



Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный
медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и
иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Министерства здравоохранения
Российской Федерации

117198, Москва, улица Саморы Машела, д.1

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 2019/6320

Ф.И.О. пациента **АНДРУСИК СТАНИСЛАВ**

Дата рожд. **21.02.2003**

Возраст **16 л.**

Пол: **Мужской**

Адрес регистрации: Украина, Украина. Запорожская область. г.Бердянск, ул. Ля-
Сейновская д.63 кв.31

Адрес проживания: Российская Федерация, г.Москва

Дата поступления: **26.08.2019**

Дата выписки: **06.09.2019**

Отделение хирургии детей и подростков с 26.08.2019 по 06.09.2019

Диагнозы:

**Основной: Недифференцированная круглоклеточная саркома правого
суставного отростка нижней челюсти. Метастатическое поражение обоих
легких. pT3bpN1pMx, IV стадия, IRS IIb. BRAF+. Специфическая терапия 2-й
линии по протоколу CWS-2009 с 19.02.18. по 22.02.18. Прогрессия от 06.03.18.
Таргетная терапия BRAF/MEK-ингибиторами с 08.03.18. Стабилизация процесса.
Лимфаденоэктомия на шее справа (I-III группы), удаление опухоли
парафарингеальной области с резекцией нижней челюсти и реконструкцией
титановой пластиной в объеме R0 24.09.18. Торакоскопия слева, удаление
очагов левого легкого от 14.03.2019. (C49.0 Злокачественное новообразование
соединительной и мягких тканей головы, лица и шеи)**

Жалобы при поступлении На асимметрию лица.

Анамнез заболевания В конце марта 2013 года мать обнаружила взбухание мягкого
неба и отек десен верхних зубов справа. Со слов матери было выполнено (выписка не
предоставлена) КТ данной области без КУ, где визуализировалось образование верхней
челюсти справа.

02.04.13 проведена биопсия данного образования по м/ж (Запорожье) с удалением
опухоли (R1), гистологическое заключение: амелобластома. Далее пациент отправлен
домой под наблюдение. Через полгода выполнено КТ лицевого скелета без КУ, по
которому выявлен рецидив заболевания в полном объеме.

В ноябре 2013 года ребенок направлен на консультацию в г. Киев, где наблюдался
иммунологом, получал терапию полиоксидонием, после чего отмечен выраженный рост
опухоли.

02.12.2013 года в специализированном онкологическом учреждении выполнено
повторное удаление опухоли (R1), гистологическое заключение: амелобластическая
фибросаркома верхней челюсти. После проведенной операции выполнено КТ лицевого
череп, где обнаружена деструкция прилежащих костей. Пациент направлен в институт
рака г. Киева, где 21.01.14 проведено удаление остаточного компонента (R1).

Далее проводилось контрольное обследование, данных за опухолевое образование нет.

17.04.2015 на контрольном обследовании вновь выявлен рецидив опухоли правой
верхней челюсти. Направлен в РОНЦ им.Блохина, где проведено 4 блока ПХТ
(ифосфамид, доксорубин) - сокращение опухоли на 40%. Консультирован академиком
РАН Проф. В.Г. Поляковым - принимая во внимание стабилизацию опухоли на фоне ПХТ,
выявленные изменения в легких, требующих динамического контроля решено провести 4

курса ПХТ препаратами 2 линии химиотерапии (дактиномицин, этопозид, карбоплатин), на фоне которых сохранялась стабилизация опухолевого процесса (11.09.2015 – 8.12.2015). Ребенок обсужден с зав. отделением академиком РАН, профессором В.Г. Поляковым, учитывая низкую чувствительность опухоли к проводимой ПХТ решено на данном этапе провести курс химиотерапии препаратами иринотекан и цисплатин (3 линия ПХТ) с оценкой эффекта после 2-х курсов. После проведенных 2-х курсов ПХТ по контрольному МРТ основания черепа с КУ от 15.12.15: размеры опухоли без динамики от 22.10.15. По контрольному КТ ОГК от 14.12.15 патологии не выявлено.

23.12.15 проведено совместное обсуждение пациента с зав. отд. академиком, профессором Поляковым В.Г., учитывая достигнутую стабилизацию опухолевого процесса на фоне 8 курсов химиотерапии 3-мя линиями химиопрепаратов рассмотреть вопрос о возможности проведения радикального оперативного лечения.

21.01.16 проведена резекция правой верхней челюсти. Удаление опухолевых узлов правой подвисочной и крылонебной ямки. По гистологическому заключению амелобластическая фибросаркома с признаками лечебного патоморфоза 1 степени. МРТ от 24.11.16: картина опухолевого процесса в мягких тканях головы на фоне лечения отмечается небольшое увеличение линейных размеров зон накопления контрастного препарата в височно-крыловидном пространстве справа. По заключению лечащих врачей в РОНЦ хирургическое лечение не показано.

26.12.16 был госпитализирован в отделение хирургии ННПЦ ДГОИ, где проведена резекция опухоли в объеме R1. Гистологическое заключение: амелобластическая фибросаркома без признаков посттерапевтического патоморфоза.

С 06.02.2017 по 27.03.2017 проведена лучевая терапия на ложе первичной опухоли в СОД 59.4 Гр (по рекомендации консилиума при участии Нормана Виллиха (Германия)).

После завершения курса лучевой терапии пациент был обсужден совместно с профессором, д.м.н. Жуковым Н.В. – при данном типе опухоли, согласно международным стандартам, в настоящий момент проведение поддерживающей химиотерапии не показано. С целью дообследования рекомендуется проведение молекулярно-генетического исследования опухоли - BRAF, KRAS, NRAS, HRAS, FGFR2. Контрольное обследование в объеме МРТ головы + КУ и КТ ОГК с КУ через 3 месяца. Получены результаты цитогенетического исследования опухоли на определение мутаций (17.04.2017): обнаружена мутация в гене BRAF.

В стабильном соматическом статусе ребенок был выписан домой для продолжения наблюдения по месту жительства.

06.06.2017 с целью динамического контроля было проведено МРТ головы (в ДГКБ No1), мягких тканей лицевой области с в/в контрастированием: МР-картина опухолевого процесса в области мягких тканей, окружающих верхнюю челюсть; при сравнении с данными от ноября 2016 года выраженной отрицательная динамика в виде увеличения размеров фрагментов опухолевого образования.

09.06.2017 выполнено контрольное КТ ОГК с КУ: признаков патологии органов грудной клетки не выявлено.

Учитывая признаки отрицательной динамики по данным МРТ выполненной в ДГКБ No1, пациент был направлен на консультацию НМИЦ ДГОИ, где проведен референс последнего МРТ исследования головы. Далее клиническая ситуация обсуждена на комиссии по госпитализации с целью определения дальнейшей тактики терапии. По данным ВК No07283 от 06.07.17 было отказано в госпитализации в НМИЦ ДГОИ в связи с отсутствием данных за рецидив заболевания. 31.07.17 в РОНЦ им.Н.Н. Блохина было выполнено МРТ головы с целью контроля в динамике: в области правой ветви нижнечелюстной кости по внутренней стороне сливающиеся узла 2,8x1,4x2,2см; на уровне альвеолярных отростков нижнечелюстной кости на уровне 7-8 зубов справа узел до 0,5см; МР-картина остаточной опухоли на фоне выраженных постлучевых и постоперационных изменений. По сравнению с предыдущим представленным исследованием от 06.06.2017 отмечается незначительно увеличение размеров вышеописанных опухолевых узлов. Был проведен референсный пересмотр данных МРТ от 31.07.17 в НМИЦ ДГОИ: на фоне обширных п/о изменения в правых отделах мягких тканей лица и лицевом скелете, в области внутренней поверхности суставного отростка правой ветви нижней челюсти определяется узловое образование умеренно неоднородной солидной структуры с неровными контурами, с интенсивным накоплением парамагнетика, размерами до 2,9 см x 1,5 см x 2,4 см (V до 5,4 см³) - при исследовании от 08.06.2017 при ретроспективном анализе образование имело V до 5,9 см³ (визуализировалось только при контрастном сканировании в аксиальной проекции). Отмечается инфильтрация крыловидных мышц, нельзя исключить вовлечения капсулы правого височно-нижнечелюстного сустава. Также участок патологического накопления парамагнетика визуализируется в области 7-8 зубов альвеолярного отростка нижней челюсти справа, размером до 0,5 см (ранее достоверно не определялся). Околоушные и яремные лимфоузлы до 9 мм справа, до 15 мм слева по представленным изображениям. Сохраняется реактивное утолщение и отечность слизистой в ячейках сосцевидного

отростка, среднем ухе и пирамиде височной кости справа.

11.10.2017 Пациент обсужден на консилиуме совместно с глав.врачом НМИЦ ДГОИ Литвиновым Д.В., зав.отд. детской хирургии и онкологии Грачевым Н.С., зав.отд. лучевой диагностики Терещенко Г.В., врачом-онкологом, консультантом отд.онкологии подросткового возраста Жуковым Н.В., врачом отд.лучевой терапии Кобызевой Д.С. Учитывая агрессивное течение заболевания в виде частых рецидивов, отсутствие R-0 резекции во всех проведенных хирургических вмешательствах, а также признаки активного накопления парамагнетика по данным МРТ (31.07.17) нельзя исключить рецидив заболевания. Однако для принятия решения о попытке проведения терапии таргетными препаратами, обсуждаемой ранее, необходима гистологическая верификация рецидива. Консилиумом было принято решение о проведении пациенту МРТ головы с контрастированием для оценки статуса заболевания на настоящий момент с последующим обсуждением необходимости проведения эндоскопической биопсии образования по результатам МРТ.

22.10.17 в НМИЦ ДГОИ проведено МРТ мягких тканей головы с в/в контрастированием, заключение - МР-картина образования в области суставного отростка правой ветви нижней челюсти - без отрицательной динамики размеров к данным исследования от 31.07.2017, выполненного в другом ЛПУ (уменьшение на 14%). Очаг патологического контрастирования в области 7-8 зубов альвеолярного отростка нижней челюсти справа. Увеличение лимфоузлов области головы и шеи, в целом, без значимой динамики.

16.01.18. биопсия нижней челюсти.

Гистологическое заключение от 25.01.18 F41/18: в доставленном материале определяются фрагменты солидной опухоли с резко отличным гистологическим строением от опухоли описанной ранее (амелобластическая фибросаркома). Доставленная опухоль состоит из полей относительно мономорфных, плотно лежащих друг к другу округлых клеток с высоким ядерно-цитоплазматическим соотношением. Ядра округлой, овоидной или полигональной формы, содержат грубоглыбчатый или гиперхромный хроматин. Цитоплазма без четких контуров, амфифильная. Клетки лежат полями, местами формируя корды. Отмечается крайне высокая митотическая и апоптотическая активность.

В материале с маркировкой край резекции по челюсти обнаружен рост опухоли.

Иммуногистохимическое исследование: неопластические элементы позитивны к антителам Vimentin, INI-1, p16, Fli-1(фокально), отрицательные реакции с антителами PCK AE1/AE3, p63, GFAP, Calponin, CD99, CD45, Desmin, S100, CK19, CK18, EMA, CD34, TFE1.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Недифференцированная круглоклеточная саркома. ICD-O code 8803/3

Комментарий: материал консультирован с зав. ПАО РДКБ Рогожиным Д.В.

16.02.18 миелограмма: опухолевых клеток не найдено

20.02.2018 подтверждено наличие BRAF мутации в биопсийном материале (биопсия от 16.01.18)

С 19.02.2018 по 22.02.2018 проведен курс А согласно 2-ой линии терапии по протоколу CWS-2009, с целью сдерживания опухолевого процесса (до появления таргетных препаратов):

- карбоплатин 150 мг/м², РД=250 мг, СД=1000 мг в/в

- этопозид 150 мг/м², РД=250 мг, СД=1000 мг в/в. На фоне стандартной сопроводительной терапии (ИТ 3 л/м², авомит, дексаметазон, эменд, оmez, бисептол в профилактической дозе, обработка рта р-ми а/с).

После блока отмечалась фебрильная нейтропения, проводилась противомикробная терапия (меронем, дифлюкан), стимуляция Г-КСФ, на фоне чего инфекционный процесс разрешился.

06.03.18 проведено контрольное МРТ мягких тканей головы и шеи: Объемное образование в проекции правого суставного отростка нижней челюсти; увеличение размеров в динамике (увеличение на 75% в сравнении с предыдущим исследованием). Умеренное увеличение лимфатических узлов шеи в динамике.

Признаков объемного или очагового поражения головного мозга не выявлено.

06.03.18 проведен консилиум в составе главного врача, заведующего отделением онкологии/гематологии старшего возраста и нейроонкологии, к.м.н. Литвинова Д.В.; директора ИОРЯМ, профессора, д.м.н. Карачунского А.И.; заведующего отделом мультидисциплинарной онкологии, д.м.н. Жуковым Н.В.; лечащего врача Алексева М.А.; учитывая отсутствие ответа на химиотерапевтическое лечение, невозможность проведения очередного хирургического вмешательства с резекцией R-0, единственным куративным методом лечения остается таргетная терапия BRAF/MEK - ингибиторами.

С матерью пациента проведена беседа о решении консилиума и возможных побочных эффектах данной терапии. Согласие на проведение таргетной терапии получено.

С 08.03.18 начат прием препаратов:

- зелбораф (вемурафениб) 960 мг x 2 p/сут per os (1 цикл в течении 4-х недель)

- котеллик (кобиметиниб) 60 мг x 1 p/сут per os (1 цикл с 1 по 21 день)

В настоящий момент переносимость таргетных препаратов удовлетворительная,

визуально образование практически не определяется.

26.03.18 переведен в стационар кратковременного лечения для продолжения специфической терапии и наблюдения.

Объективный статус при поступлении: состояние: тяжелое по основному заболеванию, стабильное. Самочувствие: не страдает. Сознание: ясное. Неврологический статус: грубой очаговой и менингеальной симптоматики нет. Кожа бледная, с множественными пятнами и папулами с нечеткими границами розового цвета, несколько больше на кистях. На коже шеи, слева пятно желтовато-розового цвета округлой формы. Геморрагического синдрома нет. Слизистые оболочки: розовые, умеренно влажные, чистые. Костно-мышечная система: лицо асимметрично, за счет отсутствия верхней челюсти справа. На правой половине лица визуализируется рубец по Муру, без признаков воспаления, зажил первичным натяжением. Носитель зубного протеза верхней челюсти. Правая половина твердого неба и альвеолярный гребень справа отсутствуют. Через дефект визуализируется полость носа. Сердечно-сосудистая система: тоны сердца ясные, ритмичные. Органы дыхания: носовое дыхание не затруднено. В легких дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. Пищеварительная система: живот мягкий, безболезненный при пальпации. Мочевыделительная система: мочеиспускание не затруднено. Моча светлая.

Проведено контрольное обследование:

- МРТ мягких тканей головы и шеи с КУ (04.04.18) - уменьшение опухоли в динамике от 06.03.18 г. на 79%.

- КТ ОГК с КУ (05.04.18) - уменьшение размеров контрольного очага в левом легком в динамике от 15.02.18.

Учитывая выраженную положительную динамику в виде значимого сокращения размеров опухоли, отсутствие проявлений токсичности, принято решение продолжить проводимую таргетную терапию.

Терапия BRAF/MEK – ингибиторами является экспериментальной, в связи с чем определить длительность терапии в настоящий момент невозможно. Планируется продолжение терапии таргетными препаратами: зельбораф+котеллик до прогрессии заболевания, либо до появления токсичности.

18.04.18 в стабильном соматическом статусе ребенок выписан из стационара кратковременного лечения для продолжения терапии по м/ж. Межгоспитальный период без особенностей. Терапию получал в полном объеме.

09.07.2018 госпитализирован в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева для проведения контрольного обследования.

По данным проведенного контрольного обследования:

- МРТ мягких тканей головы и шеи с КУ (10.07.18): Объемное образование правой ветви нижней челюсти без динамики размеров к данным от 04.04.2018.

- КТ ОГК с КУ (12.07.18): Уменьшение размеров контрольного очага в левом легком от 05.04.18 г.

Ребенок обсужден с заведующим отделом мультидисциплинарной онкологии, д.м.н. Жуковым Н.В.: учитывая стабилизацию размеров опухоли, отсутствие проявлений токсичности, невозможность хирургического удаления первичной опухоли и метастатических очагов в легких, принято решение продолжить проводимую таргетную терапию. Терапия BRAF/MEK – ингибиторами является экспериментальной, в связи с чем определить длительность терапии в настоящий момент невозможно. Планируется продолжение терапии таргетными препаратами: зельбораф+котеллик до прогрессии заболевания, либо до появления токсичности.

28.07.18 в стабильном соматическом статусе ребенок выписан из стационара кратковременного лечения для продолжения терапии по м/ж. Межгоспитальный период без особенностей. Терапию получал в полном объеме.

24/09/2018 в НМИЦ ДГОИ проведена операция в объеме удаления остаточной опухоли с гемимандибулэктомией справа, биопсии шейных л/у справа. По данным гистологического исследования - индуцированный патоморфоз 4 степени; метастатического поражения исследованных л/у не выявлено. В настоящий момент пациент продолжает таргетную терапию в прежнем адъювантном режиме с хорошей переносимостью.

При контрольной КТ ОГК в октябре 2018 года (в НМИЦ ДГОИ) рентгенологическая картина сохранялась прежней, очаги в легких сохранялись. Очередное плановое контрольное исследование легких проведено 23/01/2019 в ДГКБ №1, контрольный очаг по междолевой плевре слева не описан (не выявлен?). По данным КТ и МРТ мягких тканей шеи с в/в КУ - убедительных данных за рецидив/прогрессию заболевания не выявлено.

07/02/19 амбулаторно консультирован онкологом НМИЦ ДГОИ - Пациент и новые полученные данные визуализации были обсуждены с руководителем отдела междисциплинарной онкологии, д.м.н., проф. Жуковым Н.В. На фоне проводимой таргетной терапии комбинацией BRAF/MEK ингибиторами (с 08/03/2018 до настоящего времени) у пациента отмечен выраженный клинический ответ в виде значимого сокращения ранее неоперабельной опухоли, позволивший выполнить этап локального контроля в объеме радикального удаления опухоли (R0 от 24/09/2018). Учитывая сохранение контрольного очага по междолевой плевре между S5 и S8 левого легкого, по данным визуализации в динамике, целесообразно рассмотреть вопрос об удалении выявляемого очага левого легкого с последующим гистологическим исследованием.

Торакоскопия слева, удаление очагов левого легкого от 14.03.2019:

Ход операции: Под ЭТН в условиях однологочной вентиляции после обработки операционного поля антисептическим раствором в левую плевральную полость последовательно установлены два троакара 5-мм, один троакер 13-мм. Карбокситоракс: давление 6 мм. рт. ст., поток 8 л/мин. Левое легкое частично коллабировано. В проекции VIII сегмента левого легкого визуализируется субплеврально расположенный плотный белесоватый очаг округлой формы. После наложения петли Редера острым путем ножницами произведена атипичная резекция S8 с очагом в пределах визуально неизменной ткани легкого. В пределах S5 визуализируются два округлых черных очага, расположенных субплеврально. Сшивающим аппаратом Endo-gia произведена атипичная резекция S5 с очагами в пределах визуально неизменной ткани легкого. В пределах S10 по диафрагмальной поверхности визуализируются субплеврально расположенный округлый черный очаг. После наложения петли Редера острым путем ножницами произведена атипичная резекция S10 с очагом в пределах визуально неизменной ткани легкого. Операционный материал извлечен через средний торакопорт. Маркирован (2 нити - S8; 1 нить - S5; без нити - S10) и отправлен на плановое гистологическое исследование. Контроль гемостаза - сухо. Аэростаз. Через нижний торакопорт к верхушке левого легкого установлен страховочный дренаж Ch15, фиксирован к коже узловыми швами. Троакары удалены, переход на двулегочную вентиляцию. Раны послойно ушиты. Обработаны раствором антисептика. Ас. повязки. Кровопотеря минимальная.

Гистологическое заключение F392/19 30434 от 22.03.19:

Микроскопическое описание: В присланном материале фрагменты ткани легкого с участками дистелектазов, очаги полнокровия сосудов, в просвете части альвеол транссудат, геморрагическое содержимое. В просвете бронхов слущенный респираторный эпителий с включением моноцитов и макрофагов, перибронхиально - фиброзирование, лимфоидные инфильтраты, мелкие гранулемы из эпителиоидных гистиоцитов, с антракозом, единичный лимфоузел с очагами антракоза, синусным гистиоцитозом. В ткани легкого очаги серозно-десквамативного экссудата в альвеолах, участки организации экссудата с карнификацией. В одном из фрагментов четко ограниченный участок из малоклеточной фиброзированной ткани из фибробластов с мелкими овоидными ядрами, вокруг сдавленных щелевидных альвеол (подтверждено ядерным окрашиванием антителами к TTF1, экспрессией PCK), с включением безнекротических гранул из эпителиоидных гистиоцитов, окруженных лимфоцитарным инфильтратом. Заключение: В пределах доставленного материала убедительных данных за метастатическое поражение легких с индуцированным патоморфозом не найдено. Гистологическая картина более характерна для изменений воспалительного гранулематозного типа в стадии склероза.

Далее продолжен прием BRAF/MEK-ингибиторов (Вемурафениб, Кобиметиниб).

Настоящая госпитализация для проведения реконструктивно-пластического этапа лечения.

Состояние при поступлении Тяжелое по основному заболеванию.

Проведённые инструментальные/лабораторные обследования 26-08-2019 13:51

Клинический анализ крови с дифференциальным подсчетом лейкоцитов (CBC+6 (5) DIFF))--Лейкоциты (WBC): 6.68 [10^9 /л]; Эритроциты (RBC): 4.54 [10^{12} /л]; Гемоглобин (HGB): 122 [г/л]; Гематокрит (HCT): 36.4 [%]; Средний объем эритроцита (MCV): 80.2 [фл]; Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH): 26.9 [пг]; Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC): 335 [г/л]; Тромбоциты (PLT): 272 [10^9 /л]; Относительная ширина распределения эритроцитов по объему, стандартное отклонение (RDW-SD): 61 [фл]; Относительная ширина распределения эритроцитов по объему, коэффициент вариации (RDW-CV): 21.8 [%]; Относительная ширина распределения тромбоцитов по объему (PDW): 10.5 [фл]; Средний объем тромбоцита (MPV): 9.7 [фл];

Коэффициент больших тромбоцитов (P-LCR): 23.1 [%]; Тромбокрит (PCT): 0.26 [%]; Нейтрофилы, абсолютное количество (NEUT#): 4.11 [10^9 /л]; Нейтрофилы, относительное содержание (NEUT%): 61.6 [%]; Лимфоциты, абсолютное количество (LYMPH#): 1.39 [10^9 /л]; Лимфоциты, относительное содержание (LYMPH%): 20.8 [%]; Моноциты, абсолютное количество (MONO#): 0.78 [10^9 /л]; Моноциты, относительное содержание (MONO%): 11.7 [%]; Эозинофилы, абсолютное количество (EO#): 0.37 [10^9 /л]; Эозинофилы, относительное содержание (EO%): 5.5 [%]; Базофилы, абсолютное количество (BASO#): 0.03 [10^9 /л]; Базофилы, относительное содержание (BASO%): 0.4 [%]; Незрелые гранулоциты, абсолютное количество (IG#): 0 [10^9 /л]; Незрелые гранулоциты, относительное содержание (IG%): 0 [%];

26-08-2019 15:25 Общеклиническое исследование мочи (ОАМ, определение физических свойств, химического состава, микроскопического изучения осадка)--Цвет: светло-желтый; Прозрачность: прозрачная; Относительная плотность: 1.011; pH: 5.5; Белок: 0.1 [г/л]; Глюкоза: в норме [ммоль/л]; Кетоны: не обнаружены; Уробилиноген: не обнаружены; Билирубин: не обнаружен; Нитриты: не обнаружены; Лейкоциты: не обнаружены; Эритроциты: не обнаружены; Эритроциты (осадок мочи): 0.5 [в пз]; Лейкоциты (осадок мочи): 0.4 [в пз]; Плоский эпителий (осадок мочи): 0.2 [в пз]; Цилиндры гиалиновые (осадок мочи): 0 [в пз]; Бактерии (осадок мочи): 5.1 [10^3 /мл]; Кристаллы (осадок мочи): 0 [в пз]; Дрожжи (осадок мочи): 0 [в пз]; Круглый эпителий (осадок мочи): 0 [в пз]; Патологические цилиндры (осадок мочи): 0 [в пз]; Слизь (осадок мочи): 0; Сперматозоиды (осадок мочи): 0 [в пз]; Проводимость (осадок мочи): 11.3 [мС/см];

26-08-2019 15:38 Группа крови, резус принадлежность, фенотип системы Резус (Rh: C, c, E, e, Cw), Келл 1, Келл 2 (первичное определение группы крови, фенотипа Резус-фактора, антигенного профиля (при госпитализации))--Определение группы крови по системе Келл: Отрицательный; Определение антигена k (Челано): Положительный; Определение высокоиммуногенного антигена Cw: Отрицательный; Определение резус-фактора: Положительный; Определение групповой принадлежности по системе ABO: Группа A (II); Определение фенотипа системы Резус: C(+)c(+)E(-)e(+);

26-08-2019 16:43 Гемостаз Мини (фибриноген, протромбиновый индекс по Квику, МНО, протромбиновое время, определение активированного частичного тромбопластинового времени, тромбиновое время)--Фибриноген по Клауссу: 3.97 [г/л]; Протромбин (активность по Квику): 88 [%]; Международное нормализованное отношение (МНО): 1.1; Протромбиновое время: 12.8 [сек]; Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ): 82.8 [сек]; Тромбиновое время (ТВ): >200 [сек];

27-08-2019 11:18 Госпитальный скрининг (4 теста): HBsAg, определение суммарных антител к вирусу гепатита С, суммарных антител к *Treponema pallidum*, определение комплекса антиген/антитело к ВИЧ-1/2 --HBsAg (комплект 3) (Вектор-Бест): ОТП~0.34 [(S/CO)]; HIV-1/2 скрининг Ag/At (комплект 2) (Вектор-Бест): ОТП~0.09 [(S/CO)]; анти-HCV (суммарные) комплект 2 (Вектор-Бест): ОТП~0.08 [(S/CO)]; Сифилис суммарные At (комплект 2) (Вектор-Бест): ОТП~0.05 [(S/CO)];

26-08-2019 16:43 Гемостаз Мини (фибриноген, протромбиновый индекс по Квику, МНО, протромбиновое время, определение активированного частичного тромбопластинового времени, тромбиновое время)--Фибриноген по Клауссу: 3.97 [г/л]; Протромбин (активность по Квику): 88 [%]; Международное нормализованное отношение (МНО): 1.1; Протромбиновое время: 12.8 [сек]; Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ): 82.8 [сек]; Тромбиновое время (ТВ): >200 [сек];

МСКТ головы, мягких тканей шеи, грудной клетки с контрастом--Доза (мЗв): 55.71; Заключение: Голова: Состояние после резекции верхней челюсти справа от 02.04.2013 г., резекции правой верхней челюсти, удаления опухолевых узлов правой подвисочной и крылонебной ямки от 21.01.2015 г., резекции венечного отростка нижней челюсти, пластической реконструкции полости носа и преддверия полости рта от 29.12.2016 г., лимфаденэктомии на шее справа (I-III группы), удаление опухоли парафарингеальной области с резекцией нижней челюсти и реконструкцией титановой пластиной от 24.09.2018.

Выраженные послеоперационные изменения. Единичные шейные л/у пограничных размеров.

ОГК: Торакоскопия слева, удаление очагов левого легкого
очаги в паренхиме обоих легких; Описание: Исследование выполнено по стандартной методике с последующими реконструкциями в сагиттальной и фронтальной плоскостях.

Состояние после резекции верхней челюсти справа от 02.04.2013 г., резекции правой

верхней челюсти, удаления опухолевых узлов правой подвисочной и крылонебной ямки от 21.01.2015 г., резекции венечного отростка нижней челюсти, пластической реконструкции полости носа и преддверия полости рта от 29.12.2016 г., лимфаденэктомии на шее справа (I-III группы), удаление опухоли парафарингеальной области с резекцией нижней челюсти и реконструкцией титановой пластиной от 24.09.2018 г..

В подвисочной ямке с переходом в подчелюстную область справа определяются выраженные послеоперационные изменения, на фоне которых четко не дифференцируются анатомические составляющие данных областей. На фоне артефактов от металла и послеоперационных изменений достоверно остаточная опухоль не определяется.

В заднешейной области справа и подчелюстных областях определяются единичные л/у размером до 9-10 мм.

ОГК:

Торакоскопия слева, удаление очагов левого легкого

В левом легком сохраняются 2 очага уплотнения легочной ткани - im 157 размером 1,2 мм, im 88 размером 4 мм

Справа: im 173 размером 2,4 мм, im 154 размером 6x5 мм, im 86 размером 4x5 мм, im 69 размером 1,8 мм, участки уплотнения по ходу сосудов S8 размером до 2 мм im 82/83, немногочисленные участки уплотнения междольной плевры

Трахея и крупные бронхи проходимы, просветы их не деформированы, стенки не изменены.

Жидкости в плевральных полостях и полости перикарда нет. В средостении определяются единичные не увеличенные лимфатические узлы.

В подмышечных областях визуализируются немногочисленные лимфатические узлы размерами от 3 до 7 мм.

На исследованном уровне участков патологической плотности и деструкции в костях не выявлено.

; Контраст: Ультравист 370 - 100 мл Вес пациента: 56 кг. Количество введенного контраста: 90 мл. Скорость введения: 3 мл./сек. Место введения: локтевая вена Согласие на введение контрастного препарата получено. Во время введения контрастного препарата патологических реакций не выявлено.; null Вес пациента: 56 кг. Количество введенного контраста: 90 мл. Скорость введения: 3 мл./сек. Место введения: локтевая вена Согласие на введение контрастного препарата получено. Во время введения контрастного препарата патологических реакций не выявлено.; null Ультравист 370 - 100 мл.

Терапия

Результаты лечения 29-08-2019 11:44 Клинический анализ крови с дифференциальным подсчетом лейкоцитов (CBC+6 (5) DIFF)--Лейкоциты (WBC): 5.54 [10^9 /л]; Эритроциты (RBC): 4.44 [10^{12} /л]; Гемоглобин (HGB): 119 [г/л]; Гематокрит (HCT): 35.9 [%]; Средний объем эритроцита (MCV): 80.9 [фл]; Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH): 26.8 [пг]; Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC): 331 [г/л]; Тромбоциты (PLT): 252 [10^9 /л]; Относительная ширина распределения эритроцитов по объему, стандартное отклонение (RDW-SD): 61.6 [фл]; Относительная ширина распределения эритроцитов по объему, коэффициент вариации (RDW-CV): 21.7 [%]; Относительная ширина распределения тромбоцитов по объему (PDW): 10.8 [фл]; Средний объем тромбоцита (MPV): 10.1 [фл]; Коэффициент больших тромбоцитов (P-LCR): 25.7 [%]; Тромбоцит (PCT): 0.26 [%]; Нейтрофилы, абсолютное количество (NEUT#): 2.77 [10^9 /л]; Нейтрофилы, относительное содержание (NEUT%): 50 [%]; Лимфоциты, абсолютное количество (LYMPH#): 1.43 [10^9 /л]; Лимфоциты, относительное содержание (LYMPH%): 25.8 [%]; Моноциты, абсолютное количество (MONO#): 0.88 [10^9 /л]; Моноциты, относительное содержание (MONO%): 15.9 [%]; Эозинофилы, абсолютное количество (EO#): 0.42 [10^9 /л]; Эозинофилы, относительное содержание (EO%): 7.6 [%]; Базофилы, абсолютное количество (BASO#): 0.04 [10^9 /л]; Базофилы, относительное содержание (BASO%): 0.7 [%]; Незрелые гранулоциты, абсолютное количество (IG#): 0.01 [10^9 /л]; Незрелые гранулоциты, относительное содержание (IG%): 0.2 [%];

Катетеры Имплантируемый порт - 16.02.2018 (REF: 4433742)

Заключение На момент госпитализации данных за прогрессию заболевания не получено. Пациент выписывается в удовлетворительном состоянии, даны рекомендации по дальнейшему реконструктивно-пластическому лечению.

В контакте с инфекционным больным Не был(а)

Доза облучения накопленная за текущую госпитализацию и предыдущие

госпитализации (МЗв) 55,71

Рекомендовано 1. Продолжить строгое динамическое наблюдение по поводу основного заболевания.

2. Даны рекомендации по дальнейшему реконструктивно-пластическому лечению.

Исход госпитализации: **выписан**

Результат госпитализации: **без перемен**

В контакте с инфекционным больным: **не был(а)**

Листок нетрудоспособности: **Не требуется.**

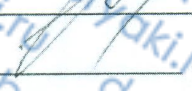
Лечащий врач:

 Бабаскина Н. В.

Заведующий отделением:

 Грачев Н. С.

Главный врач:

 Литвинов Д. В.