МИБС МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ имени БЕРЕЗИНА СЕРГЕЯ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Общество с ограниченной ответственностью
«Лечебно-диагностический центр
Международного института
биологических систем
имени Сергея Березина»
Юрид. 194354, РФ, г. Санкт-Петербург,
ул. Есенина, д. 2, корп. 3, лит А,
ОГРН 1137800003448
ИНН 7802260931 КПП 780201001
Тел.: +7 (812) 244-04-14, Факс: +7 (812)-244-04-15
Лицензия на медицинскую
деятельность № ЛО-78-01-002765

Медицинское заключение

Осмотр онколога

Фамилия, Имя, Отчество:	Филатова Елизавета Олеговна
Дата рождения:	26.07.2007
Пол:	Ж
Наименование услуги:	Консультация онколога, профессора, д.м.н. Желудковой О.Г.

Диагноз: Медуллобластома (классический вариант) червя мозжечка и IV желудочка. Окклюзионная гидроцефалия. Состояние после удаления опухоли. Стадия R+M0. Состояние после лучевой терапии с параллельной химиотерапией по протоколу ХИТ МЕД 2017. Полный эффект. Состояние после 6 циклов поддерживающей ПХТ. Прогрессирование болезни – метастазирование по оболочкам головного и спинного мозга. Состояние после ВНШ. Состояние после 3-х циклов противорецидивной ПХТ. Субтотальный регресс метастазов. Состояние после 1 цикла противорецидивной ВДХТ с аутоПСК с и/в введением Этограя. Остатки мтс в грудном отделе на уровне Th9 позвонка. На фоне метрономной ПХТ по протоколу МЕММАТ. Прогрессирование болезни – метастазирование по оболочкам спинного мозга. Состояние после повторной лучевой терапии, цикловой МХТ Темодал. Полный эффект. Стабилизация болезни.
Левосторонний гидроторакс.
Амплификация myc и mycn не обнаружена.
Молекулярная группа WNT. Мутация TP53 не выявлена.
Симптоматическая структурная эпилепсия.
Полинейропатия периферическая
Гипотиреоз вторичный
Носитель резервуара Оммайя

Жалобы: шаткость при ходьбе, самостоятельно не ходит
Анамнез: Больна с июня 2018 года когда появилась шаркающая походка.
В начале июля 2018г.появилось дрожание в левой руке, присоединилась шаткость.
08.07.2018 госпитализирована в МДГКБ по СМП в связи с нарастающей слабостью в левых конечностях.
При МРТ головного мозга от 08.07.18г: выявлена опухоль 4-го желудочка,окклюзионная гидроцефалия.
11.07.18 выполнена операция – частичное удаление опухоли 4 желудочка.
Гистологический результат– медуллобластома, классический тип,WHO gradeIV.
При МРТ ЦНС 12.07.18 – признаки п\о изменений в области 4 желудочка и прилежащих отделов ствола мозга и мозжечка, на фоне которых достоверно судить о наличии или отсутствии остаточной опухоли не представляется возможным. Признаки пневмоцефалии, внутренней гидроцефалии, состояние п\шунтирования.

Настоящее заключение не является клиническим диагнозом и требует интерпретации лечащим врачом

Первый в РФ Центр Протонной Терапии **www.ldc.ru**
Хирургическое лечение
Онкологическая Клиника МИБС: гамма-нож, кибер-нож, лучевая терапия, химиотерапия, патоморфологическая лаборатория
Лучевая диагностика и второе мнение **+7(812)244-31-21**
+7(812)244-00-24
Поликлиническое отделение **+7(812)244-08-40**
Отделение видео-ЭЭГ мониторинга, эпилептологии и сомнологии **+7(812)244-04-22**

При МРТ спинного мозга 18.07.2018- метастатического поражения спинного мозга и его оболочек не обнаружено.

Цитологическое исследование спинномозговой жидкости от 27.07.18- опухолевые клетки не обнаружены.

МРТ головного и спинного мозга 08.08.2018- определяется остаточная опухоль в области ствола мозг и в нижних отделах послеоперационной полости. МТС в структурах головного и спинного мозга не обнаружены.

15.08.18 госпитализирована в РНЦРР для проведения лучевой терапии

Консультация проф Желудковой О.Г 06.09.18: Учитывая гистологический диагноз, возраст пациента, отсутствие мтс по данным МРТ, рекомендовано проведение химиолучевой терапии по протоколу ХИТ-2017. На первом этапе в связи с большой остаточной опухолью необходимо проводить стандартные дозы краниоспинального облучения СОД 16 Гр, буст на ЗЧЯ СОД 55Гр, буст на остаточную опухоль до СОД 60Гр. Параллельно с ЛТ рекомендована ХТ ВК 1,8мг/м2 еженедельно в течение всего периода ЛТ. Для проведения лучевой терапии с параллельной ХТ рекомендована госпитализация в РНЦРР.

Биохимия крови от 16.08.18: Билирубин общий4.70Общий белок 74.70 Мочевина3.30 Креатинин65.79 АСТ24.90 АЛТ13.40 Кальций 2.53 Железо11.70 Глюкоза 5.00 С-РБ 0.20.

ОАК 05.09.18: Гемоглобин110.0 Эритроциты 3.6 Лейкоциты 5.0 Тромбоциты 371.0 Нейтрофилы 4.1

ОАМ от 03.09.18 цвет желтый, прозрачная, относительная плотность 1.026 реакция РН 7, белок – отр, глюкоза - отр, кетоновые тела – отр, билирубин –отр, уробилиноиды 3.2 мкмоль/л. Лейкоциты отрицательно, эритроциты-отрицательно.

Конс окулиста 22.08.18: Жалобы на: низкое зрение вдаль. Результаты обследования: VIS OU 0.2sph-1.5D=0.8-0.9 ВГД пневмо OD 13 OS 15. Осмотр. Вынужденный наклон головы вправо. Нистагм в покое горизонтальный мелкоразмашистый, а также во всех крайних отведениях. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, без признаков отека. Артерии сужены, вены расширены, извиты (OS>OD). Макула без патологических изменений. Периферия с узким зрачком без патологических изменений. Диагноз основного заболевания: H52.1 Миопия слабой степени OU. Диагноз сопутствующий: H35.0 Ангиопатия сетчатки OU.

Невролог 29.08.18: На момент осмотра новых жалоб нет. Неврологический статус без отрицательной динамики. Нарастания бульбарного синдрома клинически не выявлено (остается легкая девиация языка влево при высовывании, исчезающая - в полости рта). По- сравнению с осмотром невролога от 22.08.18 - некоторая положительная динамика - самостоятельно дошла из отделения (!).

Отоларинголог 28.08.2018 Жалобы на: затруднение проглатывания пищи. Осмотр: ЛОР-статус: Область головы и шеи без особенностей. Проекции околоносовых пазух при пальпации безболезненны. Нос: носовое дыхание не затруднено. Преддверие носа свободное. Носовая перегородка по средней линии. Слизистая розовая, влажная. Патологического отделяемого нет. Глотка - открывание рта не затруднено. Глоточный рефлекс сохранен. Имеется слабо выраженная девиация языка влево, слабо выраженная ассимметрия(провисание) мягкого неба справа. Слизистая задней стенки глотки розовая,

влажная. Небные дужки, язычок контурируются. Миндалины справа 1 ст., слева 2 ст., лакуны расширены, содержимого нет. Гортань - дыхание свободное. Голос звучный. Непрямая ларингоскопия не проводилась. Уши AS=AD. Ушная раковина не изменена. При отоскопии - наружный слуховой проход широкий, свободный. Барабанная перепонка перламутрово - серая, опознавательные знаки визуализируются. Заушная область не изменена, безболезненна. Шепотная речь 6/6 метров. J35.0 Хронический тонзиллит.

С 20.08.18 по 03.10.18 получила 3D конформную лучевую терапию в объеме КСО СОД 35,2 Гр, буст на ложе опухоли до СОД 55 Гр на линейном ускорителе под контролем EPID изображений.С 30.08.18 параллельно с ЛТ получила МХТ Винкристин 1.8 мг, всего получила 5 введений, последнее 27.09.18.

Сопроводительная терапия: дексаметазон 4 мг в/м 2 раза в день в первые 2 дня ЛТ, далее получала дексаметазон перорально по 1,5 мг/сут (2+1), снижает по ¼ каждые три дня,Омез перорально на ночь, ондансетрон 4 мг утром. При снижении дексаметазона до 0,25 мг отмечалась повторная рвота, повторно получила 4 мг дексаметазона.

Б/х крови от 06.08.18 - Билирубин общий 4.7 Билирубин прямой 0.6 Общий белок 74.7 Альбумин 44.1 Мочевина 3.3, Креатинин 65.8 АСТ 24.9 АЛТ 13.4 Калий 4.3 Кальций 2.5 Магний 0.9 Натрий138.9 Хлориды 102.9 Железо 11.7 Глюкоза 5.0, С-реактивный белок 0.2.

Консультация проф Желудковой О.Г 27.09.18: Через 5 недель после окончания лучевой терапии рекомендовано повторить МРТ головного мозгабез и с КУ. При отсутствии прогрессирования болезни рекомендовано спустя 6 недель после окончания ЛТ проведение ПХТ по протоколу ХИТ-2017 (винкристин, ломустин, цисплатин). Планируется 8 циклов ПХТ с интервалом 6 недель. **Начало ПХТ планировать 14-15.11.18.** ПХТ проводить в МДГКБ под наблюдением онколога.

МРТ ЦНСс и без КУ от 06.11.18- При сравнении с МРТ от 08.08.18- ранее описанный участок изменения по заднему контуру в левой ножке среднего мозга частично регрессировал (постгеморрагические изменения). Кистозно-глиозные изменения мозжечка по ходу п\о доступа, форма и размеры 4-го желудочка без отрицательной динамики. Данных за остатки опухоли нет. Признаков метастазирования в спинной мозг не выявлено.

УЗИ ОБП от 06.11.18: Диффузные изменения поджелудочной железы. Пиелокаликоэктазия справа, незначительная дилатация проксимального отдела правого мочеточника.

Консультация профессора Желудковой О.Г. от 12.11.18 - Учитывая гистологический диагноз, объем проведенной терапии и достигнутый эффект, рекомендовано спустя 6 недель после окончания ЛТ проведение ПХТ по протоколу ХИТ-2017 (винкристин, ломустин, цисплатин). Планируется 8 циклов ПХТ с интервалом 6 недель.

С 15.11.18 по 28.06.19 получила 6 циклов поддерживающей ПХТ по протоколу ХИТ МЕД 2017.

МРТ ЦНС от 14.01.19 – сохраняются п/о изменения в ЗЧЯ, данных за остатки/рецидив опухоли нет. При исследовании спинного мозга мтс не обнаружены.

МРТ ЦНС 25.04.19сохраняются послеоперационные изменения в ЗЧЯ. Данных за остатки опухоли нет. По исследованию спинного мозга МТС не обнаружены.

МРТ ЦНС 11.07.19 сохраняются послеоперационные изменения в ЗЧЯ. Данных за остатки опухоли нет. По исследованию спинного мозга МТС не обнаружены. По сравнению с МРТ от 25.04.19 без отрицательной динамики.

С июля 2019 находилась на динамическом наблюдении.

ОАК 10.07.19: Лей 1,8; Гемог88; Тр. 153.

УЗИ от 13.06.19: эхографические признаки пиелокаликоэктазии справа.

ЭКГ от 14.06.19: Ритм предсердный, аритмия, периодически брадикардия. Вертикальное положение ЭОС.

УЗИ органов брюшной полости от 16.10.19: Эхографические признаки увеличения диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы.

УЗИ почек, надпочечников и забрюшинного пространства от 16.10.19: Эхографические признаки асимметрии линейных размеров почек, умеренной каликоэктазиисправа.

ЭКГ от 17.10.19: Миграция водителя ритма, ЧСС 93-103уд/мин: Миграция водителя ритма ; ритм регулярный . Вертикальное положение электрической оси сердца.

ОАК от 16.10.19: WBC – 5.10 Hb – 132 PLT-197.

Б/х крови от 16.10.19: об.белок – 82,10; билирубин – 7,60; креатинин – 63,00; мочевина – 6,50; глюкоза – 5.17; АСТ – 24,70; АЛТ – 18,20.

УЗИ почек, надпочечников и забрюшинного пространства от 16.10.19: эхо-признаки асимметрии линейных размеров почек, умеренной каликоэктазии справа.

МРТ ЦНС с КУ от 18.10.19: отрицательная динамика в виде появления множественных супра- и субтенториальных лептоменингеальных метастазов. Отрицательная динамика в виде нарастания окклюзионной гидроцефалии, прогрессии опухолевого роста с кровоизлияниями в неопластическую ткань, метастатическое поражение оболочек головного мозга. Дисфункция вентрикулярного дренажа.

25.10.19 установка вентрикуло-цистернального дренажа

МРТ ГМ от 18.10.19: По сравнению с предыдущим исследованием от 11.07.19 – отрицательная динамика в виде появления множественных супра – и субтенториальных лептоменингеальных метастазов.

МРТ спинного мозга от 18.10.19: МР – картина мтс поражения оболочек спинного мозга и конского хвоста.

КТ ГМ от 28.10.19: По сравнению с предыдущим исследованием от 18.07.19– отрицательная динамика в виде нарастания окклюзионной гидроцефалии, прогрессии опухолевого роста с кровоизлияниями в неопластическую ткань, метастатическое поражение оболочек головного мозга. Дисфункция вентрикулярного дренажа?

МРТ головного мозга от 28.10.19: По сравнению с предыдущим исследованием от 18.10.19 – отрицательная динамика в виде нарастания внутренней гидроцефалии, с нарастанием размеров боковых желудочков, зоны перивентрикулярного отека с признаками окклюзии: сильвиев водопровод достоверно не прослеживается - перекрыт гипоинтенсивными на Т2 массами (вероятно сгустки крови) размерами до 12х16 мм.

28.10.19 выполнена операция – установка резервуара Оммайя.

КТ ГМ от 30.10.19: состояние после установки резервуара Оммайя, ВПШ, КПТ затылочной области; постоперационная ликворная полость в ЗЧЯ со следами крови; Гидроцефалия. Метастатическое поражение оболочек и вещества головного мозга. В сравнении с КТ – исследованием от 28.10.19

Настоящее заключение не является клиническим диагнозом и требует интерпретации лечащим врачом

желудочковая система без видимой динамики. Появление геморрагического содержимого в постоперационной полости.

УЗИ брюшной полости на свободную жидкость от 30.10.19: Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Петли кишечника не расширены, перистальтика сохранена. Носитель ВПШ.

УЗИ брюшной полости на свободную жидкость от 31.10.19: При повторном осмотре свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Петли кишечника не расширены, перистальтика сохранена. Носитель ВПШ.

КТ ГМ от 30.10.19: КТ признаки состояния после установки резервуара Оммайя, ВПШ, КПТ затылочной области, постоперационная ликворная полость в ЗЧЯ со следами крови;Гидроцефалия. Метастатическое поражение оболочек и вещества головного мозга.

31.10.19 выполнена операция - вентрикуло-перитонеальное шунтирование.

УЗИ брюшной полости на свободную жидкость от 01.11.19: При повторном осмотре свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Петли кишечника не расширены, перистальтика сохранена. Носитель ВПШ.

КТ ГМ от 01.11.19: КТ – признаки увеличения объема геморрагического содержимого в 4желудочке. В остальном без отрицательной динамики.

УЗИ брюшной полости на свободную жидкость от 02.11.19: При повторном осмотре свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Петли кишечника не расширены, перистальтика сохранена. Носитель ВПШ.

С 02.11.19 по 28.11.19 получила 2 цикла противорецидивной ПХТ по протоколу ХИТ-РЕЦ 2005 с и/в введением Этограя.

УЗИ ОБП от 16.10.19: ЭХО-признаки увеличения диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы.

КТ ГМ от 30.10.19: КТ-признаки состояния после установки резервуара Оммайя, ВПШ, КПТ затылочной области, постоперационная ликворная полость в ЗЧЯ со следами крови. Гидроцефалия. Метастатическое поражение оболочек и вещества головного мозга.

ОАК от 17.11.19: Лейкоциты 0,80. Гемоглобин 64. Тромбоциты 37.

Б/Х крови от 18.11.19: Белок 62,10. Альбумин 34,60. Креатинин 47. Билирубин 9,30. ЛДГ 160. АСТ 36,10. АЛТ 83,50. ЩФ 93.

ЭКГ от 21.11.19: Синусовая тахикардия. Вертикальное положение ЭОС.

УЗИ ОБП от 22.11.19: ЭХО-признаки диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы, динамических изменений кишечника.

МРТ ГМ с КУ от 10.12.19: МР картина состояния после удаления медуллобластомы мозжечка, установки резервуара Оммая и шунтирующей системы с положительной динамикой по сравнению с предыдущим исследованием в виде уменьшения размеров желудочковой системы, а также отсутствия патологического контрастирования оболочек головного мозга. Участки структурных изменений в области ножек мозжечка и по заднему контуру Варолиевого моста, вероятно, постгеморрагического характера. Убедительных данных за остатки опухоли не выявлено.

МРТ СМ с КУ от 10.12.19: МР признаков метастазирования по оболочкам в шейном и грудном отделах спинного мозга не выявлено. Сохраняются очаговые изменения в телах позвонков Th6, Th7, Th8. Значительно уменьшились признаки метастазирования по оболочкам конуса спинного мозга и элементам конского хвоста. Правосторонний сколиоз.

Настоящее заключение не является клиническим диагнозом и требует интерпретации лечащим врачом

Избыточная жидкость в полости малого таза. Заключение: выраженная положительная динамика.

ЭЭГ от 10.12.19: при визуальной оценке генерализованный пик-полипик комплексов, часть из которых сопровождается миоклоническими приступами. Индекс ЭА-средний.

Невролог от 10.12.19: генерализованная, вероятно генетическая, миоклоническая эпилепсия. Рекомендовано: левитирацетам (левитинол) 6, 2 мл 2 раза в день. С 10.12.19 получает левитинол, миоклонии не повторялись.

Консультация проф Желудковой О.Г 17.12.19: Учитывая гистологический диагноз, объем проведенной терапии, рецидив с множественными мтс в структуры головного и спинного мозга, объем проведенной терапии и достигнутый субтотальный регресс мтс, эффективным в лечении является ВДХТс ауто-ПСК и и/в введением Этограя. Для достижения полного эффекта целесообразно провести 3-й цикл противорецидивной ПХТ. ВДХТ с ауто-ПСК целесообразно проводить после 3-х циклов ПХТ, планируется в 2020. Заключение направляется в отделение ТКМ Института Трансплантологии в Санкт-Петербурге для решения вопроса о проведении ВДХТ.

С 24.12.19 получила 3-й цикл противорецидивной ПХТ: 96 часовая инфузия вепезид + карбоплатин.

УЗИ ОБП от 15.01.20: Эхо-признаки диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы, стенок желчного пузыря, умеренной каликоэктазии справа. Косвенные признаки гастродуоденальной патологии.

МРТ ГМ и СМ с КУ от 18.01.20: И/о изменения в средне-медиальных отделах и правой ножки мозжечка. Убедительных данных за продолженный рост опухоли не выявлено. Признаков очаговых изменений и объемных образований на всем протяжении позвоночника не выявлено.

30.01.20 выполнен аферез ПГСК.

ЭКГ от 31.01.20: Синусовый ритм с ЧСС 87. Вертикальное положение ЭОС. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

ЭХО-КГ от 31.01.20 Камеры сердца сформированы правильно, имеют нормальные размеры. Систолическая и диастолическая функции в пределах нормы. Признаков ВПС, скопления жидкости в полости перикарда нет.

УЗИ ОБП от 31.01.20: Эхо-признаки диффузных изменений печени, поджелудочной железы. Каликоэктазия 1 ст правой почки, справа. Умерено выраженный метеоризм. Признаков свободной жидкости в полости брюшины нет.

УЗИ ОМТ от 31.01.20: дополнительных образований не выявлено. Небольшое количество жидкости в полости малого таза.

С 10.02.20 по 13.02.20 получила 1 цикл противорецидивной ВДХТ с ауто-ПСК по протоколу ХИТ-РЕЦ 2005 с и/в введением Этограя. 18.02.20 выполнена инфузия аутоГСК. Лечение перенесла удовлетворительно. Получает уреофальк, кеппру, биоптол.

ЭКГ от 27.03.20: Ритм предсердный ускоренный, аритмия. ЧСС 77-81. ЭОС отклонена вправо.

ОАК от 27.03.20: Лейкоциты 3,50. Гемоглобин 101. Тромбоциты 117.

Настоящее заключение не является клиническим диагнозом и требует интерпретации лечащим врачом

Б/Х крови от 27.03.20: ЩФ 223, АЛТ 81,50. АСТ 67,10. ЛДГ 215. Билирубин 6,0. Креатинин 58. Мочевина 4,70. Альбумин 40,50. Белок 80,20.

Невролог от 27.03.20: без патологии.

ЭЭГ от 30.03.20: Эпилептиморфная активность не зарегистрирована.

МРТ ГМ с КУ от 29.03.20: при сравнении с МРТ от 18.01.20 сохраняется без изменений п/о полость в ЗЧЯ. Ранее выявленные участки измененного МР-сигнала сохраняются в прежних размерах и формы: в обоих ножках мозжечка, нижне-медиальном отделе мозжечка, в межножковой цистерне, в переднем отделе левой и правой височной доли, Варолиевом мосту. После КУ признаков патологического накопления КВ не выявлено.

МРТ СМ с КУ от 29.03.20: Паравертебральные мягкие ткани на уровне исследования без особенностей. После КУ определяются мелкие линейные участки накопления в грудном отделе спинного мозга – реактивные изменения? мтс?

Консультация проф Желудковой О.Г 06.04.20: Учитывая гистологический диагноз и молекулярную группу, объем проведенной терапии, рецидив с множественными мтс в структуры головного и спинного мозга, объем проведенной ПХТ и достигнутый эффект для решения вопроса о проведении метрономной ПХТ рекомендовано: пересмотреть томограммы в референсном учреждении в НМИЦНХ Бурденко (к.м.н. Шульц Е.И); Диагностическая люмбальная пункция с определением опухолевых клеток в ликворе (ликвор на исследование отправить в ФНКЦДГОИ, Мария Эдуардовна). Планируется проведение метрономной ПХТ по протоколу MEMMAT.

Томограммы консультированы в НМИЦНХ Бурденко 08.04.20 к.м.н. Шульц Е.И – Состояние после комбинированного лечения медуллобластомы 4 желудочка и метастатического процесса. Положительная динамика. Подозрительные на остаточные фрагменты участки мтс в спинном мозге на уровне тела Th9 позвонка. Рекомендации: МРТ грудного отдела позвоночника с КУ (обязательно выполнение срезов в аксиальной проекции!).

Цитологическое исследование люмбального ликвора от 13.04.20: клеточных элементов не обнаружено. Цитоз 5.50, эритроциты 108. Опухолевые клетки не обнаружены.

МРТ СМ (один отдел) с КУ от 14.04.20: На уровне Th1- Th12 позвонков определяются участки накопления КВ на уровне Th9 размерами 0.3x0.3x0.4см и 0.4x0.3x0.4см. Другие участки накопления КВ не выявлены. Заключение: Вышеописанные участки накопления КВ на уровне Th9 в большей степени соответствуют остаточным лептоменингеальным мтс.

Консультация проф Желудковой О.Г 16.04.20: Учитывая гистологический диагноз и молекулярную группу, объем проведенной терапии, рецидив с множественными мтс в структуры головного и спинного мозга, объем проведенной ПХТ и достигнутый не полный эффект рекомендовано проведение метрономной ПХТ с и/в введением Этограя и цитозара.

МРТ СМ с КУ от 14.04.20: На уровне Th1-Th12 позвонков определяются участки накопления контрастного препарата, на уровне Th9 размерами 0,3x0,3x0,4 см и 0,4x0,3x0,4 см. Другие участки накопления контрастного препарата не выявлены. Дуральный мешок не деформирован. МР-сигнал от губчатого вещества тел грудных позвонков неоднородный за счет участков перестройки костной структуры – вероятно, посттлучевые изменения. Соотношения высоты тел грудных позвонков не изменено. МР-сигнал от м/п дисков не

изменен, дифференциация ядер и колец не нарушена. Высота м/п дисков не снижена. Убедительные признаки компрессии корешков спинномозговых нервов не выявлены.

С 22.04.20 получает метрономную ПХТ по протоколу МЕММАТ с и/в введением ХП: талидомид 100мг, целекоксиб 300мг, фенофибрат 100мг, этопозид 40 мг, эндоксан 50мг; и/в этограй и цитозар в чередовании. Талидомид редуцирован на 50% с 30.06.20.

ЭКГ от 06.05.20: ритм предсердный с ЧСС 55-80. Аритмия, периодически брадикардия. Вертикальное положение ЭОС. Умеренные диффузные изменения в миокарде, вероятно электролитного характера, ЭКГ-признаки дефицита К.

УЗИ ОБП от 02.06.20: эхо-признаки диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы, стенок желчного пузыря, умеренной каликоэктазии справа.

ОАК от 02.06.20: Гемоглобин 105. Лейкоциты 1,90. Тромбоциты 140.

Б/Х крови от 02.06.20: ЩФ 133. Альфа-амилаза 58,30. АЛТ 94,90. ЛДГ 173. АСТ 70,90. Кальций 2,40. Калий 4,1. Глюкоза 4,50. Натрий 140. Билирубин 8,50. Креатинин 71. Альбумин 39,30. Мочевина 6,0. Белок 71,80.

Невролог от 02.06.20: в неврологическом статусе отмечается некоторое нарастание очаговой неврологической симптоматики.

ЭКГ от 03.06.20: синусовая аритмия, периодически брадикардия. Вертикальное положение ЭОС. Умеренные диффузные изменения в миокарде, вероятно электролитного характера, ЭКГ-признаки дефицита К.

МРТ СМ с КУ от 22.06.20: по сравнению с МРТ от 14.04.20 ранее описанные участки накопления контрастного препарата на уровне Th9 менее выражено накапливают КВ (остаточные лептоменингеальные mts? Глиоз?).

С 22.07.20 нарасли атаксия, появились непроизвольные сокращения левой нижней конечности, недержание мочи в ночное время.

ЭЭГ от 23.07.20: основная активность сформирована по возрасту, нередко дезорганизована диффузной медленноволновой активностью тета-дельта диапазона, с преобладанием по левому полушарию. Медленные формы активности регистрируются широко, диффузно, нередко доминируют в виде колебаний тета-, реже дельта-диапазона , по амплитуде нередко превышают основную активность в виде коротких диффузных вспышек, без четкой латерализацию. По ходку записи регистрируются диффузные медленно-волновые компоненты преимущественно дельта диапазона с преобладанием по левому полушарию. Эпилептиформная активность не зарегистрирована.

ОАК от 28.07.20: Гемоглобин 110. Лейкоциты 2,70. Тромбоциты 127.

Б/Х крови от 29.07.20: Калий 5,0. АСТ 56,90. Глюкоза 4,82. ЩФ 185. Мочевина 6,0. Альбумин 38,10. АЛТ 109. Креатинин 60. ЛДГ 163.Кальций 2,12. Белок 69,40. Билирубин 7,50. Натрий 139.

ЭКГ от 30.07.20: синусовая аритмия, периодически брадикардия. Вертикальное положение ЭОС. Нарушение проведения по правой ножке пучка Гиса.

Невролог от 30.07.20: динамическое наблюдение.

УЗИ ОБП от 30.07.20: эхо-признаки диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы, стенок желчного пузыря, умеренной каликоэктазии справа.

Настоящее заключение не является клиническим диагнозом и требует интерпретации лечащим врачом

МРТ ГМ и СМ с КУ от 30.07.20: В левой теменной области отмечается зона артефактов от шунтирующей системы. При сравнении с предыдущим исследованием, сохраняется без изменений п/о полость в задней черепной ямке. Сохраняются ранее выявленные участки пониженного МР-сигнала (отложения гемосидерина), локализованные в обоих ножках мозжечка, нижне-медиальном отделе мозжечка, в межножковой цистерне, в переднем отделе левой и правой височной доли, Варолиевом мосту. Определяется пузырек воздуха в переднем роге правого бокового желудочка. После в/в контрастирования признаков патологического накопления контрастного препарата в веществе головного мозга не выявлено. Сохраняется минимальное утолщение ГМО, с малоинтенсивным накоплением контрастного препарата. Желудочковая система прежних размеров. Боковые желудочки симметричны (D=S). Полость IV желудочка умерено расширена, деформирована за счет постманипуляционных изменений, размерами до 20-22мм. Ликвородинамика не нарушена. Мозолистое тело сохранено. Гипофиз в размерах не увеличен. Дифференциация на адено-и нейрогипофиз не нарушена. Тектальная пластинка не изменена. Шишковидная железа в размерах не увеличена. Область ММУ не изменена. Конвекситальные субарахноидальные пространства не расширены. Базальные цистерны обычного размера. Нижний край миндалин мозжечка расположен на уровне линии Чемберлена. На уровне Th1-Th12 позвонков определяются участки накопления контрастного препарата, на уровне Th9 размерами 3х3х4мм и 4х3х4мм. Другие участки накопления контрастного препарата не выявлены. Дуральный мешок не деформирован. МР-сигнал от губчатого вещества тел позвонков неоднородный за счёт участков перестройки костной структуры Соотношение высоты тел позвонков не изменено. МР-сигнал от межпозвонковых дисков не изменён, дифференциация ядер и колец не нарушена. Высота м/п дисков не снижена. Убедительные признаки компрессии корешков спинномозговых нервов не выявлены. По сравнению с МРТ от 14.04.20 без динамики.

Б/Х крови от 18.08.20: Билирубин 8,90. Глюкоза 5,47. Креатинин 78. ЛДГ 216. ЩФ 148. Мочевина 6,60. Калий 4,5. АСТ 139,20. Магний 0,76. Альбумин 3,10. Натрий 140. Кальций 2,27. Белок 67,10. АЛТ 161,90.

ОАК от 19.08.20: Гемоглобин 111. Лейкоциты 4,80. Тромбоциты 89.

Невролог от 26.08.20: энцефалопатия смешанного генеза. Атактический синдром. Тетрапарез, больше в ногах (до 1,5 баллов). Частичное нарушение функций тазовых органов.

МРТ ГМ с КУ от 27.08.20: сохраняются п/о изменения в ЗЧЯ. данных за рецидив опухоли нет.

МРТ СМ с КУ от 28.08.20: томограммы очень плохого качества с артефактами от шевеления. Судить о состоянии опухолевого процесса затруднительно.

Электромиография накожная от 28.08.20: регистрируется интерференционный тип кривой. В мышцах стоп регистрируются низкоамплитудные синхронизированные потенциалы фасцикуляций. Скорость проведения импульсов по сенсорным волокнам снижена на 40-45%. Заключение: Грубое снижение амплитуды суммарной кривой. Заинтересованность мотонейронов на пояснично-крестцовом уровне. Изменение функционального состояния периферических нервов по демиелинизирующему типу. Порог возбудимости периферических нервов резко повышен.

Настоящее заключение не является клиническим диагнозом и требует интерпретации лечащим врачом

ОАК от 30.08.20: тромбоциты 144, гемоглобин 118, лейкоциты 4.9.

Невролог от 31.08.20 (Рассказчикова И.В): Общемозговых и менингеальных знаков нет. Крупноразмашистый горизонтальный нистагм. Скандированная речь. Периодические поперхивания. Нижний смешанный преимущественно центральный парапарез S>D. Активные движения сохранены преимущественно в проксимальных отделах нижних конечностей. Не сидит, не стоит. Недержание мочи непостоянное, иногда контролирует позыв. Позывы к дефекации сохранны. Заключение: нижний центральный парапарез S>D. Токсическая полинейропатия. Рекомендовано: берлитион 300мг 1 раз в день 1 мес, элькар 30% по 2 мл 3 раза в день 2 мес, нейромидин 20 мг ½ т 3 раза в день 1 мес.

ЭЭГ от 02.09.20: За время исследования эпилептических приступов и их ЭЭГ-паттернов не зарегистрировано.

Невролог от 04.09.20: Энцефалопатия смешанного генеза. Атаксический синдром. Тетрапарез, больше в ногах (до 4.5 баллов). Посттерапевтическая сенсо-моторная полинейропатия. Генерализованная миоклоническая эпилепсия. Рекомендовано: леветирацетам 750 мгх 2 раза в день, фолиевая кислота 1 мг 3 раза в день 1 мес, Элькар 1 мес.

МРТ СМ с КУ от 09.09.20: При дообследовании спинного мозга до и после КУ убедительных признаков узловых объемных образований не выявлено.

ОАК 10.09.20: лейкоциты 4,2, тромбоциты 132, гемоглобин 108.

Консультация томограмм в референсном центре НМИЦНХ Бурденко нейрорентгенологом к.м.н. Шульц Е.И 14.09.20: На сериях представленных на электронном носителе МРТ спинного мозга от 30.07.20 и 09.09.20 выполненных до и после КУ, выявляются участки гетерогенного контрастирования на уровне Th2- Th3 по задне-боковой поверхности справа и по оболочкам спинного мозга в шейном и поясничио-крестцовом (от Th11- Th12 и по корешкам конского хвоста) отделах. При анализе снимков отмечается отрицательная динамика в виде появления контрастирования по оболочкам спинного мозга и корешкам конского хвоста (более вероятно, вторичного генеза).

МРТ ЦНС от 1.10.2020: Визуализируется постоперационная деформация червя мозжечка и IV желудочка с наличием по периферии зоны глиозно-атрофических изменений и признаков отложения гемосидерина по ходу борозд, наиболее выражено в верхних отделах полушарий мозжечка, а также в области пластинки четверохолмия. По сравнению с МР исследованием от 27.08.20 без существенной динамики. На серии постконтрастных МР томограмм признаков патологического контрастирования в области постоперационных изменений не выявлено. Определяется диффузное контрастирование умеренно утолщенной ТМО на всем протяжении, наиболее выраженное по конвекситальной поверхности больших полушарий головного мозга. Заключение: Убедительных данных за продолженный рост образования в зоне постоперационных изменений не получено. Повышенное контрастирование утолщенной ТМО, стало более выраженным по сравнению с МР исследованием от 27.08.20.

При исследовании спинного мозга на уровне Th8-Th10 позвонков в структуре спинного мозга определяется участок неоднородного повышенного МР сигнала, веретонообразной формы, размером до 0.6х0,7см, протяженностью до 2,4см с признаками увеличения объема спинного мозга на этом уровне. По сравнению с МР исследованием от 27.08.20 и 09.09.20

без существенной динамики. На серии постконтрастных МР томограмм определяется неравномерное контрастирование по контуру спинного мозга на уровне Th1-Th12 с участками локального утолщения с контрастированием до 0,3см на уровне Th2-Th3 в задне-правых отделах, на уровне Th4-Th6 позвонков в задних отделах. А также неравномерное контрастирование по ходу корешков конского хвоста. Визуализируется неоднородное контрастирование зоны патологических изменений в структуре спинного мозга на уровне Th8-Th10. По сравнению с МР исследованием от 28.07.20 и 09.09.20 контрастирование по контуру спинного мозга стало более выраженным. Контрастирование в структуре спинного мозга на уровне Th8-Th10 не определялось. Заключение: МР картина лептоменингиального и интрамедуллярного распространения процесса.

С 14.10.2020 по 11.11.2020 получила протонную лучевую терапию в объеме КСО до СОД 30 Гр, последовательным бустом на область грудного, поясничного, крестцового отдела позвоночника до СОД 36 Гр, вторичного поражения оболочек спинного мозга на уровне Th1-Th12 и конского хвоста до СОД 40 Гр.

Невролог 15.12.2020: токсическая полинейропатия, токсическая энцефалопатия, смешанный парапарез. Рекомендовано: Мильгамма 1 таб 1 раз в день утром 1 мес, карнитон 500 м 1 таб 1 раз в день 10 дней, далее 1 таб 2 раза в день 1,5 мес; 2й курс кудесан 15 кап 2 раз в день 2 мес, нейромидин 20 мг ½ таб 3 раз в день 1 мес; ЭНМГ

ЭНМГ 23.12.2020: выраженная денервация мышц нижних конечностей с утратой произвольной активностей, доставерные моторные ответы сниженной амплитуды при стимуляции малоберцовых и большеберцовых нервов получены только с мышц голеней. С мышц стоп регистрируются крайне низкие ответы только при стимуляции большеберцовых нервов. Порог возбудимости нервов значительно повышен. Сенсорных ответов не получено. ЭНМГ картина поражения нервов поясничнo-крестцового сплетения аксонально-демиелинизирующего характера. По сравнению с результатами от 28.08.202 резко отрицательная динамика.

БАК 21.12.2020: ГГТ 176, АЛТ 116, АСТ 116,

МРТ ЦНС от 25.12.2020: МР картина состояние после комплексного лечения медуллобластомы (классический вариант) червя мозжечка и IV желудочка с 2017 г., после курса протонной ЛТ в объёме КСО с 14.10.2020 г. по 11.11.2020 г. Убедительных данных за рецидив образования в зоне постоперационных изменений не получено. Контрастирование умеренно утолщенной ТМО менее выражено по сравнению с МР исследованием от 01.10.2020 г. Сохраняются признаки неотчётливого контрастирования на уровне интраканальных отделов VIII, VII пар ЧМН с обеих сторон. **При исследовании спинного мозга** МР картина патологического контрастирования оболочек спинного мозга на уровне С7-Th12 позвонков, по ходу корешков конского хвоста и с признаками контрастирования вдоль задних корешков спиномозговых нервов (признаки лептоменингиального распространения процесса), без значимой динамики в сравнении с предыдущими данными от 01.10.2020 г. Интрамедуллярный участок патологического контрастирования в спинном мозге на уровне Th8-Th10 позвонков с увеличением размеров и нарастанием перифокального отёка в сравнении с данными от 01.10.2020 г., вероятно, за счет постлучевой реакции.

Настоящее заключение не является клиническим диагнозом и требует интерпретации лечащим врачом

С 29.12.20 по 1.12.21 получила 12 циклов МХТ Темодал 200мг в сутки. После 1 ц МХТ отмечалось поперхивание, повышенная потливость. В течение 5 дней отмечалась фебрильная лихорадка до 39 град. В анализе крови отмечали снижение тромбоцитов до 61, лейкоцитов 3,5.

Б/Х крови от 12.01.21: Натрий 138,87. Калий 4,47. Кальций 2,38. Глюкоза 4,1. АСТ 40. АЛТ 75. Мочевина 5. Креатинин 48. Билирубин 9.

Витамин Д от 12.01.21: 30,50.

Гормоны крови от 12.01.21: Т4 св 0,94. Т3 св 1,03. Кортизол 21,2. ТТГ 5,67.

ОАК от 15.02.21: Гемоглобин 100. Лейкоциты 4,9. Тромбоциты 91.

ЭЭГ мониторинг 16.02.21: регистрируется регионарная эпилептическая активность в виде редуцированных разрядов в левом височном регионе. Во сне регистрируются эпизоды открывания глаз, перебирания руками, причмокиваний.

Эпилептолог от 16.02.21: структурная фокальная эпилепсия, обусловленная постгеморрагическими изменениями полюса левой височной доли. Планируется коррекция АЭТ.

МРТ ГМ с КУ от 19.02.21: на левую лобно-теменную область наслаивается артефакт от шунтирующей системы. В сравнении с предыдущим исследованием отмечается появление диффузной зоны повышенного МР сигнала от видимых в зоне сканирования отделов спинного мозга с минимальным распространением на дистальные отделы продолговатого мозга. Отмечается постоперационная деформация червя мозжечка и IV желудочка с наличием выраженной перивентрикулярной зоны глиозно-атрофических изменений, распространяющейся на червь с отложением гемосидерина по ходу борозд мозжечка, наиболее выражено в верхних отделах полушарий мозжечка, в области пластинки четверохолмия (больше слева), на уровне предмостовой, межножковой цистерн. Супратенториально, в веществе мозга и в области желудочков также определяются фокусы отложений дериватов гемоглобина, самый крупный из которых на уровне полюса левой височной доли. Через лобные доли проходят шунты, дистальные отделы которых визуализируются в полости соответствующих боковых желудочков, с наличием перифокальных зон кистозно-глиозных изменений в лобных долях по ходу шунтирующих трэков. Боковые желудочки мозга не расширены. III желудочек шириной до 0,7 см. Базальные цистерны не изменены. Хиазмальная область без особенностей, ткань гипофиза имеет обычный сигнал. Субарахноидальное конвекситальное пространство и борозды расширены, наиболее выражено в области полушарий мозжечка. Срединные структуры не смещены. Миндалины мозжечка расположены обычно. На серии ДВИ и ИКД карте отчетливых участков с ограничением диффузии в области постоперационных изменений и в остальных отделах головного мозга не выявлено. На серии постконтрастных МР томограмм признаков патологического контрастирования в веществе мозга не выявлено. Складывается впечатление о невыраженном контрастировании вдоль оболочек на уровне интракаальных отделов VIII, VII пар ЧМН с обеих сторон без динамики в сравнении с предыдущим исследованием. Определяется диффузное контрастирование умеренно утолщенной ТМО на всем протяжении, наиболее выраженное по конвекситальной поверхности больших полушарий головного мозга. По сравнению с предыдущим МР исследованием контрастирование без существенной динамики. **Заключение:** МР картина состояние после комплексного лечения медуллобластомы (классический вариант) червя мозжечка и IV желудочка с 2017 г., после курса протонной ЛТ в объёме КСО с 14.10.2020 г. по 11.11.2020 г. Убедительных данных за рецидив образования в зоне постоперационных изменений не получено. В сравнении с предыдущим исследованием отмечается появление диффузной зоны повышенного МР сигнала от видимых в зоне сканирования отделов спинного мозга с минимальным распространением на дистальные отделы продолговатого мозга.

Настоящее заключение не является клиническим диагнозом и требует интерпретации лечащим врачом

вероятно, отёчного характера. Сохраняются признаки неотчётливого контрастирования на уровне интраканальных отделов VIII, VII пар ЧМН с обеих сторон, умеренно утолщенной ТМО.

МРТ СМ с КУ от 19.02.21: шейный лордоз выпрямлен, грудной кифоз сглажен, поясничный лордоз сохранен. На уровне Th7-Th10 позвонков в структуре спинного мозга сохраняется участок неоднородного МР сигнала, вытянутой формы, значительно увеличившимися размерами до 0,6x0,6x7,8 см (ранее до 0,5x0,6x3,6 см, последний размер вертикальный) с признаками умеренного увеличения объёма спинного мозга на этом уровне, а также со значительным нарастанием отёка спинного мозга, вовлекающего практически весь его длиник: на всем протяжении отмечается выраженное неравномерное повышение МР сигнала от спинного мозга, сопровождающееся утолщением последнего. Утолщение спинного мозга больше выражено выше и ниже участка, вероятно, подвергнувшегося бустерной ЛТ (?). После введения контрастного вещества отмечается выраженное неоднородное контрастирование преимущественно по периферии вышеописанного «пролеченного?» участка. На серии постконтрастных МР томограмм сохраняется неравномерное контрастирование по контуру спинного мозга на уровне C7-Th12 позвонков, с признаками контрастирования вдоль задних корешков спиномозговых нервов с участками локального утолщения до 0,3 см на уровне Th2-Th3 в задне-правых отделах, на уровне Th4-Th6 позвонков в задних отделах. А также сохраняется неравномерное контрастирование по ходу сближенных друг с другом корешков конского хвоста. Определяется повышенное контрастирование мягких тканейзадней по поверхности спины на уровне Th8-Th11. Высота м/п диска L5/S1 минимально снижена, интенсивность сигнала от него не изменена, высота остальных межпозвонковых дисков исследуемой зоны и сигналы от них не изменены. Просвет позвоночного канала обычный. По сравнению с предыдущим МР исследованием контрастирование по контуру спинного мозга прежней степени выраженности. Форма и размеры тел позвонков обычные, сигнал от костного мозга с явлениями выраженной жировой дегенерации, вероятно, постлучевого характера. **Заключение**: МР картина состояния после повторного курса протонной ЛТ (первый курс ЛТ от 2018 г.) в объеме КСО с 14.10.2020 по 11.11.2020, с последовательным бустом на область: грудного, поясничного, крестцового отдела позвоночника, вторичного поражения оболочек спинного мозга на уровне Th1-Th12 и конского хвоста.

ОАК от 12.05.21: Гемоглобин 94. Лейкоциты 3,5. Тромбоциты 107.

ОАМ от 14.05.21: Эпителий плоский: много. Лейкоциты 4-10-12. Лейкоциты полуколичественно 15. Эритроциты неизм. 0-1.

Б/Х крови от 14.05.21: Глюкоза 4,6. ЩФ 540. Амилаза 67. Креатинин 41. Билирубин 4. АЛТ 44. Кальций общ 1,85. Калий 4,55. Альбумин 34. АСТ 39. ЛДГ 148. Натрий 136,7. Мочевина 6,4. Белок 68.

Витамин Д от 14.05.21: 40,40.

ОАК от 03.06.21: Гемоглобин 95. Лейкоциты 2,5. Тромбоциты 98.

Б/Х крови от 03.06.21: ЩФ 813. Кальций общ 2,22. АСТ 98. Глюкоза 4,5. Мочевина 4,1. Амилаза 56. ЛДГ 189. Альбумин 34. **АЛТ 123.** Билирубин 4. Натрий 133,88. Креатинин 36. Калий 5. Белок 67.

Витамин Д от 03.06.21: 46,03.

МРТ ГМ и СМ с КУ от 18.06.21: в сравнении с предыдущим исследованием отмечается значительное уменьшение ранее визуализируемой диффузной зоны повышенного МР сигнала от видимых в зоне сканирования отделов спинного мозга с большим вовлечением продолговатого мозга. Отмечается постоперационная кистозная деформация червя мозжечка и желудочка с наличием выраженной перивентрикулярной зоны глиозно-атрофических

изменений, распространяющейся на червь с отложением гемосидерина по ходу борозд мозжечка, наиболее выражено в верхних отделах полушарий мозжечка, в области пластинки четверохолмия (больше слева), на уровне предмостовой, межножковой цистерн. Супратенториально, в веществе мозга и в области желудочков также определяются фокусы отложений дериватов гемоглобина, самый крупный из которых на уровне полюса левой височной доли. В сравнении с предыдущими данными отмечается стабилизация перифокальной зоны повышенного МР сигнала по периферии кистозно расширенного IV желудочка, обусловленной, вероятно, нарастанием постлучевых отечных изменений. Через лобные доли проходят шунты, дистальные отделы которых визуализируются в полости соответствующих боковых желудочков, с наличием перифокальных зон кистозно-глиозных изменений в лобных долях по ходу шунтирующих треков. Боковые желудочки мозга расширены: передние рога до 1,2 см на уровне передних рогов в области отверстий Монро, III-й желудочек шириной до 0,8 см (ранее до 1,1 см). Базальные цистерны не изменены. Хиазмальная область без особенностей, ткань гипофиза имеет обычный сигнал. Субарахноидальное конвекситальное пространство и борозды расширены, наиболее выражено в области полушарий мозжечка. Срединные структуры не смещены. Миндалины мозжечка расположены обычно. Отчетливых участков с ограничением диффузии в области постоперационных изменений и в остальных отделах головного мозга не выявлено. На серии постконтрастных МР томограмм признаков патологического контрастирования в веществе мозга не выявлено. Складывается впечатление о невыраженном контрастировании вдоль оболочек на уровне интраканальных отделов VIII, VI пар ЧМН с обеих сторон без динамики в сравнении с предыдущим исследованием. Определяется диффузное контрастирование умеренно утолщенной ТМО на всем протяжении, наиболее выраженное по конвекситальной поверхности больших полушарий головного мозга. По сравнению с предыдущим МР исследованием контрастирование без существенной динамики. Шейный лордоз выпрямлен, грудной кифоз сглажен, поясничный лордоз сохранен. S-образный сколиоз грудного и поясничного отделов позвоночника. На уровне Th7-Th10 позвонков структуре спинного мозга сохраняется участок неоднородного МР сигнала, вытянутой формы, несколько уменьшившимися размерами до 0,6x0,5x6,0 см (ранее до 0,6x0,6x8,3 см, последний размер вертикальный) с признаками некоторого увеличения объема спинного мозга на этом уровне, а также с перифокальным отёком спинного мозга, ранее вовлекающего практически весь его длинник выше и ниже участка, вероятно, подвергнувшегося бустериой ЛТ (?). В сравнении с предыдущим исследованием отмечается выраженное уменьшение отечных изменений спинного мозга (верхняя граница на уровне - С7 позвонка, ранее на уровне продолговатого мозга) После введения контрастного вещества сохраняется выраженное неоднородное контрастирование преимущественно по периферии вышеописанного «пролеченного?» участка с изменением конфигурации и с уменьшением размеров зоны контрастирования. Ранее определяемое неравномерное контрастирование по контуру спинного мозга на уровне С2-Th12 позвонковс вовлечением корешков спиномозговых нервов сохраняется, но его выраженность уменьшилась, сохраняется неравномерное контрастирование по ходу сближенных друг с другом корешков конского хвоста. Впервые выявленные при предыдущем исследовании данными в структуре спинного мозга единичные мелкие фокусы

Настоящее заключение не является клиническим диагнозом и требует интерпретации лечащим врачом

патологического контрастирования на уровне Th1-Th2 позвонков не определяются (постлучевая реакция). Сохраняется контрастирование мягких тканей по задней поверхности спины на уровне Th8-Th11 позвонков. Высота м/п диска L5/S1 минимально снижена, интенсивность сигнала от него не изменена, высота остальных межпозвонковых дисков исследуемой зоны и сигналы от них не изменены. Просвет позвоночного канала обычный. Форма и размеры тел позвонков обычные, сигнал от костного мозга с явлениями выраженной жировой дегенерации, вероятно, постлучевого характера. **Заключение**: убедительных данных за рецидив образования в зоне постоперационных изменений не получено. В сравнении с предыдущими данными от 23.04.21 отмечается стабилизация постлучевых, отечных изменений в области гемисфер мозжечка, уменьшение аналогичных изменений на уровне продолговатого мозга, уменьшение выраженности внутренней гидроцефалии. Сохраняются признаки неотчётливого контрастирования на уровне интраканальных отделов VIII, VI пар ЧМН с обеих сторон, умеренно утолщенной ТМО. В сравнении с предыдущими данными от 23.04.21 интрамедуллярный патологический участок в спинном мозге на уровне Th7-Th10 позвонков с уменьшением размеров, уменьшением периферического контрастирования и перифокального отека, который ранее вовлекал весь длинник спинного мозга, и вероятно, был обусловлен постлучевой реакцией. Ранее выявляемое патологическое контрастирование оболочек спинного мозга на уровне C2-Th12 позвонков также уменьшилось в выраженности и интенсивности, сохраняется контрастирование на уровне корешков конского хвоста. Выявленные при предыдущем исследовании «новые» мелкие единичные интрамедуллярные фокусы контрастирования на уровне Th1-Th2 позвонков не визуализируется, вероятно, были обусловлены постлучевой реакцией.

ОАК от 20.06.21: Лейкоциты 2,80. Гемоглобин 104. Тромбоциты 86.

С 22.06.21 по 03.08.21 находилась на реабилитации в РЦ «Три сестры».

ОАК от 30.08.21: Гемоглобин 108. Лейкоциты 4,4. Тромбоциты 144.

Б/Х крови от 31.08.21: ЩФ 638. Хлор 106,25. Мочевина 6,6. АСТ 63. Кальций 2,11. ЛДГ 193. Билирубин 6. Калий 3,82. Белок 68. АЛТ 67. Глюкоза 3,8. Натрий 137,01. Креатинин 38.

Витамин Д от 31.08.21: 41,99.

Гормоны крови от 31.08.21: Т3 общ 1,18 (норма 0,72-2,13). ТТГ 5,16 (норма 0,7-6,5). Кортизол 1,64 (норма 5,27-22,45). **Т4 св 0,64** (норма 0,88-1,76).

МРТ ГМ с КУ от 07.09.21: в сравнении с предыдущим исследованием от 18.06.21 определяется: дистальные отделы ВПШ визуализируются в полости боковых желудочков, с наличием перифокальных зон кистозно-глиозных изменений в лобных долях по ходу шунтирующих треков прежней выраженности. Отмечается появление округлых участков неоднородно гиперинтенсивного сигнала и в центральных отделах и аинтенсивными по всем типам взвешенности контурами, на фоне перифокального отека: в передних конвекситальных отделах правой лобной доли до 0,6х0,4 см; в передних базальных отделах правой височной доли до 0,2х0,2 см. После в/в введения контрастного препарата отмечается умеренное неоднородное повышение сигнала от контура данных участков. В сравнении с предыдущим исследованием отмечается стабилизация диффузной зоны повышенного МР сигнала от видимых в зоне сканирования отделов спинного мозга с вовлечением

продолговатого мозга. Сохраняется постоперационная кистозная деформация червя мозжечка и 4 желудочка с наличием выраженной перивентрикулярной зоны глиозно-атрофических изменений, распространяющейся на червь с отложением гемосидерина по ходу борозд мозжечка, наиболее выражено в верхних отделах полушарий мозжечка, в области пластинки четверохолмия (больше слева), на уровне предмостовой, межножковой цистерн. Супратенториально, в веществе мозга и в области желудочков также определяются фокусы отложений дериватов гемоглобина, самый крупный из которых на уровне полюса левой височной доли. В сравнении с предыдущими данными отмечается стабилизация перифокальной зоны повышенного МР сигнала по периферии кистозно расширенного IV-го желудочка, обусловленной, вероятно, проявлениями постлучевых отёчных изменений. Боковые желудочки мозга расширены. Базальные цистерны не изменены. Хиазмальная область без особенностей, ткань гипофиза имеет обычный сигнал. Субарахноидальное конвекситальное пространство и борозды расширены, наиболее выражено в области полушарий мозжечка. Срединные структуры не смещены. Миндалины мозжечка расположены обычно. Отчетливых участков с ограничением диффузии в области постоперационных изменений и в остальных отделах головного мозга не выявлено. На серии постконтрастных МР томограмм признаков патологического контрастирования в остальных отделах вещества мозга не выявлено. Складывается впечатление о невыраженном контрастировании вдоль оболочек на уровне интраканальных отделов VII, VII пар ЧМН с обеих сторон без динамики в сравнении с предыдущим исследованием. Определяется диффузное контрастирование умеренно утолщенной ТМО на всем протяжении, наиболее выраженное по конвекситальной поверхности больших полушарий головного мозга. По сравнению с предыдущим МР исследованием контрастирование без существенной динамики. **Заключение**: убедительных данных за рецидив образования в зоне постоперационных изменений не получено. В сравнении с предыдущими данными 18.06.21 отмечается появление двух очагов с признаками перифокального отёка, в правой лобной и правой затылочной доле (сосудистого генеза). Стабилизация ранее определявшихся постлучевых, отёчных изменений в области гемисфер мозжечка, на уровне продолговатого мозга. Сохраняются признаки неотчётливого контрастирования на уровне интраканальных отделов VII, VII пар ЧМН с обеих сторон, умеренно утолщенной ТМО.

МРТ СМ с КУ от 07.09.21: В сравнении с исследованием от 18.06.21 определяется: На уровне Th7-Th10 позвонков в структуре спинного мозга сохраняется участок неоднородного МР сигнала, вытянутой формы, прежними размерами до 0,6х0,5х6,0 см с признаками некоторого увеличения объёма спинного мозга на этом уровне, а также с перифокальным отеком спинного мозга, отмечается появление более выраженного контрастирования контуров ниже данной зоны вплоть до конуса спинного мозга. В сравнении с предыдущим исследованием отмечается стабилизация выраженности отечных изменений спинного мозга (верхняя граница на уровне - С7 позвонка, ранее - на уровне продолговатого мозга). После введения контрастного вещества сохраняется выраженное неоднородное контрастирование преимущественно по периферии вышеописанного «пролеченного?» участка с изменением конфигурации и с уменьшением размеров зоны контрастирования. Ранее определяемое неравномерное контрастирование по контуру спинного мозга на уровне С2-С7 позвонков с

вовлечением корешков спиномозговых нервов сохраняется, неравномерное контрастирование по ходу сближенных друг с другом корешков конского хвоста. Сохраняется контрастирование мягких тканей по задней поверхности спины на уровне Th8-Th11 позвонков. Высота м/п диска L5/S1 минимально снижена, интенсивность сигнала от него не изменена, высота остальных межпозвонковых дисков исследуемой зоны и сигналы от них не изменены. Просвет позвоночного канала обычный. Форма и размеры тел позвонков обычные, сигнал от костного мозга с явлениями выраженной жировой дегенерации, вероятно, постлучевого характера. В сравнении с предыдущим исследованием отмечается появление жидкости в левой плевральной полости толщиной до 1,4 см. **Заключение**: в сравнении с исследованием от 18.06.21 интрамедуллярный патологический участок в спинном мозге на уровне Th7-Th10 позвонков со стабилизацией размеров, более выраженное контрастирование контуров спинного мозга ниже уровня данной зоны вплоть до конуса спинного мозга, сохраняется контрастирование на уровне корешков конского хвоста. Появление признаков левостороннего плеврита.

Эндокринолог 08.09.21: вторичный гипотиреоз. Рекомендовано Л-тироксин 25мкг в сутки 1 неделя, далее 50 мкг постоянно. Через 2 недели повторить Т4 св и ТТГ.

КТ ОГК от 9.09.2021: КТ-признаки мелких уплотнений с обеих сторон в виде матового стекла правого легкого, минимальный гидроторакс с двух сторон.

Консультация аллерголога 14.09.2021: интерстициальное заболевание легких ассоциированное с медуллобластомой, вирусная интерстициопатия.

Прокальцитонин 21.09.2021: 0,17

Консультация нейрохирурга 1.10.2021: признаков дисфункции ВПШ не выявлено, оперативное лечение не показано.

Консультация пульмонолога от 1.10.2021: двусторонний минимальный гидроторакс вероятнее носит физиологический характер. На момент осмотра в хирургическом лечении не нуждается

УЗИ легких от 7.10.2021: в плевральном синусе слева определяется скопление минимального количества жидкостного компонента толщиной до 6 мм, пневмотизация субплевральных отделов легкого сохранена. Заключение: эхографические признаки минимального количества жидкостного компонента в проекции реберно-диафрагмального синуса слева.

Гормоны крови от 28.10.2021: Т3 св 4,7, ТТГ 0,472, Т4 св 13,83

ЭЭГ от 20.11.2021: в ходе исследования чаще во сне в левой теменно-затылочной области отмечались разряды региональной эпилептиформной активности

Гормоны крови от 28.10.2021: Т3 св 5,5, ТТГ 0,126, Т4 св 14,72

ОАК от 25.11.2021: гемоглобин 97, лейкоциты 2,8, тромбоциты 127

БАК от 25.11.2021: АЛТ 67, АСТ 65,6, билирубин общий 7,2, прямой 7,4, глюкоза 4,65, холестерин 3,49, общий белок 72,7, натрий 137,4, ЩФ 249.

Консультация эпилептолога от 26.11.2021: структурная эпилепсия. Последствия комбинированного лечения объемного образования ЗЧЯ. Требуется динамическое наблюдение пациента на противосудорожной терапии. Рекомендовано: продолжить прием леветирацетама в прежней дозе.

Настоящее заключение не является клиническим диагнозом и требует интерпретации лечащим врачом

С 19.10.2021 по 1.12.2021 получила реабилитацию в центре Три сестры.
МРТ ЦНС от 3.12.2021: Убедительных данных за рецидив образования в зоне постоперационных изменений не получено. В сравнении с предыдущими данными от 07.09.2021 г. отмечается стабилизация посттлучевых, отёчных изменений в области гемисфер мозжечка, на уровне продолговатого мозга. Сохраняются признаки неотчётливого контрастирования на уровне интраканальных отделов VIII, VII пар ЧМН с обеих сторон, умеренно утолщенной ТМО. Отмечается увеличение количества инфра- и супратенториальных фокусов внутримозгового микрогеморрагического пропитывания. Появление двусторонних субдуральных полупарных гигром (S>D) – вследствие дисфункции шунта? В сравнении с предыдущими данными от 07.09.2021 г. интрамедуллярный патологический участок в спинном мозге на уровне Th7-Th10 позвонков стабильными размерами с уменьшением периферического контрастирования и перифокальных отёчно-глиозирующих изменений и с появлением признаков атрофии спинного мозга на уровне сегментов Th7-Th8. При исследовании спинного мозга ранее выявляемое патологическое контрастирование оболочек спинного мозга на уровне C2-Th12 позвонков прежней степени выраженности и интенсивности, сохраняется контрастирование на уровне корешков конского хвоста. **Левосторонний гидроторакс с колабированием левого лёгкого.**
Консультация пульмонолога-аллерголога 21.12.2022: туберкулез?
Рентгенограмма грудной клетки от 23.12.2021: левосторонний гидроторакс, в сравнении с 10.12.2021 количество жидкости нерезко наросло.
Физиатр от 21.01.2022: проба Манту отр, диаскин тест отр, тест Тв-спот отр. 4 и 8.12.2021 выполняли дренирование левой плевральной полости. УЗИ плевральных полостей 10.01.2022: признаки умеренного гидроторакса слева (объемом ок 200мл, толщиной 2-3 см), минимального количества жидкости в области реберно-диафрагального синуса справа. Рентгенография ОГК 13.01.2022 и 15.01.2022 – левосторонняя плевропневмония. 11.01.2022 торакоцентез слева. 14.01.2022 установлен ирригатор, получено 500 мл серозного отделяемого. 14.01.2022 повторно установлен ирригатор, получено 350 мл серозного отделяемого. 17.01.2022 удален ирригатор, получено до 30 мл серозно-геморрагического отделяемого. Результаты исследования плевральной жидкости методом ПЦР: ДНК туберкулеза не обнаружено. Анализ плевральной жидкости: атипичные клетки не обнаружены. Заключение: плеврит неясной этиологии. Рекомендовано: КТ контроль.
ОАК 10.01.2022: гемоглобин 105, лейкоциты 5,2, тромбоциты 106
ЭНМГ верхних конечностей от 17.01.2022: в мышцах верхних конечностей регистрируется интерференционный типкривой. Переднероговой и денервационной активности не зарегистрировано. Заключение: надсегментарное нарушение регуляции мышечного тонуса.
ЭНМГ нижних конечностей от 17.01.2022: грубые нарушения функцинального состояния ериферических нервов по аксонально-демиелинизирующему типу. М-ответ при стимуляции правого большеберцового нерва не зарегистрирован. Биоэлектрическое молчание в мышцах нижних копечностей.
УЗИ плевральной полости 1.02.2022: в плевральных полостях двух сторон определяется свободная жидкость, справа до 15 мл, слева 75 мл

Настоящее заключение не является клиническим диагнозом и требует интерпретации лечащим врачом

БАК от 4.02.2022: АЛТ 80,3, АСТ 77, билирубин 11.5, глюкоза 6,92, железо 3,12, креатинин 46,7, общ.белок 67,2, мочевина 6,8.
ОАК 4.02.2022: гемоглобин 97, лейкоциты 6,6, тромбоциты 120.
СРБ от 4.02.2022: 95,83
УЗИ плевральной полости 17.02.2022: в плевральных полостях двух сторон определяется свободная жидкость, справа до 15 мл, слева 100-150 мл
БАК 2.02.2022: Витамин Д 43, АЛТ 221, АСТ 195,9, железо 13,24, мочевина 6,8, креатинин 47,7, белок 63,7, калий 4,833, натрий 135,6, хлор 131,4
Гормоны крови 2.03.2022: Т4 св 10,3 (12,6-21), ТТГ 0,605
ОАК 2.03.2022: гемоглобин 96, лейкоциты 4,1, тромбоциты 139.
МРТ ЦНС от 11.03.2022: На основании МР картины убедительных данных за рецидив образования в зоне постоперационных изменений не получено. В сравнении с МРТ от 03.12.2021 г. отмечается стабилизация постлучевых, отёчных изменений в области гемисфер мозжечка, на уровне продолговатого мозга. Сохраняются признаки неотчётливого контрастирования на уровне интраканальных отделов VIII, VII пар ЧМН с обеих сторон, умеренно утолщенной ТМО. Сохраняются фокусы внутримозгового микрогеморрагического пропитывания с увеличением размеров единичных из них. Сохраняются двусторонние субдуральные полушарные гигромы (вследствие дисфункции шунта?). Нарастание явлений смешанной заместительной гидроцефалии. При исследовании спинного мозга в сравнении с МРТ от 03.12.2021 интрамедуллярный патологический участок в спинном мозге на уровне Th7-Th10 позвонков визуализируется неотчётливо, – стабильными размерами, с уменьшением периферического контрастирования и перифокальных отёчно-глиозирующих изменений на фоне нарастающих признаков атрофии спинного мозга на уровне сегментов Th5-Th8 (ранее на уровне Th7-Th8 позвонков). Ранее выявляемое патологическое контрастирование оболочек спинного мозга на уровне С2-Th12 позвонков прежней степени выраженности и интенсивности, сохраняется контрастирование на уровне корешков конского хвоста Левосторонний гидроторакс с коллабированием левого лёгкого с уменьшением выраженности, появление правостороннего гидроторакса.
Консультация эндокринолога 11.03.2022: по результатам обследования сохраняется декомпенсация гипотиреоза. Рекомендовано увеличить дозу Л-тироксина до 62,5 мкг.

Клинически состояние стабильное, самостоятельно не ходит. Сохраняется недержание мочи в дневное и ночное время. Получает кеппру 750мг 2 раза в день, бисентол 3 дня в неделю, уросан, витамин Д. На стопах обеих конечностей и ягодице справа сохраняются пролежни (сухие, под коркой). С 26.11.2021 появился влажный кашель.
10.02.21 развился приступ, расцененный как эпилептический. На фоне АЭТ приступов судорог не отмечается. Получает Леветирацетам 9 мл 2 раза в сутки.
Заключение: у ребенка в возрасте 10 лет заболевание манифестировало мозжечковой симптоматикой, левосторонним гемипарезом.
МРТ выявила опухоль 4 желудочка, окклюзионную гидроцефалию. Выполнена резекция опухоли, гистологически верифицирована медуллобластома (классический вариант), амплификация mycn и myc не обнаружена. МРТ после операции свидетельствовала о

наличии остаточной опухоли небольших размеров, не обнаружены МТС и опухолевые клетки, установлена М0-стадия. Определялась остаточная опухоль, т.е. выполнена субтотальная резекция. Получила КСО в стандартных дозах с параллельной МХТ Винкристин. ЛТ проводили на фоне ГКС в связи с явлениями отека мозга. К моменту выписки снижает дексаметазон, получала антиэметики. Дексаметазон и антиэметики отменили после облучения. Неоднократно после завтрака отмечалась рвота, после приема антиэметиков купирована. МРТ свидетельствовала о полном регрессе остатков опухоли, не обнаружены мтс в структурах головного и спинного мозга. Получила 6 циклов поддерживающей ПХТ по протоколу ХИТ-МЕД. МРТ свидетельствовала об отсутствии рецидива/остатков опухоли, не обнаружены мтс. Лечение завершили после 6 цикла ПХТ. В течение 3 мес находилась на динамическом наблюдении. Спустя 3 мес после отмены терапии появился радикулярный синдром. МРТ выявила метастазирование в структуры головного и по оболочкам спинного мозга. Получила 3 цикла противорецидивной ПХТ с в/в введением Этограя. МРТ свидетельствовала о полном регрессе мтс в структурах головного, шейного и грудного отделов спинного мозга. Сохранялось минимальное контрастирование в области конского хвоста. Таким образом, достигнут субтотальный регресс мтс (БЧЭ). Проведен 1 цикл противорецидивной ВДХТ с ауто-ПСК и в/в введением Этограя.

МРТ после ВДХТ выявила мелкие остаточные мтс в грудном отделе спинного мозга (томограммы консультированы в НМИЦНХ Бурденко). Получила в течение 5 мес ПХТ по протоколу МЕММАТ с в/в введением Этограя и Цитозара, МАТ Авастин.

МРТ выявляла уменьшение в динамике контрастирования в спинном мозге, не наблюдалось новых очагов опухоли.

С июня 2020 появились слабость в нижних конечностях, недержание мочи. Данные симптомы расценены как побочные действия талидомида, доза талидомида редуцирована на 50% с 30.06.2020. С 22.07.20 остро появилось нарушение речи, не отвечала на вопросы. В течение 3-х дней не получала терапию, состояние стабилизировалось. 23.08.20 повторно отмечался эпизод нарушения речи, после сна восстановилась. С этого времени увеличена доза кеппры. ЭНМГ выявила грубое снижение амплитуды суммарной кривой, заинтересованность мотонейронов на пояснично-крестцовом уровне. Изменения функционального состояния периферических нервов по демиелинизирующему типу. Выявленные изменения вероятнее всего обусловлены побочным действием ПХТ.

МРТ свидетельствовала о прогрессировании заболевания – метастазировании по оболочкам спинного мозга (появление контрастирования по оболочкам спинного мозга с уровня Th11-Th12 и корешкам конского хвоста). Томограммы консультированы в референсном центре. Получила повторно лучевую терапию в объеме КСО с бустом на мтс в спинном мозге. МРТ после облучения свидетельствовала о постлучевых изменениях в структурах головного спинного мозга.

Получила 12 циклов МХТ Темодал. На фоне лечения показатели крови стабильные в пределах нормального уровня. МРТ в настоящее время свидетельствует об отсутствии признаков рецидива и мтс в структурах головного мозга, сохраняется стабильное контрастирование по оболочкам спинного мозга. Сохраняются диффузные изменения в спинном мозге, обусловленные лучевой реакцией. Появились двусторонние гигромы.

Настоящее заключение не является клиническим диагнозом и требует интерпретации лечащим врачом

МРТ в сентябре 2021 выявила левосторонний плеврит. В динамике отмечается нарастание гидроторакса слева. Причина нарастающего гидроторакса неизвестна.
После 2 цикла МХТ отмечался эпилептический приступ, выполнена ЭЭГ, проведена коррекция АЭТ. Отмечалось умеренное повышение печеночных ферментов, получает урсодезоксихолиевую кислоту, сохраняется повышение печеночных ферментов до 2х норм. Дополнительное обследование выявило признаки вторичного гипотиреоза, показатели компенсированы на фоне заместительной терапии. В связи с выявленным гидротораксом находилась на обследовании и консультирована фтизиатром, туберкулез не обнаружен. Также отсутствуют опухолевые клетки в экссудате, диагностирован плеврит неясной этиологии. Дважды проводили торакоцентез. В настоящее время выявляется двусторонний гидроторакс с незначительным увеличением количества жидкости слева и минимальным стабильным количеством жидкости справа. ЭНМГ свидетельствует о нормальной функции верхних конечностей и выявлено биоэлектрическое молчание в мышцах нижних конечностей. В течение 3х мес находится на динамическом наблюдении. МРТ в настоящее свидетельствует об отсутствии признаков рецидива/остаточной опухоли и мтс в структурах головного и спинного мозга.
В биохимическом анализе крови отмечается повышение АЛТ до 5 норм, умеренное снижение уровня гемоглобина, показатели сывороточного железа нормализовались.
В связи с отменой ХТ явления гепатита могут быть следствием приема АЭТ. В анализе крови выявлена эозинофилия.

Учитывая гистологический диагноз, объем и длительность противорецидивной ПХТ и достигнутый эффект, рекомендовано продолжить динамическое наблюдение.

Рекомендовано:

1. МРТ ЦНС на фоне МХТ повторять каждые 3 мес
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
5. ОАК повторять 1 раз в 1 мес
6. Биохимия крови, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ – 1 раз в 3 мес
7. Л-тироксин 62,5 мкг постоянно
8. Гормоны крови (ТТГ, Т4 св) повторять через 2 мес.
9. Витамин Д (аквадетрим или вигантол) по 7 кап /сут, исследование витамина Д выполнить через 3 мес и решить о коррекции дозы в зависимости от результата
10. Аудиометрия 1 раз в 12 мес и консультация сурдолога
11. Занятия ЛФК постоянно
12. Местное лечение пролежней нижних конечностей
13. Бисептол 3 дня в неделю продолжить в течении 2 мес
14. Продолжить леветирацетам 1500 мг/сут постоянно
15. Урсофальк 2 капс во второй половине дня продолжить

Настоящее заключение не является клиническим диагнозом и требует интерпретации лечащим врачом

16. ЛФК, тейпирование разрешается
17. Восстановительная терапия и реабилитация в специализированном отделении – Три сестры, Галилео, МИНЗ
18. Ипотренажер, теротренер не противопоказаны
19. ОАМ, УЗИ почек и МП 1 раз в 3 мес
20. КТ органов грудной клетки 1 раз в 3 мес
21. УЗИ органов грудной клетки 1 раз в мес и консультация пульмонолога
22. Консультация ортопеда в ЦИТО и решение вопроса о хирургической коррекции сколиоза (проф. Колесов С.В.).

Для восстановления двигательных функций рекомендовано использовать аппарат – глайдер.
Для коррекции эндокринных нарушений рекомендовано обследование в НМИЦЭ (госпитализацию согласовать с в.н.с. Стребковой Н.А по тел 89166277132).

Повторная консультация с результатами МРТ через 3 мес.

11.03.2022 Врач, д.м.н.: Желудкова О.Г.