

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА
МОСКВЫ

«НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ДЕТЯМ ИМЕНИ В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ»

(ГБУЗ «НПЦ спец.мед.помощи детям ДЗМ»)

Авиаторов ул., д. 38; Москва, 119620
ОГРН 1027739310037

<http://www.npcmed.ru>
e-mail: npcprakt@mail.ru

тел.: (495) 439-02-98, факс: (499)-730-98-27
ИНН/КПП 7731147890/772901001

Консультация профессора Желудковой О. Г.

Пациент: Аблаев Мухаммад Айдерович

Дата рождения: 17.07.2019

Диагноз: Глиобластома правой лобно-теменно-височной области WHO Gr4. Состояние после ВПШ.

Состояние после повторной резекции опухоли 05.02.20 и удаления ВПШ, п/о гематомы 06.02.20. Стадия

Rx M0. Состояние после повторной ВПШ. Состояние после 5 циклов ПХТ по протоколу BABY POG.

Полный эффект. Динамическое наблюдение.

Гидроцефалия, декомпенсированная?

Симптоматическая структурная эпилепсия.

Анамнез: болен с рождения – беспокойство, плач. Ребенок из двойни, родился с весом 2800.

На скрининговой НСГ выявлено ВЧК.

При КТ головного мозга без КУ 20.07.19 – выявлено кровоизлияние в правой гемисфере мозга.

Рекомендована МРТ.

При МРТ головного мозга без КУ 21.07.19 – выявлено образование в правой лобно-теменно-височной области. Выявленные изменения расценены как кровоизлияние в правом полушарии головного мозга.

При МРТ головного мозга с КУ 24.07.19 – выявлено образование в лобно-теменно-височной области справа с признаками кровоизлияния в структуре образования. Оклюзионная гидроцефалия. Выявленные изменения расценены как кровоизлияние.

25.07.19 (8 сутки) появились сонливость, адинамия, отказ от еды.

13.08.19 переведен в отделение патологии новорожденных РДКБ г. Симферополя.

22.08.19 выполнена операция – ВПШ. Симптомы ВЧГ регрессировали.

С сентября 2019 находился на динамическом наблюдении. 2 раза в месяц выполняли НСГ.

В начале января 2020г. появилось выбухание большого родничка, в последующем присоединилась рвота.

Госпитализирован в РДКБ г. Симферополя 13.01.20.

МРТ головного мозга без КУ 13.01.20 – выявлено объемное образование лобно-теменно-височной области справа с признаками кровоизлияния.

14.01.20 выполнена операция - установлен НВД слева.

МРТ ГМ без и с КУ от 20.01.20: определяется гигантская кистозно-солидная опухоль лобно-теменно-височной области справа с кровоизлиянием, правый боковой желудочек компримирован. Отмечается интенсивное накопление КВ эпендимой правого бокового желудочка.

ОАК от 30.01.20: лейкоциты 6,5, гемоглобин 119, тромбоциты 607.

02.02.20 госпитализирован в ОДКБ г. Тверь для оперативного лечения.

05.02.20 выполнена операция – удаление гигантской опухоли лобно-теменно-височной области справа. НВД справа. Удаление «старого» НВД слева и ВПШ.

КТ ГМ от 06.02.20: Остаточная опухоль с кровоизлиянием, размерами 49x51x57мм в правом полушарии.

06.02.20 выполнена операция 2 – ревизия п/о раны. Удаление гематомы ложа удаленной опухоли и остатка опухоли в лобно-теменно-височной области справа.

КТ ГМ от 07.02.20: В проекции удаленной опухоли определяется гематома + остаточная опухоль(?) размерами 62x40x57мм. Пневмоцефалия.

Гистологическое исследование (НМИЦ им. Бурденко) от 10.02.20: Анапластическая эпендимома WHO Gr 3.

С 12.02.20 впервые появился приступ судорог – абсанс с замиранием.

КТ ГМ от 17.02.20: Положительная динамика. Определяется п/о полость, в зоне операции определяется гематома, размеры п/о изменений 40x31x30мм.

19.02.20 выполнена операция – удаление НВД.

С 20.02.20 эпилептические приступы участились до 6 раз в сутки, далее повторялись до 40 раз в сутки.

С 25.02.20 получает АЭТ депакин 180мг/сут. С 26.02.20 по 15.03.20 эпилептические приступы не повторялись, возобновились с 15.03.20 после повторной рвоты, повторялись 3 раза, далее отсутствуют.

КТ ГМ от 25.02.20: Признаков «свежей» гематомы, кровоизлияний нет.

МРТ ЦНС без и с КУ от 05.03.20: Правое полушарие мозга уменьшено в объеме и деформировано за счет крупной п/о полости, которая сообщается с правым боковым желудочком и наружными ликворными пространствами. По краям п/о полости линейные участки повышенного сигнала, неоднородно накапливают КВ. На фоне п/о изменений судить о наличии остаточной опухоли затруднительно. Убедительных признаков метастазирования в структурах головного и спинного мозга не выявлено. Гидроцефалия без перивентрикулярного отека с тенденцией к нарастанию по сравнению с КТ от 25.02.20.

Гистологические препараты пересмотрены НМИЦ ДГОИ им Д. Рогачева 10.03.20: Морфологическая картина соответствует high grade глиоме, наиболее вероятно глиобластоме Grade IV.

Исследование ликвора на опухолевые клетки от 18.03.20: Опухолевые клетки не выявлены.

Гистологические препараты пересмотрены в МДГКБ, заключение 19.03.20: глиобластома.

Молекулярно-генетическое исследование 19.03.20: мутация Н3К27М не выявлена.

20.03.20 МРТ ЦНС с КУ: Явных признаков остаточной опухоли нет. Достоверно судить о мелких остатках опухоли затруднительно на фоне п/о изменений. Признаков мтс в головном мозге нет. Отмечается выраженное линейное накопление КВ оболочками спинного мозга в нижнегрудном отделе и конусе. Нельзя полностью исключить мтс. Необходима оценка в динамике.

Консультация проф Желудковой О.Г 21.03.20: Учитывая подтвержденный диагноз глиобластома рекомендовано проведение ПХТ по протоколу BABY POG. ПХТ планируется проводить до 3-х лет, далее локальное облучение ложе опухоли. В плане обследования рекомендовано повторить МРТ ЦНС без и с КУ. На фоне ПХТ МРТ головного мозга без и с КУ повторять после 3-х циклов ПХТ (после каждого блока ААВ).

Продолжить прием АЭТ, витамина Д под наблюдением невролога.

В связи с нарастанием гипертензионной симптоматики и нарастанием гидроцефалии по данным визуализации **31.03.20 проведена операция:** ВПШ слева.

С 16.03.20 по 06.04.20 находился в карантине по ветряной оспе.

МРТ от 20.04.20 (МДГКБ) — отмечается выраженное линейное контрастирование оболочек спинного мозга в области конуса и н/грудном отделе.

Показано проведение контроля МРТ ЦНС с КУ перед началом ПХТ.

08.04.20 МРТ ЦНС с КУ: Отмечается преимущественно ламинарное накопление КВ по краю п/о полости. Достоверно судить об остатке опухоли затруднительно на фоне п/о изменений, включая кровоизлияния. Сохраняется ламинарное лепто-менингеальное накопление КВ в нижнегрудном отделе спинного мозга и конусе, выраженность которого сопоставима с исследованием от 20.03.20. Гидроцефалия без выраженной динамики по сравнению с предыдущим исследованием.

10.04.20 Учитывая гистологический диагноз и возраст пациента, а также объем оперативного вмешательства, рекомендовано проведение ПХТ по протоколу BABY-POG до возраста 3-х лет с последующим решением вопроса о лучевой терапии.

С 10.04.20 по 14.08.21 получил 5 циклов ПХТ по протоколу BABY-POG (ААВ). На фоне ПХТ отмечалась нейтропения 4ст без лихорадки, периферическая полинейропатия с болевым синдромом и парезом кишечника. **Проведены 16 элементов ПХТ.**

В связи нейротоксичностью во 2 цикле ПХТ доза винкристина редуцирована на 30%.

Контроль уровня леветирацетама в крови 30.05.20 — 12,9 мкг\мл (норма 10-37). Доза повышена с 200мг х2рд до 250мг х2рд.

05.06.20 Гормоны крови: ТТГ 1.0 (норма 0.4-7.0), Т4св 15.0 (10-23), кортизол 242 (норма 160-660).

МРТ ЦНС с КУ 02.07.20 (сравнение с исследованием от 08.04.20). Накопление КВ по краям п/о полости уменьшилось, убедительных признаков остатков опухоли нет. Признаков метастазирования в структуры ЦНС не выявлено. Отмечается нарастание гидроцефалии за счет увеличения левого бокового, 3-го и 4-го желудочка, а также п/о полости.

В связи с нарастанием гидроцефалии по данным МРТ, пропускное давление ЛШС уменьшено с 1.5 до 1.0.

МРТ головного мозга без КУ (T1 3D + T2 axial) 13.07.20: Гидроцефалия без выраженной динамики по сравнению с исследованием от 02.07.20.

13.07.20 Нейрохирург. Проведена пункция помпы ЛШС. Получен ликвор под нормальным давлением. Проверка проходимости системы. Признаков дисфункции нет.

ОАК 30.09.20: Ле 5,2 гран 2,8 Нб 97 Тр 437.

БХ крови 30.09.20: ЛДГ 207, ГГТ 21, общ.билирубин 8.8, калий 4.3, АЛТ 22.8, АСТ 32.8, глюкоза 4.9, общ.белок 64.1, мочевина 2.7, кальций 2.7, креатинин 31.5

30.09.20 МРТ ЦНС с КУ (сравнение с исследованием от 02.07.20): Сохраняются п/о изменения в правой лобно-теменно-височной области. Мелкие участки накопления КВ по контуру п/о полости без признаков роста опухоли. Признаков мтс в структурах головного мозга не выявлено. Линейное накопление КВ оболочками спинного мозга уменьшилось. Степень гидроцефалии уменьшилась.

30.09.20 контакт с больными COVID 19.

Учитывая необходимость быстрой выписки их отделения (контакт с COVID 19) доза циклофосамида редуцирована на 25%, отменено введение винкристина на 8 день.

Сопроводительная терапия: ондансетрон, дексаметазон, леветирацетам, гидратация.

С 19.10.20 получил реабилитацию в Галилео.

МРТ ЦНС с КУ от 17.12.20: по краям пострезекционной полости признаков опухолевого роста не выявлено. Размеры левого бокового желудочка, правого бокового желудочка (слит с п/о полостью) и 3-го желудочка - умеренно уменьшились. IV желудочек значительно увеличен, размеры его без динамики по сравнению с предыдущим исследованием.

21.01.21 проведена эндоскопическая тривентрикулостомия. Акведуктопластика.

В феврале-марте 2021 отмечалась ликворея. Проведено ушивание дефекта.

Эпилептолог от 31.03.21: структурная фокальная эпилепсия. Ремиссия приступов. Побочные проявления приема антиконвульсанта. Рекомендовано: Кеппра по 2мл 2р/д на 10 дн, затем по 1.5мл 2р/д на 10 дн, затем по 1 мл 2р/д на 10 дн, затем по 0.5 мл 2р/д на 10 дн и полная отмена. Трилептал суспензия по 0.5 мл 2р/д на 10 дн, затем по 1 мл 2р/д на 10 дн, затем по 1.5мл 2р/д на 10 дн, затем по 2 мл 2р/д непрерывно и длительно. Доза может быть повышена до 10 мл в сут.

Дефектолог от 31.03.21: темповая задержка моторного и речевого развития.

Сурдолог от 01.04.21: патологических изменений со стороны периферического отдела слухового анализатора не выявлено. Слух в пределах нормы с обеих сторон.

МРТ ЦНС с КУ от 08.04.21: Состояние после удаления гигантской опухоли лобно-теменно-височной области справа. По краям пострезекционной полости убедительных признаков опухолевого роста нет. Признаков мтс в головном мозге нет. Накопление КВ оболочками спинного мозга слабоинтенсивное, линейное, без динамики. Признаков мтс нет. Гидроцефалия с положительной динамикой за счет уменьшения размеров IV желудочка (выраженное уменьшение), а также умеренного уменьшения III и боковых желудочков и п/о полости по сравнению с исследованием от 17.12.20.

16.04.21 отмечалось ухудшение состояния в виде общей слабости, сонливости, периодов беспокойства, отказа от еды, после появилась брадикардия до 56 уд/мин. Введение винкристина №2 (8-й день) отменено. Проводилась инфузионная терапия, противоточная терапия (дексаметазон 0,15мг/кг х2рд, частичное парентеральное питание). Состояние без динамики.

МРТ головного мозга без КУ от 19.04.21: отрицательная динамика по сравнению с исследованием от 08.04.21 в виде увеличения размеров всех отделов желудочковой системы. Перивентрикулярный отек.

УЗИ ОБП, таза от 20.04.21: объем свободной жидкости до 5 мл. Признаков ликворной псевдокисты не выявлено.

Рг-графия клапана ЛШС от 22.04.21: Давление соответствует 0,5, согласно схеме для клапанов Medronic Strata.

Нейрохирург от 23.04.21: признаков дисфункции ЛШС на момент осмотра не выявлено.

18.05.21 проведена операция - ревизия ВПШ. Замена клапана на Codman Hakim, проведение дистального катетера в правое предсердие. В ходе операции удален дополнительный катетер из IV желудочка.

Эпилептолог от 25.05.21: структурна фокальная эпилепсия, обусловленная объемным образованием, а также последствиями нейрохирургического лечения. Оклюзионная гидроцефалия. Проводится динамический контроль ребенка на фоне приема противосудорожной терапии. Рекомендовано продолжить противосудорожную терапию в прежнем объеме.

03.06.21 появилась гипертензионная симптоматика с быстрым нарастанием. Угнетение сознания до уровня оглушения. Брадикардия до 55. Помпа ЛШС при этом прокачивается. Назначена противоотечная

терапия (дексаметазон, фуросемид), магния сульфат. Состояние без динамики. Проводили пункции субгалеального кармана 2р в д для поддержания нормального ВЧД.

КТ ГМ без КУ от 03.06.21: выраженная венрикуломегалия, включая IV желудочек, явления перивентрикулярного отека. В области водопровода и желудочка элементов ЛШС нет. Венрикулярный катетер через передний рог левого бокового желудочка переходит на противоположную сторону и заканчивается в послеоперационной полости справа.

Нейрохирург от 03.06.21: пунктирован субгалеальный карман в области помпы ЛШС, эвакуировано 30 мл визуально неизмененного ликвора. Состояние ребенка быстро нормализовалось. В последующем проводились лечебные пункции субгалеального кармана 1-2 раза в сутки при первых симптомах повышения ВЧД. В ликворе отмечается постоянно повышенный уровень белка, в среднем 2,0-2,5 г/л. Цитоз незначительный.

25.06.21 проведена операция - неимплантация клапана и атриального катетера. Имплантация трансвенрикулярного катетера-стента.

МРТ ГМ с КУ от 24.06.21: сравнение с исследованием от 19.04.21. Выраженная венрикуломегалия. Размеры желудочковой системы с отрицательной динамикой за счет всех отделов. По краю п/о полости в правом полушарии разрозненные участки интенсивного накопления КВ, которые могут соответствовать элементам сосудистого сплетения, фиброзу. Без существенной динамики.

КТ ГМ без КУ от 30.06.21: носитель венрикулоатриального шунта. Венрикулярный конец определяется в просвете IV желудочка. В правой лобно-теменной области ликворная полость, конец определяется в просвете IV желудочка. В правой лобно-теменной области ликворная полость, связанная с желудочковой системой. Вещество мозга, прилежащее к п/о полости с зонами кальцификации. Боковые желудочки резко расширены, деформированы. III желудочек расширен до 37 мм. IV желудочек расширен до 42x48 мм. Структуры ЗЧЯ компримированы расширенным IV желудочком. Ствол мозга также компримирован.

ЭЭГ от 06.07.21: корковая ритмика бодрствования и сна несколько замедлены, сформирована соответственно возрасту. Типичных разрядов эпилептиформной активности не обнаружено.

ОАК от 06.08.21: Лейкоциты 4,5. Гемоглобин 117. Тромбоциты 354.

ОАМ от 06.08.21: без патологии.

Б/Х крови от 06.08.21: Билирубин 2,3. Глюкоза 4,9. Белок 62. Мочевина 2,25. Креатинин 25. АЛТ 12. АСТ 21. Кальций 2,8. ЛДГ 133. ГГТ 10,5. Альбумин 39. Хлориды 101. Калий 3,7. Натрий 139.

С 07.08.21 появились признаки гипертензионного синдрома - головная боль, рвота. Назначена противоотечная терапия (дексаметазон, ацетазоламид). Состояние на этом фоне без динамики.

Офтальмолог от 08.08.21: признаков отека сетчатки нет.

КТ ГМ без КУ от 11.08.21: выраженная венрикуломегалия с перивентрикулярным отеком вещества головного мозга. По сравнению с КТ ГМ от 30.06.21 отмечается слабовыраженное увеличение размеров III и IV желудочка, значительно более выраженный перивентрикулярный отек. Обращает внимание низкая плотность вещества мозга в зонах отека (+12 +17 ЕдН), нельзя исключить явления перивентрикулярной лейкоэнцефалопатии с исходом в лейкомаляцию.

15.08.21 регресс гипертензионного синдрома. Нормализация состояния.

17.08.21 повторное ухудшение состояния - появились элементы гипертензионного синдрома. Вероятна взаимосвязь с введением винкристина.

МРТ ЦНС с КУ от 19.08.21: сравнение с исследованием от 24.06.21. Сохраняется выраженная венрикуломегалия. Отмечается увеличение IV желудочка в динамике. Другие отделы желудочковой системы без выраженной динамики. Более выражен перивентрикулярный отек (преимущественно вокруг левого бокового желудочка). По краю п/о полости в правом полушарии определяются разрозненные участки интенсивного накопления КВ неправильной формы, а также линейные участки, которые могут соответствовать элементам сосудистого сплетения, фиброзу. Без значимой динамики. Убедительных признаков роста опухоли нет. Признаков метастазирования в спинном мозге нет. По краю п/о полости в правом полушарии разрозненные участки интенсивного накопления КВ, которые могут соответствовать элементам сосудистого сплетения, фиброзу. Без существенной динамики.

ЗВП от 24.08.21: не отмечается замедления проведения зрительной афференции на кору с обеих сторон, однако повышена межкокулярная резкость латентностей и межкокулярное амплитудное соотношение.

КТ ГМ от 29.08.21: размеры 4 желудочка увеличились до 47x43мм, были 43x41мм. Ширина левого бокового желудочка уменьшилась на 3-3.5мм. Отмечается увеличение размеров зон снижения плотности перивентрикулярного вещества в левом полушарии, также отмечается более значимое снижение плотности вещества головного мозга.

Рентгенография ОГК от 29.08.21: очаговых и инфильтративных в легких не выявлено. Катетер ВПШ без признаков несостоятельности. Положение венозного порта и НГЗ удовлетворительное.

Рентгенография ОБП от 29.08.21: патологии не выявлено.

Рентгенография ШОП от 29.08.21: признаков укорочения, деформации и нарушения целостности шунта не выявлено.

ОАК от 29.08.21: Лейкоциты 4.7, Эритроциты 4.26, Гемоглобин 112, Тромбоциты 521.

УЗИ ОБП от 29.08.21: свободной жидкости не определяется. Эхо-признаки динамических изменений кишечника. Умеренные диффузные изменения в печени и поджелудочной железе.

Офтальмолог от 30.08.21: Глазное дно: ДЗН бледно-розовые, контуры четкие. Ход и калибр сосудов не изменен. Макула без патологии. Заключение: На момент осмотра острой патологии не выявлено.

Б/Х крови от 31.08.21: Белок 60.48, Альбумин 43.47, АЛТ 19, АСТ 25, Железо 7.19, Калий 3.8, Натрий 137, СРБ 0.2.

Исследование спинномозговой жидкости от 31.08.21: Белок 2.685, Цитоз 0.006.

Консультация проф Желудковой О.Г 08.09.21: Получил 5 циклов ПХТ по протоколу BABY POG (16 элементов). В связи с нейротоксичностью доза ВК редуцирована. На фоне ПХТ отмечали повторную дисфункцию ВПШ, проведены повторные ревизии ВПШ.

МРТ в настоящее время свидетельствует об отсутствии остатков опухоли, отмечается выраженная разобщенная гидроцефалия, асимметрия желудочков мозга. Учитывая подтвержденный диагноз глиобластома, возраст пациента, объем проведенной терапии и достигнутый эффект, рекомендовано лечение завершить и проводить динамическое наблюдение.

С сентября 2021 находится гна динамическом наблюдении.

МРТ ГМ без и с КУ от 27.10.21: сохраняется вентрикуломегалия, включая 4 желудочек. Отмечается небольшое уменьшение размеров 3 и 4 желудочков. Перивентрикулярные зоны лейкоэнцефалопатии уменьшились. Отека нет. Убедительных признаков опухолевых очагов нет.

МРТ ГМ без и с КУ от 27.01.22: по краям п/о полости сохраняются участки накопления КВ, наиболее соответствующие сосудам и рубцовым изменениям. Также отмечаются протяженные зоны кальцификации. Убедительных признаков патологических образований нет. Отмечается умеренное уменьшение размеров 3, 4 и левого бокового желудочка. Умеренное увеличение п/о полости слитой с правым боковым желудочком (компенсаторное).

МРТ ГМ с КУ от 27.04.22: п/о полость в правом полушарии, рубцовые изменения с протяженными зонами кальцификации – без динамики. Патологических образований не выявлено. В динамике отмечается незначительное увеличение размеров III, IV и левого бокового желудочка, а также незначительное уменьшение п/о полости, слитой с правым боковым желудочком (вероятно, компенсаторное).

Невролог от 27.04.22: левосторонний гемипарез с нарушением функции движения.

УЗИ ОБП от 05.05.22: патологических образований не выявлено.

Эхо-КГ от 05.05.22: признаков тромбических масс не выявлено.

Офтальмолог от 05.05.22: патологии не выявлено.

Витамин Д от 05.05.22: 19.

Эпилептолог от 10.07.22: структурная фокальная эпилепсия, обусловленная объемным образованием, а также последствиями нейрохирургического лечения. В данный момент ребенок не нуждается в приеме противосудорожной терапии. Проводится динамический контроль ребенка после отмены противосудорожной терапии.

КТ ГМ от 06.08.22: носитель ВАШ. Создается впечатление о расстыковке интракраниальной части шунта с помпой, возможно, за счет наличия неконтрастной части шунта. Состояние после комбинированного лечения новообразования правой лобно-теменно-височной области. КТ-картина шунтазависимой тетрацентрикулярной гидроцефалии, изолированного 4 желудочка, в правой лобно-теменно-височной области множественных разнокалиберных кальцинатов, обширных кистозно-глиозных изменений, в том числе с формированием порэнцефалической кисты, сообщающейся с передним рогом левого бокового желудочка.

Рентгенография шейного отдела позвоночника от 06.08.22: в проекции мягких тканей левой половины шеи определяется тень ВПШ, целостность его не нарушена.

Рентгенография ОГК от 06.08.22: убедительных данных за наличие очаговых и инфильтративных изменений нет.

ОАК от 07.08.22: Тромбоциты 353, Гемоглобин 117, Лейкоциты 12.

Б/Х крови от 07.08.22: Альбумин 45.87, АЛТ 17, АСТ 29, Калий 4.3, Натрий 128, Железо 6.82, СРБ 12.

Невролог от 08.08.22: гипертензионной симптоматики нет. Тяжелый левосторонний гемипарез. Задержка психомоторного развития.

МРТ ГМ с КУ от 09.08.22: в динамике отмечается относительно равномерное уменьшение размеров желудочков: поперечный размер переднего рога левого бокового желудочка 30 мм (было 35 мм), заднего рога – 36 мм (было до 44 мм), височного рога 30 мм (было до 35 мм), III желудочка 33 мм (было 35 мм), заднего рога правого бокового желудочка 17 мм (было 20 мм), височного рога – 21 мм (было 24 мм), IV желудочка 40 мм (было 44 мм). На этом фоне отмечаются признаки умеренного регресса перивентрикулярного вазогенного отека. ВПШ распространяется в IV желудочек через просвет III и переднего рога левого бокового желудочка (без динамики). Второй катетер (из порэнцефалической кисты) удален. Порэнцефалическая киста правой лобной области тех же размеров и формы. По верхнему контуру базальных ядер справа сохраняется +ткань, распространенная по передне латеральному контуру III желудочка, а так же по медиальному контуру переднего рога правого бокового желудочка, общей протяженностью около 50 мм с максимальным утолщением до 10 мм, где после в/в КУ отмечается накопление КВ округлым участком примерно 5 мм в диаметре. **Заключение:** МР картина разнонаправленной динамики в виде признаков роста (остаточной/рецидивного роста) патологической ткани в области операции, умеренного регресса вентрикуломегалии на фоне порэнцефалии и кистозной трансформации ликворных пространств.

МРТ ЦНС с КУ от 01.09.22: при сравнении с представленным МРТ от 09.08.22 сохраняются участки накопления контрастного препарата по контуру п/о дефекта в верхних отделах справа, в области базальных ядер справа, распространяются по латеральному контуру III желудочка и по медиальному контуру переднего рога правого бокового желудочка, без динамики. На фоне установленного ВАШ в расширенный IV желудочек динамики в размерах расширенной желудочковой системы не выявлено. Определяется порэнцефалическая киста в правой лобной области, без динамики. Признаки минимального перивентрикулярного отека. Субарахноидальные пространства не изменены. Хиазмально-селлярная область без особенностей. Придаточные пазухи носа без патологии. Глоточная миндалина гипертрофирована (II степень). Область краниовертебрального перехода без особенностей. Физиологические изгибы позвоночного столба сохранены, позвоночный канал не сужен, правильной формы, с однородным МР-налом, без смещений. Межпозвонковые диски имеют нормальную высоту и интенсивность МР-сигнала. Тела позвонков правильной формы, с однородным МР-сигналом, без смещений. Дугоотростчатые суставы не изменены. Межпозвонковые отверстия не сужены. Спинальный мозг свободно располагается по позвоночному каналу, изменений формы, размеров и патологического изменения интенсивности МР-сигнала не выявлено. Дистопии миндалин мозжечка нет. Конус спинного мозга расположен на уровне L1-L2 позвонков. Корешки конского хвоста дифференцируются. Субарахноидальные пространства свободны. Патологического накопления контраста по оболочкам спинного мозга и интрамедуллярно не выявлено. Паравертебральные мягкие ткани без особенностей. **Заключение:** МР-признаки остатков опухоли в правой лобной области без динамики. Внутренняя окклюзионная гидроцефалия, без динамики.

Молекулярное исследование по программе One Foundation 06.12.21: ALK — слияние CCDC88A-ALK, 3 значимых для заболевания гена без сообщенных мутаций: EGFR, IDH1, PDGFRA. Выявленные геномные мутации могут быть ассоциированы с активностью определенных зарегистрированных препаратов; тем не менее, для лекарственных средств, перечисленных в данном отчете, могут иметься переменные клинические доказательства при таком типе опухоли, как у конкретного пациента.

Клинически: состояние ребенка с положительной динамикой. Сидит, стоит у опоры, ползает, контактен, говорит, играет с игрушками. Последний эпизод судорог в мае 2020. Отменили АЭТ. Получает витамин Д.

Заключение: у ребенка сразу после рождения выявлено гигантское образование в лобно-теменно височной области справа с признаками кровоизлияния, окклюзионная гидроцефалия. Результаты НСГ/КТ и МРТ без КУ расценены как кровоизлияние. Выполнена ВПШ, гипертензионная симптоматика регрессировала. В течение 5 мес находился на динамическом наблюдении. Спустя 5 мес в связи с возобновлением гипертензионной симптоматики выполнена МРТ, выявлено гигантское образование в лобно-теменно-височной области справа с признаками кровоизлияния. Выполнена резекция опухоли и гематомы, гистологически верифицирована анапластическая эпендимома. При пересмотре гистологических препаратов диагноз изменен на глиобластома. МРТ после операции выявила п/о изменения, нельзя исключить остатки опухоли по контуру п/о полости, судить об объеме операции на фоне п/о изменений затруднительно. В п/о периоде появились эпилептические приступы судорог, купированы на фоне АЭТ. Гистологические препараты пересмотрены в МДГК, диагноз глиобластома

подтвержден. Мутация N3 K27M, G34 не выявлены. В связи с нарастанием гидроцефалии выполнена шунтирующая операция.

Получил 5 циклов ПХТ по протоколу BABY POG (16 элементов). В связи с нейротоксичностью доза ВК редуцирована. На фоне ПХТ отмечали повторную дисфункцию ВПШ, проведены повторные ревизии ВПШ.

МРТ свидетельствовала об отсутствии остатков опухоли, отмечалась выраженная разобщенная гидроцефалия, асимметрия желудочков мозга.

В течение 12 мес находится на динамическом наблюдении. МРТ в настоящее время свидетельствует о стабильной картине контрастирования по контуру операционной полости, что с вероятностью представляет п/о рубцовые изменения. Гидроцефальное расширение желудочковой системы в динамике незначительно увеличивается.

Молекулярное исследование выявило слияние в гене ALK с имеющимся вариантом таргетной терапии.

Учитывая подтвержденный диагноз глиобластома, возраст пациента, объем проведенной терапии и достигнутый эффект, стабильную картину п/о изменений, рекомендовано продолжить динамическое наблюдение.

Рекомендовано:

1. МРТ головного мозга без и с КУ повторять 1 раз в 4 мес в течение 2 года наблюдения
2. Занятия ЛФК постоянно (Галилео, по м/ж, МИПЗ)
3. Осмотр окулиста, онколога, невролога каждые 4 мес
4. Осмотр нейроофтальмолога проф Серова Н.К в НМИЦНХ Бурденко
5. Консультация нейрохирурга в НМИЦНХ Бурденко – состоятельность ВАШ
6. Отвод от прививок на 1 год кроме р.Манту
7. Исключить ФЗТ, согревающие процедуры, баню, иммуностимуляторы и иммуномодуляторы, массаж
8. ОАК повторять 1 раз в 4 мес
9. УЗИ органов брюшной полости, Эхо КГ – 1 раз в 4 мес
10. Витамин Д (аквадетрим или вигантол) по 2 кап /сут, исследование витамина Д выполнить через 3 мес и решить о коррекции дозы в зависимости от результата
11. Бассейн посещать может

Повторная консультация с результатами МРТ через 12 мес.

05.09.22

Профессор врач онколог д.м.н. Ольга Григорьевна Желудкова

