на момент 21.09.2022г., находился в таком психическом (эмоциональном) состоянии, когда он **не мог понимать значение своих действий и руководить ими**.

Врач судебно-медицинский эксперт

специалист в области судебно-медицинской

экспертизы Чертовских А.А.

Врач психиатр,

судебно-психиатрический эксперт Писнячевский А.А.

специалист в области судебно-психиатрической

экспертизы