



НАЗАРШОЕВ ВАТАНШО МИРАЗОРОВИЧ № МК 47339-22-С
ВЫПИСКА ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

Данные о пациенте и времени его пребывания в больнице

Дата рождения: 06.01.2009, 13 лет

Адрес фактического пребывания: Москва г,

Адрес по месту жительства (постоянной регистрации):

Телефон:

Источник финансирования: ОМС

Дата поступления в стационар: 30.04.2022 17:00

Пациент находился:

с 30.04.2022 19:43 по 11.05.2022 12:04 - Педиатрическое отделение сочетанной патологии

с 11.05.2022 12:04 по 27.05.2022 13:40 - Отделение реанимации и интенсивной терапии для онкологических и гематологических больных

с 27.05.2022 13:40 - Отделение онкологии и гематологии

Дата выписки из стационара: 22.06.2022 18:00

Кол-во койко-дней: 53 д

Суммарная лучевая нагрузка: 6,797 мЗв.

Диагноз при поступлении

Основной диагноз: J06.8 ОРВИ Острый лейкоз?

Сопутствующие заболевания: D64.9 Трехростковая цитопения

Диагноз при выписке

Основной диагноз: C92.0 Бластная плазмцитоидная дендритноклеточная опухоль клиническая группа II

Сопутствующие заболевания: K05.3 Хронический пародонтит 2.6 зуба

J01.9 Острый синусит неуточненный

H66.9 Средний отит неуточненный

H70.9 Мастоидит неуточненный

Жалобы

слабость, бледность, боль в ногах, кашель, рвоту, разжиженный стул

Анамнез заболевания

Доставлен в стационар: по экстренным показаниям. Со слов: мамы, в ноябре 2021г ребенок перенес коронавирусную инфекцию. При обследовании в ОАК - лейкопения, нейтропения, анемия, тромбоцитопения. Госпитализирован в Таджикистане в стационар, диагноз: по результатам пункции (11% бластов) миелодиспластический синдром. Начат курс преднизолона (получал по 13.02.22) на фоне терапии показатели крови с улучшением. Осмотрен гематологом в НМИЦ им Рогачева (январь 2022г), рекомендована повторная пункция, госпитализация в онко-гематологический стационар по м/ж. В апреле мать отмечает бледность ребенка, слабость в ногах, быструю утомляемость. 28.04 в ОАК - лейкопения 2 тыс, анемия 66г/л, тромбоцитопения 22 тыс. 30.04 по СМП поступил в приемное отделение МДГКБ в сопровождении мамы.

Анамнез жизни

Реакция на: нет.

Хронические заболевания: отрицает.

Прививки: по возрасту.

Перенесенные заболевания: ОРВИ.

Перенесенные травмы: отрицает.

Перенесенные операции: отрицает.

Дополнительные сведения: Контакты с больными новой коронавирусной инфекции отрицает..

Эпидемиологический анамнез

Выезд за пределы Москвы (в том числе за пределы РФ): нет;

Контакта с инфекционными больными или носителями не было.

Контактов с животными, грызунами, птицами, сырьем животного происхождения не было.
Укусов насекомых, животных не было.
Купание в открытых водоемах отрицает. Употребление воды из открытых источников, некипяченой воды: нет;
Питание в местах общественного питания отрицает.
Лечение и обследование в МО не проходил.
Медицинских манипуляций (инъекций, гинекологических, стоматологических, хирургических и других вмешательств) не было.
За последние 6 месяцев антибиотики не принимал.

Состояние при поступлении

Объективный статус.

Рост/длина тела: 142 см; Масса тела: 42 кг; Температура: 36,8 °С; ИМТ: 20,8 кг/кв.м; Площадь поверхности тела: 1,29 кв.м;

Общие сведения

Общее состояние: тяжелое по заболеванию. Сознание: ясное. Конституция: нормостенический.
Питание: удовлетворительное. Дополнительные сведения: Не лихорадит. Симптомы интоксикации не выражены. Активный, контактный. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Состояние кожных покровов, видимых слизистых, лимфатических узлов

Цвет кожных покровов: бледный. Развитие ПЖК: умеренно. Распределение ПЖК: равномерное.

Сыпь: нет. Влажность кожи: нормальная. Тургор: сохранен. Цианоз: отсутствует. Наличие отеков: отсутствуют. Геморрагический синдром: петехиальная сыпь по всему телу. Цвет слизистой полости рта: розовая. Слизистая задней стенки глотки: без изменений. Слизистая полости рта: чистая.

Слизистые ротоглотки: слизистые розовые. Дополнительные сведения: на темени гематома с геморрагическим содержимым размеров 2,5x2,5 см, умеренно болезненная при пальпации.

Умеренная желтушность кожных покровов.

Состояние костно-мышечной системы

Подробно

Повреждения: нет. Мышечный тонус: в норме. Описание состояния суставов: без изменений.

Движения суставов: в полном объеме.

Состояние органов дыхания

ЧДД: 21 /мин; SPO₂: 98 %; Описание характера дыхания: проводится во все отделы равномерно.

Характер дыхания: жесткое. Хрипы: нет. Одышка: нет. Участие вспомогательной мускулатуры: нет.

Носовое дыхание: свободное. Дополнительные сведения: Кашель малопродуктивный. Одышки нет.

Состояние сердечно-сосудистой системы

ЧСС: 91 /мин; Пульс: 91 /мин; Дефицит пульса: 0 1/мин; Наполнение пульса: умеренного наполнения.

Напряжение пульса: умеренного напряжения. Ритм сердца: не нарушен. Тоны сердца: звучные.

Наличие сердечного шума: нет.

Подробно

Область сердца: не изменена. Границы сердца: не изменены.

Состояние органов желудочно-кишечного тракта

Цвет языка: бледно-розовый. Налет на языке: отсутствует. Влажность языка: влажный. Размер живота: не увеличен. Живот при пальпации: мягкий. Болезненность живота при пальпации: нет. Стул: без патологических изменений. Оформленность стула: оформленный. Рвота: нет.

Подробно

Печень: выступает из-под края реберной дуги, не увеличена. Выступление из-под края реберной дуги:

2,5 см; Селезенка: выступает из-под края реберной дуги. Выступление из-под края реберной дуги: 10

см; Консистенция селезенки: плотная консистенция.

Состояние мочеполовой системы

Мочеиспускание: не нарушено. Характер мочеиспускания: не сопровождается беспокойством. Моча: без изменений. Диурез: достаточный.

Состояние эндокринной системы

Половые признаки сформированы: по мужскому типу.

Инструментальные исследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости. 30.04.2022 18:00

Описание: ПЕЧЕНЬ: топография не изменена, размеры увеличены, соотношение сегментов не изменено: правая доля – 140мм, левая доля – 80 мм, первый сегмент – 22мм. Паренхима обычной эхогенности, однородная. Сосудистый рисунок не изменен, воротная вена в проекции ворот не расширена, желчные протоки не расширены, не деформированы. Холедох в проекции ворот не расширен.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ: частично сокращен форма не изменена, содержимое однородное, жидкое.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА: экранирована
СЕЛЕЗЕНКА: топография не изменена, контуры четкие ровные, Размеры увеличены 190x70, паренхима средней эхогенности, в проекции нижнего полюса визуализируется повышенной эхогенности неоднородное включение размерами 8x11мм без признаков кровотока
Кишечник: значительно повышено газонаполнение, петли не расширены, перистальтика сохранена. Стенки не утолщены, содержимое гетерогенное жидкостное и с газом
Червеобразный отросток не визуализируется
Свободная жидкость не определяется
Ход мезентериальных сосудов достоверно не прослеживается из-за беспокойства ребенка, повышенного газонаполнения кишечника

Заключение: Эхографические признаки гепатоспленомегалии, очаговых изменений селезенки, динамических нарушений кишечника. Рекомендовано дообследование.

Рентгенография легких. 30.04.2022 18:04

Заключение: В легких без очагово-инфильтративных изменений.
Описание: В легких без очагово-инфильтративных изменений. Легочный рисунок не изменен. Корни легких структурны. Тень средостения не смещена, не расширена. Диафрагма расположена обычно, костодиафрагмальные синусы свободны. Сердце — без особенностей..

Ультразвуковое исследование органов мошонки. 30.04.2022 18:04

Описание: Правое яичко: в мошонке, размеры значительно увеличены 85x40x50мм, контуры четкие, ровные, паренхима обычной эхогенности, однородная, кровоток в режиме ЦДК значительно усилен. Определяется головка придатка треугольной формы, размерами 12x6 мм. Паховый канал без особенностей.

Левое яичко: в мошонке, размеры значительно увеличены 70x39x52 мм, контуры четкие, ровные, паренхима обычной эхогенности, однородная, кровоток в режиме ЦДК значительно усилен. Головка придатка достоверно не определяется. Паховый канал без особенностей.

Эхографические признаки значительного увеличения размеров яичек со значительным усилением кровотока. Рекомендовано дообследование.

Компьютерная томография головного мозга. 11.05.2022 12:46

На серии КТ зон измененной плотности в веществе больших полушарий, мозжечка и ствола на уровне исследования не обнаружено.

Отмечаются мелкие высокоплотные включения на уровне базальных ганглиев.

Желудочки мозга в размерах не увеличены, форма их обычная. Боковые желудочки симметричны.

Обызвествление на уровне задних рогов боковых желудочков.

III желудочек не расширен. IV желудочек не деформирован.

Субарахноидальные пространства больших полушарий и мозжечка не изменены.

Срединные структуры не смещены.

Область турецкого седла выглядит обычно.

Лобная пазуха гипоплазирована, заполнена патологическим содержимым. Клетки решетчатого

лабиринта заполнены патологическим содержимым, на этом фоне стенки истончены,

прослеживаются фрагментарно. Основная пазуха заполнена патологическим содержимым.

Гипоплазия правой верхнечелюстной пазухи. Верхнечелюстные пазухи заполнены патологическим

содержимым, на этом фоне медиальные стенки истончены, прослеживаются фрагментарно.

Утолщение слизистой оболочки средних и нижних носовых раковин. Носовая перегородка несколько

отклонена вправо.

Справа наружный слуховой проход не изменен, барабанная перепонка не определяется за счет

практически тотального заполнения барабанной полости патологическим содержимым. Слуховая

труба тотально заполнена патологическим содержимым. Цепь слуховых косточек сохранена, окутана

патологическим содержимым. Деструктивных изменений стенок барабанной полости и антрума

достоверно не выявлено. Адитус и пещера заполнены патологическим содержимым. Структуры

внутреннего уха и внутренний слуховой проход не изменены. Канал лицевого нерва расположен

типично, костные стенки канала сохранены. Отмечается тотальное снижение пневматизации клеток

пирамиды и сосцевидного отростка.

Слева наружный слуховой проход не изменен, барабанная перепонка несколько утолщена, умеренно

втянута. Слуховая труба субтотально заполнена патологическим содержимым. Барабанная полость

пристеночно заполнена патологическим содержимым. Цепь слуховых косточек сохранена.

Деструктивных изменений стенок барабанной полости и антрума достоверно не выявлено. Адитус и

пещера свободны. Структуры внутреннего уха и внутренний слуховой проход не изменены. Канал

лицевого нерва расположен типично, костные стенки канала сохранены. Отмечается частичное

снижение пневматизации клеток пирамиды и сосцевидного отростка.

Костные структуры свода и основания черепа без особенностей..

Заключение: КТ-данных за наличие структурной патологии в веществе головного мозга не получено.

Мелкие высокоплотные включения на уровне базальных ганглиев.

Полисинусит, двусторонний отит, правосторонний мастоидит..

Ультразвуковое исследование органов мошонки. 12.05.2022 13:54

Описание: Правое яичко: в мошонке, размеры выражено увеличены 86x43x65мм, контуры четкие, ровные, паренхима повышенной эхогенности, однородная, кровоток в режиме ЦДК усилен.

Головка придатка треугольной формы, размерами 14x9 мм. Свободной жидкости в оболочках яичка не определяется.

Левое яичко: в мошонке, размеры выражено увеличены 79x40x56 мм, контуры четкие, ровные, паренхима повышенной эхогенности, однородная, кровоток в режиме ЦДК усилен.

Головка придатка треугольной формы, размерами 13x6 мм. Свободная жидкость в оболочках яичка определяется, в объеме до 15 мл.

Заключение:

Эхографические признаки выраженного увеличения размеров яичек, диффузных изменений паренхимы яичек, на фоне их гиперваскуляризации, наличия свободной жидкости в левой половине мошонки. .

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости. 12.05.2022 13:58

Описание: ПЕЧЕНЬ: топография не изменена, размеры увеличены, соотношение сегментов не изменено: правая доля – 147мм, левая доля –80 мм, первый сегмент – 22мм. Паренхима повышенной эхогенности, неоднородная за счет участкой паренхимы пониженной эхогенности. Сосудистый рисунок не изменен, воротная вена в проекции ворот не расширена, желчные протоки не расширены, не деформированы. Холедох в проекции ворот не расширен.

В проекции ворот визуализируются множественные лимфоузлы, диаметром до 10-13 мм.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ: сокращен полностью, определяется выраженный отек парапузырной клетчатки.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА: определяется фрагментарно, на видимых участках топография не изменена, контуры четкие, ровные. Размеры не увеличены, обычной эхогенности, однородная. Вирсунгов проток не расширен, не деформирован.

СЕЛЕЗЕНКА: топография не изменена, контуры четкие ровные, Размеры значительно увеличены 195x80, паренхима повышенной эхогенности. Селезеночная вена в проекции ворот не расширена.

Кишечник: значительно повышено газонаполнение, петли не расширены, перистальтика сохранена. Стенки не утолщены, содержимое гетерогенное жидкостное и с газом

Свободная жидкость в межпетлевых пространствах в незначительном количестве.

Заключение

Эхографические признаки выраженной гепатоспленомегалии, диффузных изменений паренхимы печени и селезенки, портальной лимфоаденопатии, отека парапузырной клетчатки..

ЭКГ. 13.05.2022 11:24

Заключение: Данные электрокардиографического исследования.

Ритм синусовый

ЧСС 53-75 уд/мин

Интервал RR 0,80' - 1,14'

Интервал PQ 0,12'

Интервал QRS 0,09'

Интервал QT 0,38' (норма 0,37')

PI + PII + PIII +

TI + TII + TIII +

Rv4 больше Rv6

Заключение:

Синусовая аритмия, периодами брадикардия.

Вертикальное положение электрической оси сердца. .

Эхокардиография. 13.05.2022, 18:22

Левое предсердие: 33 мм

Митральный клапан: Створки тонкие, подвижные

ФК 27 мм Размер отверстия: _____ мм Площадь отверстия _____ см²
Градиент давления _____ ммHg Максимальная скорость _____ м/с
Степень регургитации 1 (+)

Левый желудочек: КДР 44 мм z-score КСР _____ мм
КДО 88 мл КСО мл УО мл ФВ 64 (N>60)% ФУ _____ % ЗСЛЖ 4 мм
Индексированный КДО 73 при норме 30-75 мл/м²

Аортальный клапан: 3х створчатый; створки тонкие подвижные
Степень регургитации _____

(+)
ФК 20 мм Градиент давления _____ ммHg Максимальная скорость _____ м/с
Аорта дуга и перешеек п Диаметр восходящей аорты 18 мм

Правое предсердие 36 мм не
Правый желудочек 33 мм расширены, меньше левых из 4х камерной позиции

Трёхстворчатый клапан: СТВОРКИ ТОНКИЕ, ПОДВИЖНЫЕ;
Степень регургитации 1 (+)
ФК 30 мм Градиент давления _____ ммHg Максимальная скорость _____ м/с

Клапан лёгочной артерии: створки тонкие, подвижные. Степень регургитации 1 (+)
ФК 16 мм Градиент давления 4,4 ммHg Максимальная скорость _____ м/с
Лёгочная артерия _____ Диаметр ствола 18 мм
Расчётное давление в ЛА: менее 35/10 мм рт ст

МЖП: интактна, движение правильное, толщина 5 мм.
МПП: интактна

Перикард;
Доп. особенности: _____
дополнительная трабекула левого желудочка.

Заключение: Структурных и гемодинамических нарушений не выявлено
Патологических внутрисердечных образований не выявлено
Контроль в динамике

Компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани. 16.05.2022 23:56

Описание: На серии МСКТ ППН определяется:

-правая верхнечелюстная пазуха уменьшена в размерах, тотально заполнена патологическим содержимым. Естественное соустье пазухи болкировано. Определяется расширение периодонтальной щели на уровне 28 зуба, с признаками деструкции задней стенки правой верхнечелюстной пазухи. На этом фоне отмечается уплотнение прилежащей жировой клетчатки. Неравномерное утолщение слизистой оболочки левой верхнечелюстной пазухи с минимальным количеством вспененного субстрата. Естественное соустье пазухи проходимо. Клетки решетчатого лабиринта, основные пазухи субтотально заполнены патологическим субстратом. Перегородка носа умеренно искривлена вправо. Лобная пазуха гипоплазирована, субтотально заполнена патологическим содержимым. Ячейки сосцевидных отростков и барабанные полости субтотально заполнены патологическим содержимым. Цепи слуховых косточек сохранены. Костно-деструктивных изменений не выявлено.

Заключение: КТ-картина пансинусита. КТ-признаки деструкции задней стенки правой верхнечелюстной пазухи. КТ-признаки двухстороннего среднего отита.

Линейная томография органов грудной клетки. 17.05.2022 00:26

Описание: Исследование органов грудной полости выполнено в режиме высокого разрешения, с последующей реконструкцией изображений.

На серии МСКТ пневматизация легочной ткани неравномерная за счет чередования участков повышенной и пониженной воздушности.

Очаговые и инфильтративные изменения в легких не определяются. В S3 правого легкого единичный кальцинат до 1.5мм.

В S10 слева линейный участок тяжистого пневмофиброза.

На уровне задних отделов сегментов нижних долей участки умеренного уплотнения гипостатического характера.

Просвет трахеи, главных, долевого и сегментарных бронхов с двух сторон не сужен, ход их не изменен, стенки не утолщены, не уплотнены.

Средостение расположено центрально. Камеры сердца нормальных размеров. Диафрагма расположена обычно, контуры ее ровные четкие.

Лимфоузлы средостения не увеличены, паратрахеальные лимфоузлы до 7мм.

Подмышечные лимфоузлы не увеличены.

Грудной отдел аорты не изменен.

Свободной жидкости в плевральных полостях нет.

Костно-деструктивные изменения в зоне исследования не определяются.

В зоне сканирования обращает на себя внимание увеличение размеров селезенки до 130x80мм. В видимых отделах брюшной полости, перилиенально и перигастрально скопление умеренного количества жидкостного содержимого.

Заключение: КТ-признаков очаговых и инфильтративных изменений в легких не получено. КТ-признаки единичного мелкого кальцината верхней доли правого легкого. КТ-признаки локальных пневмофиброзных изменений в S10 нижней доли левого легкого.

КТ-признаки спленомегалии. КТ-признаки умеренного количества жидкостного содержимого в брюшной полости (в зоне сканирования)

Компьютерная томография органов грудной полости. 09.06.2022 15:05

Описание: При сравнении с МСКТ от 16.05.2022

На серии МСКТ пневматизация легочной ткани равномерная. Свежие очаговые и инфильтративные изменения в легких не определяются. В S3 правого легкого единичный кальцинат до 1.5мм.

Просвет трахеи, главных, долевого и сегментарных бронхов с двух сторон не сужен, ход их не изменен, стенки не утолщены, не уплотнены.

Средостение не смещено, не расширено. Диафрагма расположена обычно, контуры ее ровные четкие.

Лимфоузлы средостения не увеличены, паратрахеальные лимфоузлы до 7мм.

Подмышечные лимфоузлы не увеличены.

Свободной жидкости в плевральных полостях нет.

Костно-деструктивные изменения в зоне исследования не определяются.

Заключение: КТ-данных за очагово-инфильтративные изменений легких не выявлено.

При сравнении с МСКТ от 16.05.2022г отмечается восстановление равномерности пневматизации легочной ткани.

Компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани. 09.06.2022 15:10

Описание: На серии КТ-сканов придаточных пазух носа при сравнении с МСКТ от 16.05.2022г отмечается уменьшение патологического содержимого придаточных пазух носа

- в верхнечелюстных пазухах сохраняется пристеночное утолщение слизистой справа, слева только по задней стенке. Также сохраняется фрагментация и неравномерное утолщение кортикального слоя задней стенки правой верхнечелюстной пазухи.

-ячейки решетчатой кости пневматизированы, стенки не изменены

-основная пазуха пневматизирована, слева с пенистым содержимым, стенки не изменены

-носовые раковины не деформированы, сохраняется утолщение слизистой нижней носовой раковины справа.

- носовая перегородка не искривлена

Также в видимой области визуализируется восстановление пневматизации структур пирамид височных костей, сохраняется патологическое содержимое в ячейках сосцевидных отростках и пещере справа.

Заключение: КТ-картина при сравнении с МСКТ от 16.05.2022г положительная динамика в виде уменьшения патологического содержимого синусов и пирамид височных костей.

Рентгенография легких. 10.06.2022 15:45

Описание: На рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции убедительных данных за наличие очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Легочный рисунок в медиальных отделах легочных полей обогащен; умеренно деформирован. Корни легких структурны, не расширены.

Тень средостения не смещена, не расширена.

Диафрагма обычно расположена, контуры ровные, четкие. Плевральные синусы свободны.

Проксимальный конец ЦВК - в проекции правых отделов тени средостения на уровне Тн5. Жидкости и газа в плевральных полостях не выявлено.

Заключение: Проксимальный конец ЦВК - в проекции правых отделов тени средостения на уровне Тн5. Жидкости и газа в плевральных полостях не выявлено.

Гематокрит	27,1	%	40,0 - 48,0
Гемоглобин общий	90,0	г/л	110,0 - 150,0
Количество эритроцитов	2,92	10 ¹² /л	4,00 - 5,20
Количество лейкоцитов	1,80	10 ⁹ /л	4,50 - 13,00

Консультация специалиста

Врач-гематолог. 30.04.2022 Врач-гематолог

Диагноз: Клинический Сопутствующий Трехростковая цитопения (D64.9)

Заключение: генез имеющейся у ребенка панцитопении, гепатоспленомегалии требует уточнения. Не исключена взаимосвязь имеющейся цитопении с синдромом гиперспленизма.

Дифференциальный диагноз следует проводить в том числе с гемобластозами (в т.ч. ЮММЛ), миелодиспластическим синдромом, лимфопролиферативными заболеваниями, вторичными цитопениями, ассоциированными с гиперспленизмом, инфекциями, иммунодефицитными состояниями, менее вероятно - болезнями накопления.

Ранее проведенная терапия ГКС могла снизить информативность повторно исследованной миелограммы.

Учитывая наличие анемии 3 степени, признаков декомпенсации гемодинамики, пациенту по витальным показаниям рекомендовано проведение экстренной гемотрансфузии по индивидуальному подбору.

Рекомендации: В плане терапии:

- Трансфузия изогруппной изорезусной эритроцитной взвеси по индивидуальному подбору из расчета 15 мл/кг в/в капельно - СИТО
- Этамзилат натрия 250 мг x 3 р/д, внутрь;
- При появлении кровоточивости - решение вопроса о трансфузии тромбоцитарного концентрата;
- Рассмотреть вопрос о назначении противомикробной терапии;
- Коррекция терапии ситуационно;

В плане обследования:

- Группа крови, резус-фактор + фенотип, пробы Кумбса - СИТО!
- Коагулограмма
- ОАК + тромбоциты по Фолио, лейкоцитарная формула, ретикулоциты, СОЭ;
- Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, АЛТ, АСТ, ЛДГ, ферритин) + СРБ, сывороточные IgG, IgA, IgM + триглицериды;
- Электрофорез фракций гемоглобина;
- Прокальцитонин
- Анализ крови на ВИЧ, HCV, HBsAg, RW;
- ИФА/ПЦР крови на оппортунистические инфекции (ЭБВ, ЦМВ, ВПГ 1,2,6 типов, токсоплазма, хламидии, микоплазмы);
- Миелограмма из двух точек с ИФТ;
- УЗИ ОБП с оценкой кровотока в воротной вене;
- ЭХО-КГ;
- Рентгенография костей черепа;
- Рассмотреть вопрос о проведении КТ ОБП и ОГК с в/в контрастированием с целью исключения объемных образований, лимфаденопатии.
- Консультация онколога.

Врач - детский онколог. 01.05.2022 Врач - детский онколог

Заключение:

После получения согласия матери, в типичном месте выполнена пункция костного мозга, получен материал, отправлен в лабораторию.

Рекомендации:

В плане обследования:

- ОАК + тромбоциты по Фолио, лейкоцитарная формула, ретикулоциты, СОЭ на 02.05.22
- Учитывая повышением маркеров воспаления, в терапию добавить азитромицин 10мг/кг/сут р.о.
- После получения результатов миелограммы, повторная консультация онкогематолога.

Врач - клинический фармаколог. 04.05.2022 Врач - клинический фармаколог
ВОЛКОВА Н. Н.

Рекомендации: Продолжить проводимую терапию. После уточнения диагноза, возможно профилактировать пневоцистоз.

При клинической не эффективности терапии исключить мицелиальной грибковой инфекции (аспергиллез?) КТ пазух черепа, легких, гепатолиенальной зоны.

Исследовать микроорганизмы..

Врач - клинический фармаколог. 11.05.2022 Врач - клинический фармаколог

Заключение: Учитывая уточнение диагноза, неэффективность терапии, требуется доисследование и смена антибактериальной терапии..

Рекомендации: 1. КТ легких и придаточных пазух носа для исключения воспалительных изменений, в том числе аспергиллеза, при необходимости - консультация профильных специалистов

2. Смена антибактериальной и антифунгальной терапии на:

Цефтазидим (в наличии в аптеке препарат ТН Цефинвик) - 2г 2р/д в/в

+ Ванкомицин 40мг/кг/сутки в 4 введения в/в

+ Ко-тримоксазол 960мг 2р/д в/в или перорально (после старта во в/в форме для более быстрого достижения равновесной концентрации)

+ Микафунгин 100мг 1р/д в/в

3. При подозрении или подтверждении инфекции, вызванной мицелиарными грибами - повторная консультация для коррекции антифунгальной терапии.

Контроль СРБ в динамике, при необходимости - контроль Прокацплитонина крови (при подозрении на прогрессирование бактериального воспаления).

При необходимости - повторная консультация..

Врач-челюстно-лицевой хирург. 12.05.2022 Врач-челюстно-лицевой хирург

СЕРЕБРОВ Т. В. Рост/длина тела: 142 см; Масса тела: 42 кг; Температура: 36,6 °С; ИМТ: 20,8 кг/кв.м;

Площадь поверхности тела: 1,29 кв.м;

Жалобы: на подвижность зуба на верхней челюсти.

Локальный статус: Конфигурация лица не нарушена. Открывание рта свободное. На верхней челюсти слева определяется корневой зуба 2.6. подвижность зуба 2.6 2-3 степени. .

Диагноз: Клинический Сопутствующий Хронический пародонтит 2.6 зуба (K05.3)

Заключение: В экстренном хирургическом лечении на момент осмотра не нуждается..

Рекомендации: СКТ лицевого скелета(осмотр верхней челюсти слева) в плановом порядке..

Врач-офтальмолог. 12.05.2022 Врач-офтальмолог

Заключение: ОУ экхимозы век, субконъюнктивальные кровоизлияния..

Рекомендации: В местном лечении не нуждается.

Врач - детский уролог-андролог. 12.05.2022 Врач - детский уролог-андролог

КУЛАЕВ А. В. Жалобы: на увеличение мошонки.

Описание: Анамнез со слов мамы: с начала 2022г после отмены преднизолона отмечалось постепенное увеличение обоих яичек.

St. locals.: Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Оба яичка в мошонке, значительное увеличены в размерах: правое яичко 9,0х5,0 см, плотное, бугристое, безболезненное при пальпации, гиперемии и отека нет, придаток не увеличен в размерах, кремастерный рефлекс сохранен; левое яичко 8,0х4,0 см, плотное, бугристое, безболезненное при пальпации, гиперемии и отека нет, придаток не увеличен в размерах, кремастерный рефлекс сохранен. .

Заключение: В данный момент показаний к экстренному оперативному лечению нет.

При ухудшении локального статуса повторное УЗ-исследование мошонки с последующей консультацией уролога.

Врач-гастроэнтеролог. 12.05.2022 Врач-гастроэнтеролог

ГЛАЗУНОВА Л. В.

Диагноз: Клинический Сопутствующий токсический гепатит с холестазом печеночно клеточная недостаточность (K71.6)

Рекомендации: ПЦР диагностика гепатит А, В, С, D, E,

ПЦР диагностика герпес вируса 6 тип ЦМВ ЭБВ

Контроль б/х крови: АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, фракции билирубина ферритин, ЛДГ, ,

МРХПГ

консультация диетолога

консультация гематолога

питание смесью класса "Гепа"

Лактулоза 10 мл утром натощак

- Эзомепразол 20 мг 2 раза в день в/в

- Урсодезоксихолевая кислота 250 мг 4 раза в день

инфузионная терапия.

с целью деконтаминации кишечника

метронидазол 250мг 3раза в/в капельно

неселективные спазмолитики Дротаверин по 1мл 2раза в/в струйно утро вечер 3-5дней

Врач-диетолог. 13.05.2022 Врач-диетолог

Диагноз: Клинический Фоновое заболевание Консультирование по вопросам питания (Z71.3)

Диета: НБД. По уходу: да. Диета сопровождающего: Матери по уходу.

Показания для проведения нутритивной поддержки: Высокий риск прогрессирования нутритивных нарушений. Индекс STRONGkids-5 баллов. Операции/химиотерапии: ПХТ. Лабораторный статус:

Общ.белок-42,20

Альбумин-28,70

Креатинин-48,50

Мочевина-6,08.

Фосфор-1,02. Степень БЭН: 3. Потребность в энергии (ккал/сут): 1500. Потребность в белке (г/сут):

42. Рекомендовано энтерально: Энергетическая потребность рассчитана по Шофилду РВ+коэф.

Белок 1,0 гр/кг/сут..

Рекомендации: 1.НБД по возможностям ребенка.

2.Нутриэн Гепа-200млх6р/сут(1200мл=31гр.белка и 1200 ккал).

3.Контроль фосфора!

4.Контроль веса.

5.Консультация диетолога в динамике.

Врач-оториноларинголог. 13.05.2022 Врач-оториноларинголог

Заключение: Реактивный пансинусит. Двусторонний экссудативный отит (вне обострения).

Данные КТ головного мозга соответствуют застойным явлениям в полостях среднего уха и ОНП.

Рекомендации: В хирургическом лечении со стороны ЛОР-органов на момент осмотра не нуждается.

Лечение по плану онколога продолжить.

Системная антибактериальная терапия в возрастных дозировках.

Местно: санация полости носа, дыхательных путей.

В нос.ходы: 0,05%ксилометазолин 2кап. 3 раза в день, 0,25%левомицетиновые капли 2кап. 3 раза в день.

В уши: 0,3%офлоксацин 5кап. 3 раза в день.

ЛОР-динамика.

Врач-офтальмолог. 15.05.2022 Врач-офтальмолог

Заключение: У ребенка ОУ - субконъюнктивальные кровоизлияния.

Рекомендации: Лечение основной патологии.

Врач - клинический фармаколог. 19.05.2022 Врач - клинический фармаколог

Заключение: коррекция терапии.

Рекомендации: Рассмотреть отмену: Метронидазол, Микафунгин, Вориконазол.

Продолжить Цефтазидим 2 г x 2р/д, Ванкомицин 400 мг x 4 р/д, Ко-тримоксазол 960 мг x 2 р/д;

Каспифунгин 70 мг/м2 доза доза инициации, далее 35 мг/м2 1 раз в сутки.

Исключение присоединения вирусной инфекции.

Врач-оториноларинголог. 22.05.2022 Врач-оториноларинголог

Диагноз: Клинический Сопутствующий R04.0 Носовое кровотечение (R04.0)

Жалобы: носовое кровотечение из левой половины носа в течение всего дня.

Рекомендации: Пропитывание тампона левомицетиновыми каплями 5 кап x 3 р/д

Удаление тампона после нормализации уровня тромбоцитов, либо не ранее 7 дней

Заключение: В ежедневном наблюдении ЛОР не нуждается.

Врач - клинический фармаколог. 23.05.2022 Врач - клинический фармаколог

Рекомендации: Терапию продолжить под контролем эффективности, динамическом контроле флоры и ее чувствительности, согласно установленным диагнозам и рекомендованным протоколам.

Врач-челюстно-лицевой хирург. 03.06.2022 Врач-челюстно-лицевой хирург

СЕРЕБРОВ Т. В. Заключение: на момент осмотра в хирургическом лечении не нуждается.

Продолжать консервативное лечение.

Другие виды лечения

Сообщение ОРУИБ. 30.04.2022 22:24

№ сообщения ОРУИБ: 22A11181.

Катетеризация подключичной и других центральных вен. 11.05.2022 20:30

Препарат: Севовлюран 8-6-3 об%. Ультразвуковой контроль: да. Метод: Сельдингера.

Катетеризована: внутренняя яремная вена. Расположение: справа. Название катетера: Certofix.

Размер: 20/22G. Фиксация к коже: лейкопластырем. Обратный ток крови: свободный. Наложена

асептическая: наклейка. Количество попыток: 1. Технические сложности: без технических

сложностей. Аускультативная картина в легких: дыхание проводится равномерно. Дополнительные сведения: Рентген-контроль ОГК в динамике.

Медикаментозное лечение

Флуконазол 200 мг. Перорально, 1 раз в сутки днем, 11 дней, Дата начала: 01.05.2022, Дата окончания: 11.05.2022

Азитромицин 250 мг. Перорально, 1 раз в сутки днем, 11 дней, Дата начала: 01.05.2022, Дата окончания: 11.05.2022

Цефтриаксон 1.5 г. В/В, 2 раза в сутки утром, вечером, 11 дней, Дата начала: 01.05.2022, Дата окончания: 11.05.2022

Урсодезоксихолевая кислота 500 мг. Перорально, 1 раз в сутки ночью, 11 дней, Дата начала: 01.05.2022, Дата окончания: 11.05.2022

Натрия хлорид 500 мл. Внутривенно капельно, 1 раз в сутки вечером, 11 дней, Дата начала: 01.05.2022, Дата окончания: 11.05.2022

Декстроза 500 мл. Внутривенно капельно, 1 раз в сутки днем, 11 дней, Дата начала: 01.05.2022, Дата окончания: 11.05.2022

Амикацин 600 мг. Внутривенно капельно, 1 раз в сутки днем, 5 дней, Дата начала: 03.05.2022, Дата окончания: 07.05.2022

Ондансетрон 3 мг. В/В, Симптоматически, 2 дня, Дата начала: 10.05.2022, Дата окончания: 11.05.2022

Парацетамол 50 мл. В/В, 1 раз в сутки днем, 1 день, Дата начала: 10.05.2022(1 день);

Амикацин 600 мг. В/В, 1 раз в сутки днем, 2 дня, Прервано 11.05.2022 с 00:00, причина: Приостановлено при переводе, Дата начала: 10.05.2022, Дата окончания: 11.05.2022

Нимесулид 60 мг. Внутрь, 1 раз в сутки вечером, 1 день, Дата начала: 10.05.2022(1 день);

Парацетамол 500 мг. Внутривенно капельно в течение 30 минут, однократно, 0:00 ч., 1 день
Примечание: 10.05 в 20:00, Дата начала: 11.05.2022(1 день);

Цефтазидим 2 г. Внутривенно капельно, 2 раза в сутки днем, ночью, 7 дней, Дата начала: 27.05.2022, Дата окончания: 02.06.2022

Вориконазол 200 мг. Внутривенно капельно, 2 раза в сутки днем, ночью, 7 дней, Дата начала: 27.05.2022, Дата окончания: 02.06.2022

Ванкомицин 0.5 г. Внутривенно капельно, 3 раза в сутки днем, вечером, ночью, 7 дней, Дата начала: 27.05.2022, Дата окончания: 02.06.2022

Амфотерицин В 40000 ЕД. Внутривенно капельно, 1 раз в сутки днем, 7 дней, Дата начала: 27.05.2022, Дата окончания: 02.06.2022

Меропенем 1500 мг. Внутривенно капельно, 3 раза в сутки утром, днем, вечером, 7 дней, Дата начала: 06.06.2022, Дата окончания: 12.06.2022

Линезолид 600 мг. Внутривенно капельно, 2 раза в сутки утром, вечером, 7 дней, Дата начала: 09.06.2022, Дата окончания: 15.06.2022

Транексамовая кислота 500 мг. Внутривенно струйно, 3 раза в сутки утром, днем, вечером, 5 дней, Дата начала: 11.06.2022, Дата окончания: 15.06.2022

Диеты

Диета: ОВД 7-18; Диета сопровождающего. Матери по уходу;

Описание лечения

Мальчик госпитализирован в МДГКБ 30.04.22 в связи с изменениями в гемограмме, слабостью, костными болями, кашлем. При осмотре выявлен гиперпластический, анемический, геморрагический синдромы, увеличение яичек. В педиатрическом отделении 01.05.22 выполнена диагностическая пункция костного мозга, по результатам которой 03.05.22 верифицирован острый лейкоз.

Учитывая выраженные изменения в гемограмме, проявления бронхита ребенок продолжил лечение и наблюдение в стационаре. С 09.05 фебрильно лихорадит. Проведена эскалация антибактериальной терапии. В динамике присоединилась общемозговая симптоматика в виде рвоты, нарос геморрагический синдром (кровоизлияния в склеры, верхние веки, петехиальная сыпь, подслизистые кровоизлияния). 11.05.22 по тяжести состояния был переведен в отделение реанимации для онкологических и гематологических больных. 12.05.22 было принято решение о проведении комплексного исследования костного мозга. По результатам проведенного обследования ребенку поставлен клинический диагноз «острый миелобластный лейкоз, первый острый период». После проведенной беседы с мамой о природе и сути заболевания, а также после подписания информированного согласия на ПХТ с 13.05.22 ребенку начата терапия в рамках протокола AML-BFM-2004. 13.05 - с целью циторедукции вводился АгаС 40мг/м². Также в связи с инициальным поражением яичек ребенку показано проведение двусторонней орхэктомии с оболочками, однако

так как состояние мальчика тяжелое, имеется выраженный геморрагический синдром, тромбоцитопения (Зтыс/мкл) проведение данной операции в настоящее время невозможно. Пациент по телефону обсужден с профессором Карачунским А.И., рекомендовано проведение оперативного вмешательства после стабилизации состояния ребенка, нормализации показателей гемограммы, по возможности после окончания курса индукционной терапии. Учитывая данные морфоцитохимического исследования (описана лимфоидная популяция бластных клеток) 16.05.22 принято решение о проведении повторной пункции костного мозга для дополнительной верификации принадлежности опухолевых клеток. По результатам дообследования мальчику выставлен диагноз «Бластная плазмоцитоидная дендритноклеточная опухоль». С 18.05.22 по 25.05.22 проведена терапия блока А1Е, терапию перенес удовлетворительно. Учитывая выраженную тромбоцитопению, сохраняющуюся не смотря на проводимые трансфузии тромбоконцентрата, от проведения люмбальных пункций решено было воздержаться. На фоне проводимой комплексной терапии – специфической, антимикотической, антибактериальной соматический статус с положительной динамикой – стал более активен, кожный геморрагический синдром не нарастает, маркеры цитолиза угасают, гепатоспленомегалия уменьшилась. 27.05.22 для дальнейшего лечения и обследования переведен в отделение онкологии и гематологии. Учитывая данные гемограмм, наличие инфекционных очагов (патологическое содержимое пазух наиболее вероятно грибковой природы, дефекты слизистой) на фоне аплазии кроветворения мальчику продолжена комбинированная антимикробная терапия. В динамике воспалительные изменения в области десен разрешились, не лихорадит, гемопоз с тенденцией к восстановлению, геморрагический синдром не выражен. На перерыв в терапии выписывается из отделения. Контакт с инфекциями не имел.

Блок А1Е: (18.05.22 - 25.05.2022.) Поверхность тела 1,29 м²
ARA- С 100 мг/м² в/в кап за 24 часа (130 мг) (1,2 дни блока)
ARA- С 100 мг/м² в/в кап за 30 мин № 12 (130 мг) (3-8 дни блока)
VP-16 150 мг/м² в/в кап за 1 час № 3 (200 мг) (6,7,8 дни блока)
IDA 12 мг/м² в/в кап за 4 часа № 3 (15,5 мг) (3,5,7 дни блока)

Также в отделении проводилась комплексная противoinфекционная терапия: антибактериальная (цефтазидим, метронидазол, ванкомицин, амикацин), антимикотическая (флуконазол, микафунгин, амфотерицин В, вориконазол), симптоматическая, профилактика РСР-инфекции, заместительные трансфузии компонентов крови по показаниям.

Состояние при выписке

Объективный статус.

Рост/длина тела: 140 см; Масса тела: 38 кг; Температура: 36,5 °С; ИМТ: 19,3 кг/кв.м; Площадь поверхности тела: 1,22 кв.м;

Общие сведения

Общее состояние: тяжелое. Сознание: ясное. Конституция: нормостенический. Дополнительные сведения: Т 37,0/36,5 С

Состояние мальчика тяжелое по заболеванию. В сознании. Умеренно активен. За прошедшие сутки не лихорадит. Интоксикационный синдром не вырос. Аппетит избирательный.

Состояние кожных покровов, видимых слизистых, лимфатических узлов

Цвет кожных покровов: обычной окраски. Развитие ПЖК: умеренно. Распределение ПЖК: равномерное. Сыпь: нет. Геморрагический синдром: петехии на коже, контактная кровоточивость из мест грибкового поражения десен. Лимфатические узлы: не увеличены, безболезненные. Цвет слизистой полости рта: розовая. Дополнительные сведения: в области неба: левого верхнего резца участок минус-ткани слизистой

в области десен на верхней челюсти белесые наложения.

Состояние органов дыхания

ЧДД: 20 /мин; Ритм дыхания: регулярный. Дыхание: нормальное. Дыхание самостоятельное: естественным путем. Характер дыхания: жесткое. Хрипы: нет. Проводные хрипы: нет. Одышка: нет. Голос: не изменен. Носовое дыхание: свободное.

Состояние сердечно-сосудистой системы

Гемодинамика: стабильная. Систолическое давление: 110 мм.рт.ст.; Диастолическое давление: 70 мм.рт.ст.; ЧСС: 90 /мин; Наполнение пульса: умеренного наполнения. Напряжение пульса: умеренного напряжения. Ритм сердца: не нарушен. Тоны сердца: ясные.

Подробно

Область сердца: не изменена.

Состояние органов желудочно-кишечного тракта

Цвет языка: розового цвета. Налет на языке: отсутствует. Эрозивно-язвенные образования: есть. Размер живота: не увеличен. Симметричность живота: симметричный. Вздутие: нет. Участие живота в акте дыхания: участвует. Живот при пальпации: мягкий. Болезненность живота при пальпации: нет. Наличие стула: нет. Рвота: нет.

Подробно

Печень: выступает из-под края реберной дуги. Выступление из-под края реберной дуги: 3 см; Селезенка: выступает из-под края реберной дуги. Выступление из-под края реберной дуги: 6 см; Состояние мочеполовой системы
Мочеиспускание: не нарушено. Моча: без изменений. Цвет мочи: желтый (обычный). Область почек: не изменена. Диурез: 2645/2200 мл с задержкой, проводится дополнительная стимуляция лазиксом. Состояние эндокринной системы
Описание развития половых органов: яички увеличены в размерах, плотные, безболезненные при пальпации;

Объективный статус.

Рост/длина тела: 140 см; Масса тела: 38 кг; Температура: 37 °С; ИМТ: 19,3 кг/кв.м; Площадь поверхности тела: 1,22 кв.м;

Общие сведения

Общее состояние: тяжелое. Сознание: ясное. Дополнительные сведения: Т 36,6/36,6 С

ЧСС 90 в мин

ЧД 19 в мин

АД 110/70

Состояние тяжелое по основному заболеванию. Ребенок в сознании, адекватно реагирует на осмотр. Не лихорадит. Аппетит хороший.

Кожа, видимые слизистые бледно-розовые, чистые, кожный геморрагический синдром не нарастает. В области левого верхнего резца сохраняется участок минус-ткани.

Кровотечений из ротовой полости нет. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы.

Хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень пальпируется + 5,0 см от края реберной дуги, селезенка + 8,0 см.

Острой неврологической симптоматики нет. Стул самостоятельный, оформлен. Диурез адекватен проводимой терапии.

Моча светло-желтая.

Яички увеличены в размерах, безболезненные при пальпации.

Исход и результат госпитализации

Исход госпитализации: улучшение

Проведённое лечение первичной опухоли: радикальное, неполное

Причины незавершённости радикального лечения: Запланированный перерыв

Дополнительная информация: Результат морфологического исследования (ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ») от 01.05.2021

Бластные клетки 82,00%

Клеточность пунктата – гиперклеточный

Результат морфологического исследования (ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ») от 12.05.2021

Бластные клетки 97,20%

Клеточность пунктата – клеточный

Имунофенотипирование костного мозга (ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ») от 12.05.2021

Исследуемая область бластов 90,0%

HLA-DR+, CD4+, CD56+, CD7+/-, CD38+, CD117+, CD33+/-, CD34-, сMPO-, сCD3-, сCD79a-, CD45+, по результатам иммунофенотипирования линейную принадлежность бластной популяции определить не представляется возможным.

Результат цитогенетического исследования (НМИЦ ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева) от 12.05.2022

Кариотип 46, XY [20]

Заключение: при исследовании методом FISH в 60% ядер обнаружена делеция гена ETV6, в 40% делеция 3'-конца гена ETV6. При исследовании методом FISH перестроек генов MLL, CBFB (inv(16)), NUP98, t(8;21), химерных генов CBFA2T3-GLIS2 не обнаружено

Морфоцитохимическое исследование костного мозга (ГБУЗ «Центр крови имени О.К. Гаврилова ДЗМ

Москвы) от 12.05.2022:

Пунктат костного мозга беден миелокариоцитами, содержит единичные элементы стромы, разрушенные клетки в небольшом количестве. Популяция анаплазированных бластных клеток составляет 92,2% от миелокариоцитов. Бластные клетки среднего и крупного размера, с высоким ядерно-цитоплазматическим соотношением, с полиморфными ядрами, неотчетливыми нуклеолами в части клеток, умеренно базофильной цитоплазмой. Единичные бластные клетки содержат скудную пылевидную зернистость.

Гранулоцитарный росток представлен единичными клетками.

Моноцитарный росток сохранен, омоложен.

Лимфоцитарный росток сужен.

Эритроидный росток представлен единичными клетками в препаратах.

Мегакариоциты единичные в препарате. При обзорном просмотре препаратов встречаются свободно лежащие тромбоцитарные пластинки.

Результаты цитохимического исследования

Реакция на миелопероксидазу – отрицательная в бластных клетках.

Реакция на липиды (с суданом черным Б) – отрицательная в бластных клетках

Реакция на гликоген (PAS) – слабый PAS-позитивный материал выявлен в 22% бластных клеток в мелко-гранулярном виде.

Реакция на неспецифическую а-нафтилацетат эстеразу – в бластных клетках не активная.

Заключение: морфологическое исследование свидетельствует в пользу острого лейкоза, учитывая цитохимические реакции нельзя исключить лимфоидную направленность дифференцировки бластных клеток.

Имунофенотипирование костного мозга (НМИЦ ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева) от 12.05.22

бласты 91,00%

Имунофенотип опухолевой популяции: CD4+ CD7+ CD11A+ CD33+ CD38+ CD45+ CD56+ CD99+ CD117+ CD123+ CD371+ HLA-DR+ NG2+

Заключение: иммунофенотип бластной популяции соответствует острому миелоидному лейкозу с коэкспрессией CD7, CD56, NG2.

Морфocyтохимическое исследование костного мозга (ГБУЗ «Центр крови имени О.К. Гаврилова ДЗМ Москвы») от 16.05.2022:

Пунктат костного мозга беден миелокариоцитами, содержит единичные макрофаги, разрушенные клетки в небольшом количестве. Популяция анаплазированных бластных клеток составляет 62,7% от миелокариоцитов. Бластные клетки среднего и крупного размера, с высоким ядерно-цитоплазматическим соотношением, с округлым, неправильной формы, складчатым ядром, тонкодисперсной структурой хроматина, умеренно базофильной цитоплазмой. Часть бластных клеток с вакуолизацией ядра и цитоплазмы.

Гранулоцитарный росток сужен.

Моноцитарный росток представлен единичными клетками в препаратах.

Лимфоцитарный росток на верхней границе нормы.

Эритроидный росток представлен единичными клетками в препаратах.

Мегакариоциты не обнаружены. При обзорном просмотре препаратов встречаются единичные тромбоцитарные пластинки.

Результаты цитохимического исследования

Реакция на миелопероксидазу – отрицательная в бластных клетках.

Реакция на липиды (с суданом черным Б) – отрицательная в бластных клетках

Реакция на гликоген (PAS) – слабый PAS-позитивный материал выявлен в 6% бластных клеток в мелко-гранулярном виде.

Реакция на неспецифическую а-нафтилацетат эстеразу – в бластных клетках не активная.

Заключение: морфологическое исследование свидетельствует в пользу острого лейкоза, учитывая цитохимические реакции нельзя исключать лимфоидную направленность дифференцировки в части бластных клеток.

Имунофенотипирование костного мозга (ГБУЗ Центр крови им. Гаврилова ДЗМ) от 16.05.22

Исследуемая область бластов: 58%

Фенотип бластных клеток: MPO- сyтCD3- CytCD79a- CD19- CD117+ CD34- CD4+ CD56+ CD123+ HLA-DR+ CD43+ CD13- CD33+ CD2- CD15- CD14- CD64- CD38- CD45+ CD7+

Заключение: нельзя исключить плазмocyтоидную дендритоклеточную опухоль

Результат морфологического исследования (ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ») от 16.05.2021
Комментарий: костный мозг опустошен. В мазках пунктата небольшое количество лимфоцитов и бластных клеток, единичные ретикулярные клетки. Мегакариоциты не найдены.

Иммунофенотипирование костного мозга (ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ») от 16.05.2021
Исследуемая область бластов 65,0%
CD33+, CD117+, cMPO-/+, CD56+, CD7+, HLA-DR+, CD4+, CD45+, что по сумме баллов соответствует миелоидной направленности пролиферации с коэкспрессией лимфоидных антигенов.

Рекомендации

Дополнительно:

1. Наблюдение онколога ЦОАП МДГКБ.
2. Продолжить сопроводительную терапию:
 - ко-тримоксазол 960 мг/сутки per os по схеме 3 раза в неделю (профилактика пневмоцистной пневмонии).
 - обработка полости рта растворами ромашки и повидон-йода 4-5 раз/сутки.
 - вифенд 200 мг х 2 р/д внутрь до 28.06.22
3. Плановая госпитализация в отделение онкологии и гематологии МДГКБ 28.06.22 для обследования и продолжения лечения. При себе иметь направление на госпитализацию (форма 057/у-04), справку об отсутствии контактов, а также копии документов: страховой полис и свидетельство о рождении/паспорт ребенка, паспорт родителя, СНИЛС ребенка и родителя, справка об инвалидности (при наличии).

Данные о трудоспособности

В листке нетрудоспособности не нуждается. (по уходу) .

Сведения о лечащем враче и заведующем отделением

ФИО врача: Латышева Мария Алексеевна / Врач-гематолог

ФИО Заведующего отделением: Кондратчик Константин Леонидович / Заведующий отделением гематологии (гематологии и химиотерапии) - врач-гематолог

По уходу за ребенком круглосуточно в стационаре находил(ся)ась, Назаршоев Миразор Биномшоевич

По уходу за ребенком круглосуточно в стационаре находил(ся)ась родитель, Паллаева Сатирна Назарбековна



Врач-гематолог / **ЛАТЫШЕВА МАРИЯ АЛЕКСЕЕВНА**

Заведующий отделением - врач-гематолог / **КОНДРАТЧИК КОНСТАНТИН ЛЕОНИДОВИЧ**



Телемедицина в Морозовке! Опытные врачи любого профиля проведут дистанционную консультацию Вашему ребенку в неотложной ситуации или при наблюдении в динамике. Он-лайн прием специалиста позволит Вам сэкономить время и сократить количество контактов с другими людьми. Подробная информация об услуге на сайте мороздгкб.рф (раздел Телемедицина).