



**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный федеральный исследовательский центр онкологии
им. Н.Н.Блохина»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России)**

НИИ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ И ГЕМАТОЛОГИИ

115478, Москва,
Каширское шоссе, д. 24.

Выписной эпикриз.

Госпитализация №6 с 29.10.2019 по 28.11.2019

№ истории болезни 2019/752

Ф.И.О. Ганиев Мирзоисманл Мирзоиброхимович

Дата рождения: 06.07.2010

Домашний адрес: Таджикистан, Сагдийская обл., г. Худжан,

Рост 135 см. Вес 22.7 кг. S = 0,92 м²

Клинический диагноз: С 84.6 Анапластическая крупноклеточная лимфома, ALK+ с поражением правой плечевой кости, придаточных пазух носа, подмышечного лимфатического узла справа, подчелюстного лимфатического узла слева. IV стадия, высокий риск. Состояние после 3 курсов полных химиотерапии (BB, AA, CC). Прогрессирование от 03.09.2019.

Группа крови: O (I), Rh + (положит.), фенотип Ccee, К антиген отрицательный, не прямой антиглобулиновый тест (тест Кумбса) отрицательный.

Анамнез жизни.

Ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне чесотки. Роды вторые, самостоятельные, б/о. Рост 50, вес 3198. По шкале Апгар 7-8 баллов. Грудное вскармливание 3 мес. Период новорожденности б/о. Аллергоанамнез: цветение растений (хлорок) - ринит, кашель.

Анамнез заболевания

В декабре 2018 года отмечено появление болей в области локтевого сустава. В марте 2019 года травма (упал с велосипеда). Отмечено появление припухлости в н/з правого плеча по задней поверхности. Обратились к врачу по месту жительства. Выполнена рентгенография. Образование правой плечевой кости. Родители самостоятельно обратились в НИИ ДОГ.

При обследовании в поликлинике НИИ ДОГ:

РИД костной системы от 09.04.2019: На сканограммах определяется очаговая гипераккумуляция остеотропного РФП в дистальной трети правой плечевой кости: ОНср-1014%. В других отделах скелета без видимых очаговых изменений, характер распределения РФП соответствует возрасту. Заключение: опухолевое поражение дистального отдела правой плечевой кости без признаков вторичного поражения других отделов скелета. Стартовое исследование.

КТ грудной полости от 24.04.19: Очаговые и инфильтративные изменения в легких не выявлены. Внутригрудные л/у не увеличены. Газа и жидкости в плевральных полостях нет. Деструктивных и периостальных изменений в ребрах, лопатках, позвонках, ключицах и видимых отделах плечевых костей не выявлено.

УЗИ от 17.04.19: Медиальные отделы дистального диафиза плечевой кости деструктивно изменены. По передне-медиальной поверхности метафиза определяется костный дефект, выполненный средней эхогенности опухолевой тканью размерами 42x25 мм в поперечнике. В опухоли гиперэхогенные включения, визуализируются сосуды. Поперечник кости на этом уровне 43x33 мм. Аксиллярные и подмышечные узлы увеличены в размерах до 1,5 см. Структура их стерта, нельзя исключить метастатическое поражение.

КТ черепа от 15.04.19: Тотально снижена воздушность левой верхней челюстной пазухи, левой половины лезет решетчатого лабиринта, основной пазухи. Отсутствует просвет левой половины полости носа, деформация в виде сращивания носовой перегородки вправо, костной стенки полости носа влево и расширение левой половины полости носа за счет объемного образования. Заключение: КТ-картина неоднозначна. Требуется верификация воспалительного процесса и опухолевого процесса.

МРТ от 10.04.19: Дистальный метадиафиз правой плечевой кости деструктивно изменен на протяжении 11 см. Кортикальный слой неравномерно истончен, разрушен по средне-медиальной поверхности плечевой кости. МР-сигнал распространяется за пределы компактного вещества. Максимальные размеры внекостного компонента 3.7x2.9 см. Отмечается инфильтрация прилежащих мышц. Заключение: МР-картина опухоли

семейства сарком Юинга/ПНЭО дистального метадиафиза правой плечевой кости.

Гистологическое заключение №17692/2019: *Микроописание:* Между костных балок – рост злокачественной опухоли из мелких клеток со светлой цитоплазмой и мономорфными круглыми ядрами. При ИГХ-исследовании в клетках опухоли обнаружена экспрессия виментина, CD99. Не обнаружена экспрессия CD44, CD1a, лангерин. Саркома Юинга плечевой кости.

FISH гибридизация от 26.04.2019 #15992/19: обнаружена атипичная транслокация 22q12, с частотой 20%.

Ребенок обсужден на общей врачебной конференции во главе с акад. РАН Поляковым В.Г., учитывая расхождение в диагностических заключениях, возможность мультиморфологического поражения, с целью морфологической верификации процесса на первом этапе ребёнку показано выполнение биопсии образования черепа, поднижнечелюстной области, а также повторная пункция правой плечевой кости.

28.05.19 выполнена биопсия образования правой плечевой кости, правой нижнечелюстной области слева, левой полости носа.

РГ правой плечевой кости от 07.06.19: патологический перелом метадиафиза правой плечевой кости, опухолевый процесс муфтообразно обхватывает плечевую кость. Образование 12 см протяженностью. Отмечено распространение в правый локтевой сустав.

Цитологическое заключение №1059/19 (правая плечевая кость): трудно высказаться о гистогенезе опухоли. Больше данных за крупноклеточную лимфому (ККЛ). **ГИСТОЛОГИЯ:** между костных балок плечевой кости – диффузный рост неходжкинской лимфомы из крупных клеток.

Цитологическое заключение №1031/19 (образец лев. подчел. области): уточнить гистогенез опухоли затруднительно. По морфологии опухоли – данных за саркому Юинга нет. Необходимо ИГХ-исследование.

Цитологическое заключение №1057/19 (л/у подчелюстной области слева): цитологический состав более всего соответствует ККЛ. **ГИСТОЛОГИЯ:** В лимфоузле – диффузный рост неходжкинской лимфомы из крупных клеток.

Цитологическое заключение №1058/19 (образ. полости носа): трудно однозначно высказаться о гистогенезе опухоли. (ККЛ? Рабдомиосаркома?).

Ребенок обсужден совместно с зав. отд. акад. Поляковым В.Г., зав. отд. химиотерапии гемобластозов, д.м.н. Попа А.В., учитывая клиническую картину, расхождение цитологического (подозрение на ККЛ) и гистологического заключения (№17692/2019), по жизненным показаниям по ребенку решено начать курс ПХТ: Винкристин + Циклофосфан с коррекцией терапии после получения результатов планового гистологического заключения (в работе).

30.05.19 – 31.05.19 1 курс ПХТ.

Винкристин 1.5 мг/м², 1, 8, 15 дни. РД 1.5 мг, СД 4.5 мг.

Циклофосфан 1200 мг/м², 1-й день. РД = СД = 1200 мг.

Введение препаратов перенес удовлетворительно. Проводилась плановая терапия.

С 03.06.19 – отмечалась положительная динамика в виде появления носового дыхания, купирования болевого синдрома, уменьшения образования поднижнечелюстной области и н/з области правого плеча.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ №22731/2019 (подчелюстной л/у)

Микроописание: На срезах с парафинового блока проведено иммуногистохимическое исследование с использованием антител к CD2, CD3, CD4, CD5, CD20, CD30, CD43, CD68, ALK, EMA, Ki67, TIA1, granzim B.

Опухолевые клетки экспрессируют CD30, ALK, EMA, CD43, granzyme B, маркер пролиферативной активности Ki67 экспрессируют до 80% клеток инфильтрата. С остальными маркерами реакции в опухолевых клетках негативные. В опухолевой ткани много CD68+ гистиоцитов.

Заключение: морфоиммуногистохимическая характеристика опухолевой ткани соответствует анапластической крупноклеточной лимфоме (мелкоклеточному варианту), ALK+.

Таким образом, по данным комплексного обследования, включающего морфо-иммуногистохимическое исследование опухолевой ткани, УЗИ, КТ, РИД, МРТ диагностирована анапластическая крупноклеточная лимфома, ALK+ с поражением правой плечевой кости, придаточных пазух носа, подмышечного лимфатического узла справа, подчелюстного лимфатического узла слева. IV стадия, высокий риск.

С учетом установленного диагноза показано проведение интенсивной полихимиотерапии по протоколу NHL-BFM 95 (ветвь АККЛ высокого риска).

С 24.06.2019 по 23.07.2019 проведено два курса интенсивной полихимиотерапии в объеме блоков ВВ, АА (NHL-BFM 95, ветвь АККЛ высокого риска). Достигнут частичный ответ.

По данным УЗИ мягких тканей правой верхней конечности, периферических лимфоузлов от 15.07.2019 дистальный эпиметафиз правой плечевой кости деструктивно изменен, корковый слой разрушен на протяжении 11 см. По передне-медиальной полуокружности определяется внекостный компонент размерами 41-27 мм, с неровными контурами, структура неоднородная за счет анэхогенных зон (зоны некроза?). При ЦДК кровоток в виде единичных сосудов. Подмышечные л/у справа единичные (n = 2), размерами 9x4 мм и 13x5 мм, овальной формы, с гиперэхогенным центром, кровоток не усилен. Подчелюстные л/у увеличены, размерами: справа 13x8 мм, слева 15x10 мм, округлой формы, с неровными контурами, при ЦДК кровоток усилен. Шейные л/у в умеренном количестве, расположены в виде цепочек вдоль внутренних яремных вен с обеих сторон, размерами до 14x6 мм, эхоструктура не изменена. Над- и подключичные л/у с обеих сторон не определяются. Подмышечные л/у слева не изменены. Паховые л/у с обеих сторон не изменены. Заключение: по сравнению с предыдущими исследованиями размеры внекостного компонента без динамики; уменьшение в размерах лимфатических узлов.

С 24.07.2019 по 3.09.2019 проведено лечение в объеме сопроводительной терапии. ПХТ – блока СС. У пациента отмечаются клинические признаки отрицательной динамики по основному заболеванию.

С 24.08.2019 отмечались кратковременные боли в пораженной конечности, преимущественно в ночное время. На 27.08.2019 местно: правый локтевой сустав деформирован, увеличен в объеме, ограничение движения в виде неполного разгибания руки. Кожа на медиальной поверхности в верхней трети гиперемизирована, отечна, очаг размером 4,5 на 3,5 см, не флюктуирует, болезненных ощущений при пальпации нет. Кожа правой верхней конечности горячая, преимущественно над локтевым суставом. Лимфоузлы правой верхней конечности не увеличены (кубитальные, подмышечные).

Пациенту проведено дообследование:

Рентген правого локтевого сустава от 27.08.2019: некоторая положительная динамика по сравнению с исследованием от 29.05.2019 в виде уплотнения костных структур дистального метафиза правой плечевой кости, сокращения размеров внекостного компонента до 4,3*3,2 см (был 8,2*5,7 см).

УЗИ правого локтевого сустава, периферических групп л/у от 27.08.2019: размеры мягкотканного образования в области дистального метафиза правой плечевой кости преимущественно расположенного по передне-медиальной поверхности метафиза 61*42*42 мм. В образовании определяются гиперэхогенные глыбчатые включения, сосуды не зарегистрированы. Вокруг опухоли определяется отек мышц и клетчатки. Л/у вдоль СНП на уровне средней и верхней третей правого плеча, которые были поражены при первичном осмотре 17.04.2019 – не изменены. Справа определяется один гипозоногенный, аксиллярный, округлый измененный л/у диаметром 6 мм – эхогенность неоднородная, сосудистый рисунок изменен. Слева в в/3 шеи, вблизи п/о рубца определяется измененный л/у 15*8 мм, контуры его волнистые, эхогенность неоднородная, точечные гиперэхогенные включения, деформированный сосудистый рисунок. Другие периферические л/у: шейные справа, над- и подключичные л/у справа (над- и подключичные л/у слева – под повязкой), аксиллярный слева, паховые с обеих сторон – не изменены. Заключение: увеличение размеров объемного образования области дистального метафиза правой плечевой кости, нарастания отека вокруг. Нельзя исключить присоединения воспалительного процесса/прогрессирования основного заболевания. Специфические изменения в одном л/у правой аксиллярной области и в левой подчелюстной области.

Пациент консультирован с Дзампаевым А.З., рекомендовано проведение противомикробной терапии в связи с признаками локальной воспалительной реакции в правом локтевом суставе с дальнейшим решением о проведении трепанобиопсии образования локтевого сустава. Таким образом, принято решение о проведении противомикробной терапии: ташиллин 2 г*3р/д в/в струйно., зеникс 200 мг №3 по 90 минут в/в кап.

По данным КТ-АГ лицевого скелета от 28.08.2019: отмечена положительная динамика по сравнению с исследованием от 21.05.2019 в виде сокращения размеров образования задних отделов носовой полости слева (1,7*2,3*1,4 см), придаточные пазухи воздушны.

02.09.2019 с учетом клинических признаков нагноения мягких тканей правого локтевого сустава, на консультацию приглашен к.м.е. Д.В. Несиченко. Пациент осмотрен, принято решение о хирургическом вскрытии и дренировании. 14.10. больной подан в операционную. Интраоперационно определено, что очаг предполагаемого воспаления представлен некротизированной опухолью. Фрагменты ткани отправлены на гистологическое исследование, выполнены мазки-отпечатки для проведения цитологического исследования. В 15.50 в стабильном состоянии пациент переведен из операционной в отделение х/т гемобластозов.

По данным цитологического исследования от 03.09.2019 – клетки соответствуют АККЛ. Гистологическое исследование в работе.

03.09.2019 проведен консилиум совместно с д.м.н., профессором Г.Л. Менткевичем, г.н.с., д.м.н., И.С. Долгополовым, лечащим врачом, с.н.с., д.м.н., Т.Т. Валиевым в составе врачей и научных сотрудников отделения химиотерапии гемобластозов. В связи с клиническими признаками прогрессирования основного

заболевания принято решение о проведении ХТ со включением метотрексата, винбластин, кризотиниба, брентуксимаба ведотина с лучевой терапией на основной очаг поражения в случае гистологического, иммуноморфологического подтверждения диагноза.

По данным КТ-АГ брюшной полости, КТ-АГ забрюшинного пространства, КТ-АГ малого таза, КТ органов грудной клетки очаговые и инфильтративные изменений в легких не выявлены. Внутригрудные л/у не увеличены. Газ и жидкости в плевральных полостях нет. Деструктивных и периостальных изменений в ребрах, позвонках, лопатках, ключицах и видимых отделах плечевых костей не выявлено. Печень. Почки, селезенка, поджелудочная железа – без очаговых изменений. Магистральные сосуды не изменены. Функция почек не нарушена, чашечно-лоханочная система не расширена. Свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу не выявлено. В малом вертеле левой бедренной кости участок уплотнения 0.2x0.6 см (insula compacta).

По данным УЗИ периферических лимфоузлов шейные лимфоузлы с обеих сторон единичные, до 0.6x0.2 см справа и до 1.2 x 0.7 x 1.1 см слева в проекции п/о рубца. Над-, подключичные, подмышечные лимфоузлы не определяются. Паховые и бедренные группы л/у не увеличены.

По данным гистологического исследования биоптата опухоли от 02.09.2019 – гистологический состав АККЛ.

При ИГХ исследовании биоптата № 36679/19 от 14.09.2019 в клетках инфильтрата обнаружена экспрессия CD4, CD30, ALK1. Заключение: ALK-позитивная анапластическая лимфома. Лимфоидная инфильтрация кожи.

При цитологическом исследовании костного мозга от 04.09.2019 №1453/19 пунктат клеточный, полиморфный. Бластные клетки составляют 2.8%; количество лимфоцитов уменьшено (9.4%). Гранулоцитарный росток расширен (70.4%) за счет увеличения количества ядерных форм. Эритроидный росток уменьшен (7.8%). МГКЦ – в достаточном количестве.

При ПЦР исследовании клеток костного мозга на определение химерных транскрипов: t(1:2) ALK-TMP отрицательный, t(2:5) ALK-NPM – положительный (0.39%).

Пациент обсужден совместно с зав. отделением профессором А.В. Попа, решено проведение терапии: винбластин 6 мг/м² в/в еженедельно, метотрексат 5 гр/м² в/в за 24 часа 1 р/2 недели, Адцетрис 1.8 мг/кг в/в 1 р/3 недели, Кризотиниб 250 мг р.о. в течение 28 дней.

Объективный статус при поступлении: Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Т – N.. На утро самочувствие неплохое, активен. Appetit сохранён. Местно: правый локтевой сустав увеличен в объеме, по окружности не нарастает (17.5 см). Повязка чистая, сухая. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные. Слизистые не изменены. Дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100/мин. АД 94/63 мм.рт.ст. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный.

Пациент поступил с целью продолжения программного лечения.

С 29.10.19 по 28.11.2019 проводилась специализированная терапия:

Кризотиниб (Ксалкори) 250 мг р.о. №12: 29.10.19 – 04.11.2019, 20.11.19 – 24.11.2019, СД 3000 мг;

Метотрексат 4500 мг в/в №1 31.10.2019, СД 4500 мг;

Винбластин 5.5 мг в/в №2 31.10.2019, 28.11.2019, СД 11 мг;

Адцетрис 42 мг в/в №1 18.11.2019, СД 42 мг.

Метотрексат i.t. 12 мг, СД 12 мг;

Преднизолон i.t. 10 мг, СД 10 мг;

Цитозар i.t. 30 мг, СД 30 мг.

По данным цитологического исследования ликвора от 31.10.2019 – опухолевые клетки в исследованном материале не найдены.

Метотрексат выведен в срок. Уровень в сыворотке крови на 54 час выведения составил 0.149 мкмоль/л.

С учетом гематологической токсичности (лейкопении 3 степени, нейтропении 4 степени), нарастания

трансаминаземии > 10N (гепатотоксичность 4 степени) введение винбластина 1 р. в неделю, метотрексата 1 р. в 2 недели не осуществлялось, производился перерыв приема ксалкори.

Проведенные обследования за время госпитализации:

30/10/2019 выполнено УЗИ периферических групп л/у правого локтевого сустава; Rg-графическое исследование пораженной конечности.

По данным Rg-исследования - рентгенологическая картина правой плечевой кости, костей правого предплечья, правого плечевого и локтевого сустава не изменилась существенно по сравнению с исследованием от 03.10.2019. Мягкие ткани медиальной части н/5 правого плеча деформированы (2.8*1.7*0.6 см).

По данным УЗИ мягких тканей правого плеча, регионарных л/у - внескостный компонент дистального метадиафиза правой плечевой кости в настоящее время не определяется. По передне-медиальной поверхности дистального метафиза определяется разрежение и хаотичность костной структуры на участке 3.8*2.0*3.3 мм. Аксилярный л/у справа 1.6*0.9 мм с выраженным склерозированием центральных отделов. Слева в в/3 шеи, вблизи п/о рубца определяются 2 л/у размерами 6*3 мм и 9*5 мм средней неоднородной эхогенности, умеренно хаотично-выскуляризованных, требующих динамического наблюдения (остаточные признаки поражения? реактивные изменения?).

Другие л/у шеи - без особенностей.

Заключение. Выраженная положительная динамика состояния дистального метадиафиза правой плечевой кости по ср. с УЗИ от 27.08.2019 - исчезновение внескостного компонента, частичная репарация кости

18.11.19 проведено МРТ-исследование пораженной конечности:

Сохраняется деструкция дистального метадиафиза правой плечевой кости на протяжении 10.2 см с учетом периостальной реакции (длина правой плечевой кости 24.4 см). Кортикальный слой неравномерно истончен, разрушен по передне-медиальной поверхности плечевой кости. Определяется линейная периостальная реакция. МР-сигнал от губчатого вещества изменен за счет крайне неоднородного, преимущественно жидкостного высокобелкового субстрата, распространяющегося за пределы компактного вещества с образованием натечника - некротические массы (?) /кровоизлияние(?). Максимальные поперечные размеры вместе с костью 4.1*2.4 см. Вышеописанный субстрат распространяется, преимущественно, в мягкие ткани медиальных отделов правой локтевой области, формируя дефект подкожной жировой клетчатки размерами прибл. 2.8*1.4 см - свищевой ход(?).

На фоне вышеописанных изменений достоверно судить о наличии активной опухолевой ткани невозможно. При внутривенном динамическом контрастировании отмечается интенсивное неравномерное накопление контрастного препарата по периферии жидкостного субстрата, как в дистальном метадиафизе правой плечевой кости, так и в мягких тканях плеча. Характеристики накопления в большей степени соответствуют грануляционной ткани/остаточной опухолевой ткани с признаками лечебного патоморфоза. Убедительные признаки распространения патологического субстрата в правый локтевой сустав не выявляются, отмечается снижение количества синовиальной жидкости в правом локтевом суставе. Сохраняется нечеткость границ дополнительных тканей с медиальной головкой трехглавой мышцы плеча, длинным лучевым разгибателем запястья, плечевой мышцей.

Отмечается неоднородность, отек подкожной жировой клетчатки в медиальных отделах правого локтевого сустава - нельзя исключить инфильтрацию.

Глубокие плечевые артерия и вена, лучевой нерв отчетливо не прослеживаются. Локтевой(?) и плечевой сосудистые пучки проходят по переднему краю натечника, локтевой нерв(?) проходит по заднему краю натечника.

Ранее выявлявшийся лимфатический узел в передней трети плеча в области плечевого сосудистого пучка при настоящем исследовании не определяется. Подмышечные лимфатические узлы при настоящем исследовании размерами до 1.4*0.5 см (во фронтальной проекции).

Заключение: МР-картина в большей степени соответствует некротическим изменениям кровоизлиянию в опухоли дистального метадиафиза правой плечевой кости с образованием натечника и свищевого хода в медиальных отделах правой локтевой области. На этом фоне судить о наличии остаточной опухоли невозможно.

26.11.2019, учитывая результаты МРТ-исследования проведено совместное обсуждение тактики ведения пациента с зав. отделением химиотерапии гемобластозов Т.Т. Валиевым, зав. отделением х/о №3 А.З. Дзампасовым, с.н.с. х/о №3 Д.В. Нисиченко. В связи с хронической раневой поверхностью на коже правого плеча и хорошим клиническим ответом на проводимую полихимиотерапию, для выполнения одновременной биопсии, санлирующей операции, пластики раневого дефекта принято решение о проведении хирургического вмешательства в объеме хир. обработки раны, взятия материала для гистологического, цитологического, микробиологического исследования и укрытия дефекта.

27.11.2019 проведена операция в объеме санационной некрэктомии в области правого локтевого сустава. В стабильном состоянии переведен из палаты реанимации в профильное отделение.

По данным цитологического исследования мазков-отпечатков удаленной ткани от 28.11.2019 №2373/19: в мазках-отпечатках островки лизированных эритроцитов и участки высохшего жидкостного субстрата. Гистологическое, микробиологическое исследование в работе.

Сопроводительная терапия за время госпитализации: с антиметической целью – ондансетрон; с профилактической целью: бисептол 5 мг/кг по ТМП, флуконазол, амфо-моронал; обработка полости рта антисептическими растворами; инфузионная терапия: NaCl 0.9%, KCl 4%, NaHCO₃ 5%; с целью профилактики токсичности ВД МТХ – лейковорин; с заместительной целью в связи с гипоальбуминемией 01.11.2019 – раствор 20% альбумина; с гепатопротекторной целью – фосфоглив, гептрал; с профилактической целью в послеоперационном периоде – цефим; с целью дополнительного обезболивания после операции в ОРИТ – трамадол 5%.

Объективный статус перед выпиской 28.11.2019: состояние мальчика средней степени тяжести, стабильное. Т-Н. Повязка в области послеоперационной раны правого плеча сухая. Выполнена перевязка. Рана линейная, без признаков воспаления, по дренажу-выпускнику скудное количество серозно-геморрагического отделяемого. Кожные покровы чистые, сухие, умеренно влажные. При пальпации л/у: лимфатические узлы подчелюстной области слева плотные, безболезненные, не смещаемые, до 1 см. Видимые слизистые бледно-розовые, свободные от признаков воспаления. Носовое дыхание свободное. Перкуторно определяется ясный легочный звук с обеих сторон. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Хрипов нет. ЧДД 21/мин. Тоны сердца отчетливые, ритмичные. Гемодинамически стабилен. ЧСС 94 уд/мин. АД 115/53 мм.рт.ст. Живот спокоен, безболезненный.

В стабильном состоянии, в удовлетворительном самочувствии мальчик выписывается из отделения. Лечение проведено в рамках ПМУ.

Рекомендации:

- избегать контакта с домашними животными, людных мест;
- продолжить прием: бисептол 480 мг 3 р/нед
- явка в поликлинику НИИ ДООГ 29.11.2019

Заведующий отделением химиотерапии
гемобластозов
НИИ ДООГ ФГБУ «НМИЦ онкологии Н.Н. Блохина»
Минздрава России д.м.н

Врач ординатор отделения химиотерапии
гемобластозов
НИИ ДООГ ФГБУ «НМИЦ онкологии Н.Н. Блохина»
Минздрава России



Т.Т. Валиев

Г.З. Серегин