

**ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России
ПРОТОКОЛ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ**

№ 5/18 от 03 апреля 2018 г.

Председатель ВК:

Г.А. Мельниченко-директор Института клинической эндокринологии, академик РАН

Присутствовали члены ВК:

О.Б. Безлепкина-зам. директора по научно-лечебной работе, д.м.н.

Н.Ю.Свириденко- зам.директора Института клинической эндокринологии по лечебной работе, д.м.н.

А.А.Плохая –зам.отделом координации и контроля медицинской помощи, к.м.н.

М.Л. Жимирикина-зам. отделением персонализированной терапии эндокринопатий, к.м.н.

О.А. Чикулаева - зам. директора Института детской эндокринологии по лечебной работе, к.м.н.

И.Я.Ярек-мартынова - зам.директора Института диабета по лечебной работе, к.м.н.

Секретарь ВК:

И.В.Семенова-зам. приемным отделением, к.м.н.

Повестка дня:

п.1. Рассмотрение необходимости назначения комбинированной терапии Деносуабом и Терипаратидом пациентке Акуловой Нине Григорьевне, дата рождения: 20.01.1940, адрес: Респ. Марий Эл, город Йошкар-Ола, ул. Петрова, дом 12А, кв. 167, Номер истории болезни: 2978/С2018, находившейся на стационарном лечении в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России с 21.03.2018 по 30.03.2018г с диагнозом:

Основное заболевание: Постменопаузальный остеопороз тяжелая форма, прогрессирующее течение с множественными компрессионными переломами тел позвонков (L-1, L-3-5, Th-6-8, 10, 12) с максимальным снижением МПК в позвонках до -4,6 SD по Т-критерию и в проксимальном отделе бедренной кости с максимальным снижением МПК до -3,1 SD по Т-критерию, с высоким риском новых переломов. Дефицит витамина D субкомпенсация на лечении. (код МКБ М80.0)

Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертензия 2 степени, 2 стадии, риск 2. Хронический панкреатит, ремиссия. МКБ, конкремент левой почки. Жировой гепатоз. Хронический эрозивный гастрит на фоне терапии НПВС, ремиссия.

п.2 Рассмотрение необходимости назначения препарата Каберголин пациентке Овечкиной Ирине Михайловне, дата рождения: 30.08.1972, адрес: Респ. Марий Эл, город Йошкар-Ола, ул. Анциферова, д.33, кв.6, Номер истории болезни 2910/С2018, находившейся на стационарном лечении в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России с 20.03.2018 по 27.03.2018г с диагнозом:

Основное заболевание: Пролактинсекретирующая аденома гипофиза, декомпенсация (код МКБ E22.1). Состояние после трансназальной аденомэктомии от 17.12.1999 г.

Осложнения основного заболевания: Вторичный гипотиреоз, медикаментозная компенсация. Синдром вторично "пустого" турецкого седла.

Сопутствующие заболевания: Нарушенная гликемия натощак. Ожирение 2 ст. Железодефицитная анемия легкой степени тяжести. Гипертоническая болезнь 2 ст 3 ст риск 4.ОУ - Факосклероз, Ангиопатия сетчатки. Дисфункция яичников позднего репродуктивного периода на фоне основного заболевания. Аденомиоз. Стрессовая инконтиненция.

Вопрос Г.А.Мельниченко: препараты входят в ЖНВЛС. Какова причина рассмотрения вопроса на ВК?

Ответ д.м.н., профессора Л.Я. Рожинской: комбинированная терапия не утверждена в России.

Вопрос О.Б. Безлепкиной: Как долго можно и нужно проводить комбинированную терапию?

Ответ д.м.н., профессора Л.Я. Рожинской: Минимум 1 год, максимум 2 года, затем до 10 лет можно продолжить терапию деносуабом. Выше приведенное исследование было продлено до 4 лет и было показано, что продолжение терапии деносуабом после отмены терипаратида дает дальнейший прирост МПК

Решение комиссии: У пациентки с прогрессирующим системным остеопорозом с множественными переломами костей, снижением роста на 10 см, длительная терапия бисфосфонатами была недостаточно эффективна. Назначение препарата Деносуаб в дозе 60 мг 2 раза в год, подкожно в сочетании с альфакальцидолом не позволило добиться существенной положительной динамики со стороны минеральной плотности кости и клинического улучшения. Пациентке показано сочетанное назначение Деносуаба 60 мг подкожно 1 раз в 6 мес. и ежедневные инъекции терипаратида 20 мкг подкожно, а также прием альфакальцидола 0,5 мкг и 3000 МЕ колекальциферола ежедневно в течение 1 года. Препараты зарегистрированы на территории Российской Федерации. Решение принято единогласно. Особых мнений членов врачебной комиссии не высказано.

п.2. Л.К. Дзеранова доложила анамнез и результаты обследования по пациентке **Овечкиной Ирине Михайловне**, дата рождения: 30.08.1972г.р.

Анамнез: В 1992 г. на фоне сильной психической травмы прекратились менструации. Наблюдались у гинеколога, назначались микрофоллин, норколут, триквилар без значимого положительного эффекта. С 1994 г. отмечала выделения из молочных желез. При обследовании в 1996 г. выявлено повышение уровня ПРЛ до 6203 мг/л (норма до 480), при рентгенографии турецкого седла признаки аденомы гипофиза. На фоне приема Парлодела 5 мг/сут ПРЛ снизился до 1700 мг/мл, менструации не возобновились. В последующем пациентка самостоятельно отменила терапию и до 1999 г. к врачам не обращалась. В 1999 г. отмечала ухудшение состояния, усиление головных болей, нарушения зрения, отеки кистей рук. При осмотре офтальмолога сужение полей зрения: битемпоральная гемианопсия, выпадение зрения преимущественно в нижне-темпоральных секторах. При МРТ головного мозга признаки аденомы гипофиза размерами 24x23x18 ммс распространением в правый кавернозный синус, в пазуху основной кости. При гормональном обследовании в 1999 г. в ФГБУ ЭНЦ ПРЛ более 15000 мЕд/л (норма до 540), был поставлен диагноз эндо-супра-параселлярная аденома гипофиза (пролактинома) с распространением в правый кавернозный синус. Синдром персистирующей галактореи-аменореи. 17.12.1999 г. в НИИ им. Бурденко выполнена трансназальная аденомэктомия. По гистологии -хромофобная аденома гипофиза. Послеоперационный период без осложнений. После операции принимала бромокриптин 2,5 мг 4 таб/сут, на фоне чего ПРЛ 533 мЕ/л, в дальнейшем доза была снижена до 2 таб/сут в связи с тошнотой. В дальнейшем менструальный цикл увеличился до 40 дней, появилась слабость, ПРЛ 4627 мЕ/л. В 2004 г. обследовалась в ЭНЦ, ПРЛ 2312 мЕД/л, был назначен Достинекс 0,5 мг 2 р/нед, В 2011 г. наступила беременность, в марте 2012 роды-девочка 3100 г. Во время беременности развился гестационный сахарный диабет, гестоз средней степени тяжести, на 35 неделе беременности выполнено плановое кесарево сечение. Во время беременности и после родов агонисты дофаминовых рецепторов не принимала. В 2013 г. ПРЛ 739, вновь назначен Достинекс, затем пациентка длительно не наблюдалась. Последнее время принимала Берголак 0,5 мг 1,5 таб/нед, на фоне чего ПРЛ от 23.08.17 общ 1005 мЕд/л (норма до 557), ПРЛ мономерный 685 (до 347). Последний месяц не принимает агонисты дофаминовых рецепторов в связи с финансовыми проблемами. При контрольном МРТ головного мозга турецкое седло

№ 3/1272 от « 05 » апреля 20 18 г.**Выписка из протокола заседания врачебной комиссии № 5/18 от 03 апреля 2018****Повестка:**

п.1. Рассмотрение необходимости назначения комбинированной терапии деносумабом и терипаратидом пациентке Акуловой Нине Григорьевне, дата рождения: 20.01.1940, адрес: Респ. Марий Эл, город Йошкар-Ола, ул. Петрова, дом 12А, кв. 167, Номер истории болезни: 2978/С2018, находившейся на стационарном лечении в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России с 21.03.2018 по 30.03.2018г с диагнозом:

Основное заболевание: Постменопаузальный остеопороз тяжелая форма, прогрессирующее течение с множественными компрессионными переломами тел позвонков (L-1, L-3-5, Th-6-8, 10, 12) с максимальным снижением МПК в позвонках до -4,6 SD по Т-критерию и в проксимальном отделе бедренной кости с максимальным снижением МПК до -3,1 SD по Т-критерию, с высоким риском новых переломов. Дефицит витамина D субкомпенсация на лечении. (код МКБ М80.0)

Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертензия 2 степени, 2 стадии, риск 2. Хронический панкреатит, ремиссия. МКБ, конкремент левой почки. Жировой гепатоз. Хронический эрозивный гастрит на фоне терапии НПВС, ремиссия

Решение врачебной комиссии:

У пациентки с прогрессирующим системным остеопорозом с множественными переломами костей, снижением роста на 10 см, длительная терапия бисфосфонатами была недостаточно эффективна. Назначение препарата деносумаб в дозе 60 мг 2 раза в год, подкожно в сочетании с альфакальцидолом не позволило добиться существенной положительной динамики со стороны минеральной плотности кости и клинического улучшения. Пациентке показано сочетанное назначение деносумаба 60 мг подкожно 1 раз в 6 мес. и ежедневные инъекции терипаратида 20 мкг подкожно, а также прием альфакальцидола 0,5 мкг и 3000 МЕ колекальциферола ежедневно в течение 1 года. Препараты зарегистрированы на территории Российской Федерации. Решение принято единогласно. Особых мнений членов врачебной комиссии не высказано.

Председатель врачебной комиссии

Директор института

клинической эндокринологии,

академик РАН

Г.А. Мельниченко

Секретарь врачебной комиссии

к.м.н. И.В. Семенова

№ 3/1274 от « 05 » апреля 20 18 г.**Выписка из протокола заседания врачебной комиссии № 5/18 от 03 апреля 2018****Повестка:**

п.2. Рассмотрение необходимости назначения препарата Каберголин пациентке Овечкиной Ирине Михайловне, дата рождения: 30.08.1972, адрес: Респ. Марий Эл, город Йошкар-Ола, ул. Анциферова, д.33, кв.6, Номер истории болезни 2910/С2018, находившейся на стационарном лечении в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России с 20.03.2018 по 27.03.2018г с диагнозом:

Основное заболевание: Прولاктинсекретирующая аденома гипофиза, декомпенсация (код МКБ E22.1). Состояние после трансназальной аденомэктомии от 17.12.1999 г.

Осложнения основного заболевания: Вторичный гипотиреоз, медикаментозная компенсация. Синдром вторично "пустого" турецкого седла.

Сопутствующие заболевания: Нарушенная гликемия натощак. Ожирение 2 ст. Железодефицитная анемия легкой степени тяжести. Гипертоническая болезнь 2 ст 3 ст, риск 4. ОУ - Факосклероз, Ангиопатия сетчатки. Дисфункция яичников позднего репродуктивного периода на фоне основного заболевания. Аденомиоз. Стрессовая инконтиненция. Вазомотрный ринит. Киста правой почки. Микролиты правой почки. Удвоение ЧЛС левой почки.

Решение врачебной комиссии:

Пациентке с гормонально-активной аденомой гипофиза, пролактиномой, показано лечение препаратом каберголина в дозе 2 мг в неделю в связи с непереносимостью бромокриптина сроком на 1 год.

Препарат зарегистрирован на территории Российской Федерации. Решение принято единогласно. Особых мнений членов врачебной комиссии не высказано.

Председатель врачебной комиссии

Директор института

клинической эндокринологии,

академик РАН

Г.А. Мельниченко

Секретарь врачебной комиссии

к.м.н. И.В. Семенова



№ 3/1273 от « 05 » апреля 20 18 г.**Выписка из протокола заседания врачебной комиссии № 5/18 от 03.04. 2018****Повестка:**

п.3. Рассмотрение необходимости назначения препарата Деносумаб пациенту Терехову Александру Федоровичу, дата рождения: 14.03.1948, адрес: Москва, ул. Люсиновская, д.72, кв.28, номер истории болезни 9375/С2017, находившемуся на стационарном лечении в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России с 23.10.2017 по 27.10.2017г с диагнозом:

Диагноз основной: Вторичный гиперпаратиреоз на фоне ХБП 3Б стадия (скорость клубочковой фильтрации 45мл/мин), Смешанный остеопороз (МПК в поясничном отделе -4,6) (код МКБ E 21.1)

Сопутствующие: ИБС Атеросклеротический кардиосклероз, Гипертоническая болезнь 2ст, риск 3. АВ блокада 1ст НБПНПГ, Заболевания предстательной железы. Состояние после оперативного лечения 2016г. Дорзальные грыжи L3-4, L4-5, латеролистез L2. Периневральная ликворная киста крестцового канала. Подагрический артрит.

Решение врачебной комиссии:

пациенту показано назначение препарата Деносумаб 60 мкг п/к 1 раз в 6 месяцев. Препарат зарегистрирован на территории Российской Федерации.

Решение принято единогласно.

Особых мнений членов врачебной комиссии не высказано.

Председатель врачебной комиссии



Секретарь врачебной комиссии

Директор института

клинической эндокринологии,

академик РАН

Г.А. Мельниченко

к.м.н. И.В. Семенова

----- Пересылаемое сообщение -----

От кого: Анна Плохая <plokhaya@bk.ru>

Кому: Ольга Безлепкина <olgabezlepkina@mail.ru>, iu.sidorova <iu.sidorova@yandex.ru>

Дата: Среда, 28 марта 2018, 11:34 +03:00

Тема: Fwd: FW: ГKB №4 Индивидуальная закупка Терехов А.Ф.

----- Пересылаемое сообщение -----

От кого: oms <oms@endocrincentr.ru>

Кому: 'Анна Плохая' <plokhaya@bk.ru>

Дата: Среда, 28 марта 2018, 10:45 +03:00

Тема: FW: ГKB №4 Индивидуальная закупка Терехов А.Ф.

From: Леликова Нина Ивановна [<mailto:LelikovaNI@zdrav.mos.ru>]

Sent: Wednesday, March 28, 2018 8:53 AM

To: oms@endocrincentr.ru

Subject: FW: ГKB №4 Индивидуальная закупка Терехов А.Ф.

From: Леликова Нина Ивановна

Sent: Friday, March 23, 2018 2:15 PM

To: 'oms@endocrincentr.ru'

Subject: ГKB №4 Индивидуальная закупка Терехов А.Ф.

Уважаемы Иван Иванович!

В ГБУЗ «ГБУЗ «ГКБ №4 ДЗМ наблюдается пациент Терехов АФ 14.03.1948г. Был консультирован в Вашем Центре (медицинское заключение прилагается).

где на основании анамнеза, данных осмотра и лабораторного обследования был рекомендован препарат Деносумаб(Пролиа), для лечения смешанного остеопороза.

Просим Вас дать официальное заключение за тремя подписями и подписать протокол врачебной комиссии для

оформления индивидуальной закупки. Просьба (очень срочно) прислать на нашу эл.почту в сканированном виде. Заранее спасибо

С уважением,

Зав.поликлиникой Мордасова Ольга Павловна

8 (495) 952-81-08

Вх № 3/188 а от 28.03.18



Федеральное государственное бюджетное учреждение
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ЭНДОКРИНОЛОГИИ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Минздрав России
ФГБУ "НИИЦ эндокринологии"
ОГРН 1027739455996 ИНН 7728916351
117036, г. Москва, ул. Дм. Ульянова, д. 11
E-mail: post@endocrincentr.ru
телефон: 8(495) 500-00-90

117036, Москва, ул. Дмитрия Ульянова, 11
11 Dmitry Ulyanov str. Moscow, Russian Federation, 117036

Справочная | Help desk: +7 (499) 124 58 32
Регистратура | Registry: +7 (495) 500 00 90

Факс | Fax: +7 (499) 124 47 44
WWW.ENDOCRINCENTR.RU

Терехов Александр Федорович

Возраст: 69 лет Дата рождения: 14.03.1948

Адрес: Россия, 115162, г Москва, Южный р-н, ул Люсиновская, д.72, кв.28

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагноз клинический

E21.1 Основное: Вторичный гиперпаратиреоз на ХБП 3Бст. (СКФ 45мл/мин/1,73м²). Смешанный остеопороз. **Сопутствующие:** ИБС; атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь IIст, 2ст, риск 3. АВ блокада I ст. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Ст предстательной железы, состояние после оперативного лечения от 26.07.2016, сT2bN0M0 стадия 2. Дорзальные грыжи L3-4 и 4-5, латеролистез L2. Периневральная ликворная киста крестцового канала. Подагрический артрит.

Жалобы: боли в поясничном отделе позвоночника, снижение массы тела

Анамнез заболевания:

Считает себя больным с начала 2016года, когда появились резкие боли в позвоночнике, боли в позвоночнике впервые появились в 40 лет. Рост в молодости 177, рост в 2017 - 173 см. Денситометрия от 11.08.2017: в поясничном отделе позвоночника -3,1 (макс -4,6 в L3, мин в L4 -1,4), в левом бедре -2,3, в шейке бедра -2,5, в правом бедре и шейке бедра -2,4. МРТ: дорзальные грыжи L 3-4 и 4-5, латеролистез L2. периневральная ликворная киста крестцового канала. В течение нескольких лет (4-5 лет) принимает Аквадетрим 2 капли в сутки.

Из анамнеза известно, что пациент наблюдается в ГКБ №52 по поводу хронической болезни почек 3Б (подагрический нефрит) оставлен в 2014 году. Получает кетостерил. Оперирован по поводу рака предстательной железы 26.07.2016г

Обследование от сентября 2017: гемоглобин 118, креат - 157-146, трансферрин - 190, натрий - 133, калий - 4,0, ТТГ - 2,76, ПТГ - 105,3, СТХ - 0,461, ОК - 29, вит Д - 20,9, Са общ - 2,48, Р - 0,89-1,16, глюкоза 4,92. В связи с выявленным гиперпаратиреозом, наличием ХБП, назначен аналог активного метаболита витамина Д-альфакальцидол 0,5мкг в сутки.

Обследование от 21.11.2017: вит Д - 25,1, ПТГ - 63,45.

У пациента выраженный остеопороз, с учетом имеющейся почечной патологии - препарат выбора Пролана.

Рекомендации:

1. Медикаментозное лечение:
 - Деносуаб (Пролиа) 60 мкг подкожно 1 раз в 6 мес. Предварительный курс лечения - от 3-х лет.
 - Альфакальцидол 0,5мкг утром-постоянно
 - Колекальциферол(Аквадетрим) 3кап /сут или по 20кап однократно в неделю-постоянно.
2. Контроль через 3-4 недели: Са общ+ион, фосфор, креатинин, паратгормон, далее каждые 6-12мес-дополнительно витамин Д.
3. Проведение денситометрии через 12мес.
4. Наблюдение эндокринологом, нефрологом, онкологом, кардиологом по месту жительства.
5. Госпитализация в отделение нейроэндокринологии и остеопатий ФГБУ ЭНЦ МЗ РФ по показаниям, при наличии оригинала направления ОМС на стационарное лечение, скан направления и выписки отправить в ФГБУ ЭНЦ лично/по почте/по электронной почте на адрес:
oms@endocrincentr.ru.

Лечащий врач, к.м.н.



Пигарова Е. А.

27 ноября 2017 г.

Уважаемы Иван Иванович!

В ГБУЗ «ГБУЗ «ГКБ №4 ДЗМ наблюдается пациент Терехов АФ 14.03.1948г. Был консультирован в Вашем Центре (медицинское заключение прилагается).

где на основании анамнеза, данных осмотра и лабораторного обследования был рекомендован препарат Деносумаб(Пролиа),для лечения смешанного остеопороза.

Просим Вас дать официальное заключение за тремя подписями и подписать протокол врачебной комиссии для оформления индивидуальной закупки. Просьба (очень срочно) прислать на нашу эл.почту в сканированном виде. Заранее спасибо

С уважением,

Зав.поликлиникой Мордасова Ольга Павловна

8 (495) 952-81-08

-
-
-
- терехов закупка №2.docx
 - Scan_20180323_140400.pdf

Срд, 28 Мар 2018 15:27

Индивидуальная закупка Терехов А.Ф.



От: Ольга Безлепкина <olgabezlepkina@mail.ru>

Кому: Жанна Белая <jannabelaya@gmail.com>, kpigarova <kpigarova@gmail.com>, Ия Семенова <iya_semenova@mail.ru>

Добрый день, уважаемые коллеги!

Опять к нам из поликлиники пришел запрос - мы назначаем препараты (Пролиа) не входящие в перечень ЖНЛВС и ДЛО...
Готовим ответ,
ОБ

----- Пересылаемое сообщение -----

От кого: Анна Плохая <plokhaya@bk.ru>

Кому: Ольга Безлепкина <olgabezlepkina@mail.ru>, iu.sidorova <iu.sidorova@yandex.ru>

Дата: Среда, 28 марта 2018, 11:34 +03:00

Тема: Fwd: FW: ГKB №4 Индивидуальная закупка Терехов А.Ф.

С уважением, зав. отделом координации и контроля медицинской помощи ФГБУ "НМИЦ эндокринологии" Минздрава России, врач высш.категории, к.м.н. А.А. Плохая



----- Пересылаемое сообщение -----

От кого: oms <oms@endocrincentr.ru>

Кому: 'Анна Плохая' <plokhaya@bk.ru>

Дата: Среда, 28 марта 2018, 10:45 +03:00

Тема: FW: ГKB №4 Индивидуальная закупка Терехов А.Ф.

From: Леликова Нина Ивановна [mailto:LelikovaNI@zdrav.mos.ru]

Sent: Wednesday, March 28, 2018 8:53 AM

To: oms@endocrincentr.ru

Subject: FW: ГKB №4 Индивидуальная закупка Терехов А.Ф.

From: Леликова Нина Ивановна

Sent: Friday, March 23, 2018 2:15 PM

To: 'oms@endocrincentr.ru'

Subject: ГKB №4 Индивидуальная закупка Терехов А.Ф.

ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России
ПРОТОКОЛ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ
№ 8/18 от 05 июня 2018 г.

Председатель ВК:

Г.А. Мельниченко - директор Института клинической эндокринологии, академик РАН

Присутствовали члены ВК:

И. Ю. Свириденко - зам. директора Института клинической эндокринологии по лечебной работе, д.м.н.

А. А. Плохая – зав. отделом координации и контроля медицинской помощи, к.м.н.

М. Л. Жимирикина - зав. отделением персонализированной терапии эндокринопатий, к.м.н.

О. А. Чикулаева - зам. директора Института детской эндокринологии по лечебной работе, к.м.н.

И. Я. Ярек-мартынова - зам. директора Института диабета по лечебной работе, к.м.н.

Секретарь ВК:

И. В. Семенова - зав. приемным отделением, к.м.н.

Повестка дня:

Рассмотрение необходимости назначения терапии Ланреотидом Аутожель 120 мг пациенту Волчкову Владимиру Олеговичу, 50 лет, дата рождения 26.06.1967, проживающему по адресу: Россия, 440023, обл. Пензенская, г. Пенза, Железнодорожный внутригородской р-н, ул. Ново-Казанская, д.б, кв.41, Номер истории болезни: 3845/С2018, находившемуся на стационарном лечении в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России с 09.04.2018 по 16.04.2018 с диагнозом:

Основное заболевание: Код по МКБ 10 E22.0. Акромегалия, активная фаза. Супраселлярная аденома гипофиза с тенденцией к параселлярному распространению.

Осложнения основного заболевания: Акромегалическая кардиомиопатия. Гипогонадотропный гипогонадизм. Гепатомегалия. Гиперплазия предстательной железы. Левосторонний коксартроз 3 степени. Нарушение гликемии натощак.

Сопутствующие заболевания: Остеохондроз шейного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. Деформирующий спондилез шейного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. Протрузии межпозвоночных дисков С3-4, С4-5, С5-6, С6-7, L1-2, L2-3, L4-5, L5-S1. Кандидомикоз пищевода, дуоденогастральный рефлюкс, катаральный НР-ассоциированный гастрит, вне обострения. Хронический некалькулезный холецистит вне обострения. Полип желчного пузыря. Гиперметропия слабой степени, пресбиопия обоих глаз. Стенокардия по поводу атеросклероза слева (2010 г).

Слушали:

Дзеранова Л. К., лечащий врач, доложила о пациенте Волчкове В. О.

Анамнез: В 2014 г. при плановом обследовании эндокринологом заподозрен диагноз акромегалии, по результатам гормонального обследования СТГ - 31,5 нг/мл, ИПРФ-1 - 1164 нг/мл, повышение гликемии до 7.3 ммоль/л натощак. С мая 2014 г. наблюдается в ФГБУ ЭНЦ. По данным МРТ головного мозга с контрастным усилением от 2014 г. - в левых отделах гипофиза объемное образование округлой формы размерами 9.8x12.5x10 мм.

С июня 2014 г. начал инъекции Октреотида Депо в дозе 20 мг 1 раз в 28 дней с увеличением дозы через 6 месяцев до 40 мг 1 раз в 28 дней. От проведения оперативного лечения пациент воздерживался, отмечена умеренная клиническая положительная динамика, но лабораторные показатели СТГ и ИФР не достигли референсных значений. С августа 2016 г. начата терапия Соматулином Аутожель в дозе 120 мг 1 раз в 28 дней.

По данным МРТ головного мозга с контрастным усилением (01.05.2016) – на фоне терапии препаратом Соматулин Аутожель положительная динамика размеров аденомы: 0.8x0.9x0.8 см.

В ходе госпитализации в апреле 2018 г. по данным МРТ головного мозга с контрастированием подтверждено наличие в левой части гипофиза супраселлярной аденомы с тенденцией к параселлярному распространению, размерами 8 x 9 мм. Полученный уровень ИФР-1 на фоне лечения в пределах референса - 270.9 нг/мл. В настоящее время рекомендовано продолжение медикаментозной терапии ланреотидом, динамическое наблюдение.

Вопрос д.м.н. Н.Ю. Свириденко: Почему в данном клиническом случае была выбрана консервативная тактика ведения?

Ответ д.м.н. Л. К. Дзерановой: С учетом наличия макроаденомы без компрессии локальных структур с пациентом была обсуждена возможность первичной лекарственной терапии в качестве альтернативы хирургической операции. Будучи эффективными в отношении снижения уровней ИФР-1 и СТГ до нормальных значений более чем у 50 % пациентов, аналоги соматостатина способствуют уменьшению объема аденомы у 25-70% пациентов на 13-57 % от исходного объема опухоли с большей эффективностью в случае применения в качестве первичной терапии (de novo), улучшают послеоперационные гормональные показатели.

Вопрос О.Б. Безлепкиной: Почему требуется дальнейшая терапия ланреотидом?

Ответ д.м.н. Л. К. Дзерановой: На фоне комбинированной терапии ланреотидом (Соматулин Аутожель) 120 мг п/к 1 раз в 28 дней в течение 12 месяцев у пациента наблюдалась положительная динамика клинических проявлений и уменьшение размеров образования гипофиза. Тем не менее, по результатам комплексного обследования в ходе госпитализации в ФГБУ НМИЦ эндокринологии Минздрава России не достигнуто нормализации СТГ, в связи с чем нейрохирургом рекомендовано выполнение оперативного лечения в плановом порядке с продолжением терапии ланреотидом в комбинации с каберголином до проведения аденомэктомии.

Вопрос Г.А.Мельниченко: препарат входит в ЖНВЛС. Какова причина рассмотрения вопроса на ВК?

Ответ д.м.н. Л. К. Дзерановой: Вопрос рассмотрен, в связи с поданным пациентом на имя секретаря ВК Семеновой И. В. заявлением от 04.06.2018 г. с просьбой предоставить заключение ВК о подтверждении необходимости терапии данными препаратами.

Решение комиссии:

Пациенту с гормонально-активной аденомой гипофиза до проведения оперативного лечения по жизненным показаниям показана терапия Ланреотидом (Соматулин Аутожель) подкожно в дозе 120 мг 1 раз в 28 дней в комбинации с Достинексом по 1,0 мг 2 раза в неделю. Препараты зарегистрированы на территории Российской Федерации, входят в ЖНВЛС. Решение принято единогласно. Особых мнений членов врачебной комиссии не высказано.

Секретарь:



И.В. Семенова

Секретарю ВК НМИЦ
Эндокринологии Министрства
Здравоохранения РФ Симоновой И. В
или Миткова Владимира Владимировича
проживающего по адресу
г. Санкт-Петербург ул. Новоказачинский д. 6 кв. 41
т. 8-909-967-76-29

Заявление

С 2017 года по рекомендации эндокринолога
ФНЦ г. Москва я проходил комбинированное
лекарственное лечение Акристамином, а также терапия
с препаратом Витрепину (Самбурун Аутотель)
продемонстрированного действия 1 дозы трай в 18 дней.
Лечение с этим препаратом показало более высокую
эффективность по сравнению с используемыми
иными ранее препаратами Витрепину и Самбурун Аут.
Показатели СМГ и ЦПРР максимально снижались
и редуцировались значительно, а также снижались в
размерах.

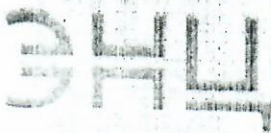
В связи с этим прошу Вас рассмотреть мое
заявление и дать заключение ВК о подтверждении
обоснованности включения мне данного препарата
после моего обоснования в аптеке до 18 года
в ФНЦ г. Москва

С уважением Владимир Митков
4.06.2018г. Юрид. = В. Волков -

Принято 04.06.2018 10⁵⁰







от « 19 » июня 20 18 г.

Выписка из протокола заседания врачебной комиссии № 8/18 от 05 июня 2018

Новостка:

Рассмотрение необходимости назначения терапии Ланреотидом Аутожель 120 мг пациенту Волчкову Владимиру Олеговичу, 50 лет, дата рождения 26.06.1967, проживающему по адресу: Россия, 440023, обл. Пензенская, г. Пенза, Железнодорожный муниципальный район, ул. Ново-Казанская, д.6, кв.41, Номер истории болезни: 3845/С2018, находящемуся на стационарном лечении в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России с 09.04.2018 по 16.04.2018 с диагнозом:

Основное заболевание: Код по МКБ 10 E22.0. Акромегалия, активная фаза. Гипофизарная аденома гипофиза с тенденцией к параселярному распространению.

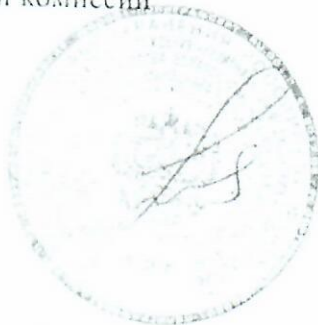
Осложнения основного заболевания: Акромегалическая кардиомиопатия. Гипогонадотропный гипогонадизм. Гепатомегалия. Гиперплазия предстательной железы. Двусторонний коксартроз 3 степени. Нарушение гликемии натощак.

Сопутствующие заболевания: Остеохондроз шейного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. Деформирующий спондилез шейного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. Протрузии межпозвоночных дисков С3-4, С4-5, С5-6, С6-7, L1-2, L2-3, L4-5, L5-S1. Кандидомикоз пищевода, дуоденогастральный рефлюкс, катаральный НР-ассоциированный гастрит, вне обострения. Хронический некалькулезный холецистит вне обострения. Патия желчного пузыря. Гиперметропия слабой степени, пресбиопия обоих глаз. Ультраслапастика по поводу отосклероза слева (2010 г).

Решение врачебной комиссии:

Пациенту с гормонально-активной аденомой гипофиза до проведения оперативного лечения по медицинским показаниям показана терапия Ланреотидом (Соматулин Аутожель) подкожно в дозе 120 мг 1 раз в 28 дней в комбинации с Достинексом по 1,0 мг 2 раза в неделю. Препараты зарегистрированы на территории Российской Федерации, входят в ЖНВЛС. Решение принято единогласно. Особых мнений членов врачебной комиссии не высказано.

Подпись представителя врачебной комиссии



Директор института
клинической эндокринологии,
академик РАН
Г.А. Мельниченко

Секретарь врачебной комиссии

к.м.н. И.В. Семенова



№ 3/087

«12» сентября 2018 г.

Протокол заседания врачебной комиссии № 3/18 от 12 сентября 2018г.

Председатель ВК: академик РАН, д.м.н., профессор В.А.Петеркова

Присутствующие:

Н.Ю. Свириденко - зам. директора Института клинической эндокринологии по лечебной работе, д.м.н.

И.Я. Ярек-Мартынова - зам. директора Института диабета по лечебной работе, к.м.н.

М.Л.Жимирикина - зав. отделением персонализированной терапии, к.м.н.

О.А. Чикулаева - зам. директора Института детской эндокринологии по лечебной работе, к.м.н.

Приглашенные лица:

М.А.Карева - зав.отделением опухолей Института детской эндокринологии, к.м.н.

Л.С. Созаева - леч. врач, научный сотрудник Института детской эндокринологии, к.м.н.

Секретарь комиссии к.м.н. И.В. Семенова

Повестка дня:

рассмотрение вопроса о назначении терапии препаратом митотан (Лизодрен) пациентке Жидовой Елизавете Максимовне (**10.11.2015** г.р.), находящейся на стационарном лечении в НИИ Детской Эндокринологии ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России с 09.01.18 по настоящее время ИБ № **40188/A17**

Врач-докладчик: к.м.н. Л.С. Созаева:

Пациентка Жидова Е.М. **10.11.2015** г.р., проживающая по адресу: Пензенская область, г. Пенза, Ленинский внутригородской р-н, ул Красная, д.74, кв.46, в настоящее время находится в отделении опухолей эндокринной системы Института детской эндокринологии с диагнозом:

S74 Злокачественное новообразование надпочечника.

Адренокортикальный рак

В ходе обследования с 26.10.17 по 20.11. 2017 в отделении опухолей эндокринной системы **на основании клинической картины** (гипертрофия клитора до 1,5 см, оволосение в области лобка, ускорение роста (94 см, SDS +2,7), ускорение костного возраста: 2 года 6 мес. при паспортном 1 год 10 мес, нормальный уровень АД 90/60 мм.ртут.ст и отсутствие признаков гиперкортицизма), **данных гормонального обследования**, проведенного по

м/ж от 10.2017 (17-ОН-прогестерон 6,1 нг/мл, тестостерон 3,3 нг/мл, тестостерон св.11,58 пг/мл, ДГЭА-сульфат – 113,5 мкг/мл) **и результатов визуализации** (образование размерами 44,7*44*55,3 мм, с четкими ровными контурами, неоднородной структуры за счет кальцинатов диаметром до 3 мм, плотностью 45 ед.Н) установлен диагноз андрогенпродуцирующей опухоли левого надпочечника. Ребенок был переведен в хирургическое отделение ФГБУ НМИЦЭ.

22.11.2017 проведена **адреналэктомия с опухолью слева**. При контрольном обследовании в послеоперационном периоде (ДГЭА-сульфат 0,091 мкмоль/л, Тестостерон 0,17 нмоль/л, кортизол 479,1 нмоль/л, АКТГ 46,37 пг/мл) данных за гиперандрогению, гипокортицизм не получено.

По результатам гистологического исследования от 5.12: ткань надпочечника с опухолью, имеет гетерогенное строение, отмечается высокая митотическая активность опухоли (более 15 митозов на 50 полей зрения при увеличении x400), встречаются патологические митозы. В опухоли отмечаются мелкие очаги некроза, множественные фокусы инвазивного роста опухоли в капсулу (местами по типу «грибовидной инвазии»), имеет место быть очаговая инвазия вен. Иммуногистохимическое исследование: позитивная реакция опухолевых клеток с антителами к SF1 (стероидный фактор 1) и Inhibin A при положительном контроле в клетках коры надпочечника. Негативная реакция с антителами к Chromogranin A. Экспрессия p53 отмечается в 50% опухолевых клеток. Проллиферативная активность: в участках из крупных полиморфных клеток Ki67 составляет 5%, в очагах из мелких мноморфных клеток достигает 10%. Описанная морфологическая картина и иммунофенотип соответствуют **высокодифференцированной (G1) адренкортикальной карциноме левого надпочечника**, смешанного (классического с очагами онкоцитарного) строения, 4 балла по шкале Wieneke (для опухолей коры надпочечников у детей).

В отделении проведен консилиум, на котором, учитывая результаты гистологического исследования, решено начать терапию препаратом митотан (Лизодрен).

Потребность в препарате на год лечения составляет 14 упаковок (в одной упаковке - 100 таб. по 500 мг).

Вопрос М.Л.Жимирикина: насколько обосновано назначение данного препарата?

Ответ Созаева Л.С.: Обоснованием необходимости назначения данного препарата является его разрушающее действие на ткани стероидопродуцирующих клеток рака надпочечника, и повышение чувствительности раковых клеток к химиотерапии, если таковая понадобится. Эффективность и безопасность терапии препаратов Лизодрен убедительно продемонстрирована в клинических испытаниях как в нашей стране, так и за

рубежом. Лизодрен за рубежом включен во все схемы химиотерапии аденокортикального рака.

Вопрос О.А. Чикулаева: Зарегистрирован ли данный препарат в России и разрешено ли применение данного препарата на территории РФ?

Ответ Созаева Л.С.: Препарат не зарегистрирован на территории Российской Федерации, но препарат разрешен к индивидуальному применению препарата митотан (Лизодрен) в соответствии со ст. 47 и ст. 48 Федерального Закона от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» и Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.09.2010 № 771 « Правила ввоза лекарственных средств для медицинского применения на территории Российской Федерации».

Вопрос И.В. Семенова: Существуют ли аналоги данного препарата, зарегистрированные в России?

Ответ Созаева Л.С.: Аналогов ни в России, ни в мире нет. Альтернативного лечения не существует.

Адрес электронной почты врачебной комиссии: vk@endocrincentr.ru.

Решение комиссии:

Рекомендовать назначение терапии препаратом митотан (Лизодрен) пациентке Жидовой Елизавете Максимовне (10.11.2015 г.р.), находящейся на стационарном лечении в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России с 09.01.18 ИБ № 40188/A17

В настоящий момент эффективных альтернативных методов терапии для снижения риска рецидива аденокортикального рака нет.

Решение принято единогласно. Особых мнений не высказано.

Председатель комиссии:

академик РАН, профессор

В.А.Петеркова

Н.Ю.Свириденко

И.Я.Ярек-Мартынова

О.А.Чикулаева

М.Л.Жимирикина

Секретарь комиссии

к.м.н. И.В. Семенова





Консилиум в составе:

Зам. директора ФГБУ ЭНЦ по научной работе, директора Института детской эндокринологии – академика РАН, д.м.н., профессора Петерковой В.А.
зам. директора ИДЭ по лечебной работе к.м.н.О.А. Чикулаевой,
зав. детского отделения тиреологической, репродуктивного и соматического развития, к.м.н.Т.Ю. Ширяевой,
Зав.отд. опухолей эндокринной системы, к.м.н., Каревой М.А.
Врача- детского эндокринолога, к.м.н., Калинин Н.Ю.

Пациент: **Жидова Елизавета Максимовна, 10.12.2015 г.р.**, поступила в ФГБУ «НМИЦЭ» с выраженными признаками гиперандрогенизации.

В ходе обследования с 26.10.17 по 20.11. 2017 в отделении опухолей эндокринной системы на основании клинической картины (гипертрофия клитора до 1,5 см, оволосение в области лобка, ускорение роста (94 см, SDS +2,7), ускорение костного возраста: 2 года 6 мес. при паспортном 1 год 10 мес, нормальный уровень АД 90/60 мм.ртут.ст и отсутствие признаков гиперкортицизма), данных гормонального обследования, проведенного по м/ж от 10.2017 (17-ОН-прогестерон 6,1 нг/мл, тестостерон 3,3 нг/мл, тестостерон св.11,58 пг/мл, ДГЭА-сульфат – 113,5 мкг/мл) и результатов визуализации (образование размерами 44,7*44*55,3 мм, с четкими ровными контурами, неоднородной структуры за счет кальцинатов диаметром до 3 мм, плотностью 45 ед.Н) установлен диагноз андрогенпродуцирующей опухоли левого надпочечника. Ребенок был переведен в хирургическое отделение ФГБУ НМИЦЭ.

22.11.2017 проведена адреналэктомия с опухолью слева. При контрольном обследовании в послеоперационном периоде (ДГЭА-сульфат 0,091 мкмоль/л, Тестостерон 0,17 нмоль/л, кортизол 479,1 нмоль/л, АКТГ 46,37 пг/мл) данных за гиперандрогению, гипокортицизм не получено.

По результатам гистологического исследования от 5.12: ткань надпочечника с опухолью, имеет гетерогенное строение, отмечается высокая митотическая активность опухоли (более 15 митозов на 50 полей зрения при увеличении x400), встречаются патологические митозы. В опухоли отмечаются мелкие очаги некроза, множественные фокусы инвазивного роста опухоли в капсулу (местами по типу «грибовидной инвазии»), имеет место быть очаговая инвазия вен. Иммуногистохимическое исследование: позитивная реакция опухолевых клеток с антителами к SF1 (стероидный фактор 1) и Inhibin A при положительном контроле в клетках коры надпочечника. Негативная реакция с антителами к Chromogranin A. Экспрессия p53 отмечается в 50% опухолевых клеток. Пролиферативная активность: в участках из крупных полиморфных клеток Ki67 составляет 5%, в очагах из мелких мономорфных клеток достигает 10%. Описанная морфологическая картина и иммунофенотип соответствуют высококодифференцированной (G1) адренкортикальной карциноме левого надпочечника, смешанного (классического с очагами онкоцитарного) строения, 4 балла по шкале Wiener (для опухолей коры надпочечников у детей).

Учитывая результаты гистологического исследования, консилиумом решено начать терапию митотаном (Лизодрен). Для подбора дозы и динамического наблюдения рекомендована повторная госпитализация в ФГБУ НМИЦЭ.

Потребность в препарате на год лечения составляет 10-14 упаковок (в одной упаковке - 100 таб. по 500 мг).

Зам.директора ФГБУ ЭНЦ по научной работе,
директор Института детской эндокринологии,
академик РАН, д.м.н., профессор
Зам. директора ИДЭ по лечебной работе, к.м.н.
Зав.отд. опухолей эндокринной системы, к.м.н.
Зав. ДОТР и СР, к.м.н.
Врач- детский эндокринолог, к.м.н.,



Петеркова В.А

Чикулаева О.А.

Карева М.А.

Ширяева Т.Ю.

Калинченко Н.Ю.

Протокол заседания врачебной комиссии № 10/18 от 13. 09.2018

Председатель ВК:

Г.А. Мельниченко-директор Института клинической эндокринологии, академик РАН

Присутствовали члены ВК:

О.Б. Безлепкина-зам. директора по научно-лечебной работе, д.м.н.

М.Л. Жимирикина-в.н.с., к.м.н.

Приглашенные лица:

Л.Я. Рожинская –д.м.н., проф., главный научный сотрудник

Т.А. Гребенникова – лечащий врач

Секретарь ВК:

И.В.Семенова-зав. приемного отделения, к.м.н.

Повестка дня:

Рассмотрение необходимости назначения пациентке Золотовой Анастасии Сергеевне (27.04.1992г.р.), находящейся на стационарном лечении в отделении нейроэндокринологии и остеопатий с 11.09.2018г (история болезни №9072/С2018) дорогостоящего лечения препаратом Терипаратид 20 мкг/сут для лечения тяжелого глюкокортикоидного остеопороза с множественными переломами ребер, костей таза, компрессионным переломом тела Th-12 (3 степени) на основании врачебного консилиума от 12.09.2018г.

Врач-докладчик: Т.А. Гребенникова – лечащий врач

Пациентка Золотова Анастасия Сергеевна 26 лет (27.04.1992г.р.), проживающая по адресу Самарская область, с Новый Буян, Новобуянская волость, ул Куйбышевская, д.48 была направлена на госпитализацию по ходатайству департамента здравоохранения Самарской области с целью коррекции медикаментозной терапии и выбора дальнейшей тактики ведения с диагнозом:

Основное заболевание: Болезнь Иценко-Кушинга, состояние после трансаназальной аденомэктомии гипофиза от 20.02.2018г.

Осложнения основного заболевания: Глюкокортикоидный остеопороз с низкотравматичными переломами костей таза, множественными переломами ребер, компрессионным переломом тела Th-12 (3 степени). Вторичный гипогонадизм. Сахарный диабет вследствие эндогенного гиперкортицизма. Ожирение 1 степени (ИМТ 31 кг/м²). Вторичная надпочечниковая недостаточность, медикаментозная компенсация. Стероидная кардиомиопатия. Гипертоническая болезнь II, стадия АГ 2, риск ССО 3.

Из анамнеза известно, что в 2008 году у пациентки диагностирована вторичная аменорея, в 2011 году развилось диспластическое ожирение, в 2017 г. – артериальная гипертензия и сахарный диабет. 09.2017г. выявлена микроаденома гипофиза размером 5,3x4x3,5 мм. В январе 2018 года появились боли в поясничном отделе позвоночника, по результатам МСКТ позвоночника диагностирован компрессионный перелом тела Th-12 (3 степени) и множественные переломы ребер, после чего пациентка перестала активно передвигаться, соблюдала постельный режим.

При госпитализации в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава РФ в феврале 2018 года диагностирован эндогенный гиперкортицизм: нарушение ритма секреции АКТИН65,3/102 пг/мл, кортизол крови вечером 1390 нмоль/л (46-270), кортизол в слюне вечером 64.59 нмоль/л (до 9.4), кортизол в суточной моче 2169 нмоль/сут (60-413). По результатам МРТ головного мозга с контрастным усилением выявлена эндоселлярная микроаденома гипофиза размером 5x4x4 мм. В ходе селективного забора крови из нижних каменистых синусов подтвержден центральный генез эндогенного гиперкортицизма: максимальный градиент между центром и периферией до стимуляции десмопрессином -

6.34, после стимуляции - 6.37, АКТГ/пролактин-нормализованное соотношение 1.69. Таким образом, был поставлен диагноз болезнь Иценко-Кушинга. 20.02.2018г. проведено эндоназальное трансфеноидальное удаление измененной ткани гипофиза. Гистология – аденома гипофиза. В послеоперационном периоде развилась вторичная надпочечниковая недостаточность, несахарный диабет. Во время госпитализации по результатам МСКТ выявлены консолидированные переломы левой лобковой и седалищных костей.

У пациентки достигнута ремиссия основного заболевания, однако в настоящее время тяжесть состояния пациентки обусловлена наличием тяжелого глюкокортикоидного остеопороза с множественными переломами ребер, костей таза, компрессионным переломом тела Th-12 (3 степени). По результатам денситометрии отмечается как нарушение микроархитектоники костной ткани вследствие длительного течения гиперкортицизма – TBS 1,138 (L1-L4 -3,7), так и выраженное снижение уровня минеральной плотности костной ткани L1-L4 -5,3, Neck -3,0, Total hip -3,1 по Z-критерию. Для оптимальной реабилитации пациентка нуждается в обеспечении анаболической терапией терипаратидом в дозе 20 мкг подкожно ежедневно в течение двух лет. Альтернативной терапии тяжелого глюкокортикоидного остеопороза нет.

Вопрос от Г.А. Мельниченко: Почему в качестве метода лечения данному пациенту предпочтительно назначение именно терипаратида?

Ответ от Л.Я. Рожинской: Лечение препаратом терипаратид является единственно возможным методом лечения, так как препарат терипаратид обладает свойством стимуляции костеобразования, что является целью при тяжелом глюкокортикоидном остеопорозе с множественными компрессионными переломами тел позвонков.

Вопрос от О.Б. Безлепкина: Возможно ли назначение альтернативной и более дешевой терапии для лечения остеопороза?

Ответ от Т.А. Гребенниковой: Нет, т.к. другие зарегистрированные в РФ препараты не позволяют достичь столь максимального и эффективного терапевтического эффекта. Более того, применение бисфосфонатов у женщин в детородном возрасте и при длительной иммобилизации нежелательно. Лечение другим препаратом антирезорбтивного ряда – деносуабом невозможно, так как он не зарегистрирован для лечения глюкокортикоидного остеопороза.

Вопрос от М.Л. Жимирикиной: Уточните, пожалуйста, входит ли препарат терипаратид в список ЖНВЛС для медикаментозного лечения остеопороза?

Ответ от Л.Я. Рожинской: Да, входит. Код АТХ: N05AA «Паратиреоидные гормоны и их аналоги» - терипаратид, раствор для подкожного введения.

Решение комиссии: Единственно возможным методом лечения в сложившейся ситуации является назначение терипаратида в дозе 20 мкг ежедневно в течение двух лет. Препарат зарегистрирован на территории Российской Федерации.

Решение принято единогласно.

Особых мнений членов врачебной комиссии не высказано.

Секретарь, к.м.н.



И.В.Семенова

№ 3/3091 от « 17 » сентября 20 18 г.**Выписка из протокола заседания врачебной комиссии № 10/18
от 13.09.2018****Повестка:**

Рассмотрение необходимости назначения пациентке Золотовой Анастасии Сергеевне (27.04.1992г.р.), проживающей по адресу: Самарская область, с Новый Буян, Новобуянская волость, ул Куйбышевская, д.48, и находящейся на стационарном лечении в отделении нейроэндокринологии и остеопатий с 11.09.2018г (история болезни № 9072/С2018), дорогостоящего лечения препаратом Терипаратид 20 мкг/сут для лечения тяжелого глюкокортикоидного остеопороза с множественными переломами ребер, костей таза, компрессионным переломом тела Th-12 (3 степени).

Основное заболевание: Болезнь Иценко-Кушинга, состояние после трансаназальной аденомэктомии гипофиза от 20.02.2018г.

Осложнения основного заболевания: Глюкокортикоидный остеопороз с низкотравматичными переломами костей таза, множественными переломами ребер, компрессионным переломом тела Th-12 (3 степени). Вторичный гипогонадизм. Сахарный диабет вследствие эндогенного гиперкортицизма. Ожирение 1 степени (ИМТ 31 кг/м²). Вторичная надпочечниковая недостаточность, медикаментозная компенсация. Стероидная кардиомиопатия. Гипертоническая болезнь II, стадия АГ 2, риск ССО 3.

Решение врачебной комиссии:

Единственно возможным методом лечения в сложившейся ситуации является назначение терипаратида в дозе 20 мкг ежедневно в течение двух лет. Препарат зарегистрирован на территории Российской Федерации.

Решение принято единогласно.

Особых мнений членов врачебной комиссии не высказано.

Председатель врачебной комиссии



Секретарь врачебной комиссии

Директор института

клинической эндокринологии,

академик РАН

Г.А. Мельниченко

к.м.н. И.В. Семенова

Протокол заседания врачебной комиссии № 4/18 от 20.03. 2018г

Председатель ВК:

Г.А. Мельниченко – директор Института клинической эндокринологии, академик РАН

Присутствовали члены ВК:

О.Б. Безлепкина – зам. директора по научно-лечебной работа, д.м.н.

А.А. Плохая – врач-эндокринолог, высшая категория, к.м.н.

М.Л. Жимирикаина – зав. отделением персонализированной терапии эндокринопатий, высшая категория, к.м.н.

Приглашенные лица:

Ж.Е. Белая - зав. отделения нейроэндокринологии и остеопатий, д.м.н.

В.Н. Азизян - нейрохирург, 2 кат., к.м.н.

Секретарь ВК:

И.В. Семенова – зав. приемного отделения, к.м.н.

Повестка дня:

п.1. Рассмотрение необходимости назначения пациентке Дубининой Людмиле Николаевне (26.02.1951 г.р.), проживающей по адресу: г. Москва, Юго-Западный р-н, ул Адмирала Лазарева, д.30, кв.4, находившейся на стационарном лечении в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии», отделении нейроэндокринологии и остеопатий с 01.03.2018 по 06.03.2018 (ИБ №2277/С2018), препарата Октреотид пролонгированного действия для лечения ТТГ-секретирующей микроаденомы гипофиза в связи с отсутствием в инструкции к препарату показаний к назначению при ТТГ-секретирующих аденомах гипофиза.

п.2. Рассмотрение необходимости назначения пациентке Тимофеевой Елизавете Львовне, (11.05.1993 г.р.), проживающей по адресу: г Москва, Восточный р-н, ул Новокосинская, д.49, кв.65, находившейся на стационарном лечении в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии», отделении нейроэндокринологии и остеопатий с 07.12.2017 по 18.12.2017 (ИБ №11415/С2017) и с 24.01.2018 по 01.02.2018 (ИБ№712/С2018), препарата Октреотид пролонгированного действия для лечения ТТГ-секретирующей микроаденомы гипофиза в связи с отсутствием в инструкции к препарату показаний к назначению при ТТГ-секретирующих аденомах гипофиза.

1. Слушали врача-докладчика: Е.Г. Пржиялковскую

Пациентка Дубинина Людмила Николаевна, 67 лет (26.02.1951 г.р.), проживающая по адресу г. Москва, Юго-Западный р-н, ул Адмирала Лазарева, д.30, кв.4, наблюдается в отделении нейроэндокринологии и остеопатий ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» с декабря 2017 года с диагнозом:

E05.8 Другие формы тиреотоксикоза

Основной: ТТГ-секретирующая микроаденома гипофиза с инфраселлярным ростом. Центральный тиреотоксикоз средней степени тяжести.

Осложнения основного заболевания: Синусовая тахикардия.

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа. Дефицит витамина D, медикаментозная компенсация. Гипертоническая болезнь 2 ст 3 ст риск 4. Хроническая сердечная недостаточность 2 а ст III фк по NYHA. Атеросклероз аорты, аортального и митрального клапанов. Последствия посттравматического субарахноидального кровоизлияния от 1994 г. Реактивный лимфаденит. Хронический бронхит вне обострения. Диффузный пневмосклероз. OD - Артифакция. OU - Ангиопатия сетчатки. OS - Начальная катаракта. Хронический панкреатит. Хроническая инфекция моче-выводящих путей, обострение. Постинъекционные инфильтраты ягодичных областей.

Из анамнеза известно, что считает себя больной с 2011 года, когда появились тремор рук, учащенное сердцебиение, головная боль, одышка. При обследовании по месту жительства неоднократно выявлялись повышение уровней свободного Т3 и свободного Т4 при отсутствии подавления уровня ТТГ (от 2011 г: ТТГ - 2,68 мМЕ/л, свТ3 - 7,97 пмоль/л (норма до 6), свТ4 - 29,12 пмоль/л (норма до 20), от 2014 г: ТТГ - 1,91 мМЕ/л, свТ4 - 28,87 пмоль/л, от 2016 г ТТГ - 2,69 мМЕ/л, свТ3 - 6,93 пмоль/л, свТ4 - 2,57 пмоль/л. С 2014г. до августа 2017г получала терапию тиреостатиками (Тирозол 10 мг) без эффекта (клинического и лабораторного). По данным МРТ головного мозга от 15.06.2017 с контрастным усилением: выявлена микроаденома в левом отделе гипофиза размерами 6,3х6,9х4,0 мм. Впервые консультирована в КДО ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» в декабре 2017г, на основании клинической картины (выраженный тремор рук, тахикардия), данных гормонального обследования (от 22.11.2017: ТТГ - 2,03 мМЕ/л, свТ4 - 20,8 пмоль/л, свТ3 - 5,69 пмоль/л (норма до 4,20), наличия аденомы гипофиза заподозрена ТТГ-секретирующая микроаденома гипофиза. Учитывая выраженные клинические проявления заболевания (интенсивные головные боли, тремор рук, тахикардия, одышка) с лечебной и диагностической целью 15.12.2017 выполнена инъекция Октреотида Лонг в дозе 20 мг. После инъекции пациентка отмечала улучшение самочувствия (уменьшение головных болей, тремора рук, тахикардии, одышки), по данным контрольных гормональных анализов на фоне действия препарата от 11.01.2018 наблюдалась нормализация показателей: ТТГ 1,92 мМЕ/мл, Т3св 2,79 пмоль/мл (норма 1,4-4,20), Т4св 14,7 пмоль/л (норма 8,00-20,00). После окончания действия инъекции, отмечалось возобновление симптомов тиреотоксикоза и повышение тиреоидных гормонов: по данным анализов от 14.02.2018 ТТГ 2,22 мМЕ/мл, Т3св 3,98 пг/мл (норма 1,4-4,20), Т4св 20,40 пмоль/л (8,00-20,00).

У пациентки имеется множественная сопутствующая патология: из эндокринных сопутствующих заболеваний у пациентки имеется сахарный диабет 2 типа с 1996 года (в настоящий момент находится на ПССП, гликированный гемоглобин от ноября 2017г 6,3%). Переломов не было. Уменьшилась в росте на 4 см. В амбулаторном режиме проведено исследование для исключения остеопороза: при рентгенденситометрии поясничного отдела позвоночника и бедренной кости от августа 2017г выявлена остеопения: L1-L4 -1,6 SD по Т-критерию, бедро Total -1,2 SD, Neck -1,0 SD по Т-критерию. При рентгенографии позвоночника переломов не выявлено. Также у пациентки имеется артериальная гипертензия, в настоящий момент принимает Бисопролол 2,5 мг, Верошпирон 25 мг, патология легких (хронический бронхит с частыми осложнениями, обследование не проводилось) и лимфаденит неясного генеза. У пациентки имеется тяжелая сопутствующая неврологическая патология вследствие ЧМТ с субарахноидальным кровоизлиянием от 1994 года, в связи с чем противопоказана общая анестезия (есть медицинское заключение в истории болезни).

01.03.2018 г пациентка впервые госпитализирована в отделение нейроэндокринологии и остеопатий ФГБУ «НМИЦ эндокринологии».

В ходе обследования подтвержден центральный генез тиреотоксикоза: ТТГ 1,691 мМЕ/л, Т4св. 27,27 ммоль/л (норма до 20), Т3св. 6,96 пмоль/л (норма до 5,5). Получены лабораторные данные, указывающие на тканевой тиреотоксикоз: снижение уровня общего холестерина до 2,09 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 0,45 ммоль/л, холестерина ЛПВП до 0,85 ммоль/л. Полученные данные в сочетании с клинической картиной (тахикардия, тремор рук, одышка), наличием аденомы гипофиза

размерами 6 x 8 x 6 мм по данным МРТ с контрастным усилением, отсутствием родственников с патологией щитовидной железы, дебютом заболевания во взрослом возрасте, нормализацией показателей тиреоидной функции на фоне терапии октреотидом пролонгированного действия свидетельствуют в пользу ТТГ-секретирующей аденомы гипофиза. Проведено обследование на предмет осложнений тиреотоксикоза. По данным УЗИ щитовидной железы, общий объем железы 13,9 см³, узловые образования не обнаружены, выявлены эхографические признаки аутоиммунного заболевания щитовидной железы. Учитывая жалобы пациентки на тахикардию, одышку выполнена эхокардиография (фракция выброса 63%, гипертрофия левого желудочка, зон асинергии миокарда ЛЖ не выявлено, глобальная систолическая функция миокарда ЛЖ сохранена), пациентка консультирована кардиологом, скорректирована гипотензивная терапия, даны рекомендации. Данных за остеопороз при амбулаторном обследовании не получено. Учитывая жалобы на двоение, пелену перед глазами пациентка консультирована офтальмологом, данных за эндокринную офтальмопатию не получено.

Учитывая множественную сопутствующую патологию, противопоказания к общей анестезии, отказ пациентки от хирургического лечения, положительный эффект терапии октреотидом, оптимальным методом лечения является консервативная терапия аналогами соматостатина. Противопоказаний со стороны желудочно-кишечного тракта (по данным УЗИ органов брюшной полости и биохимического анализа крови) для продолжения терапии не выявлено.

В связи с назначением октреотида «вне инструкции» (октреотид не зарегистрирован в Российской Федерации для лечения тиреотропиномы) необходимо рассмотреть вопрос выдачи препарата на Врачебной Комиссии.

Вопрос от Безлепкиной О.Б.: Почему пациентке невозможно провести нейрохирургическое лечение?

Ответ от Пржиялковской Е.Г.: Во-первых, пациентка от нейрохирургического лечения категорически отказывается. Во-вторых, у пациентки имеются противопоказания к проведению общей анестезии (ЧМТ с субарахноидальным кровоизлиянием в анамнезе), а также сопутствующая патология, требующая дообследования (патология легких, лимфаденит), что не позволяет оценить риск хирургического лечения.

Вопрос от Жимирикиной М.Л.: Чувствовала ли пациентка себя лучше после инъекции октреотида?

Ответ от Пржиялковской Е.Г.: Да, после введения октреотида, пациентка отметила значительное улучшение самочувствия – уменьшение тахикардии, одышки, общей слабости, увеличение толерантности к физической нагрузке.

Вопрос от Плохой А.А.: Пациентке требуется пожизненная терапия препаратами октреотида?

Ответ от Пржиялковской Е.Г.: Да, консервативная терапия препаратами октреотида эффективна у 80% пациентов с тиреотропиномами, в то время как эффективность лучевой терапии существенно ниже и имеется высокий риск развития постлучевых осложнений (в частности гипопитуитаризма).

Решение комиссии: Безальтернативным методом лечения для предотвращения роста опухоли и достижения эутиреоза в связи с наличием противопоказаний к анестезии и отказом от хирургического лечения является терапия препаратами октреотида пролонгированного действия в дозе 20 мг в/м 1 раз в 28 дней с последующей коррекцией дозы через 1 месяц под контролем уровней ТТГ, свТ3 и свТ4. Терапия назначается по жизненным показаниям. Препараты октреотида зарегистрированы на территории Российской Федерации. Решение принято единогласно. Особых мнений членов врачебной комиссии не высказано.

2. Слушали врача-докладчика: Е.Г. Пржиалковскую

Пациентка **Тимофеева Елизавета Львовна**, 24 года (11.05.1993 г.р.), проживающая по адресу: г Москва, Восточный р-н, ул Новокосинская, д.49, кв.65, наблюдается в отделении нейроэндокринологии и остеопатий ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» с декабря 2017 года с диагнозом:

Е05.8 Другие формы тиреотоксикоза

Основное заболевание: ТТГ-секретирующая микроаденома гипофиза, отсутствие ремиссии после трансфеноидальной аденомэктомии от 26.01.2018. Центральный тиреотоксикоз средней тяжести.

Осложнения основного заболевания: Диффузный зоб (V=30,2 мл). Синусовая тахикардия. Снижение МПК, преимущественно в проксимальном отделе бедренной кости до -2.2SD по Z-критерию. Дефицит массы тела (ИМТ- 16.2).

Сопутствующие заболевания: Дефицит витамина D. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь на фоне недостаточности кардии, поверхностный эзофагит, поверхностный рефлюкс-гастрит. Билиарная дисфункция, выраженный дуодено-гастральный рефлюкс. Эрозия шейки матки. Киста правого яичника. Миопия слабой степени обоих глаз.

Из анамнеза известно, что считает себя больной с 2014г., когда появились жалобы на учащенное сердцебиение, общую слабость, утомляемость, потерю веса, сухость кожи, выпадение волос. При обследовании неоднократно выявлялись повышение уровней свободного Т3 и свободного Т4 при отсутствии подавления уровня ТТГ (от 30.08.14.: ТТГ – 1,3 мМЕ/л, св.Т3 – 6,69 пмоль/л (N до 5,7), св.Т4 – 1,33 пмоль/л (N до 1,48); от 19.10.15.: ТТГ – 2,58 мМЕ/л, св.Т3 – 4,45 пмоль/л (N до 5,7), св.Т4 – 1,64 (N до 1,48), от 19.11.14.: АТ к ТГ – 70,06 (до 4,11), АТ к ТПО – 23,9 (до 5,61). По месту жительства установлен диагноз ДТЗ. С 2015 года получала терапию тиреостатиками (Тирозол 10 мг) до марта 2017г. (с перерывом на 6 мес. в 2016г.), без эффекта (клинического и лабораторного). По УЗИ щитовидной железы объем 30 мл, узлов не выявлено. При скинтиграфии щитовидной железы от ноября 2017г. - признаки усиленного накопления препарата. В анализе крови от 04.11.2017г.: ТТГ 1,94 мМЕ/л (N 0,4-4,0), свободный Т3 - 8,9 пмоль/л (N до 6,3), свободный Т4 25,6 пмоль/л (N до 22,7). 26.11.2017г. впервые выполнено МРТ головного мозга, выявлена микроаденома гипофиза 5 мм. Переломов не было. Наследственность по эндокринным заболеваниям не отягощена.

1 декабря 2017 года пациентка самостоятельно обратилась в КДО ФГБУ ЭНЦ на консультацию к нейрохирургу. Нейрохирург рекомендовал обследование в отделении нейроэндокринологии и остеопатий. 7 декабря 2017 года впервые госпитализирована в отделение нейроэндокринологии ФГБУ ЭНЦ. В ходе госпитализации получены данные, подтверждающие наличие центрального тиреотоксикоза: ТТГ - 0,871 мМЕ/л, Т4 свободный - 21,24 пмоль/л (N до 20), Т3 свободный - 6,07 пмоль/л (N до 5,5). Получены лабораторные данные, указывающие на тканевой тиреотоксикоз: повышение СССГ - 161,5 нмоль/л, бета-кросс лапс - 0,78 нг/мл, снижение уровня холестерина ЛПВП. Антитела к рецептору ТТГ отрицательные. Проведено обследование на предмет осложнений тиреотоксикоза. По УЗИ щитовидной железы подтвержден диффузный зоб, общий объем железы 30,2 см³, узловые образования не обнаружены. Патологии сердца по УЗИ не выявлено. Учитывая жалобы пациентки на тахикардию, увеличена доза бета-блокаторов под контролем ЧСС. По результатам денситометрии трех отделов выявлено снижение МПК ниже возрастной нормы в проксимальном отделе бедренной кости. Пациентка предоставила анализ на 25ОН витамин D от декабря 2017 г – 13нг/мл, рекомендована терапия колекальциферолом в насыщающей дозе.

Для окончательного подтверждения диагноза ТТГ-секретирующей аденомы гипофиза, а также с целью улучшения самочувствия больной 12.12.2017г. введен Октреотид Лонг 20 мг внутримышечно. На фоне инъекции пациенткой отмечено улучшение общего самочувствия (уменьшение тахикардии

в вечернее время, слабости), нормализация уровня свободного Т3 5,4 пмоль/л и свободного Т4 19,4 пмоль/л, ТТГ - 1,2 мМЕ/л, однако отмечались спастические боли в эпигастрии, диарея. Учитывая молодой возраст, гормональную активность аденомы гипофиза, оптимальным методом лечения выбрана транс-назальная трансфеноидальная аденомэктомия. Оперативное лечение отложено в связи с необходимостью санации ротовой полости.

11 января 2018 г повторно введен Октреотид Лонг 20 мг, диспепсических явлений и диареи нет..

24.01.2018 г пациентка повторно госпитализирована в отделение нейроэндокринологии и остеопатий ФГБУ «НМИЦ эндокринологии». 26.01.2018 проведена трансфеноидальная аденомэктомия. В ходе операции в полости турецкого седла обнаружена опухоль желто-кремового цвета, плотной консистенции, которая вылущена и удалена при помощи опухолевых кюреток и кусачек. Гистология: фрагменты ткани аденогипофиза и фрагменты нейрогипофиза. На дополнительных срезах с окрашиванием ретикулиновых волокон (импрегнация серебром) аденома гипофиза не обнаружена. При иммуногистохимическом исследовании с антителами к ТТГ определяется экспрессия ТТГ в клетках аденогипофиза. В послеоперационном периоде клинико-лабораторных признаков гипопитуитаризма, несахарного диабета не выявлено. В гормональном анализе крови отмечена нормализация показателей св Т4 17.84 пмоль/л, уровень ТТГ 0.447 мМЕ/л, Т3св. 3.07 пмоль/л, однако судить об эффективности хирургического лечения было затруднительно в связи с продолжением действия октреотида. В течение месяца после операции пациентка отмечала улучшение самочувствия – исчезла тахикардия и потребность в бета-блокаторах, пациентка поправилась на 1,5 кг, уменьшилась общая слабость и одышка, однако с начала марта 2018 года после перенесенного ОРВИ пациентка стала отмечать ухудшение самочувствия: возобновление тахикардии, одышки, общей слабости, появилась головная боль, повышение температуры до 37 градусов в вечернее время. При контрольном гормональном обследовании от 05.03.2018 ТТГ 2.551 мМЕ/л Т4 свободный 19.09 пмоль/л, Т3 свободный 5.36 пмоль/л. Пациентка амбулаторно обратилась 16.03.2018. При осмотре присутствовали клинические проявления тиреотоксикоза: тремор, тахикардия. При гормональном обследовании от 16.03.2018: ТТГ 0.811 мМЕ/л (норма 0.25-3.5), Т4 свободный 19.41 пмоль/л (норма 9-20), Т3 свободный 5.51 пмоль/л (норма 2.5-5.5). Таким образом, у пациентки после хирургического лечения отсутствует ремиссия заболевания. Пациентка консультирована нейрохирургом: рекомендована МРТ головного мозга через 6 месяцев с решением вопроса о целесообразности повторного нейрохирургического лечения, или направления на лучевую терапию.

Учитывая неэффективность нейрохирургического лечения, положительный эффект предоперационной терапии октреотидом, оптимальным методом лечения является консервативная терапия аналогами соматостатина.

В связи с назначением октреотида «вне инструкции» (октреотид не зарегистрирован в Российской Федерации для лечения тиреотропиномы) необходимо рассмотреть вопрос выдачи препарата на Врачебной Комиссии.

Вопрос от Безлепкиной О.Б.: Почему не удалось удалить опухоль полностью в ходе трансфеноидальной аденомэктомии, ведь это была микроаденома?

Ответ от Азизяна В.Н.: Чаще всего тиреотропиномы являются каменистыми по структуре и инвазивными по характеру роста опухолями. Поэтому даже при небольшом размере опухоли, ее радикальное удаление без повреждения здорового гипофиза может быть затруднительно.

Вопрос от Мельниченко Г.А.: Почему при незначительном повышении уровня свТ3 можно говорить об отсутствии ремиссии тиреотропиномы у пациентки?

Ответ от Пржиялковской Е.Г.: Хорошим прогностическим признаком в послеоперационном периоде при тиреотропинах является развития гипотиреоза. У данной пациентки было отмечено нарастание клинических проявлений тиреотоксикоза и рост показателей свТ3 и свТ4 в послеоперационном периоде после окончания действия октреотида, поэтому отсутствие ремиссии тиреотропиномы не вызывает сомнений, а ожидание развития выраженного лабораторного тиреотоксикоза представляется нецелесообразным.

Вопрос от Жимирикиной М.Л.: Является ли терапия октреотидом безальтернативным методом лечения у данной пациентки? Возможно ли проведение повторной операции или лучевой терапии?

Ответ от Пржиялковской Е.Г.: Решение о возможности повторной трансфеноидальной аденомэктомии или лучевой терапии будет принято только после проведения контрольной МРТ не ранее чем через 6 месяцев после трансфеноидальной аденомэктомии.

Решение комиссии: Безальтернативным методом лечения для предотвращения роста опухоли и достижения эутиреоза в связи с неэффективным нейрохирургическим лечением является терапия препаратами октреотида пролонгированного действия в дозе 20 мг в/м 1 раз в 28 дней с последующей коррекцией дозы через 1 месяц под контролем уровней ТТГ, свТ3 и свТ4. Терапия назначается по жизненным показаниям. Препараты октреотида зарегистрированы на территории Российской Федерации.

Решение принято единогласно. Особых мнений членов врачебной комиссии не высказано.

Председатель ВК: Г. А. Мельниченко

Секретарь: И.В. Семенова

О.Б. Безлепкина

А.А. Плохая

М.Л. Жимирикина

В.Н. Азизян

Ж.Е. Белая

Е.Г. Пржиялковская



№ 3/1188 от «02» апреля 20 18 г.

**Выписка из протокола заседания врачебной комиссии № 4/18 от
20.03.2018 года.**

Повестка:

п.2 Рассмотрение необходимости назначения пациентке Тимофеевой Елизавете Львовне, (11.05.1993 г.р.), проживающей по адресу: г Москва, Восточный р-н, ул Новокосинская, д.49, кв.65, находившейся на стационарном лечении в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, отделении нейроэндокринологии и остеопатий с 07.12.2017 по 18.12.2017 (ИБ №11415/С2017) и с 24.01.2018 по 01.02.2018 (ИБ№712/С2018), препарата Октреотид пролонгированного действия для лечения ТТГ-секретирующей микроаденомы гипофиза в связи с отсутствием в инструкции к препарату показаний к назначению при ТТГ-секретирующих аденомах гипофиза.

Пациентка наблюдается в отделении нейроэндокринологии и остеопатий ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России с декабря 2017 года с диагнозом: E05.8 Другие формы тиреотоксикоза

Основное заболевание: ТТГ-секретирующая микроаденома гипофиза, отсутствие ремиссии после трансфеноидальной аденомэктомии от 26.01.2018. Центральный тиреотоксикоз средней тяжести.

Осложнения основного заболевания: Диффузный зоб ($V=30,2$ мл). Синусовая тахикардия. Снижение МПК, преимущественно в проксимальном отделе бедренной кости до $-2.2SD$ по Z-критерию. Дефицит массы тела (ИМТ- 16.2).

Сопутствующие заболевания: Дефицит витамина D. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь на фоне недостаточности кардии, поверхностный эзофагит, поверхностный рефлюкс-гастрит. Билиарная дисфункция, выраженный дуодено-гастральный рефлюкс. Эрозия шейки матки. Киста правого яичника. Миопия слабой степени обоих глаз.

Решение врачебной комиссии:

Безальтернативным методом лечения для предотвращения роста опухоли и достижения эутиреоза в связи с неэффективным нейрохирургическим лечением является терапия препаратами октреотида пролонгированного действия в дозе 20 мг в/м 1 раз в 28 дней с последующей коррекцией дозы через 1 месяц под контролем уровней ТТГ, свТ3 и свТ4.

Терапия назначается по жизненным показаниям. Препараты октреотида зарегистрированы на территории Российской Федерации.

Решение принято единогласно. Особых мнений членов врачебной комиссии не высказано.

Председатель врачебной комиссии



Директор института

клинической эндокринологии,

академик РАН

Г.А. Мельниченко

Секретарь врачебной комиссии

к.м.н. И.В. Семенова

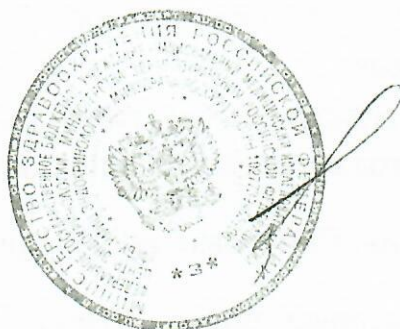
Решение врачебной комиссии:

Безальтернативным методом лечения для предотвращения роста опухоли и достижения эутиреоза в связи с наличием противопоказаний к анестезии и отказом от хирургического лечения является терапия препаратами октреотида пролонгированного действия в дозе 20 мг в/м 1 раз в 28 дней с последующей коррекцией дозы через 1 месяц под контролем уровней ТТГ, свТ3 и свТ4.

Терапия назначается по жизненным показаниям. Препараты октреотида зарегистрированы на территории Российской Федерации.

Решение принято единогласно. Особых мнений членов врачебной комиссии не высказано.

Председатель врачебной комиссии



Директор института

клинической эндокринологии,
академик РАН

Г.А. Мельниченко

Секретарь врачебной комиссии

к.м.н.Семенова И.В.

№ 3/4189 от « 02 » апреля 20 18 г.**Выписка из протокола заседания врачебной комиссии № 4/18 от****20.03.2018 года.****Повестка:**

п.1. Рассмотрение необходимости назначения пациентке Дубининой Людмиле Николаевне (26.02.1951 г.р.), проживающей по адресу: г. Москва, Юго-Западный р-н, ул Адмирала Лазарева, д.30, кв.4, находившейся на стационарном лечении в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, отделении нейроэндокринологии и остеопатий с 01.03.2018 по 06.03.2018 (ИБ №2277/С2018), препарата Октреотид пролонгированного действия для лечения ТТГ-секретирующей микроаденомы гипофиза в связи с отсутствием в инструкции к препарату показаний к назначению при ТТГ-секретирующих аденомах гипофиза.

Пациентка наблюдается в отделении нейроэндокринологии и остеопатий ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России с декабря 2017 года с диагнозом:

E05.8 Другие формы тиреотоксикоза

Основной: ТТГ-секретирующая микроаденома гипофиза с инфраселлярным ростом. Центральный тиреотоксикоз средней степени тяжести.

Осложнения основного заболевания: Синусовая тахикардия.

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа. Дефицит витамина D, медикаментозная компенсация. Гипертоническая болезнь 2 ст 3 ст риск 4. Хроническая сердечная недостаточность 2 а ст III фк по NYHA. Атеросклероз аорты, аортального и митрального клапанов. Последствия посттравматического субарахноидального кровоизлияния от 1994 г. Реактивный лимфаденит. Хронический бронхит вне обострения. Диффузный пневмосклероз. OD - Артифакция. OU - Ангиопатия сетчатки. OS - Начальная катаракта. Хронический панкреатит. Хроническая инфекция моче-выводящих путей, обострение. Постинъекционные инфильтраты ягодичных областей.