

# **Собственный клинический опыт эффективного применения Афатиниба при НМРЛ**

**к.м.н.Маркарова Е. В.  
проф. Когония Л.М.**

**МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского  
г. Москва**

## Клинический пример

### Пациентка В.Е.Г, 1936 г.р. (81 год).

Из анамнеза: с 06.2016г. беспокоил малопродуктивный кашель, выраженная общая слабость, одышка при физической нагрузке, снижение массы тела, по поводу чего, в 07.2016 г. дообследована в ЦНИИ Туберкулеза. Диагноз: диссеминация в легких неуточненной этиологии.

02.09.2016 госпитализирована в 1-е терапевтическое отделение МОНИКИ для дообследования:

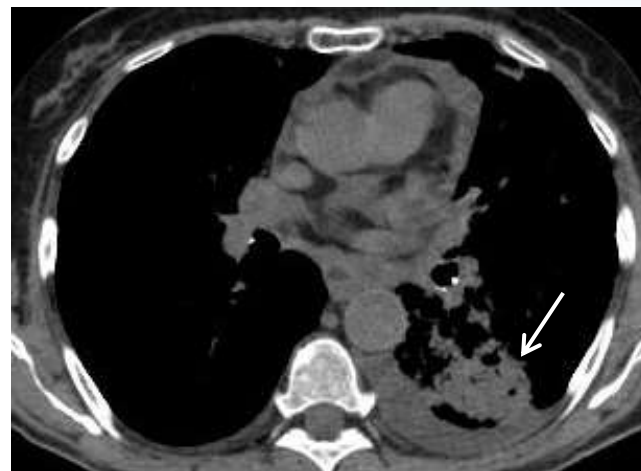
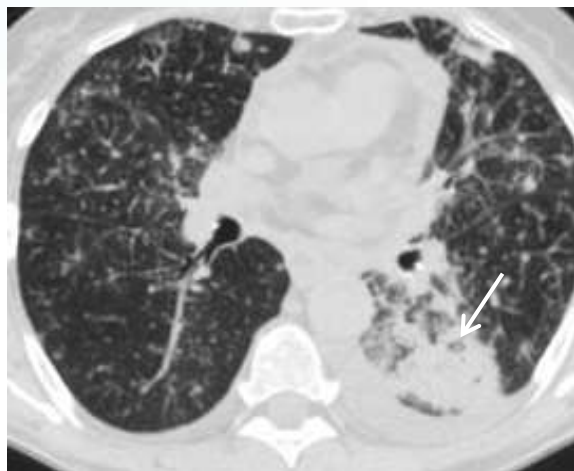
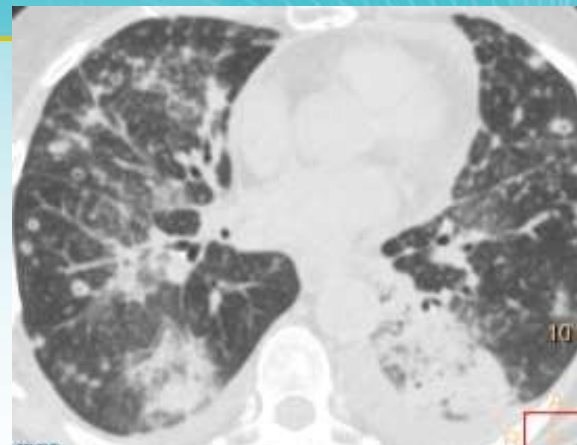
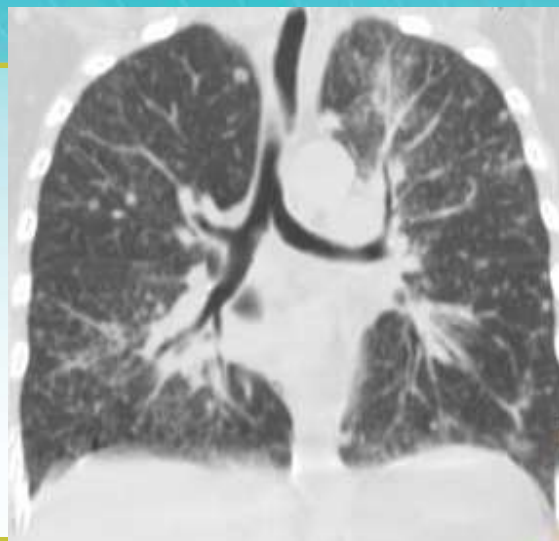
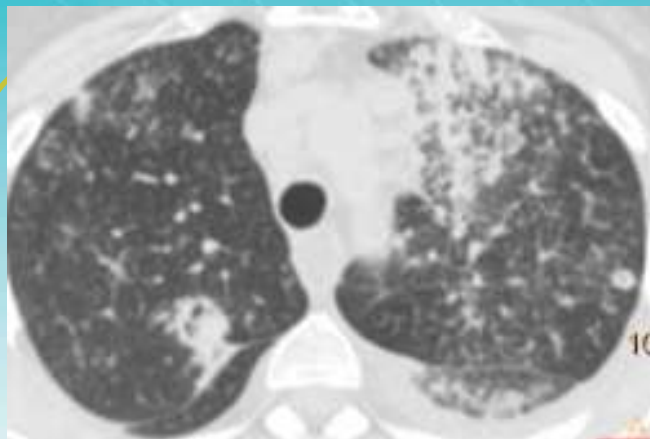
# Клинический пример

Пациентка В.Е.Г, 1936 г.р. (81 год).

КТ от 13.09.2016 МОНИКИ

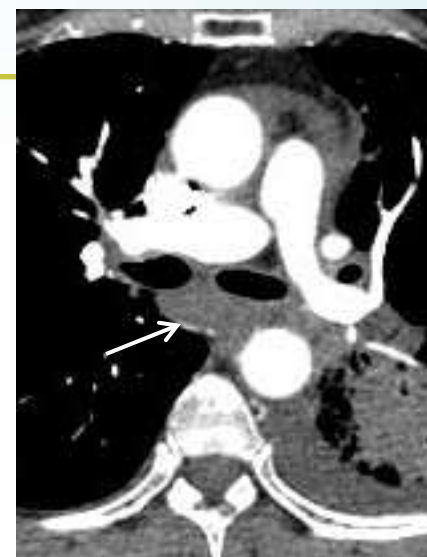
Заключение: следует дифференцировать между диссеминированной формой БАР легких; единым mts процессом из невыявленного первичного очага и периферической ВІ. нижней доли левого легкого с mts. Признаки лимфогенного канцероматоза. Внутригрудная лимфааденопатия. Тромбоэмболия сегментарных нижнедолевых ветвей легочной артерии справа. Жидкость в обеих плевральных полостях и в полости перикарда. Mts дополнительные объемные образования левого надпочечника. Mts в кости скелета.

## КТ грудной клетки (13.09.2016 г.)



Множественные полиморфные очаги неоднородной структуры и участки альвеолярной инфильтрации в легочной ткани с обеих сторон, на этом фоне не исключается дополнительное узловое образование в S6 нижней доли левого легкого.

## КТ грудной клетки (13.09.2016 г.)



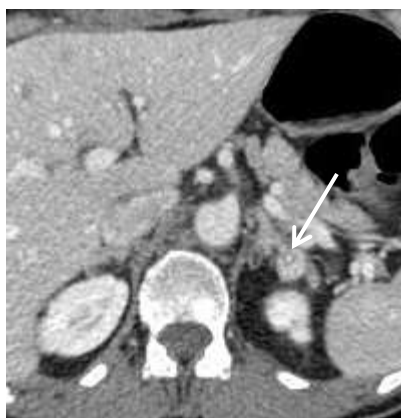
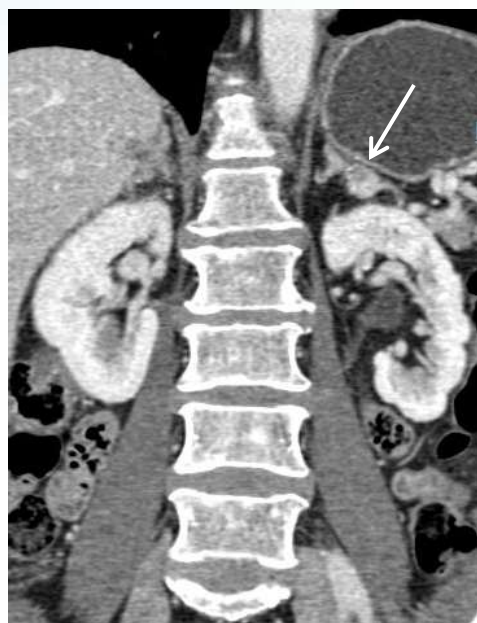
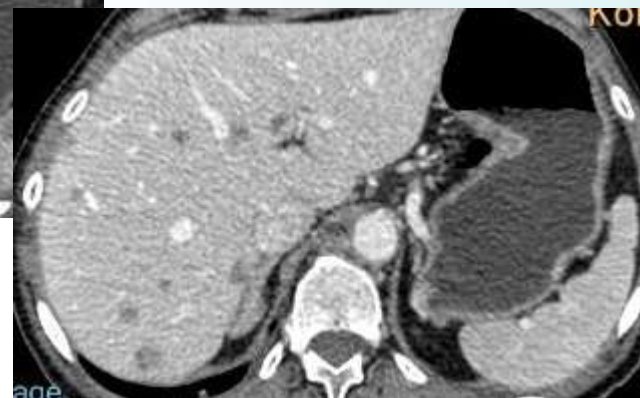
Множественные измененные лимфатические узлы всех групп средостения.  
Жидкость в плевральных полостях и полости перикарда.



# КТ брюшной полости и забрюшинного пространства (13.09.2016 г.)



Множественные метастазы в паренхиме печени.



Метастаз в левый надпочечник.

# Клинический пример

## Пациентка В.Е.Г. ,81 год.

**ФБС повторно от 05.09.2016г. : Катаральный бронхит 1 ст.акт. Проведен БАЛ (50,0 мл.) :Цитологическое исследование № 5312-17/16— немелкоклеточный рак .**

Учитывая тяжелый общесоматический статус больной, не позволяющий произвести повторную ФБС и более детальное исследование гистологического материала, позволило только на основе цитологического заключения, в 10.2016г. и 11.2016 провести 2 курса паллиативной ХТ по схеме : Карбоплатин 450 мг в/в кап в 1-ый день лечения +Этопозид 200мг в/в кап. В 1-3 дни лечения + терапия бисфосфонатами ( Зомета 4 мг- 1 раз в 28 дней). Без эффекта.

Далее, в декабре 2016 г. больная была госпитализирована в клинику Шаарей Цедек (Израиль), где, в результате дообследования ( КТ грудной клетки) выявлено прогрессирование онкологического процесса. В той же клинике, в 12.16 и 01.17 , без эффекта было проведено 2 курса ХТ по схеме : Карбоплатин 360 мг в/в кап. + Алимпта 700 мг в/в кап. + 2 введения Авастина. На фоне лечения проведено дополнительное гистологическое и молекулярно-генетическое исследования (05.02.2017г.):

## Клинический пример

### Пациентка В.Е.Г, 1936 г.р. (81год)

С 02.2017 г. Больная возвращается под наблюдение в МОНИКИ, где с 27.02.2017 по настоящее время получает терапию Афатинибом в дозе 40 мг в сут.

Через 10 дней от начала терапии Афатинибом больная отметила появление папулезной сыпи на коже лица и верхних конечностях. Специальное лечение по этому поводу не проводилось.



Вышеуказанные явления разрешились самостоятельно через 20 дней от начала терапии Афатинибом. За время дальнейшего наблюдения других побочных явлений не отмечалось.

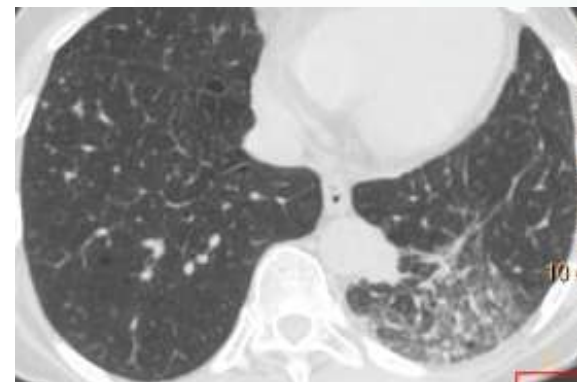
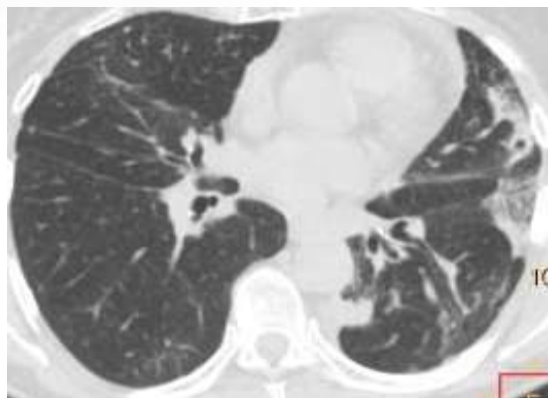
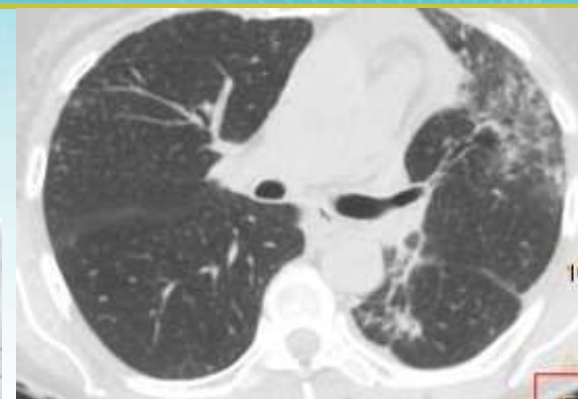
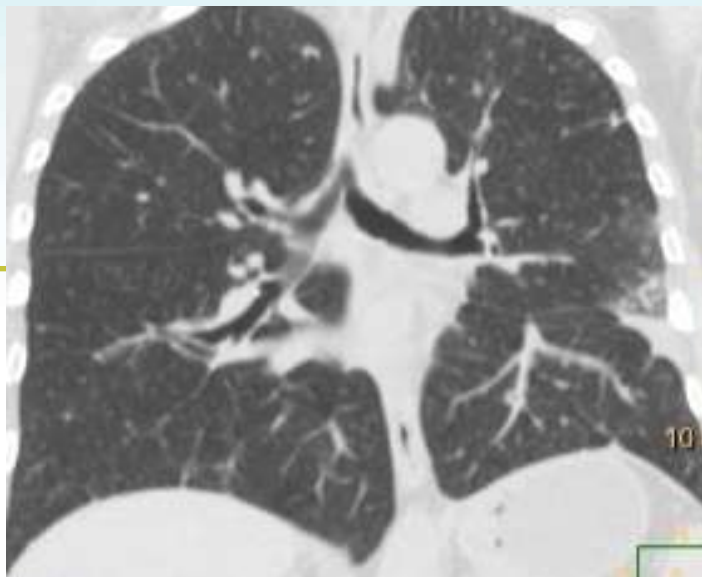
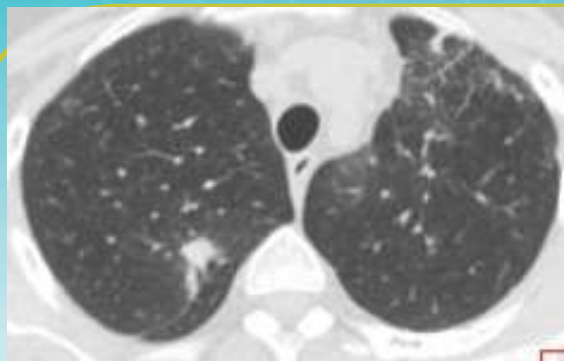


# Клинический пример

## Пациентка В.А.Г., 1936 г.р. (81 год)

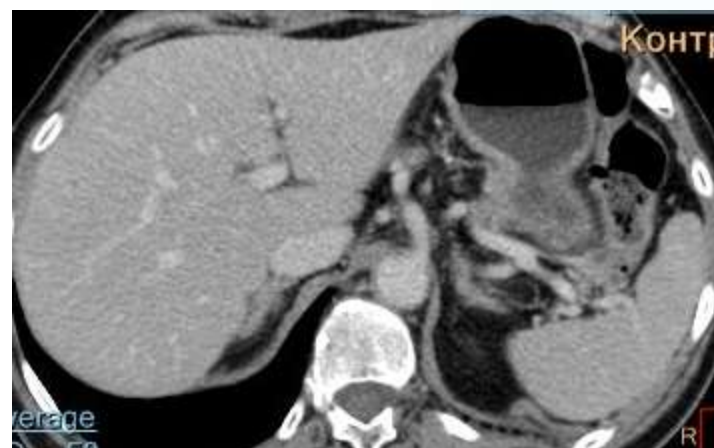
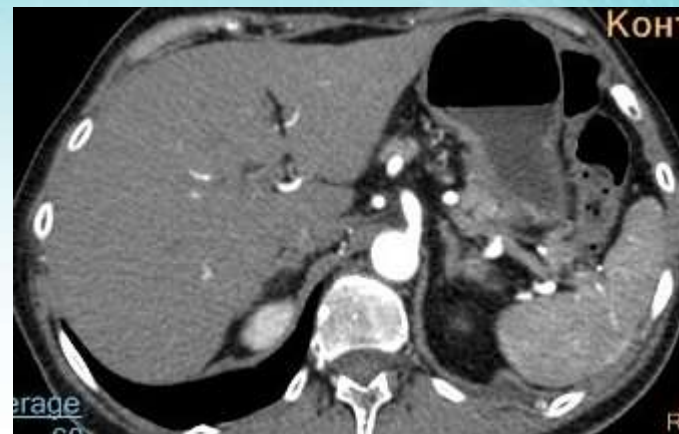
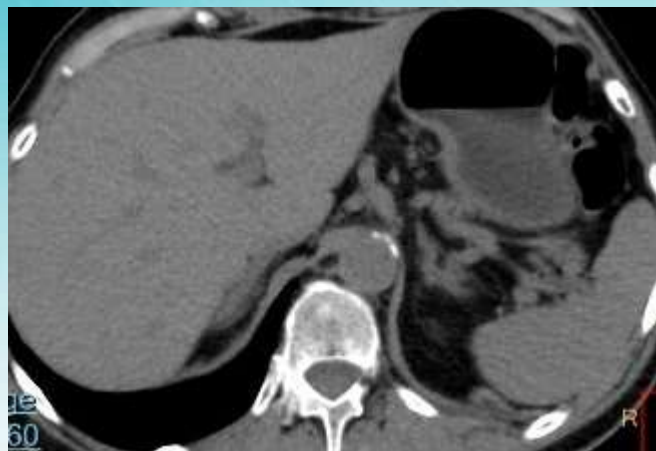
Время наблюдения за пациенткой на фоне проводимой терапии Афатинибом составляет 8 мес. Контрольное КТ-исследование органов грудной клетки было проведено 27.07.2017 г. По сравнению с предыдущим КТ от 13.09.2016 г. отмечается положительная динамика за счет частичного регресса множественных полиморфных очагов в паренхиме обоих легких, уменьшения участков альвеолярной инфильтрации, уменьшения размеров внутригрудных лимфатических узлов; уменьшения размеров и количества очагов в паренхиме печени.

## КТ грудной клетки (27.07.2017 г.)



Уменьшение количества полиморфных очагов, зон альвеолярной инфильтрации в обоих легких и регресс дополнительного узлового образования в S6 нижней доли левого легкого

## КТ брюшной полости (27.07.2017 г.)



Уменьшение количества и размеров очагов в печени.



**Спасибо за внимание !**

