

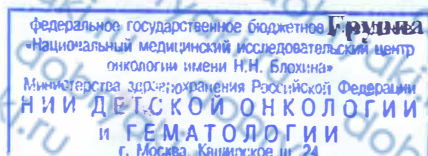


“Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина”

Научно-исследовательский институт детской онкологии и гематологии

Минздрава России

115478, г. Москва, Каширское шоссе 24



Группа крови: AB(IV) Rh (+) Фенотип: cc..Ee. К-антиген отрицательный.

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

из медицинской карты стационарного больного № 2019/1951

Больной Верховодов Ярослав Анатольевич, дата рождения: 13.01.2007 г.р., проживающий по адресу: Кыргызстан, г. Бишкек. Находился на стационарном лечении в хирургическом отделении №3 (опухолей опорно-двигательного аппарата) с 17.09.2019г. по настоящее время.

Анализы на ВИЧ, HBS Ag, HCV Ab, RW- отрицательные от 18.11.2019г.

Диагноз: ЗНО Длинных костей нижней конечности, шифр диагноза по МКБ-10 C40.2. Остеосаркома левой бедренной кости. Состояние после комбинированного лечения (2-х блоков неoadъювантной полихимиотерапии MAP; 18.12.2019г. операции - экстирпации левой бедренной кости с замещением дефекта тотальным раздвижным неинвазивным эндопротезом бедра; 3-го курса адъювантной полихимиотерапии). Стадия по системе TNM: T2N0M0; стадия опухолевого процесса: IIB.

Гистологическое исследование № 36175/2019 от 11.09.2019г.: остеосаркома, остеобластный вариант строения, Grade 3 (по системе K. Unni) диафиза бедренной кости.

Гистологическое исследование операционного материала №50318/2019 от 25.12.2019г.:

макроскопическое описание: бедренная кость размерами 42х6х5 см с прилежащими скелетными мышцами и фрагментом кожи 3х1 см. В диафизе бедренной кости обнаружен опухолевый узел (очаг литической деструкции) размерами 8,5х5х4 см. Опухоль врастает в костномозговой канал диафиза, разрушает кортикальный слой диафиза кости. Не обнаружено врастания опухоли в метафизы и эпифизы кости. Суставные хрящи гладкие, серые. Микроскопическое описание: остеосаркома, остеобластный вариант строения диафиза бедренной кости с признаками лечебного патоморфоза 3 степени. Пригодно к идентификации менее 5% саркоматозных клеток (два очага 2 мм и 3 мм), остальное – некроз, безклеточный остеонид, гемосидерофаги, фиброзная ткань.

Сопутствующие заболевания: нет.

Анамнез заболевания: мальчик болен с августа 2019г., когда впервые появились боли в области левой нижней конечности. В конце августа появилась хромота. Обратились к ортопеду по месту жительства. Проведено УЗИ, по результатам которого заподозрена липома. Ребенок консультирован онкологом.

Выполнено рентгенологическое исследование левой нижней конечности - остеомиелит? По результатам проведенных КТ, МРТ заподозрен туберкулез бедренной кости. Родители самостоятельно обратились в НИИ ДОГ "ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина МЗ РФ". Ребенок комплексно обследован.

11.09.2019г. выполнена трепанобиопсия новообразования. Гистологическое заключение: остеосаркома. По согласованию с зав. отделением к.м.н. Дзампаевым А.З. ребенок госпитализирован в хирургическое отделение №3 (опухолей опорно-двигательного аппарата) для проведения специального лечения по протоколу лечения остеосаркомы у детей OC-2014, модифицированному протоколу EURAMOS (COG AOST 0331).

17.09.2019г. имплантирован подкожный венозный порт. **18.09.2019г.** начато специальное лечение.

Проведен 1-й курс неoadъювантной полихимиотерапии с 18.09.2019г. по 22.09.2019г., по схеме AP:

Цисплатин 60мг/м.кв. 1,2 день РД=80мг СД=160мг;

Адриамицин 45мг/м.кв. 3,4 день РД=60мг СД=120мг;

Осложнения: лейкопения 3-й степени, анемия 1-й степени, тромбоцитопения 4-й степени без проявлений геморрагического синдрома; нефротоксичность 1-й степени; электролитные нарушения (гипокальциемия, гиперкалиемия).

Проведен 2-ой курс неoadъювантной полихимиотерапии 10.10.2019г.; 17.10.2019г.; с 24.10.2019г. по 28.10.2019г. по схеме MAP:

Метотрексат 12г/м.кв. 1,8 день РД=15 г, СД=30г (лейковорин по схеме);

Цисплатин 60мг/м.кв 1,2 день (15,16) РД=75 мг, СД=150 мг;

Адриамицин 45мг/м.кв. 3,4 день (17,18) РД=56 мг, СД=112 мг;

Осложнения: лейкопения 3-й степени, анемия 3-й степени, тромбоцитопения 4-й степени без проявлений геморрагического синдрома; гепатотоксичность 3-й степени; нарушения белкового обмена (гипопротеинемия); электролитные нарушения (гиперкалиемия).

Проведен блок HD Mtx 19.11.2019г.; 03.12.2019г.:

Метотрексат 12г/м.кв. 1,11 день РД=14 г, СД=28г (лейковорин по схеме).

Элиминация метотрексата в крови достигнута к 96 ч после обоих введений.

Второе введение метотрексата было отложено из-за развития у пациента энтероколита, ассоциированного с *Cl. difficile* (токсины *Cl. Difficile* в кале до 9,58 нг/мл). Проведена антибактериальная терапия – ванкомицин per os; заместительная гемотрансфузия 1 дозы эритроцитной взвеси (08.12.2019г.).

Осложнения: анемия 3-й степени, тромбоцитопения 1-й степени; гепатотоксичность 3-й степени; нарушения белкового обмена (гипопротеинемия, гипоальбуминемия); инфекционный синдром (энтероколит).

13.12.2019г. ребенок обсужден на общей клинической конференции врачей НИИ ДООГ во главе с академиком. В.Г. Поляковым. По данным комплексного обследования у ребенка отмечена положительная динамика в виде сокращения размеров внекостного компонента опухоли. На данном этапе решено провести оперативное лечение.

18.12.2019г. хирургическое лечение - экстирпация левой бедренной кости с замещением дефекта раздвижным, неинвазивным тотальным эндопротезом бедра фирмы Stanmore (Англия).

Бесцементная фиксация.

Интраоперационно проведена гемотрансфузия 1 дозы эритроцитной взвеси с заместительной целью.

Осложнений не было. Гладкий послеоперационный период.

После получения гистологического заключения операционного материала решено продолжить лечение по рукаву GR согласно протоколу.

Лекарственное лечение с 30.12.2019г. по 06.01.2020г. проведен 1-й курс адъювантной химиотерапии (суммарно 3-й курс полихимиотерапии):

Холоксан 2000 мг/м² 1-7 дни РД=2500 мг, СД=17500 мг (на фоне МЕСНА в дозе 120%).

Курс проведен на фоне сопроводительной инфузионной терапии 2,5л/м², антиэметической терапии – ондансетрон.

Осложнения: лейкопения 3-й степени, анемия 1-й степени.

Далее проведен 2-й адъювантный курс полихимиотерапии (суммарно 4-й курс) по схеме MAP.

В настоящее время находится в процессе проведения 3-го адъювантного курса полихимиотерапии (суммарно 5-го курса) по схеме HD Mtx/HD Ifo.

Status localis: состояние после операции - экстирпации левой бедренной кости с замещением дефекта тотальным раздвижным неинвазивным эндопротезом бедра фирмы Stanmore (Англия). Бесцементная фиксация. Рана зажила первичным натяжением, швы удалены в срок. Послеоперационный рубец чистый. Конечность ортезирована. Ходит самостоятельно с опорой на костыли, не давая полной нагрузки на левую ногу.

Лучевая диагностика:

РКТ ОГК от 26.11.2019г.: легочный рисунок значительно обогащен и деформирован. На этом фоне убедительных очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено. Внутритрудные лимфатические узлы не увеличены. Газ, жидкость в плевральных полостях не определяются. Визуализируются множественные плевро-пульмональные, плевро-диафрагмальные спайки, подчеркнутость междолевой плевры. Деструктивных и периостальных изменений в видимых отделах костей не выявлено.

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 26.11.2019г.: свободная жидкость в брюшной полости не определяется. В брюшной полости, забрюшинном пространстве дополнительные объемные образования, увеличенные лимфатические узлы не выявлены. Печень не увеличена, КВР - 123 мм, толщина левой доли - 43 мм, паренхима однородная, средней эхогенности, обычной УЗ-структуры, без очаговых образований. Контуры ровные, четкие, углы не закруглены, сосудистый рисунок не изменен. Воротная вена не расширена. Стенки внутripеченочных желчных протоков уплотнены, не расширены. Желчный пузырь - объем не увеличен, 43х19 мм, в просвете анэхогенное содержимое, стенка уплотнена, не утолщена. В просвете осадок. Селезенка - размеры нормальные, 89х43 мм, паренхима однородной УЗ-структуры, средней эхогенности, контуры ровные. В воротах селезенки добавочная долька - 10 мм. Поджелудочная железа - нормальных размеров: 15-10-15 мм, паренхима однородная, средней эхогенности, контуры четкие, вирсунгов проток не расширен. Почки - топография не изменена. Размеры соответствуют возрасту, контуры четкие, ровные. Левая почка - 98х43х45 мм, паренхима - 13 мм. Правая почка - 92х39х40 мм, паренхима - 14 мм. Кортико-медуллярная дифференцировка сохранена. Кровоток прослеживается до капсулы. ЧЛС почек расширена, конкременты не выявлены. Стенки желудка с потерей слоистости, 3 мм. Петли тонкой кишки 6-8 см в диаметре, с однородным кашицеобразным содержимым, стенки не утолщены, петли толстой кишки до 15 мм, содержимое смешанное, стенки не утолщены,

перистальтика кишечника усилена. **Заключение:** УЗИ-признаки гастрита, раздраженной кишки, реактивной холестазии.

Рентгенография левой нижней конечности от 10.12.2019г.: положительная динамика по сравнению с исследованием от 08.10.2019г.: частичная ассимиляция периостоза по передне-внутренней поверхности диафиза левой бедренной кости, уплотнение структуры диафиза, уменьшение внекостного компонента опухоли. В остальном рентгенологическая картина левой голени (верхней трети), состояние левого тазобедренного, левого коленного сустава не изменились.

Сцинтиграфия костей всего тела от 10.12.2019г.: на сканограммах определяется неравномерное повышенное распределение РФП в средней трети диафиза левой бедренной кости: ОНср-313%. В других отделах скелета – без видимых очаговых изменений, характер распределения РФП соответствует возрасту. **Заключение:** очаговое поражение левой бедренной кости. По сравнению с предыдущим исследованием от 10.09.2019г. отмечается положительная динамика в виде снижения уровня остеометаболической активности в патологическом очаге.

ЭКГ от 11.12.2019г.: миграция водителя ритма, брадикардия. Нормальное положение ЭОС.

ЭХО-КГ от 11.12.2019г.: пролабирование клапанов: трикуспидального (регургитация 0-1 +), легочного (регургитация 0-1 +), единичная дополнительная трабекула полости левого желудочка. Фракция выброса 67%. Дополнительная трабекула полости левого желудочка. Патологии не выявлено.

Консультация кардиолога от 11.12.2019г.: противопоказаний к проведению оперативного лечения нет.

УЗИ левого бедра от 12.12.2019г.: в мягких тканях левого бедра узловых образований не выявлены. В средней трети бедренной кости определяется деструкция коркового слоя на протяжении 5,3 см и 3,7х3,0 см в поперечном измерении. Паховые лимфатические узлы реактивного характера до 1,2х0,5 см, подколенные лимфатические узлы не выявлены.

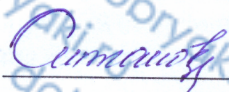
Рентгенография левой нижней конечности от 24.12.2019г.: исследование левой нижней конечности – в единственной фронтальной проекции (после операции). Линия опилов проксимального эпифиза левой большеберцовой кости четкая, ровная. Проксимальная часть эндопротеза левого бедра (левого тазобедренного, левого коленного суставов) определяется в проекции левой вертлужной впадины.

Дистальная ножка эндопротеза (без цемента) – в проекции костномозгового канала проксимальной части левой большеберцовой кости. В проекции мягких тканей вблизи проксимальной части эндопротеза выявлены фрагменты костной ткани: 1,6х1,0 см и 0,9х0,4 см. Мягкие ткани левого бедра, левой голени (верхняя часть) деформированы, с нарушенной дифференцировкой, с пузырьками газа. Деструктивные изменения в костях левой голени не обнаружены. Соотношение костей в левом голеностопном суставе не нарушено. **Заключение:** состояние после операции от 18.12.2019г.: «эксцизия левой бедренной кости с замещением дефекта эндопротезом бедра», послеоперационные изменения левой нижней конечности.

УЗИ левого бедра и регионарных лимфатических узлов от 24.12.2019г.: в мягких тканях левого бедра жидкостные образования не выявлены. Паховые лимфатические узлы реактивного характера.

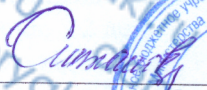
Ребенку планируется проведение еще двух адъювантных курсов полихимиотерапии согласно программе с введением высокодозного метотрексата.

Лечащий врач:



к.м.н. Сенжапова Эльмира Рифатовна

Зав. отделением



к.м.н. Дзампаев Аслан Зелимханович

