

**01ФГБУ Российский Научный Центр Рентгенорадиологии
Министерства здравоохранения РФ**

117997, ГПС-7, Москва, ул. Профсоюзная, 86.

Справочная **8(495) 333-91-20.**

Платные услуги **8(495) 334-15-08** факс: **8(495) 120-43-60.**

**Детское онкологическое отделение радиотерапии
и комплексных методов лечения.**

АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА №7119/14

Пациент: Нутрихин Богдан Алексеевич.

Дата рождения: 01-11-2010. Оплата: индив./расчет

Адрес: Республика Коми. г. Сыктывкар,

Консультация проф. Желудковой О.Г.

Диагноз. Медуллобластома (классический вариант) червя мозжечка и четвертого желудочка. Вторичная окклюзионная гидроцефалия. Состояние после удаления опухоли и постановки резервуара Оммая. М1-стадия. Состояние после 1 блока индукционной ПХТ. Прогрессирование болезни – метастазирование по оболочкам спинного мозга. Состояние после краниоспинального облучения и 6 циклов ПХТ.

Поздний рецидив опухоли. Состояние после 3х циклов противорецидивной ПХТ с и/в введением Этограя. Частичный эффект. Состояние после ВДХТ с ауто-ПСК. Положительная динамика. Состояние после локальной лучевой терапии с параллельным введением Этограя и 6 циклов МХТ Темодал. Полный эффект. Динамическое наблюдение.

Мутация Тр53 – не обнаружена.

Молекулярная группа 4. Амплификация тус и тусп не обнаружена.

Симптоматическая эпилепсия?

Жалобы: нет

Анамнез: Болен с начала января 2014г, когда появились жалобы на внезапно возникшее косоглазие, нарушение равновесия, рвоты.

При ЭЭГ: диффузная дезорганизация корковой ритмики. Очаговой патологии и эпилептической активности не зарегистрировано. Дисфункциональные влияния из стволовых структур.

При МРТ головного мозга от 13.01.14: в области четвертого желудочка обнаружено образование размерами 34х36х32мм; боковые желудочки расширены.

Окулист – ДЗН гиперемированы, границы не визуализируются. Промениения в стекловидное тело. Отек ДЗН 2ст.

20.01.2014г в г.Сыктывкаре выполнена операция 1 - частичное удаление опухоли 4 желудочка. После операции – состояние стабильное, соответствует тяжести перенесенной операции.

Гистологическое заключение: медуллобластома.

КТ головного мозга от 27.01.14: в области червя мозжечка определяется остаточная опухоль размерами 21х23мм. Боковые желудочки симметричны, расширены, в переднем роге боковых желудочков воздух.

Окулист – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, артерии сужены, вены полнокровны.

31.01.14 по направлению онколога Карманова заочно консультирован проф Желудковой О.Г., **заключение:** Для решения вопроса о тактике лечения рекомендовано срочно пересмотреть гистопрепараты в отделении патанатомии ФНКЦДГОИ. С учетом возраста больного дифференциальный диагноз необходимо проводить между медуллобластомой и АТРО. При подтверждении диагноза медуллобластома на первом этапе необходимо установить резервуар Оммайя для интравентрикулярного введения метотрексата. В плане обследования рекомендовано выполнить МРТ головного и спинного мозга без и с контрастом. При отсутствии метастазирования по результатам МРТ показана диагностическая люмбальная пункция с определением опухолевых клеток в ликворе (выполнять после МРТ). Повторная консультация с результатами МРТ после пересмотра гистопрепаратов.

Гистологические препараты пересмотрены в ФНКЦДГОИ, диагноз после ИГХ – медуллобластома, классический вариант (28.02.14).

28.02.14 выполнена операция 2 – установлен резервуар Оммайя.

28.02.14 повторно консультирован проф Желудковой О.Г: Учитывая гистологический диагноз, возраст пациента, на первом этапе рекомендована ПХТ по протоколу ХИТ 2000/2008. Для решения вопроса о схеме лечения рекомендовано срочно выполнить МРТ головного и спинного мозга без и с контрастом. При отсутствии метастазирования по результатам МРТ показана диагностическая люмбальная пункция с определением опухолевых клеток в ликворе. В случае выявления метастазов целесообразно после проведения стандартной ПХТ обсудить ВДХТ с ауто-ПСК. В связи с невозможностью проведения обследования и лечения по месту жительства целесообразно направить пациента в ФНКЦДГОИ. Дату госпитализацию согласовать предварительно. Повторная консультация с результатами МРТ.

11.03.14 госпитализирован в ФНКЦДГОИ.

МРТ ЦНС без и с КУ от 18.03.14 – в 4 желудочке определяется остаточная опухоль размерами 20x27x18мм. В спинном мозге мтс отсутствуют.

Цитологическое исследование ликвора от 19.03.14 – обнаружены агломераты опухолевых клеток.

С 26.03.14 в отделении онкогематологии получил 1 цикл индукционной ПХТ по протоколу ХИТ 2000/2008 с и/в введением МТХ.

Цитология вентрикулярного ликвора 26.03.14 (перед началом ПХТ) – обнаружены агломераты опухолевых клеток.

Цитология вентрикулярного ликвора от 14.04.14 – обнаружены опухолевые клетки.

При МРТ головного мозга без и с КУ от 21.04.14 – в области 4 желудочка сохраняется остаточная опухоль прежних размеров. В шейном отделе спинного мозга определяется линейное контрастирование оболочек, ранее не определялось (томограммы консультированы д.м.н. Озеровой В.И.).

23.04.14 выполнен аферез ПСК.

При МРТ спинного мозга без и с КУ 30.04.14 – определяется линейное контрастирование оболочек спинного мозга в шейном отделе спинного мозга и в области конуса с усилением интенсивности накопления КВ по сравнению с МРТ от 18.03.14. Нельзя исключить метастатическое поражение оболочек спинного мозга.

С 17.05.2014 по 27.06.14 проведена ЛТ на головной и спинной мозг КСО в СОД 24Гр, буст на ЗЧЯ в СОД 54,6, буст на область мтс до СОД 49,6Гр.

04.08.14 выполнена операция 3 - удаление остаточной опухоли в области червя мозжечка и IV желудочка.

Гистологическое заключение – медуллобластома классический вариант.

С 09.09.14 по 02.04.15 получил 6 циклов поддерживающей химиотерапии-ННТ 2000 BIS4.

09.10.2014 выполнена операция 4 - имплантация порта.

МРТ ЦНС с и без КУ от 04.06.15 – в ЗЧЯ постоперационные изменения. при исследовании спинного мозга выявляются единичные участки накопления КВ в шейном и грудном отделах.

Консультирован в Германии: В связи с высоким риском рецидива рекомендовано проведение индивидуальной терапии темозоломидом (12 циклов) в таблетках (для орального приема) вместе с началом профилактического наблюдения в течение одного года.

С апреля 2015 находился на динамическом наблюдении.

ОАК при выписке от 04.06.15: гемоглобин 87, тромбоциты 160, лейкоциты 2,3.

Диагностическая люмбальная пункция от июня 2015 г. – опухолевые клетки не обнаружены.

МРТ ЦНС с и без КУ от 20.07.15 – в ЗЧЯ сохраняются постоперационные изменения. Данных за рецидив нет. При исследовании спинного мозга сохраняется линейное контрастирование оболочек эпиконуса и задней порции корешков конского хвоста. По сравнению с МРТ от 04.06.15 – без динамики.

Окулист 12.10.16: косоглазие непостоянное содружественное монолатеральное слева сходящееся. Гиперметропия слабая. ДЗН бледно-розовый, контуры четкие. Ход и калибр сосудов не изменены.

Кардиолог 12.10.15 – ранее наблюдался с диагнозом функциональная кардиопатия. Получал метаболическую терапию. Заключение: нарушение проводимости сердца с укорочением интервала PQ, удлинение интервала QT.

При МРТ ЦНС без и с КУ 12.10.15 – данных за рецидив опухоли и мтс нет.

Гормоны крови от 19.06.15: ТТГ 4,43, кортизол 15,9, ИРФ-1 – 15,5 (26-280).

Б/х крови от 14.01.16 – Глюкоза 4,9. Белок об. 65,16. АЛТ 14. АСТ 45.

Билирубин об. 5,05.

ОАК от 18.01.16 – Лейкоциты 5,0. Гемоглобин 114. Тромбоциты 277.

При МРТ ЦНС без и с КУ 26.01.16 – в области мозжечка сохраняются п/о изменения с геморрагическим компонентом. Признаков рецидива опухоли и мтс в структурах ЦНС не обнаружено.

01.02.16 консультирован проф. Желудковой О.Г. Рекомендовано продолжить динамическое наблюдение: МРТ головного и спинного мозга без и с КУ повторять 1 раз в 3 мес в течение 1 года наблюдения, далее 1 раз в 4 мес в течение 2-го года наблюдения.

При МРТ ЦНС без и с КУ 25.07.16 – в области мозжечка сохраняются п/о изменения с геморрагическим компонентом. В проекции нижней ножки левого полушария мозжечка с распространением каудально на среднюю ножку мозжечка определяется образование, копит КВ. По сравнению с МРТ от апреля 2016 увеличение размеров очага контрастирования.

В октябре 2016 получил курс реабилитации в Варшаве.

ЭКГ от 10.11.16 – диффузные метаболические изменения.

ОАК от 17.11.16 – Лейкоциты 4,7. Гемоглобин 125. Тромбоциты 176.

При МРТ ЦНС без и с КУ 26.11.16 – в области мозжечка сохраняются п/о изменения с геморрагическим компонентом. В проекции нижней ножки левого полушария мозжечка с распространением каудально на среднюю ножку мозжечка определяется образование размерами 9х20х15мм. Образование имеет па-растволовое распространение, не контактирует с продолговатым мозгом, копит КВ. По сравнению с МРТ от 25.07.16 - отрицательная динамика в виде продолженного роста опухоли. При исследовании спинного мозга отмечается линейное накопление КВ по всему длиннику спинного мозга, по сравнению с МРТ от июля 2016 – без динамики. Учитывая отсутствие динамики контрастирования оболочек спинного мозга, выявляемые изменения в большей степени соответствуют накоплению по сосудистому типу.

28.11.16 консультирован проф. Желудковой О.Г. Учитывая гистологический диагноз, рецидив опухоли и локализацию рецидива, рекомендовано проведение противорецидивной ПХТ по протоколу ХИТ-РЕЦ-2005 в виде 96-часовой инфузии Карбоплатина и Этопозиды с интравентрикулярным введением липосомального Этопозиды Этограй (1-5 дни каждые 15 дней).

ПХТ с и/в введением Этограя может осуществляться по месту жительства под наблюдением д/онколога (согласовано с Кармановым А.Л).

МРТ ЦНС без и с КУ повторить после 1 цикла, 2 цикла и 4 циклов ПХТ.

При достижении ПЭ планируется проведение ВДХТ с ауто-ПСК.

С 01.12.16 по 16.01.17 получил 3 цикла противорецидивной ПХТ с и/в введением Этограя: карбоплатин 200мг/м² 1-4 дни в/в кап 24 час, вепезид 100мг/м² - 1-4 дни в/в кап 24 час 1-4 дни, Этограй 1,0 1-5 дни.

Осложнения ПХТ – аплазия кроветворения, что явилось причиной отсрочки и/в введения этограй и ПХТ:

МРТ ЦНС без и с КУ от 29.12.16 – в проекции нижней ножки левого полушария мозжечка, с распространением каудально на среднюю ножку мозжечка определяется образование размерами 8х17х11мм (ранее 9х20х15мм), копит КВ.

МРТ ЦНС без и с КУ от 10.02.17 – по сравнению с МРТ от 26.11.16 отмечается уменьшение размеров образования, копящего КВ, в проекции левого отверстия Люшка до 14х6х6мм (ранее 20х10х9мм). Также сохраняется единичный узловой метастаз по эпендиме дна 3-го желудочка, без динамики в размерах (3,5х2х2мм). Рецидива опухоли мозжечка, метастазов в структурах спинного мозга не определяется. По сравнению с МРТ от 1.12.16 – без динамики.

ОАК от 09.02.17 – Гемоглобин 115. Тромбоциты 75. Лейкоциты 2,7.

10.02.17 консультирован проф. Желудковой О.Г. Учитывая гистологический диагноз, рецидив опухоли, объем проведенной ПХТ и достигнутый частичный эффект, рекомендовано проведение ВДХТ с ауто-ПСК. В связи с максимально достигнутым эффектом после 2 цикла ПХТ и стабильную картину после 3 цикла, целесообразно проведение ВДХТ с ауто-ПСК после 3-го цикла стандартной ПХТ. Рекомендовано продолжить и/в введение Этограя в течение 1 года.

Рекомендовано: продолжить эутирокс 37,5мкг/сут постоянно.

Для проведения ВДХТ с ауто-ПСК направляется в НИИ детской гематологии и трансплантологии в Санкт-Петербург.

Повторная консультация с результатами обследования после ВДХТ с ауто-ПСК.

УЗИ ОБП от 02.03.17 – диффузные изменения печени, поджелудочной железы. Умеренно выраженный метеоризм.

С 05.03.17 получил ВДХТ (тиотепу, карбоплатин, этопозид, интравентрикулярно – этограй с 06.03.17) на фоне сопроводительной инфузионной терапии. Дозы

в/в препаратов редуцированы на 25% в связи с выраженной гематологической токсичностью после стандартной ПХТ.

13.03.17 выполнена аутологичная трансплантация периферических стволовых клеток.

Невролог от 24.03.17 – атактический синдром, левосторонний центральный гемипарез, легкой степени. Левостороннее косоглазие. Моторные и вокальные гиперкинезы (тики). Рекомендовано: фенибут по 1 таб 3 р/день, Магне В6 по 1 таб 3 р/день.

МРТ головного и спинного мозга без и с КУ от 03.04.17 – определяются п/о изменения в мозжечке. Участок накопления КВ в левом полушарии мозжечка следует дифференцировать между п/о изменениями? Остаточная опухолевая ткань? Очаги глиоза в лобных долях. Смешанная гидроцефалия заместительного характера. Киста прозрачной перегородки. По сравнению с МРТ от 10.02.17 – уменьшение размеров образования в левом полушарии мозжечка, нет новых образований.

06.04.17 консультирован проф. Желудковой О.Г. Учитывая гистологический диагноз, рецидив опухоли, объем проведенной терапии и достигнутый частичный эффект, рекомендовано проведение локальной лучевой терапии на область ЗЧЯ до СОД 50Гр. Параллельно с ЛТ продолжить и/в введение Этогрой до 1 года. Перед началом ЛТ целесообразно повторить МРТ головного и спинного мозга без и с КУ. Эутироке 37,5мкг/сут продолжить постоянно. Для проведения локальной 3Д конформной лучевой терапии рекомендована госпитализация в РНЦРР. ЛТ необходимо планировать с 24.04.17 при восстановлении показателей крови. Повторная консультация с результатами обследования перед ЛТ.

МРТ ЦНС без и с КУ от 15.05.17 – по сравнению с МРТ от 10.02.17 отмечается уменьшение размеров до 11х5мм и интенсивности накопления КВ в узловом образовании в левом отверстии Люшка. Ранее определявшийся единичный узловой метастаз в эпандиме дна 3 желудочка четко не визуализируется. Заключение: рецидива опухоли мозжечка, метастазов в структурах спинного мозга не определяется.

16.05.17 госпитализирован в РНЦРР для проведения ЛТ.

Б/х крови от 17.05.17 - Билирубин общий 4,7. Билирубин прямой 1,7. Общий белок 62,9. Мочевина 4,4. Креатинин 50. АСТ 119,2↑. АЛТ 52,1↑. ЩФ 92,6. Кальций 4,1. Кальций 2,3. Магний 1,0. Натрий 140,6. Хлориды 105,2. Железо 20,7. Глюкоза 4,7. СРБ 0,2.

ЭКГ от 17.05.17 - Ритм синусовый, ЧСС 96 уд. в мин. Вертикальное положение ЭОС. Умеренные диффузные изменения миокарда.

ОАМ от 17.05.17 – Уд.вес 1,024. Лейкоциты 13,2 (0-9,2). Бактерии 118,9 (0-26,4).

С 17.05.2017 по 30.06.17 получил лучевую терапию на область рецидива опухоли в ЗЧЯ. С 25.05.2017 объем лучевой терапии был расширен, в зону облучения включена область 3 желудочка (инициальное расположение метастаза) РОД 2,1 Гр, СОД 50,4 Гр. С 26.06.2017 облучение зоны рецидива опухоли было завершено, продолжено облучение области инициального метастаза 3 желудочка до СОД 50,4 Гр. Лечение перенес удовлетворительно.

На фоне облучения получил 3 цикла регионарной ХТ: Этогрой 1,0 мг и/в по схеме 1-5 дни каждые 15 дней. Во 2 цикле Этогрой 1,0 мг вводили 3 дня, в связи с фебрильной лихорадкой введение отменили.

Невролог от 18.05.17 - Общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Поведение адекватное, речевых нарушений нет. Впечатление некоторого интел-

лектуального снижения (?) - инструкции выполняет не сразу и не все. ЧМИ без отклонений от возрастной нормы. В пробе Барре парезов нет. Сухожильные рефлексy сохранены, без разницы сторон. Патологических знаков нет. Впечатлениe снижения мышечного тонуса, больше в мышцах туловища. Симптомов натяжения нет. Объем движений сохранен. В позе Ромберга стоит неуверенно, координаторные пробы (ПНП, КПП) выполняет без нарушений. Чувствительность: прикосновения и уколы иглой ощущает равномерно. Походка с элементами широкой базы. Ходьба на носках и пятках доступна.

Эндокринолог от 19.05.17 - Кожные покровы нормальной влажности, чистые. Щитовидная железа не увеличена, клинически - эутиреоз. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Показатели веса и роста со слов мамы практически не меняются в течение последних нескольких лет. Получает эутирокс в дозе 37,5 мкг/сутки. Рекомендовано: Эутирокс 37,5 мкг/сутки 2. Контроль уровня Т4св, ТТГ, кортизола, глюкозы.

Б/х крови от 24.05.17 - Билирубин общий 7,7. Билирубин прямой 2,5. Общий белок 67,5. Мочевина 4,6. Креатинин 57. АСТ 72,3↑, АЛТ 57,1↑. ЩФ 121,5. Глюкоза 4,2. СРБ 0,1.

Окулист от 01.06.17 - Острота зрения: VisOD=0,9-1,0 VisOS=0,9-1,0.

Нистагма нет. Конъюнктивы спокойная. ДЗН светло-розовый, границы четкие. В макуле без особенностей. Сосуды не изменены. Диагноз: Монолатеральное сходящееся косоглазие OS. Заключение: на момент осмотра признаков ВЧГ не выявлено.

Эндокринолог от 06.06.17, 13.06.17, 21.06.17 - По результатам гормонального обследования отмечается повышение уровня Т4св до 23 пмоль/л, рекомендовано снизить дозу Л-тироксина до 25 мкг/сутки. Заключение и рекомендации: 1. Эутирокс 25 мкг/сутки 2. Контроль уровня Т4св через 2 недели. 3. С целью оценки гипоталамо-гипофизарных функций и исключения возможных эндокринопатий рекомендована госпитализация в ФГБУ ЭНЦ после окончания терапии.

Невролог от 15.06.17 - Сознание сохранено. Контактен, адекватен. Ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Задания выполняет. Менингеальные симптомы и общемозговые отсутствуют. ЧМИ: Движения глазных яблок в полном объеме. При фиксации взора прямо - легкая девиация кнутри левого глазного яблока. Движение глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Язык по средней линии. Девиация язычка. Речь не нарушена. Парезов нет. Сухожильные рефлексy без разницы сторон. Тактильная и болевая чувствительность сохранена. В позе Ромберга качание, усложненную не удерживает. ПНП выполняет.

УЗИ почек и мочевого пузыря от 15.06.17 - Без явных признаков патологии.

Нейрохирург от 16.06.17 - Отмечается умеренно напряженное скопление ликвора в шейно-затылочной области (послеоперационная область), эта область умеренно гиперемирована и гипертермирована. перевязка: в асептических условиях, после многократной обработки антисептиком, произведена пункция резервуара Омая, забрано 2 мл прозрачного ликвора, асептическая наклейка. Перенес удовлетворительно. Заключение и рекомендации: В настоящее время экстренное нейрохирургическое лечение не показано. В связи с отсутствием НХО в РНЦПР - пункция напряженного скопления ликвора в послеоперационной области (шейно-затылочной области) не проводилась. При отсутствии признаков воспаления в ликворе и источников гипертермии за пределами ЦНС - рассмотрение вопроса о пункции ликворной подушки в стационаре с НХО.

Б/х крови от 16.06.17 – Общий белок 0,7↓ (65-85). Хлориды 122,3↑ (98-110). Глюкоза 2,6↓ (3,5-6,1).

28.06.17 консультация проф Желудковой О.Г: Через 3 недели после окончания лучевой терапии рекомендовано поворотить МРТ ЦНС без и с КУ (21.07.17). При отсутствии ПБ планируется проведение МХТ Темодал 150 мг/м² (темодал 100мг 1-4 дни, 1 день 4 кап по 20мг) 1-5 дни, циклы повторяются каждые 28 дней. МХТ планируется с 28.07.17. И/в введение Этогрой 1,0 мг продолжить в течение 1 года.

С 16.08.17 по 07.01.18 получил 6 циклов МХТ Темодал.

Последнее и/в введение Этогрой 01.12.17.

При МРТ ЦНС без и с КУ от 21.09.17: в области отверстия Люшка слева сохраняется мелкое образование, копит КВ – остаточная опухоль? В других отделах ЦНС данных за остатки опухоли и мтс нет.

Молекулярное исследование в Хайдельберге - молекулярная группа 4, амплификации тус и тусп не обнаружена, мутация в гене TP53 не обнаружена.

С декабря 2017 появились эпилептические приступы по типу замирания, наклоны головы, повторяются до 2 раз в сутки.

ЭЭГ от 12.01.18 – диффузная дезорганизация биоритмики мозга. Общемозговые изменения ирритативного характера. Зарегистрирована регионарная эпилептиформная активность в лобно-передневисочных областях с акцентом на правое полушарие.

МРТ ЦНС с и без КУ от 26.01.18 - в ЗЧЯ сохраняются п/о кистозные изменения, данных за остатки опухоли нет. При исследовании спинного мозга томограммы плохого качества. Оценить состояние невозможно.

Анализ крови на витамин Д 29.01.18 – 3,07 (норма более 30).

Гормоны крови 29.01.18: кортизол 483,8; ТТГ 1,24.

С февраля 2018 находится на динамическом наблюдении.

Невролог –эпилептолог Аксенова Е.П. от 02.02.10 – вторичный паркинсонизм в сочетании с мультифокальной мышечной дистонией вследствие поражения подкорковых структур на фоне высокодозной ПХТ и ЛТ. Данных за эпилептические приступы нет.

ОАК от 08.02.18 – гемоглобин 109. Лейкоциты 8,4. тромбоциты 152.

ЭЭГ мониторинг от 12.02.18 – корковая ритмика бодрствования и сна сформированы соответственно возрасту. Сон дифференцирован на стадии, физиологические паттерны сна сформированы удовлетворительно. В бодрствовании и во сне зарегистрированы диффузные разряды эпилептиформной активности, в виде комплексов острая-медленная волна в структуре диффузных вспышек, с переходящим регионарным акцентом в правой лобно-центральной области.

С 14.02.18 по 22.02.18 находился в ЭНЦ.

По результатам проведенного обследования отмечается низконормальный уровень Т4св, доза Л-тироксина увеличена до 37,5мкг/сут. В связи с низконормальным уровнем кортизола в крови и невозможностью проведения стимуляционной пробы с инсулином, рекомендовано начать терапию Кортегом в дозе 2,5мг в 8.00 и 16.00. Учитывая повышение уровня глюкозы до 10,9 ммоль/л в ходе проведенного ОГТТ, рекомендовано исключить легкоусвояемые углеводы и резкое ограничение жиров животного происхождения. Посильная физическая нагрузка. По м/ж был сдан анализ на Витамин Д, уровень которого составил 3,07 нг/мл, рекомендована терапия препаратом витамина Д в дозе 2000Ед (4 кап/сут). Учитывая выраженное отставание в росте, низкие темпы роста, рекомендовано вернуться к вопросу о назначении терапии гормоном роста через 12

месяцев динамического наблюдения. Рекомендации: Л-тироксин 37,5мкг/сут. Корттеф по 2,5мг в 8.00 и 16.00.

Консультация эпилептолога от 23.02.18 – эпилепсия структурная с приступами эпилепсепазмов.

ЭЭГ-видеомониторинг от 12.04.18 – диффузная дезорганизация биоритмики мозга, регистрируется регионарная эпилептиформная активность в задне-височной области правого полушария, редко с распространением на гомологичные отделы левого полушария, а также в лобной области низкого индекса. Во время исследования эпилептических приступов и их паттернов не зарегистрировано.

МРТ ЦНС от 23.04.18 – в ЗЧЯ определяются п/о кистозно-глиозные изменения, 4 желудочек деформирован. В белом веществе единичные очаги с четкими контурами до 0,5-0,6см. ликворные пространства расширены, ассиметричны. После введения КВ – без патологического накопления КВ. При исследовании спинного мозга мтс не выявлено.

ЭЭГ мониторинг от 27.04.18 – в периоде бодрствования зафиксированы эпизоды стереотипных движений в кистях рук, в ногах, эпизоды напряжения в мышцах лица с кратковременным симметричным опусканием углов рта, с повторением отдельных звуков и слогов. Указанные события не сопровождались нарушением сознания, усиливались при эмоциональном напряжении, не сопровождались иктальной активностью на ЭЭГ. В периоде сна регистрировались эпизоды бруксизма в поверхностных стадиях сна. Иктальные события и их ЭЭГ-паттерны в бодрствовании и во сне не зарегистрированы.

Консультация эпилептолога от 27.04.18 – атаксический синдром. Паретическое косоглазие. Дизартрия. Экстрапирамидные нарушения вследствие поражения подкорковых структур. Обсессивно-компульсивное расстройство. Эпилептиформная активность в периоде сна без клинических проявлений эпилепсии. Рекомендации: Корттеф 2,5мгх2 раза в день. Трилептал постепенно отменили по 0,5мл каждые 5 дней. Золофт 50мг по ¼ таб утром 5 дней, при сохранении навязчивых состояний увеличить дозу до ½ таб утром на 1,5-2 мес при наличии положительного эффекта. При отсутствии эффекта – отмена через 2-3 недели.

ОАК от 09.05.18 – Гемоглобин 116. Лейкоциты 9,6. Тромбоциты 219.

ОАК 18.05.18: Hb 121 г/л, эр х 10¹² /л, цп 0,95, тр 197, лейко 5,0, с/я 47%, э 4%, л 42%, м 7%, соэ 8 мм/час.

Биохимия крови от 24.04.18: общий белок 56,3 г/л, алт 20,1 U/L, билирубин 3,9 мкмоль/л, глюкоза 4,25, мочевины 3,6.

Гормоны крови 24.04.18: кортизол 185,5 (>171) Т4 15,97. ТТГ 0,531 (> 0,6), вит Д 25, 34 (>30).

Клинически состояние стабильное, самостоятельно ходит, шаткость сохраняется. С декабря 2017 появились приступы замираний с гримасами, повторяются 2 раза в день. По рекомендации невролога получает кортеф 2,5 мг 2 раза в день, Эутирокс 37,5мкг, золофт по 1/2 т утром 1 раз в день, вигантол 2 кап 1 раз в день. Трилептал отменили.

С 10.05.18 появилась зевота, повторяется в течение дня до 5 раз в день.

Вес 18, рост 110см.

Заключение: у ребенка в возрасте 3-х лет заболевание манифестировало симптомами ВЧГ, мозжечковой симптоматикой. МРТ выявила образование червя мозжечка и 4 желудочка, окклюзионную гидроцефалию. Выполнена резекция опухоли, местные морфологи верифицировали медуллобластому. КТ после операции выявила остаточную опухоль более 1,5см². Гистологические препараты пересмотрены в референс центре, диагноз медуллобластома, классический ва-

риант подтвержден. Для интравентрикулярного введения ХП установлен резервуар Оммайя. МРТ ЦНС спустя 2 мес после операции подтвердила остаточную опухоль, мтс не обнаружены. При цитологическом исследовании ликвора выявлены опухолевые клетки. Таким образом, установлена стадия М1. Получил 1 цикл индукционной ПХТ по протоколу ХИТ 2000/2008. МРТ выявила контрастирование оболочек спинного мозга в шейном отделе и в области конуса, не позволяющее исключить прогрессирование болезни - метастазирование по оболочкам спинного мозга. Остаточная опухоль в динамике не изменилась, прежних размеров. Получил КСО в СОД 24Гр, буст на ЗЧЯ, на область мтс. ЛТ получил без параллельной ХТ. В последующем получил 6 циклов ПХТ по протоколу ХИТ. МРТ свидетельствовала о наличии точечных очагов констатирования по оболочкам спинного мозга, требующих дифференциального диагноза между мтс и реактивными изменениями. При исследовании ликвора опухолевые клетки не обнаружены. Планировали применение Темодала, однако в связи со снижением показателей крови ХТ была отложена. В течение 19 мес находился на динамическом наблюдении. МРТ спустя 3, 6 и 9 месяцев после окончания лечения свидетельствовала об отсутствии метастазирования, остатков опухоли.

Спустя 19 мес после отмены лечения МРТ выявила рецидив опухоли в области мозжечка слева, в динамике отмечался продолженный рост опухоли. МТс не обнаружены. Получил 3 цикла противорецидивной ПХТ по протоколу ХИТ-РЕЦ 2005 с и/в введением Этограя. МРТ свидетельствовала о частичном регрессе рецидивной опухоли. Получил ВДХТ с ауто-ПСК. МРТ выявила остаточную опухоль в левом полушарии мозжечка, размеры ее уменьшились. Ранее определявшийся единичный узловой метастаз в эпендиме дна 3 желудочка четко не визуализируется.

Получил локальное облучение на область рецидива опухоли и метастаза в области 3 желудочка с параллельной регионарной МХТ Этограй. Лечение перенес удовлетворительно. 3 раза отмечался подъем температуры до фебрильных значений, получал а/б терапию сумамед, клацид с эффектом.

МРТ ЦНС после облучения свидетельствовала о стабильной картине очага контрастирования в области отверстия Люшка слева. Получил дополнительно 6 циклов МХТ Темодал и и/в Этограй.

МРТ в настоящее время свидетельствует об отсутствии остатков опухоли/мтс, нет новых очагов. Томограммы спинного мозга очень плохого качества.

В течение 1,6 мес появились эпилептические приступы по типу замираний, гримасы. ЭЭГ подтвердила эпилепсию.

Для уточнения состояния опухолевого процесса рекомендовано повторить МРТ спинного мозга без и с КУ (томограммы по м/ж плохого качества).

При отсутствии метастазирования планируется лечение завершить и проводить динамическое наблюдение.

Результаты ЭЭГ заочно обсуждены с эпилептологом, подтверждается симптоматическая эпилепсия. Рекомендовано начать АЭТ трилептал в суспензии по 1 мл х 2 раза в день.

Повторная консультация с результатами МРТ спинного мозга.

Рекомендовано:

1. МРТ ЦНС проводить 1 раз в 3 мес в течение 1 года наблюдения
2. Осмотр окулиста, онколога и невролога - по графику МРТ
3. Отвод от прививок на 1 год кроме р.Манту
4. Исключить ФЗТ, согревающие процедуры, баню, иммуностимуляторы и иммуномодуляторы

5. ОАК повторять 1 раз в 3 мес
6. УЗИ органов брюшной полости и ЭКГ — 1 раз в 6 мес
7. УЗИ ЩЖ — 1 раз в 6 мес
8. Гормоны крови (ТТГ, Т4 св, кортизол) и консультация эндокринолога 1 раз в 6 мес.
9. Кортеф по 2,5 мг 2 раза в день
10. Эутирокс 37,5мкг/сут продолжить постоянно.
11. Ношение ортопедической обуви постоянно
12. Вигантол 2 кап ежедневно постоянно
13. Золофт ½ табл 1 раз в день
14. Занятия с логопедом, психологом, дефектологом
15. Консультация эпидемиолога и решение вопроса об АЭТ

Повторная консультация с результатами МРТ ЦНС через 3 мес.

21.05.18

Профессор врач онколог д. м. н. Ольга Григорьевна Желудкова
Зам. директора РНЦРР по научной и лечебной работе, профессор А.Ю. Павлов



Консультация эпилептолога от 23.02.2018

Пациент: Нутрихин Богдан Алексеевич **Дата рождения:** 01.11.2010

Анамнез:

Анамнез по эпилепсии не осложнен. Перинатальный анамнез не отягощен. Развитие по возрасту. Семейный анамнез по эпилепсии не отягощен. Наблюдался с диагнозом: медуллобластома мозжечка, состояние после хирургического лечения, химиотерапевтической и лучевой терапии. После проведенной терапии стали отмечаться эпизоды тонического напряжения лицевой мускулатуры, серийного характера.

Данные осмотра:

Видео-ЭЭГ: Корковая ритмика бодрствования и сна сформированы соответственно возрасту. Сон дифференцирован на стадии, физиологические паттерны сна сформированы удовлетворительно.

В бодрствовании и во сне зарегистрированы диффузные разряды эпилептиформной активности, в виде комплексов острая-медленная волна в структуре диффузных вспышек, с преходящим региональным акцентом в правой лобно-центральной области). Индекс в пределах низких значений (в части эпох достигал средних величин).

При проведении функциональных проб нарастания патологических изменений корковой ритмики не отмечалось.

Клинические события:

За время исследования неоднократно зарегистрированы фокальные тонические эпилептические приступы с изолированным вовлечением мимической мускулатуры (симметричное оттягивание угла рта книзу), серийного характера.

Зона начала приступа по ЭЭГ: четко не определяется. Иктальный паттерн имеет преходящий акцент в передних отделах правого полушария.

Семиологические латерализационные и локализационные симптомы: убедительных не выявлено. Семиологический феномен "шапка жандарма" чаще указывает на реализацию приступа лобной долей.

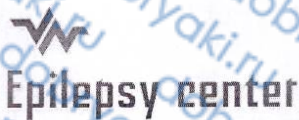
Таким образом, точную локализацию эпилептогенной зоны определить затруднительно. Учитывая характер семиологии эпилептических приступов наиболее вероятным эпилептогенным субстратом являются изменения коркового вещества правой лобной доли.

Заключение:

Эпилепсия структурная с приступами эпилептических спазмов.

Тел: 8-495-920-54-51
8-916-980-34-25

127566, г. Москва, Высоковольтный проезд д.1, корп. 3



Клиника «Epilepsy Center»
тел.: 8-495-920-54-51
8-916-980-34-25
e-mail: info@epilepsy-center.ru

Назначения и рекомендации:

- 1 Трилептал суспензия по 1 мл 2 раза в день на 7 дней, затем по 2 мл 2 раза в день на 7 дней, затем по 3 мл 2 раза в день на 7 дней, затем по 4 мл 2 раза в день непрерывно.
- 2 Контрольное обследование через 6 месяцев; дневной 4-х часовой видео-ЭЭГ, анализы крови.
- 3 При отсутствии суспензии трилептал таблетки по 150 мг по 1/2 таб 2 раза в день на 7 дней, затем по 1 таб 2 раза в день на 7 дней, затем по 1,5 таб 2 раза в день длительно.

Врач: Головтеев А.Л.



127566, г. Москва, Высоковольтный проезд д.1, корп. 3

Тел: 8-495-920-54-51
8-916-980-34-25