



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
**НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ДЕТСКОЙ ГЕМАТОЛОГИИ, ОНКОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ
ИМЕНИ ДМИТРИЯ РОГАЧЕВА**
(ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России)

04 АПР 2019

№ 985

Москва

Выписной эпикриз из ИБ № 2019/1785

Ф.И.О.: Евтушенко Дарья Сергеевна

Дата рождения: 18.01.2011 г.

Адрес: 347640, обл. Ростовская, р-н Сальский, г. Сальск, ул. Крайнюка, дом 26.

Группа крови: B(III)Rh+

Основной клинический диагноз: нейробластома забрюшинного пространства, 4 стадия (метастазы в лимфоузлы верхнего средостения). Группа высокого риска (N-MYC, делеция 1p, делеция 11q23 негативная). Терапия по протоколу NB-2004 (6 блоков ПХТ, оперативное лечение от 21.09.15 (срединная лапаротомия, туморсимпатэктомия); высокодозная ПХТ с ауто-ТГСК от 04.12.15; 9 блоков дифференцирующей терапии с 13-цис-ретиновой кислотой). Очень хороший частичный ответ (ноябрь 2016г.). Локальный рецидив (март 2018г.). Срединная релапаротомия, удаление опухоли забрюшинного пространства с артериолизом, венолизом правых подвздошных сосудов на протяжении от 10.04.18. 12 курсов противорецидивной ПХТ по схеме темозоломид + иринотекан с 20.04.18. Торакоскопия справа, удаление нейробластомы заднего средостения с артериолизом нисходящей аорты на протяжении от 24.07.2018. Лучевая терапия на область рецидивной опухоли забрюшинного пространства в СОД 36 Гр. Очень хороший частичный ответ.

Код основного диагноза по МКБ-10: C48.8

Сопутствующий диагноз: носитель имплантируемого ЦВК (система Baby Port).

Находилась в ФГБУ "НМИЦ ДГОИ имени Дмитрия Рогачева":

В отделении хирургии детей и подростков с 10.04.18 по 17.04.18; с 24.07.18 по 30.07.18.

В отделении стационара кратковременного лечения с 30.03.18 по 10.04.18; с 18.04.18 по 23.07.18; с 31.07.18 по 29.03.19.

Анамнез заболевания: В середине мая 2015 года появились боли в животе, на УЗИ ОБП - образование. Госпитализирована 21.05.15 в РНИОИ г. Ростов-на-Дону.

УЗИ от 19.05.15 - в мезо-гипогастрии паравазально визуализируются множественные гипоехогенные л/у размером 1,0-3,0-3,5 см. Тазовые подвздошные л/у 1,0-2,0 см. В мезо-гипогастрии определяется объемное образование 9,3х5,6 см неправильной формы, с активной васкуляризацией. Гидронефроз справа (лоханка 3,0 см).

25.05.15 - выполнена биопсия надключичного л/у слева.

Гистология с м/ж - недифференцированная нейробластома (мтс в л/у).

Цитология с м/ж - мтс в л/у низкодифференцированной опухоли (нейробластома?).

КТ от 20.05.15 - гидронефроз справа, лоханка до 4 см, забрюшинные л/у - все группы в едином конгломерате 14,2х8 см, надпочечники слева до 3,0 см.

ЛДГ от 22.05.15 - 1729,7 Ед/л.

По данным заключительного эпикриза: выписана в удовлетворительном состоянии из отделения 28.05.15. Наблюдались по м/ж хирургом.

Самостоятельно обратились в ФНКЦ ДГОИ.

10.06.15 по тяжести состояния госпитализирована в отделение клинической онкологии по экстренным показаниям для проведения дообследования, уточнения диагноза и проведения лечения.

Миелограмма из 4-х точек от 11.06.15: опухолевых клеток не найдено.

15.06.15 выполнено оперативное вмешательство: Мини-лапаротомия, биопсия образования брюшной полости.

Гистологическое заключение № F1078/15 от 17.06.2015: в доставленном материале определяется фрагмент солидной опухоли, частично покрытый фиброзной капсулой. Неопластическая ткань состоит из полей и гнезд низкодифференцированных нейробластов, разделенных тонкими фиброзными септами. В межклеточном пространстве прослеживается тонковолокнистая сеть нейропиля. Обращает на себя внимание высокая митотическая и апоптотическая активность. Иммуногистохимическое исследование: клетки опухоли позитивны к антителам Synaptophysin, ChromograninA, Vimentin (фокально), отрицательные реакции с антителами ALK, NGFR. Пролиферативная активность по уровню экспрессии Ki67 составляет 50%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Низкодифференцированная нейробластома с высоким МКИ.

Также проведен референс, удаленного по м/ж лимфатического узла

Гистологическое заключение № F1067/15 от 17.06.2015: В доставленном материале определяются фрагменты солидной опухоли с включениями лимфоидной ткани. Материал с выраженной механической деформацией, что затрудняет оценку морфологии опухоли. Проведено ИГХ-исследование с антителами ChromograninA, Synaptophysin, MyoD1, Myogenin, INI-1, Vimentin, PCK AE1/AE3, PAX5, TdT, CD3, Fli-1, CD99, CD56, NSE, PGP 9.5. Выявлены позитивные реакции с антителами Synaptophysin, ChromograninA, CD56, NSE, PGP 9.5, INI-1. Реакции с остальными антителами отрицательные. Пролиферативная активность по уровню экспрессии Ki67 составляет 30-40%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Нейробластома: вариант установить не возможно из-за замятости материала.

Цитогенетическое исследование от 16.06.2015г. При исследовании методом FISH, выполненном на мазке костного мозга, амплификации гена N-MYC не обнаружено, делеции 1p, делеции 11q23. не обнаружено.

Молекулярно-генетическое исследование от 15.06.15: Амплификация гена N-MYC не выявлена.

11.06.15 Учитывая наличие образования малого таза, сдавливающего правый мочеточник, приводящего ко вторичной гидронефротической трансформации правой почки (по данным КТ ОБП и малого таза) выполнено наложение пункционной нефростомы.

На основании проведенного обследования пациенту выставлен диагноз: «Низкодифференцированная нейробластома забрюшинного пространства, 4 стадия (метастазы в лимфоузлы верхнего средостения), N-MYC, делеция 1p, делеция 11q23 негативная. Группа высокого риска».

17.06.2015г. начата терапия согласно протоколу NB 2004 для группы высокого риска.

С 17.06.2015 начат блок N5(1) с заменой цисплатина на карбоплатин (учитывая вторичную гидронефротическую трансформацию правой почки, состояние после пункционной нефростомии справа).

NSE 168,5 нг/мл

С 08.07.15 проведен курс N6(2) с заменой ифосфамида на циклофосфан (учитывая вторичную гидронефротическую трансформацию правой почки, состояние после пункционной нефростомии справа).

NSE 33,15 нг/мл

29.07.15 блок N5(3) с заменой цисплатина на карбоплатин (учитывая вторичную гидронефротическую трансформацию правой почки, состояние после пункционной нефростомии справа).

NSE 27,07 нг/мл

После курса ПХТ планировалось проведение процедуры афереза ПСК, однако уровень CD34+ оказался недостаточным.

21.08.15 проведен курс N6(4) с заменой ифосфамида на циклофосфан, учитывая вторичную гидронефротическую трансформацию правой почки, состояние после пункционной нефростомии справа.

NSE 18,3 нг/мл

21.09.2015 г. выполнено оперативное лечение – срединная лапаротомия, туморсимпатэктомия.

Гистологическое заключение № 1370/15: Вторичная ганглионейробластома, патоморфоз 2 степени.

С 01.10.15 курс N5(5) с заменой цисплатина на карбоплатин, учитывая вторичную гидронефротическую трансформацию правой почки, состояние после пункционной нефростомии справа.

NSE 27,07 нг/мл

24.10.15 выполнена процедура афереза CD34-клеток (количество $86,0 \times 10^6$; $5,67 \times 10^6/\text{кг}$).

С 28.10.15 Курс N6 (6) с заменой ифосфамида на циклофосфан, учитывая вторичную гидронефротическую трансформацию правой почки, состояние после пункционной нефростомии справа.

После проведения контрольного обследования (МСКТ ОБП и ОГК; сцинтиграфии с МИБГ, миелограммы; МРТ головы) данных за наличие витальной опухоли у ребенка достоверно не выявлено. Установлен очень хороший частичный ответ. Таким образом, показаний к проведению терапии с МИБГ нет.

С 28.11.15 по 03.12.15 проведено кондиционирование в составе - Треосульфат, Мелфалан

04.12.15 выполнена миелоинфузия, перенесла без выраженных осложнений.

С 05.01.16 по 20.11.2016 проведено 9 блоков дифференцирующей терапии с 13-цис-ретиноевой кислотой.

Проведено обследование при снятии с терапии - констатирован очень хороший частичный ответ.

В марте 2018 года при проведении планового обследования по м/ж в объеме КТ органов брюшной полости выявлены признаки продолженного роста образования на уровне Th9-Th12.

Обратились к онкологу НМИЦ ДГОИ им. Рогачева.

По данным КТ органов грудной клетки – признаков очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено.

По данным МРТ органов брюшной полости с в/в контрастированием от 14.03.2018г. имеет место два мягкотканых опухолевых образования в парвертебральных тканях (забрюшинно) справа – на уровне позвонков Th9-Th11 и L4-S1. Структурные изменения тел позвонков L4-L5 – в первую очередь следует дифференцировать неопластическое поражение и ишемический отек костного мозга.

Уровень NSE от 07.03.2018г. – 41,0 нг/мл.

МРТ ЦНС с КУ от 12.03.18: данных за неопластический процесс не получено.

30.03.18 госпитализация в отделение стационара кратковременного лечения НМИЦ ДГОИ им. Рогачева.

Проведено дообследование:

- МСКТ грудной клетки, брюшной полости, малого таза с контрастом с 06.04.18: Заключение: ОГК: очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено. ОБП: в динамике от 05.03.2018 г. отмечается увеличение размеров паравerteбрального ретрокурального мягкотканного образования на уровне Th9-12 позвонков с 54x44x58мм ($V=71,6\text{см}^3$) до 57x57x72мм ($V=121,6\text{см}^3$) [около 70%]. Структура его неоднородная с наличием кальцинатов, накопление контрастного препарата неравномерное за счет гиподенсивных участков. Отмечается вовлечение аорты с оттеснением ее кпереди. Размеры второго мягкотканного образования, расположенного пресакрально справа на уровне L4-S1 (под поясничной мышцей) в динамике не изменились и составляют 46x20x53мм ($V=25,3\text{см}^3$). Сохраняется "цепочка" многочисленных обызвествленных увеличенных (от уровня Th10 и до S1) парааортальных и паракавальных лимфоузлов наибольшими размерами в области почечных ножек до 40x20 мм. На уровне Th9-11 и L4-S1 данные конгломераты лимфатических узлов сливаются с вышеописанными объемными образованиями. Перестройка структуры L4-L5 позвонков - без динамики от 05.03.2018г.
- Миелограмма из 4 точек от 04.04.18: Данных за неопластический процесс в доставленном материале нет.
- Гистологическое заключение трепанобиоптата костного мозга от 04.04.18: Данных за неопластический процесс в доставленном материале нет.
- Сцинтиграфия с MIBG от 22.03.18: определяется очаговое накопление MIBG в гетерогенном компоненте забрюшинного пространства (превертебрально, на уровне L2). Дополнительно, определяются два мягкотканых образования паравerteбрально справа на уровне позвонков Th9-Th11 и L4-S1, без признаков накопления MIBG. В телах позвонков L4-L5 также не определяется накопление MIBG.

По результатам проведенного обследования ребенку установлен локальный рецидив нейробластомы.

10.04.18 срединная релапаротомия, удаление опухоли забрюшинного пространства с ангиолизом, венолизом правых подвздошных сосудов на протяжении.

Ход операции: в положении на спине с коррекцией валиком выполнена срединная релапаротомия с иссечением послеоперационного рубца. При ревизии: под правой подвздошно-поясничной мышцей пальпируется опухолевидное образование, плотное на ощупь, абсолютно несмещаемое. Мобилизован купол слепой кишки, восходящая ободочная кишка. Под правыми подвздошными сосудами визуализируется опухолевидное образование, точные границы которого четко определить затруднительно вследствие выраженного спаечного процесса в забрюшинном пространстве. В толще опухоли проходят правый мочеточник, правые подвздошные сосуды. Острым путем с применением биполярной коагуляции из опухоли выделен правый мочеточник на протяжении. Далее над сосудами ткань опухоли рассечена, прецизионно с большими техническими сложностями выделена правая общая подвздошная артерия, дистальнее - наружная и внутренняя подвздошные артерии на протяжении без их травматизации. Далее выделена правая общая подвздошная вена, дистальнее - наружная и внутренняя подвздошные вены, также на протяжении, без травматизации. Опухолевый узел отделен от тел поясничных позвонков, при этом выявлено, что из образования исходят множественные штрانги, уходящие в межпозвоночные отверстия - коагулированы, пересечены. Далее опухоль отделена от подвздошно-поясничной мышцы, под ней - от поперечных отростков позвонков. Образование окончательно отделено от подлежащих тканей, удалено. Гемостаз - сухо. Экспозиция салфетки с гемоблоком на ложе удаленной опухоли 3 мин. В брюшной полости оставлена дренажная трубка, проведена к ложу опухоли, выведена наружу, фиксирована. Завершающая ревизия - признаков продолжающегося кровотечения нет. Рана послойно ушита. Ас. наклейки. Удалено до 90% опухоли. Интраоперационная кровопотеря до 50 мл.

Гистологическое заключение F499/18: Низкодифференцированная нейробластома с низким МКИ.

Цитогенетическое исследование опухоли: при исследовании методом FISH амплификации гена N-MYC не обнаружено, делеции 1p не обнаружено, делеции 11q23 не обнаружено. 45% ядер триплоидны по гену NMYC, региону 2q11, определяемым регионам 1p/q.

С 20.04.18 проведен блок по схеме TMZ-IRI (1):

Темозоламид (150 мг/м²/сут, дни 1-5 р.о.) СД=600 мг;

Иринотекан (50 мг/м²/сут, дни 1-5 в/в) СД=200 мг.

27.04.18 в v. jugularis interna dextra установлен Baby Port 4,5Fr.

С 11.05.18 по 15.05.18 проведен блок по схеме TMZ-IRI (2).

Консилиум в составе хирургов, онкологов, специалистов лучевой диагностики, радиологов: у пациентки установлен рецидив нейробластомы (март 2018 г.) - выявлено 2 образования: одно расположено пресакрально справа на уровне L4-S1; второе - паравертебрально на уровне Th9-Th12. 10.05.18 проведено хирургическое удаление одного образования (на уровне L4-S1). От удаления второго образования в настоящий момент решено воздержаться, т.к. сохраняется высокий риск нежелательных осложнений (длительная ликворея), что значительно нарушит тайминг специфической терапии. Рекомендовано проведение контрольного КТ после 2 блоков ПХТ с повторным последующим обсуждением случая. Выявленные немногочисленные участки уплотнения легочной ткани и немногочисленные очаги в обоих легких требуют динамического наблюдения.

С 01.06.18 проведен блок по схеме TMZ-IRI (3)

По данным УЗДГ вен нижних конечностей от 13.06.18 выявлено отсутствие общей и наружной подвздошной вены справа, в связи с чем обсуждена совместно с гематологом, к.м.н. Жарковым П.А., вторичная антикоагулянтная приостановлена.

При контроле УЗДГ через 4 недели - без динамики, терапия НМГ отменена.

С 02.07.18 проведен блок противорецидивной терапии по схеме TMZ/IRI (4) с редукцией дозы темозоломида на 30% в связи с гематологической токсичностью 3 степени (тромбоцитопения, нейтропения) на фоне предыдущих блоков TMZ/IRI.

После 4го блока ПХТ проведено контрольное обследование: КТ ОГК, ОБП, МРТ всех отделов позвоночника с КУ, НСЕ крови.

03-07-2018 10:39 Нейрон-специфическая енолаза (NSE)--Нейрон-специфическая енолаза: 16.7 [нг/мл];

17.07.18 обсуждена на междисциплинарном совещании в составе зав.отд.клинической онкологии, д.м.н. Качанова Д. Ю., зав. отделением СКЛ Пшонкина А. В., зав.отд.лучевой терапии, к.м.н. Нечеснюка А. В., детского хирурга Меркулова Н. Н., лечащего врача Бровкиной Е. А.: по результатам контрольного обследования после 4 блока противорецидивной ПХТ в настоящее время отмечается уменьшение образования в Th9-Th12 на 33%, образование в L4-S1 без динамики, "цепочка" парааортальных и паракавадных лимфоузлов без значимой динамики. Учитывая наличие остаточной опухоли, техническую возможность частичного удаления опухолевого компонента в Th9-Th12, гематологическую токсичность 3 степени (тромбоцитопения) на фоне проводимой ПХТ, высокую кумулятивную дозу полученных ранее химиопрепаратов, отсутствие лучевой терапии в качестве терапевтической опции ранее, следующим этапом планируется хирургическое лечение - максимально тотальное удаление образования в Th9-Th12, с последующим возможным проведением лучевой терапии на область остаточной опухоли.

24.07.2018: ребенку выполнено оперативное вмешательство: Торакоскопия справа, удаление нейробластомы заднего средостения с артериолизом нисходящей аорты на протяжении. В п/о периоде ребенок в течение суток находился в ОРИТ, где проводилась инфузионная, антисекреторная, антибактериальная (Тазоцин), гемостатическая терапия. В дальнейшем пациент переведен в отд хирургии, где консервативное лечение было продолжено, местно проводились регулярные перевязки. Плевральный дренаж удален на 5-е п/о сутки.

С 31.07.18 проведен блок TMZ/IRI (5) с редукцией дозы темозоломида на 30%.
 С 21.08.18 проведен блок TMZ/IRI (6) с редукцией дозы темозоломида на 30%.
 С 10.09.18 начата лучевая терапия на область рецидивной опухоли в РОД 1,8 Гр.
 С 11.09.18 проведен блок TMZ/IRI (7) с редукцией дозы темозоломида на 50%, учитывая предшествующую гематологическую токсичность 4 степени (тромбоцитопения).
 05.10.18 окончена лучевая терапия. Лечение проведено в 2 этапа:
 1. На область рецидивной опухоли с Th9 до верхнего края S2 до СОД 21,6 Гр с захватом забрюшинных лимфатических узлов (учитывая срединное расположение опухоли, отсутствие технической возможности подведения более высокой дозы при соблюдении толерантных доз на почки).
 2. Область остаточной опухоли на уровне S1 до СОД 36 Гр (с учетом 1 этапа).
 С 22.10.18 проведен блок TMZ/IRI (8) с редукцией дозы темозоломида на 50%.
 По данным контрольного обследования признаков прогрессии нет.
 С 13.11.18 проведен блок TMZ/IRI (9) с редукцией дозы темозоломида на 50%.
 С 24.12.18 проведен блок TMZ/IRI (10) с редукцией дозы темозоломида на 50%.
 По данным контрольного обследования признаков прогрессии нет.
 С 31.01.19 проведен блок TMZ/IRI (11) с редукцией дозы темозоломида на 50%.
 С 28.02.19 проведен блок TMZ/IRI (12) с редукцией дозы темозоломида на 50%.

Проведенное контрольное обследование после окончания противорецидивной терапии:

- 27-03-2019 МРТ позвоночника + мягкие ткани позвоночника с контрастом: на серии МР-томограмм отмечаются послеоперационные изменения паравертебрально на уровне Th9-12. На фоне послеоперационных изменений убедительных признаков опухолевого компонента не выявлено. Паравертебрально под правой поясничной мышцей, на уровне L4-S1 с распространением в позвоночный канал определяется объемное образование, с нечеткими контурами, ориентировочными размерами паравертебрального компонента: 2.3 x 1.4 x 3.0 см ($V = 5 \text{ см}^3$) - без отрицательной динамики в сравнение с предыдущим исследованием. Сохраняется распространение в переднее эпидуральное пространство на уровне L5 позвонка. Также отмечается очаговое изменение МР-сигнала от левой поясничной мышцы на уровне L5 позвонка, ориентировочными размерами 1.5 x 0.9 x 1.6 см - достоверное сравнение с предыдущим исследованием данного участка не представляется возможным. Сохраняются изменения МР-сигнала L4, L5 позвонков (преимущественно L5), с умеренным снижением высоты (менее чем на 25%), с интенсивным неравномерным накоплением парамагнетика - без отрицательной динамики в сравнение с предыдущим исследованием от 29.08.2018г.; **Заключение:** Объемное образование паравертебрально справа на уровне L4-S1 позвонков, с распространением в позвоночный канал - без отрицательной динамики в сравнение с исследованием от 29.08.2018г. Очаговое образование в структуре левой очаговой мышцы, на уровне L5 позвонка. Изменение структуры тел L4, L5 позвонков (преимущественно L5) - без отрицательной динамики в сравнение с исследованием от 29.08.2018г.
- 22-03-2019 Сцинтиграфия с мета-йодбензилгуанидином (^{123}I -МЙБГ): На полученных сцинтиграммах всего тела и на ОФЭКТ/КТ совмещенных изображениях очагов патологического накопления МЙБГ достоверно не выявлено (в том числе в мягкотканном компоненте расположенном паравертебрально на уровне L5-S1 (под поясничной мышцей). Визуализируется физиологически повышенное накопление радиофармпрепарата в проекции слюнных желез, полости носа, щитовидной железы (неполная блокада), в пределах проекции миокарда, печени, кишечника и мочевого пузыря. **Заключение:** на момент исследования очагов патологического накопления МЙБГ достоверно не выявлено.

- 20-03-2019 МСКТ грудной клетки, брюшной полости, малого таза с контрастом: ОГК: Сохраняются очаги с четкими, ровными конурами прежними размерами по 3мм. "Свежих" очаговых и инфильтративных изменений не появилось. Трахея и крупные бронхи проходимы, просветы их не деформированы, стенки не изменены. Сохраняется единичный правый бронхо-пульмональный лимфатический узел размером 12х10мм. Жидкости в плевральных полостях и полости перикарда нет. Средостение расположено по средней линии, не расширено. Вилочковая железа в размерах не изменена, однородной структуры. Дистальный конец ЦВК в ВПВ, у входа в правое предсердие. В подмышечных областях визуализируются немногочисленные лимфатические узлы размерами от 3 до 7мм. ОБП: состояние после мини-лапаротомии, биопсии образования брюшной полости от 15.06.2015г., пункционной нефростомии от 11.06.2015г., срединной лапаротомии, туморсимпатэктомии от 21.09.2015г., срединной релапаротомии, удаления опухоли забрюшинного пространства с артериолизом, венолизом правых подвздошных сосудов на протяжении от 10.04.18г. Сохраняется мягкотканное образования, расположенного пресакрально справа на уровне L4-S1 (под поясничной мышцей) в динамике не изменились - 20х11х35мм (V 4мл). Сохраняется "цепочка" многочисленных обызвествленных увеличенных (от уровня Th10 и до S1) парааортальных и паракавальных лимфоузлов наибольшими размерами в области почечных ножек до 25х15мм. Печень не увеличена, расположена обычно, имеет ровные, четкие контуры. Структура её однородная. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Система воротной вены не расширена. Желчный пузырь типично расположен, стенки его не утолщены, рентгеноконтрастных конкрементов в его просвете не отмечено. Селезенка не увеличена, имеет ровные контуры и однородную структуру. Селезеночная вена не расширена. Поджелудочная железа типично расположена, в размерах не изменена, контуры ее ровные, четкие, структура однородная. Панкреатический проток не расширен. Надпочечники обычной формы и положения, однородной структуры. Почки типично расположены. Размеры левой почки увеличены. Чашечно-лоханочная система не расширена. Рентгеноконтрастных конкрементов не выявлено. Мочевой пузырь неадекватного наполнения, анализу не подлежит. В брюшной полости и полости малого таза свободная жидкость не определяется. Стенки тонкого кишечника утолщены до 5мм. Сохраняется неравномерная перестройка костной структуры тел позвонков L4-L5 без динамики. Заключение: ОГК: немногочисленные очаги в обоих легких, учитывая основное заболевание, нельзя исключить их вторичный характер. Немногочисленные участки уплотнения легочной ткани в обоих легких. ОБП: Мягкотканное образование в пресакральной области справа, без динамики. Многочисленные обызвествленные забрюшинные лимфатические узлы, без динамики. IDRF: нет, распространения в позвоночный канал – нет. Перестройка структуры L4-L5 позвонков, без динамики.
- 26-03-2019 Клинический анализ крови: лейкоциты: 2.02 [$10^9/л$]; Эритроциты (RBC): 3.52 [$10^{12}/л$]; Гемоглобин (HGB): 110 [г/л]; Тромбоциты (PLT): 83 [$10^9/л$]; Нейтрофилы (NEUT#): 0.62 [$10^9/л$].
- 21-03-2019 Биохимический анализ крови: все показатели (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, билирубин общий) в пределах нормы.
- NSE от 27.02.19: 36.32 нг/мл.
- Консультация эндокринолога от 26.02.19: В настоящее время убедительных данных за эндокринную патологию нет. Рекомендации: Колекальциферол (Ультра-Д, Вигантол, Аквадетрим) - 1000-1500 МЕ/д в постоянном режиме под контролем 25(ОН)витД.
- Консультация кардиолога от 20.02.19: В настоящее время патологии со стороны сердечно-сосудистой системы не выявлено. При осмотре обращает на себя внимание

умеренная тахикардия до 106-110 в мин. Показан контроль в динамике. Рекомендации: Наблюдение кардиолога в динамике. Контроль ЭКГ через 1-1.5 месяца. Контроль ЭХО-КГ через 4-6 месяцев.

Заключение: пациентка обсуждена с зав. отделением клинической онкологии, д.м.н. Качановым Д.Ю., ученым секретарем ИРОЯМ, к.м.н. Шаманской Т.В, зав. отделением СКЛ Пшонкиным А.В.: таким образом после окончания противорецидивной терапии (2-х этапное оперативное лечение + ЛТ + ПХТ) у пациентки данных за прогрессию / рецидив основного заболевания нет. Рекомендовано продолжить метрономную ПХТ и динамическое наблюдение.

Рекомендации:

1. Наблюдение педиатра, детского онколога, ортопеда, невролога, эндокринолога, окулиста, стоматолога, нефролога, гастроэнтеролога по месту жительства.
2. Плановые обследования:
 - КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с КУ 1 раз 3 месяца по м/ж в течении первого года;
 - МРТ позвоночника + мягкие ткани с КУ 1 раз в 3 мес. по м/ж.
 - МРТ головного мозга с КУ 1 раз в 6 месяцев по м/ж.
 - ЭХО-КГ 1 раз в 6 месяцев;
 - ЭКГ 1 раз в 6 месяцев;
 - УЗИ щит. железы, гормоны (Т3, Т4, ТТГ) 1 раз в год по м/ж.
3. Продление инвалидности в соответствии с действующим законодательством РФ. Рекомендации по уходу за ЦВК даны матери на руки. При длительном "закрытии" ЦВК (более 1 недели) рекомендовано использование специальных растворов с тауролидином.
4. Продолжить прием ко-тримоксазола 5 мг/кг/сут по триметоприму по схеме 3 дня в неделю на протяжении всей специфической терапии и 3 месяца после ее окончания.
5. Пациенту показано начало метрономной специфической терапии по схеме CCV / CCVE:

Схема CCV:

- Винбластин 3 мг/м² в/в струйно на 1 и 15 сутки;
- Циклофосфамид 25 мг/м² р.о. дни 1-28;
- Целекоксиб 400 мг/м² р.о. на 2 приема дни 1-28.

Схема CCVE:

- Винбластин 3 мг/м² в/в струйно на 1 и 15 сутки;
- Циклофосфамид 25 мг/м² р.о. дни 1-28;
- Этопозид 25 мг/м² р.о. дни 1-21;
- Целекоксиб 400 мг/м² р.о. на 2 приема дни 1-28.

Интервал между блоками – 28 суток (начало следующего блока на 29 сутки). Критерии начала блока: в гемограмме лейкоциты >1500/ мкл, нейтрофилы > 500/ мкл, тромбоциты >50000/ мкл; отсутствие тяжелой инфекции. Циклы чередуются без перерывов. Терапия проводится до момента прогрессирования заболевания или не более 24 месяцев. Учитывая анамнестические данные о гематологической токсичности возможна редукция доз цитостатиков до 50% (не НПВС).

6. Контроль анализов на фоне терапии:
 - Гемограмма 1 раз в неделю;
 - б/х крови 1 раз в 2 недели (перед введением химиопрепаратов);
 - общий анализ мочи 1 раз в 4 недели;
 - Онкомаркер (нейрон-специфическая эстераза) 1 раз в 56 дней (перед началом блока CCV).

7. Ребенку при возникновении болей, связанных с прогрессией основного заболевания, абсолютно показано назначение адекватного обезболивания вплоть до наркотических анальгетиков.
8. При необходимости результаты контрольного обследования присылать на адрес электронной почты мед. архива НМИЦ ДГОИ info@fnkc.ru вместе с документами, позволяющими провести заочную консультацию в рамках ОМС (копия страхового полиса; копия паспорта матери со сведениями о прописке; копия свидетельства о рождении; согласие на обработку персональных данных (форма для заполнения прилагается); СНИЛС).
9. Показано проведение реабилитационного лечения в ЛРНЦ «Русское поле» по программе ОМС. Для согласования даты госпитализации в ЛРНЦ необходимо прислать документы пациента на электронный адрес russkoe-pole@fccho-moscow.ru
10. Вакцинация инактивированными вакцинами не противопоказана, «живыми» – только через 6 месяцев.
11. Консультация у врача онколога консультативно-поликлинического отделения НМИЦ ДГОИ через 1 год после окончания специфической терапии с результатами контрольного обследования.

Контактов с инфекционными больными не имела.

По уходу за ребенком в стационаре находится мать, в листке нетрудоспособности не нуждается.

Зам. главного врача

Заведующий отделением

Лечащий врач



[Handwritten signatures in blue ink]

Иванова А.А.

Пшонкин А.В.

Ершов Н.М.