



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ  
Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение

**НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР**

**ОРТОПЕДИИ ИМ. Н.Н. ПРИОРОВА.**

127299, Москва, ул. Приорова, д.10.

**Группа онкологической ортопедии**

**Выписной эпикриз из и.б.№Н2020-862**

**Ф.И.О. пациента:** Курочкин Леонид Леонидович

**Возраст:** 40 лет (01.02.1979)

**Дата поступления:** 03.02.20.

**Дата выписки:** 26.02.20.

**Адрес:** Россия+ Тверская, Тверь,

**Телефон:**

**Жалобы:** боли в проксимальном отделе правого бедра, возрастающие при нагрузке, иррадиирующие в область коленного и голеностопного суставов.

**Диагноз:** Остеосаркома правой седалищной кости уT2N0M0, состояние после НАПХТ

**Сопутствующая патология:** Хронический вирусный гепатит С, язвенная болезнь 12-перстной кишки, ремиссия, atopический дерматит.

**Анамнез:** История развития заболевания: В 2015 г. пациент почувствовал покалывание в правой ноге при вставании с корточек, усиливающееся с течением времени. Обратился к ортопеду по месту жительства, был направлен на рентгенографию, после чего для уточнения диагноза был направлен на МРТ, по данным которого заподозрено опухолевое образование правой бедренной кости. Был направлен на консультацию к онкологу, был направлен в СПб в НИИ ТО им. Вредена. По результатам консультации пациент оставлен под динамическим наблюдением.

В 2016 г. сделал контрольную рентгенографию, которую отправил на консультацию в НИИ ТО им. Вредена, лечения назначено не было, пациент оставлен под динамическое наблюдение.

С 2019 г. боль начала беспокоить пациента в покое.

В августе 2019 был повторно обследован в Тверской областной больнице, где был поставлен диагноз асептический некроз. Самостоятельно обратился в госпиталь Бурденко, откуда был направлен в НИИЦ ТО им. Н. Н. Приорова, где было проведено комплексное обследование (КТ, МРТ всего тела), по результатам которого выявлено опухолевое образование правой паховой области, распространяющееся на бедренную кость и вертлужную впадину, рекомендована верификация процесса. Выполнена биопсия, диагностирована остеосаркома, по поводу чего проведены 4 курса НАПХТ, с положительным эффектом. Планируется 2 этап лечения - хирургическое вмешательство.

Первое обращение за медицинской помощью: 2015г. Предшествующее лечение и его эффективность: лечение не назначалось

**Состояние при поступлении:** Состояние удовлетворительное. В легких дыхание выслушиваются. Проводится во все отделы. Хрипы: нет. ЧДД 13 в мин. Живот: не вздут. Равномерно участвует в акте дыхания. Кишечные шумы выслушиваются. Перитонеальные симптомы отрицательные. Стул ежедневный. Сердечные тоны ясные. Ритмичные. Шумы: Шумы отсутствуют. ЧСС 73 уд. в мин. АД = 126/83 мм. рт. ст. Температура тела 36,6 °С.

**Status localis при поступлении:** В правой паховой области пальпируется образование около 5 см диаметром, уходящее в полость малого таза. Плотное, безболезненное, неподвижное.

**Обследования:**

**11.09.2019 КТ костей таза:** Исследование проведено по стандартной программе, с толщиной срезов 1,25мм, без контрастного усиления с последующей мультипланарной и трехмерной реконструкцией изображений.

Жалобы на боли в области правого тазобедренного сустава в течение нескольких лет.

В области дна правой вертлужной впадины между телами лонной и седалищной костей определяется участок остеолитической деструкции местами с нечеткими контурами размерами 42х23х12мм.

Патологический участок неоднороден по своей структуре за счет наличия нечетко выраженных включений повышенной плотности, плотностные характеристики патологического очага 47Н. Мягкотканый компонент опухоли распространяется в запирающее отверстие таза справа, 7 аружную и внутреннюю запирающие мышцы. Костная структура тела и основания ветви правой седалищной кости уплотнена с наличием преимущественно слившихся периостальных наслоений. По задней поверхности основания ветви правой седалищной кости определяются периферические очаги остеолитической деструкции с достаточно четкими контурами, плотностные характеристики последних 80—90 Н.



дифференцировка прилежащих мягких тканей умеренно снижена. В крыльях подвздошных костей определяются участки разрежения костной структуры (очаги остеолитической деструкции?) различной формы и размеров.

С учетом данных МРТ, в первую очередь следует думать о хондросаркоме правой седалищной кости, для уточнения диагноза и исключения вторичного поражения костей скелета рекомендовано МРТ всего тела - DWIBS.

**11.09.2019 МРТ всего тела:** На серии DWIBS помимо ранее выявленного патологического очага в структуре правой седалищной кости, дополнительных участков патологического очагового повышения интенсивности сигнала на протяжении исследования не выявлено. Визуализируются участки активной гемангиоматозной перестройки L4, L5 позвонков. На серии STIR патологический очаг в структуре правой седалищной кости имеет неоднородный гиперинтенсивный сигнал. На дополнительных срезах таза образование правой седалищной кости имеет  $ADC=0.53 \times 10^{-3} \text{ мм}^2/\text{с}$ , что свидетельствует в пользу высокой пролиферативной активности, свойственной злокачественному новообразованию. Данных за наличие распространенного вторичного процесса не выявлено. Учитывая данные предыдущих исследований (МСКТ и МРТ), значений ADC, образование правой седалищной кости соответствует хондроСа.

**Гистологическое исследование:** Остеобластическая остеосаркома

**05.02.2020. Консилиум:** С учетом морфологической картины, анамнеза, распространенности картины, данных КТ, результата гистологии больному рекомендовано проведение хирургического лечения в объеме: Резекция костей таза справа с эндопротезированием вертлужной впадины. Дальнейшая тактика лечения будет выработана после получения результатов планового морфологического исследования.

**10.02.2020** Выполнено хирургическое вмешательство в объеме: Резекции костей таза справа с эндопротезированием вертлужной впадины

П/о период без осложнений, проводилась антибактериальная (Цефуроксим, Флексид), антикоагулянтная, обезболивающая, симптоматическая терапия. Швы сняты, рана зажила первичным натяжением.

**25.02.2020.** Гистологическое заключение: патоморфоз 3-4 степени.

**25.02.2020.** Пациент консультирован химиотерапевтом д.м.н. Мачаком Г.Н., рекомендовано проведение адъювантной химиотерапии по схемам AP и IE (рекомендации на руках).

**Рекомендации:**

- Наблюдение онколога, хирурга, терапевта, инфекциониста по месту жительства
- Проведение адъювантной ПХТ
- Ограничение нагрузки на оперированную конечность 3-6 месяцев
- Фиксация правого т/б сустава в жестком ортезе на тазобедренный сустав в течение не менее 6 месяцев
- Реабилитация по месту жительства
- Контрольное обследование: КТ легких, Rg, КТ костей таза, УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, регионарных зон первые 3 года - 1 раз в 3 месяца, следующие 2 года - 1 раз в 6 месяцев, далее - 1 раз в год. Остеосцинтиграфия - первые 5 лет каждые 6 месяцев, далее - 1 раз в год.

Лечащий врач: Карасев А.Л.

Руководитель группы: д.м.н. Карпенко В.Ю.