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 http://www.npcmed.ru тел.: (495) 439-02-98, факс: (499)-730-98-27
ОГРН 1027739310037 e-mail: npcprakt@mail.ru ИНН/КПП 7731147890/772901001

Консультация профессора Желудковой О.Г
АНАКИНА СЕРГЕЙ СЕРГЕЕВИЧ
Дата рождения 17.09.2002 Возраст 18 лет
Домашний адрес: Ставропольский край. Г Новопавловск,

Клинический диагноз: Медуллобластома 4-го желудочка, классический тип, WHO grade IV. М3 стадия. Состояние после удаления опухоли 4-го желудочка. Состояние после 2 циклов ПХТ по протоколу HIT SKK. Стабилизация опухолевого процесса. Состояние после ПЛТ в объеме КСО и 4 циклов ПХТ по протоколу ХИТ. Полный эффект. Динамическое наблюдение.
Сопутствующие заболевания: Послеоперационная гемотампонада 3 и 4-го желудочков, Сильвиева водопровода, отек головного мозга. Ишемические изменения в теменных долях, базальных ганглиях, внутренней капсуле, мозолистом теле. Спастический тетрапарез. Бульбарный синдром. Экстрапирамидный синдром (дистонические атаки). Окклюзионная гидроцефалия. Нейроэндоскопическая фенестрация дна 3-го желудочка. Кровоизлияние в левую ножку среднего мозга, мост, таламус слева, подкорковые ядра слева.
Носитель ЦВК (порт). Носитель резервуара Оммайя. Носитель гастростомы (еюностома).

Жалобы: не ходит, периодически головная боль, поперхиваение при приеме пищи, иногда рвота, кормление через гастростому.
Анамнез заболевания: В начале августа 2019 г появилась рвота, головная боль. Лечился от гастрита в стационаре. На фоне лечения усилились головные боли. Появилась неустойчивость походки, промахивание при выполнении бытовых действий. Потеря веса на 6 кг за 3 недели.
При МРТ головного мозга 19.08.2019 г - выявлено объёмное образование 4 желудочка, окклюзионная гидроцефалия. Самостоятельно обратились в приемное отделение МДГКБ. 21.08.19 госпитализирован в МДГКБ для лечения.
СОСТОЯНИЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ: Сознание ясное, на осмотр реагирует адекватно. Ориентирован в пространстве и времени. Общемозговые симптомы: вялость, головная боль. Менингеальные симптомы: нет Черепные нервы: Глазные щели D>S. Косоглазие - нет. Движения глазных яблок в полном объёме. Зрачки в диаметре OD=OS. Лицо симметрично в покое и при нагрузке. Подвижность бровей D=S углов рта D=S. Нистагм горизонтальный в крайних отведениях, больше при взгляде вправо, вертикальный при взгляде вверх. Глоточные, нёбные рефлексы живые, расстройств глотания, со слов, нет. Положение языка по средней линии. Двигательно-рефлекторная сфера: Атрофии мышц — нет. Контрактур — нет. Объем движений в суставах полный. Мышечный тонус — D=S с тенденцией к гипотонии. Проба Барре отрицательная. Сухожильные рефлексы с верхних конечностей — D=<S средней степени силы, коленные — D=<S средней степени силы. Патологические р-сы — нет. Чувствительность не нарушена. Походка атактическая, на пятках и мысках не ходит (вследствие атаксии). В позе Ромберга выраженная шаткость, отклоняется вправо и назад. Пальце-носовую пробу выполняет с интенцией с 2х сторон, при нагрузочной пробе - интенция усиливается S>D. Акрогипергидроз выражен умеренно.
22.08.2019 выполнена операция 1- микрохирургическое удаление опухоли 4-го желудочка.

23.08.2019 выполнена операция 2 - удаление гематомы 4-го, 3-го желудочка и Сильвиева **водопровода**

24.09.2019 выполнена операция 3 - Имплантация резервуара Оммайя.

КТ исследование (от 22.08.2019): В нижних отделах полости третьего желудочка, водопроводе, постоперационной полости и в позвоночном канале (на уровне исследования) визуализируется свежее геморрагическое содержимое. Боковые желудочки расширены до 25мм, с признаками перивентрикулярного отека. В заднем роге левого бокового желудочка визуализируется небольшое количество геморрагического содержимого. В переднем роге правого бокового желудочка визуалируется конец наружного дренажа. Третий желудочек расширен до 22мм. Прослеживаются признаки пневмацефалии. Размеры постоперационной полости 33 х 38мм. Оболочечные пространства и цистерны мозга сужены. По ходу зрительных нервов визуализируется небольшое количество воздуха.

КТ исследование (от 23.08.2019): Состояние после оперативного лечения по поводу опухоли IV желудочка - умеренно выраженная положительная динамика по сравнению с исследованием от 23.08.19г за счет уменьшения размеров желудочковой системы, частичного регресса явлений пневмоцефалии, более четкой дифференцировки гиральных структур. Геморрагический компонент в просвете III желудочка в прежнем объеме.

МРТ исследование (от 26.08.2019): МР-картина состояния после удаления образования ЗЧЯ, установки НВД справа, п/о изменения (пневмоцефалия, ВЖК с опасностью тромбообразования и развития окклюзии), на фоне которых нельзя достоверно оценить радикальность операции, асимметричных участков кортикальной ишемии теменных долей с обеих сторон.

КТ исследование от 02.09.2019: КТ-картина положительной динамики в отношении интракраниальных структур, признаков свежих кровоизлияний не выявлено.

МРТ исследование (от 02.09.2019): МР-картина отрицательной динамики в виде развития ишемических изменений больших полушарий с обеих сторон. Разнонаправленной постманипуляционной динамики, варианта развития Виллизиева круга по типу умеренно выраженной трифуркации левой ВСА.

МРТ спинного мозга (от 06.09.2019): Состояние после удаления опухоли IV желудочка от 22.08.19г. МР-картина диффузного mts поражения оболочек спинного мозга.

МРТ ГМ (от 13.09.2019): Состояние после удаления опухоли IV желудочка от 22.08.19г. В динамике отмечается нарастание размеров боковых и III желудочка. Сохраняется патологическое контрастное усиление по правому контуру резекции мозжечка.

КТ исследование (от 25.09.2019): КТ-картина смешанной динамики по сравнению с КТ от 1.09.19.: положительная динамика за счет регресса отека головного мозга и отсутствие геморрагического содержимого в желудочках мозга, отрицательная динамика за счет нарастания внутренней гидроцефалии.

26.09.2019 поступил в отделение клинической онкологии МДГКБ для дальнейшего обследования и лечения.

УЗИ органов брюшной полости. 30.09.2019: Заключение: эхо-признаки увеличения размеров печени, диффузных изменений паренхимы печени, поджелудочной железы, почек, тенденция к снижению IR интраренально с обеих сторон, снижение эвакуаторной функции желудка(возможно на фоне стояния желудочного зонда), умеренных диффузных изменений стенок желудка.

Прицельная рентгенография органов грудной клетки. 01.10.2019, Заключение: Рентген-признаки двухсторонних инфильтративных изменений в легких с ателектатическим компонентом в стадии разрешения;

Рентгенография легких. 07.10.2019. Заключение: Обогащение и деформация легочного рисунка, данных за "свежие" очагово-инфильтративные изменения не получено. Рентген-контроль в динамике.

УЗИ органов брюшной полости. 17.10.2019: условный объем содержимого в желудке около 100мл. Оценка перистальтики желудка на фоне стояния желудочного зонда затруднена. Двенадцатиперстная кишка на всем протяжении расширена до 2,5-3см, перистальтика усилена, маятникообразная. Другие доступные визуализации отделы тонкой и толстой кишки не расширены, перистальтика сохранена, направленная. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Нейрохирург 26.09.19: По данным КТ головного мозга от 25. 09. 2019 отмечается незначительная вентрикулодилатация, по сравнению с предыдущим обследованием нарастание вентрикулодилатации на 1-2 мм. Субарахноидальные пространства сохранены. Миндалины мозжечка выше линии Чемберлена, базальные цистерны прослеживаются. Расширение 4 желудочка сохраняется, в основном за счет удаленного объемного образования. В настоящий момент признаков ВЧГ не выявлено. Показаний к оперативному нейрохирургическому лечению нет.

Невролог: Необходимо проведение дифференциального диагноза между дистоническими атаками (в рамках экстрапирамидного синдрома) и судорожными приступами. С учетом нарастания жалоб в динамике, а так же результатов нейровизуализации (КТ головного мозга от 25.09.2019) у ребенка нельзя исключить нарастание окклюзионной гидроцефалии. Заключение: дизартрия, дисфония. Рекомендации: 1. ЭЭГ. 2. К терапии добавить: Аминофенилмасляная кислота (Фенибут) 250 мг - 1/2 табл х 2 раза в день - 2 дня, затем 1 табл х 2 раза в день - 1 мес при наличии положительного клинического эффекта. 3. Консультация нейрохирурга с решением вопроса об исследовании ликвора (с учетом лихорадки). 4. При нарастании частоты пароксизмальных состояний - введение р-ра диазепама 5 мг. 5. Повторная консультация невролога после доосбследования. Вкусовая, тактильная стимуляция языка, щек. Дыхательная и артикуляционная гимнастика.

Операция 08.10.2019- Установка гастростомы.

С 10.11.2019 по 08.02.20 получил 2 цикла ПХТ по протоколу HIT SKK. Лечение перенес с явлениями гематологической токсичности, которые купированы на фоне сопроводительной терапии. Также проводилась стимуляция костного мозга и трансфузионная терапия тромбоконцентратом. Лечение проводилось на фоне сопроводительной терапии глюкозо-солевыми растворами, ондансетрон в/в, цевтриаксон в/в, амикацин в/в, ко-тримоксазол внутрь.

МРТ ЦНС с КУ 06.12.2019, Заключение: Состояние после удаления опухоли IV желудочка. В динамике по сравнению с МРТ от 22.08.19 года отмечается нарастание поперечных размеров боковых и III желудочка. МР-картина перивентрикулярного вазогенного отека белого вещества лобно-теменной области обеих гемисфер большого мозга, нарушения пневматизации клеток обоих сосцевидных отростков (слева более выражено). Сохраняется патологическое контрастное усиление по правому контуру резекции мозжечка. При исследовании спинного мозга сохраняется накопление КВ неравномерно утолщенной оболочкой шейного отдела спинного мозга, на фоне чего нельзя исключить узловые объемные образования, без существенной динамики в сравнении с предыдущим исследованием от 06.09.2019 года.

Нейрохирург 07.12.19: У ребенка по данным осмотра и данным нейровизуализации имеется нарастание обструктивной гидроцефалии. Показано оперативное лечение - вентрикулоперитонеальное шунтирование в экстренном порядке. С диагностическо-лечебной целью произведена пункция резервуара Оммайа. Получен прозрачный бесцветный ликвор, вытекающий под повышенным давлением. Эвакуировано 20,0 ликвора. Ликвореи нет.

07.12.2019 выполнена операция - Вентрикуло-перитонеальное шунтирование. Помпа Medtronic Strata.

12.12.2019 нейроэндоскопическая фенестрация дна 3-го желудочка, удаление вентрикулярного катетера слева.

МРТ ЦНС без и с КУ 20.12.2019: Заключение: По сравнению с предыдущим исследованием от 12.12.2019 года отмечается появление участков кровоизлияний по ходу раннее стоявшего шунта в левой теменной доле, распространяющееся в область левого таламуса и центрального отдела моста. Внутренняя гидроцефалия сохраняется. При настоящем исследовании убедительных признаков активной опухолевой ткани не выявляется.

Невролог 22.12.19: сохраняются дистонии. ЧН: Глазные щели D>S. Птоз OS. Анизокория S>D. Косоглазие - расходящееся OU. Фотореакции справа вызываются, слева – резко снижены. Движения правого глазного яблока – недоведение кнутри, затруднено вверх и вниз, левого – достоверно нет. Нистагм спонтанный, горизонтальный, вертикальный, с ротаторным компонентом. Лицо несколько асимметричное. Сглаженность правой носогубной складки (достоверная оценка затруднена, установлен назогастральный зонд). Легкая девиация языка. Глоточные, нёбные рефлексы оживлены, вызываются, кашлевой рефлекс снижен. Двигательно-рефлекторная сфера: Объем пассивных движений в суставах – ограничен в левом лучезапястном ввиду болевого синдрома, дистоническая

установка конечностей. Мышечный тонус – дистоничный, с элементами «зубчатого колеса», повышен в конечностях, больше в левых. Достоверная оценка мышечной силы затруднена. Согнутую в правом локтевом суставе руку кратковременно удерживает, левую несколько лучше, согнутые ноги в коленных суставах подтягивает, лучше левую. Сухожильные рефлексы с верхних конечностей D=S, коленные резко снижены. Патологические рефлексы — Якобсона-Ласка с 2х сторон. Кожные рефлексы снижены, вызываются. Координация, чувствительность не оценены по состоянию. При осмотре отмечается тремор, усиливается при движении, уменьшается в покое. В настоящее время получает: Баклосан 25 мг - 1 табл - 1/2 табл - 1 табл.. Рекомендации: 1. Проводимую терапию продолжить: Баклосан 25 мг - 1 табл - 1/2 табл - 1 табл; 2. Консультация нейрохирурга по результатам нейровизуализации. 3. Консультация логопеда-дефектолога, врача ЛФК. 4. Наблюдение невролога в динамике.

МРТ ЦНС 22.02.2020 13:11: отмечается формирование кистозного канала через мозговое вещество левой лобной доли, базальных ядер слева до центральных отделов моста (где ранее локализовалось кровоизлияние). Размеры желудочков без изменений. В области оперативного доступа (дефектов С1 позвонка и затылочной кости) сохраняется скопление ликвора. Сохраняется патологическое накопление контрастного препарата по правому контуру резекции мозжечка. Срединные структуры не смещены. Дифференциация серого и белого вещества сохранена. Гипофиз расположен центрально в турецком седле, ножка гипофиза не утолщена, воронка гипофиза – без особенностей. Конвекситальные борозды и извилины – без особенностей дифференцируются. Миндалины мозжечка на линии Чемберлена. **Заключение:** Формирование кистозного канала через мозговое вещество левой лобной доли, базальных ядер слева до центральных отделов моста(где ранее локализовалось кровоизлияние). Внутренняя гидроцефалия. Сохраняется патологическое контрастное усиление по правому контуру резекции мозжечка. При исследовании спинного мозга отмечается неравномерное накопление препарата мягкой мозговой оболочкой (более выраженное на уровне С5-Th3). Визуализируется узел накопления КВ на уровне Th10 до 2мм. Позвоночный канал не сужен. Корешки спинномозговых нервов имеют типичный ход, нормальные размеры и форму. Позвоночный канал и дуральный мешок не деформированы, окружающая жировая клетчатка не изменена. Структура позвонков без особенностей. **Заключение:** МР-картина диффузно-узлового патологического накопления контраста оболочкой спинного мозга. По сравнению с МРТ от 06.12.19 – незначительное увеличение протяженности КУ по оболочкам в шейно-грудном отделе спинного мозга.

Ультразвуковое исследование почек и надпочечников: 03.02.2020: Левая почка: Топография не изменена. Контуры четкие, ровные. Размеры: 104х40мм. Толщина паренхимы 17 мм, паренхима умеренно повышенной эхогенности. Кортико-медуллярная дифференцировка сохранна. Чашечно-лоханочная система: не расширена

Визуализируемые фрагменты стенок ЧЛС без структурных изменений. В проекции с/з интрапаренхиматозно визуализируется единичное гиперэхогенное включение, даметром до 3,5 мм. Правая почка: Топография не изменена. Контуры ровные, четкие. Размеры: 109х40мм. Толщина паренхимы 17 мм, паренхима умеренно повышенной эхогенности. Кортико-медуллярная дифференцировка сохранна. Чашечно-лоханочная система: не расширена. Визуализируемые фрагменты стенок ЧЛС без структурных изменений. Надпочечники: топография, контуры, структура, размеры не изменены. Мочевой пузырь: не наполнен. Признаков дополнительных структур в проекции пузыря и паравезикальных пространствах не отмечается. Мочеточники: на всем протяжении не определяются. Заключение: эхографические признаки диффузных изменений паренхимы почек, гиперэхогенного включения в паренхиме левой почки (возможно кальцинат), снижения показателей индексов периферического сопротивления в обеих поках.

УЗИ органов брюшной полости (комплексное): 03.02.2020, Заключение: эхопризнаки умеренных диффузных изменений паренхимы печени и поджелудочной железы, перегиба желчного пузыря.

ОАК 24.02.20: лейкоциты 2,2, гемоглобин 116, тромбоциты 58.

Консультация профессора Желудковой О.Г 25.02.20: Учитывая гистологический диагноз, возраст, инициальную стадию заболевания, объем проведенной терапии и наличие остаточной опухоли, рекомендовано проведение лучевой терапии в объеме КСО: на головной мозг СОД 35,2Гр, на спинной мозг до СОД 40Гр, буст на ЗЧЯ до СОД 60Гр, буст на мтс в шейном отделе до СОД 45Гр, буст на мтс в грудном отделе до СОД 50Гр. Параллельно с ЛТ

рекомендована МХТ ВК 1.5 мг/м2 еженедельно. Целесообразно после проведения КСО повторить МРТ ЦНС без и с КУ. В зависимости от результатов обсудить дополнительное бустерное облучение. С учетом объема облучения рекомендована протонная ЛТ. После облучения планируется поддерживающая ПХТ (всего 4 цикла).

МРТ СМ с КУ от 09.03.20: При исследовании всех отделов позвоночника и спинного мозга наблюдается картина диффузно-узлового контрастирования оболочек спинного мозга, вероятно, обусловленного вторичным характером поражения (мтс). Дегенеративно-дистрофические изменения всех отделов позвоночника.

МРТ ГМ с КУ от 10.03.20: Наблюдаются признаки образований обоих ММУ, размерами, в правом - 1.5х1.2х1.6см с наличием кистозного включения – вероятно остаточная ткань образования. Аналогичное образование в левом ММУ, размерами 1.2х1х0.9см. После КУ отмечаются участки повышения сигнала по контуру вышеописанных образований. Также отмечаются очаги отсева в правом боковом и 4 желудочках.

Анализ амплификации гена C-MYC и N-MYC (FISH метод) от 05.03.20: Результаты проведенного исследования свидетельствуют об отсутствии амплификации гена C-MYC в данном образце.

С 24.03.20 по 08.05.20 проведена ПЛТ в объеме КСО с РОД=1.6 Гр до СОД=35.2 Гр с последовательным локальным бустом на мтс в шейном отделе в РОД=1.8Гр №6 до СОД=46 Гр, бустом на мтс в грудном отделе РОД=1.8 Гр №8 до СОД=49.6 Гр, бустом на область ЗЧЯ и супратенториальных мтс в боковых желудочках ГМ в РОД=1.8 Гр до СОД=55 Гр. Параллельно получал МХТ ВК 1.5 мг/м^2 еженедельно №6.

МРТ ГМ с КУ от 16.04.20: По сравнению с МРТ 10.03.20 определяется уменьшение размеров образований ММУ с обеих сторон, отсутствие отсева в заднем роге правого бокового желудочка. Появление нового отсева в заднем роге левого бокового желудочка, размерами до 0.5х0.3х0.4см, без признаков контрастирования.

МРТ СМ с КУ от 20.04.20: При исследовании всех отделов позвоночника и спинного мозга наблюдается картина диффузно-узлового контрастирования оболочек спинного мозга, вероятно, обусловленного вторичным характером поражения (мтс). Дегенеративно-дистрофические изменения всех отделов позвоночника. Антелистез L5 позвонка. По сравнению с МРТ от 09.03.20 – без отрицательной динамики.

УЗИ ОБП от 05.06.20: Признаки умеренных диффузных изменений паренхимы печени, перегиба желчного пузыря, диффузных изменений паренхимы почек, гиперэхогенного включения в паренхиме левой почки (возможно кальцинат), умеренного снижения показателей индексов периферического сопротивления в обеих почках.

МРТ ГМ с КУ от 12.06.20: В обеих лобных областях сохраняются небольшие участки кистозной трансформации перивентрикулярного белого вещества. В левом полушарии, в базальных ядрах левых передних отделах среднего мозга и левых центральных отделах моста прослеживается зона кистозной трансформации прежними размерами до 13х9х40мм, окруженная ободком глиоза. После КУ отмечается небольшой участок накопления КВ по медиальному контуру правой гемисферы, на уровне вырезки. На остальном протяжении участков патологического накопления не отмечалось. Срединные структуры не смещены. Заключение: По сравнению с МРТ от 22.02.20 –без отрицательной динамики. Сохраняется прежних размеров зона кистозной трансформации в левых подкорковых ядрах, среднем мозге и мосте, перевентрикулярные участки кистозной трансформации в лобных областях, п/о изменения ЗЧЯ, внутренняя гидроцефалия. Участок накопления КВ в ЗЧЯ немного уменьшился в размерах.

МРТ шейного и верхнегрудного отделах позвоночника с КУ от 12.06.20: При КУ отмечается уменьшение накопления КВ оболочками, прослеживающееся от С2 до Th2, а также уменьшение размеров двух мелких фокусов накопления КВ по оболочкам на уровне

Th7 с 7мм до 5мм, и на уровне Th10 с 3мм и 4.5мм до 2мм и 4мм соответственно. Заключение: МР-картина положительной динамики изменений в виде уменьшения накопления КВ в шейном и верхнем грудном сегментах, а также регресс отдельных фокусов.
Невролог от 19.06.20: Спастический тетрапарез, подкорковый, псевдобульбарный синдром.
С 19.06.20 по 28.10.20 получил 4 цикла ПХТ по протоколу ХИТ МЕД: Цисплатин РД=115мг, Ломустин РД=125мг, Винкристин РД=2мг. На 15 день в 3 и 4 циклах ВК не вводили. В 4-м цикле дозы всех ХП редуцировали на 25%.
МРТ ГМ с КУ от 17.08.20: В левой лобной области, перивентрикулярно слева, в ЗЧЯ определяются п/о участки кистозно-глиозной трансформации. В области ЗЧЯ определяется п/о киста размерами до 34х10мм. Боковые желудочки симметричны, расширены, контуры четкие, ровные. Заключение: Состояние после удаления опухоли 4 желудочка, ВПШ. Признаки кистозно-глиозной трансформации в левом полушарии головного мозга, ЗЧЯ. Тетравентрикулярная гидроцефалия. **Участок накопления КВ в области правой гемисферы мозжечка.**
МРТ СМ с КУ от 17.08.20: При исследовании позвоночника и спинного мозга при КУ определяются мелкие участки патологического накопления КВ на уровне С3, С5-6, С7-Th1, Th4, Th7, Th10 позвонков.
МРТ СМ с КУ от 22.08.20: При сравнении с МРТ от 12.06.20 – без существенной динамики. После КУ отмечено минимальное линейное усиление МР-сигнала от оболочек спинного мозга на уровне С2-Th2 позвонков, наиболее выражено в задних отделах. Также отмечено наличие слабого локального накопления КВ от оболочек на уровне Th7 позвонка размером 0.3х0.5см и на уровне Th10 позвонка размером 0.2х0.5 и в задних отделах слева – 0.2х1.2см. На уровне поясничного и крестцового отделов явного усиления МР-сигнала не отмечено.
МРТ ГМ с КУ от 23.08.20: В затылочной области сохраняется п/о полость размером 3.6х1.3см. В медиальных отделах обеих гемисфер мозжечка визуализируются зоны кистозно-глиозных п/о изменений, максимальными размерами 4.5х3.4см. 4 желудочек деформирован, викарно расширен. После КУ сохраняется минимальный участок усиления МР-сигнала, по медиальному **контуру правой гемисферы мозжечка**, прежними размерами – 0.7х1см. На остальном уровне участков патологического усиления МР-сигнала не выявлено. В области колена капсулы слева, передних отделов таламуса слева, левой ножки мозга слева сохраняется неправильной формы постгеморрагическая киста, размером 1.9х1см. Срединные структуры не смещены. Боковые желудочки мозга асимметричны, D<S, умеренно расширены.
ЭКГ от 20.10.20: Ритм синусовый, ЧСС 70 у/мпин. Нормальная ЭОС.
ОАК от 28.10.20: Лейкоциты 3.7, гемоглобин 89, тромбоциты 70.
Б/Х крови от 28.10.20: АЛТ 28.3, АСТ 28.5, билирубин 7.1, глюкоза 5.25, кальций 1.96, креатинин 85.2, мочевина 2.82, белок 60.5.
МРТ ГМ без и с КУ от 14.11.20: В медиальных отделах обеих гемисфер мозжечка визуализируются зоны кистозно-глиозных п/о изменений, прежними размерами 4.5х3.4см. 4 желудочек деформирован, расширен. После КУ сохраняется минимальный участок усиления МР-сигнала, локализованный по медиальному контуру правой гемисферы мозжечка, прежним размером 0.7х1см. в области колена внутренней капсулы слева, передних отделов таламуса слева, левой ножки мозга и до верхних отделов варолиевого моста сохраняется неправильной формы постгеморрагическая киста, прежними размерами 1.9х1см. Срединные структуры не смещены. В белом веществе лобных, теменных и в меньшей степени височных долей отмечены диффузные зоны глиоза. В лобных долях отмечены симметрично расположенные шунты. Боковые желудочки мозга асимметричны, D<S, умеренно расширены. Дополнительных образований в области ММУ не выявлено. Заключение: МР-картина п/о изменений в ЗЧЯ с наличием сохраняющегося небольшого участка усиления МР-

сигнала после КУ по медиальному контуру правой гемисферы мозжечка. В сравнении с МРТ от 22.08.20 – без динамических изменений. Сохраняется постгеморрагическая киста от базальных ядер слева до варолиевого моста. Внутренняя открытая гидроцефалия, глиозные изменения белого вещества лобных, теменных и в меньшей степени височных долей.

МРТ СМ без и с КУ от 14.11.20:После КУ сохраняется минимальное линейное усиление МР-сигнала от оболочек спинного мозга на уровне С2-Th1, позвонков, наиболее выражено в задних отделах. Также отмечено наличие слабого локального усиления МРС от оболочек: на уровне Th10 позвонка в задних отделах слева, сохраняется прежних размеров 0.2х1.2см., в динамике ранее выявленные участки накопления на уровне Th7 позвонка (слева размером 0.3х0.5см и на уровне Th10 позвонка (в передних отделах справа, размером 0.2х0.5см), без достоверной визуализации. На уровне пояснично-крестцового отделов явного усиления МР-сигнала не отмечено. Паравертебральные мягкие ткани без патологии. Заключение: Мр-картина минимального линейного усиления МР-сигнала от оболочек спинного мозга на уровне С2-Th1 позвонков и локального усиления МРС от оболочек: на уровне Th7,10 позвонков. По сравнению с МР от 23.08.20 без отрицательной динамики.

Томограммы консультированы в референсном центре в НМИЦ НХ Бурденко (к.м.н. Шульц Е.И) 16.11.21: сохраняются п/о изменения в ЗЧЯ. При КУ данных за остатки опухоли и мтс нет.

С ноября 2020 находится на динамическом наблюдении.

МРТ ГМ без и с КУ от 27.02.21: В затылочной области (на уровне оперативного доступа) сохраняется локальное скопление жидкости (прежним размером 3,6х1,5 см). В медиальных отделах обеих гемисфер мозжечка визуализируются зоны кистозно-глиозных постоперационных изменений, прежними размерами 4,4х3,4 см. IV-й желудочек деформирован, викарно расширен, до 2,9х2,4 см. После КУ сохраняется минимальный участок усиления МР сигнала, локализованный по медиальному контуру правой гемисферы мозжечка, прежним размером 0,7х0,9 см. На остальном уровне участков патологического усиления МР сигнала после КУ не выявлено. В области колена внутренней капсулы слева, и передних отделов таламуса слева, левой ножки мозга и до верхних отделов Варолиевого моста на уровне базальных ядер сохраняется неправильной формы постгеморрагическая киста (с наличием участков отложения гемосидерина), прежним размером 1,9х1,0 см.

Срединные структуры не смещены. В белом веществе лобных, теменных и в меньшей степени височных долей отмечены диффузные зоны глиоза. В лобных долях отмечены симметрично расположенные шунты (с визуализацией обширного артефакта магнитной восприимчивости в левой лобной области). Боковые желудочки мозга нерезко асимметричны, D<S, умеренно расширены, максимальным поперечным размером на уровне центральных отделов справа 2,3 см, слева 2,6 см, индекс боковых желудочков 36,0 /норма 18-22,1, после 60 лет 22,6-26,0/. III-й желудочек расширен до 2,1 см. Дополнительных образований в области мосто-мозжечковых углов не выявлено. Внутренние слуховые проходы не расширены.

Хиазмальная область без особенностей, ткань гипофиза имеет обычный сигнал. Базальные цистерны нерезко расширены, не деформированы. Боковые щели мозга симметричны, не расширены. **Заключение:** МР-картина постоперационных изменений в ЗЧЯ с наличием сохраняющегося небольшого участка усиления МР сигнала после в/в контрастирования по медианному контуру правой гемисферы мозжечка (в сравнении с данными МРТ от 14.11.2020 г. - без динамических изменений); постгеморрагической кисты, распространяющейся от базальных ядер слева до Варолиевого моста; внутренней открытой гидроцефалии; глиозных изменений белого вещества лобных, теменных и в меньшей степени височных долей.

МРТ шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника от 27.02.21: После КУ сохраняется минимальное линейное усиление МР сигнала от оболочек спинного мозга на уровне С2-Th1 позвонков, наиболее выраженно в задних отделах.

Также отмечено наличие слабого локального усиления МРС от оболочек: на уровне Th10 позвонка в задних отделах слева прежних размеров 0,2х1,2 см. **Заключение:** МР-картина минимального линейного усиления МР сигнала от оболочек спинного мозга после в/в контрастирования на уровне С2-Th1 позвонков и локального усиления МРС на уровне Th10 позвонка сосудистого генеза. В сравнении с данными МРТ от 14.11.2020 г – без существенной динамики.

ОАК от 22.02.21: тромбоциты 72 лейкоциты 3.2 гемоглобин 126

Клинически: состояние стабильное, не ходит, говорит мало, понимает обращение, отвечает на вопросы. Кормление через рот малым объемом. Мочеиспускание: самопроизвольное, недержание. Основной объем питания получает через еюностому, усваивает.

Вес 53 кг, рост 186 см.

Заключение: у ребенка в возрасте 16 лет заболевание манифестировало гипертензионной симптоматикой. МРТ выявила опухоль 4 желудочка, окклюзионную гидроцефалию. Выполнена резекция опухоли, гистологически верифицирована медуллобластома, классический вариант. **Амплификации mycn и myc в опухоли не выявлены.**

В п/о периоде выявлено кровоизлияние в желудочки мозга, выполнена повторная операция с удалением крови из желудочковой системы. В связи с нарастанием гидроцефалии выполнена шунтирующая операция, в связи с ее дисфункцией ВПШ удален. Для купирования гидроцефалии проведена эндоскопическая перфорация дна 3 желудочка.

МРТ после операции затрудняла оценку остаточной опухоли, выявлено метастазирование по оболочкам спинного мозга, установлена стадия М3. Для и/в введения МТХ установлен резервуар Оммайя. Для адекватного кормления установлена гастростома (еюностома). Неврологический статус тяжелый в связи с повторными оперативными вмешательствами и кровоизлияниями.

Получил 2 цикла ПХТ по схеме ХИТ-СКК с и/в введением МТХ. МРТ свидетельствовала о наличии остатков опухоли в области 4 желудочка, а также сохранялись мтс по оболочкам спинного мозга (динамику оценить невозможно, МРТ от 06.09.20 не представлены).

Получил ПЛТ в объеме КСО с бустом на ЗЧЯ и мтс в спинном мозге с параллельной МХТ ВК. МРТ свидетельствовала о положительной динамике в виде уменьшения количества и размеров мтс в спинном мозге, значительно уменьшилась остаточная опухоль в области 4 желудочка и ММУ с двух сторон. Проведены 4 цикла поддерживающей ПХТ по протоколу ХИТ. МРТ свидетельствовала о стабильной картине минимального очага КУ в правой гемисфере мозжечка (п/о глиозные изменения), сохранялось линейное накопление КВ по оболочкам спинного мозга (реактивного характера). Томограммы консультированы в референсном центре, подтвердили п/о и реактивные изменения в структурах головного и спинного мозга.

В течение 4 мес находится на динамическом наблюдении. МРТ в настоящее время подтверждает полный эффект, сохраняется стабильная картина п/о и реактивных изменений в головном и спинном мозге. Дополнительное обследование свидетельствует о тромбоцитопении 1 ст, остальные показатели восстановились.

Учитывая гистологический диагноз, инициальную стадию заболевания, объем проведенной терапии и достигнутый эффект, рекомендовано продолжить динамическое наблюдение.

Рекомендовано:

1. МРТ головного и спинного мозга без и с КУ повторять 1 раз в 3 мес в течение 1 года наблюдения, далее МРТ головного и спинного мозга – 1 раз в 4 мес в течение 2-го года наблюдения, далее МРТ головного и спинного мозга без и с КУ – 1 раз в 6 мес, до 5 лет наблюдения
2. Осмотр окулиста, онколога, невролога - по графику МРТ
3. Отвод от прививок на 1 год кроме р.Манту

4. Исключить ФЗТ, согревающие процедуры, баню, иммуностимуляторы и иммуномодуляторы, массаж общий
5. ОАК повторять 1 раз в 1мес до восстановления показателей, далее 1 раз в 3 мес
6. Биохимия крови – 1 раз в 3 мес, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ – 1 раз в 3 мес, УЗИ ЩЖ– 1 раз в 6-12 мес
7. Гормоны крови (ТТГ, Т4 св, кортизол) и консультация эндокринолога 1 раз в 6-12 мес.
8. ЛФК, бассейн посещать может
9. Витамин Д (аквадетрим или вигантол) по 10 кап /сут, исследование витамина Д выполнить через 3 мес и решить о коррекции дозы в зависимости от результата
10. Оформить академический отпуск на 1 учебный год
11. Аудиометрия 1 раз в 12 мес и консультация сурдолога
12. Восстановительная терапия и реабилитация в специализированном отделении (Три сестры, Галилео, по месту жительства, ЛРЦ Русское поле).
13. Занятия с логопедом, дефектологом постоянно

Повторная консультация с результатами МРТ через 3 мес.

01.03.21

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