

ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева»  
Минздрава России  
Адрес места нахождения и почтовый адрес:  
117997, г. Москва, ул. Саморы Машела, д. 1  
Тел.: (495) 287-65-70



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное учреждение  
**НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР  
ДЕТСКОЙ ГЕМАТОЛОГИИ, ОНКОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ  
ИМЕНИ ДМИТРИЯ РОГАЧЕВА**  
(ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России)

06 ФЕВ 2024

№ 300

Москва

**ВЫПИСКА  
ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 2024/386**

Ф.И.О. пациента **ИВАШИН ДМИТРИЙ МАКСИМОВИЧ**

Дата рожд. **08.04.2010**

Возраст **13 л.**

Пол: **Мужской**

Адрес регистрации: **РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ, Волгоградская обл., г. Волгоград, Ул.**

Навигационная д. 19 кв. -

Адрес проживания: **РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ, Волгоградская обл., г. Волгоград, Ул.**

Навигационная д. 19 кв. -

Находился в Стационар кратковременного лечения с 18.01.2024 по 06.02.2024

**Клинический диагноз:**

**Основной:** Саркома Юинга Th9-L5, S1, S4 позвонков со стенозированием позвоночного канала.  
**Метастатическое поражение** обоих легких. EWSR1 положительная. T4aN0M1b. Удаление экстремедуллярной опухоли на уровне Th12-S1 позвонков. Декомпрессивная ламинэктомия Th12-S1 23.09.2022. Терапия по протоколу EuroEwing 2012 с 26.09.2022 по 26.07.2023. Лучевая терапия на: 1 этап: Весь объем легких и зона первичного распространения с использованием методики интегрированного буста 2 этап: зона первичного распространения (Th9-S1), РОД=1.8 Гр., СОД=54 Гр. с 27.03.2023 по 15.05.2023. Стабилизация заболевания. (C41.2 Злокачественное новообразование позвоночного столба)

Группа крови **A(II)Rh+**

**Анамнез жизни:** Ребенок от 1 беременности, 1 самостоятельных родов на сроке 40 нед. Амниоцентез. Течение беременности: физиологическое. Вес при рождении 4350 г. Закричал сразу. Естественное вскармливание до 1 г. 6 мес. Профилактические прививки: по календарю. Перенесенные заболевания: ветряная оспа - в 4 года, ОРВИ по 2-3 раза в год, о. бронхиты, синуситы, covid19 - июнь 2020 г. Специалистами не наблюдается.

**Семейный анамнез:** по онкологическим заболеваниям отягощен: дедушка по линии отца - ЗНО (лимфома?).

**Аллергоанамнез:** не отягощен.

**Операции и травмы:** 20.09.2022 - аспирационная биопсия образования.

23.09.2022 - удаление экстремедуллярной опухоли на уровне Th12-S1 позвонков. Декомпрессивная ламинэктомия Th12-S1.

12.10.2022 - удаление образования мягких тканей ягодичной области с пластикой встречными лоскутами.

30.03.2023 - винтовой оскольчатый перелом со смещением отломков нижней трети левой бедренной кости

**Гемотрансфузионный анамнез:** 2022г-2023г - эр.масса, тромбоконцентрат, без осложнений

**Анамнез заболевания:** Первые кратковременный эпизод болей в поясничном отделе спины отмечался в августе 2022 г., затем 02.09.22 пожаловался на дискомфорт в положении сидя (в школе).

II эпизод болей в течение 3-х дней, с 03.09.22.

III эпизод болей - с 16.09.22 с нарастанием интенсивности, с периодическим уменьшением боли, без полного купирования.

С 16.09.22 появление слабости в правой ноге.

Самостоятельно обратились в КБ №7 18.09.22.

Выполнено КТ ПОП и МРТ ПОП, выявлено опухолевое образование, исходящее из 2-го поясничного позвонка и растущее в дорсальном направлении со сдавлением корешков спинного мозга на уровне от 1-го до 5-го поясничных позвонков.

С 20.09.22 - отсутствие движений в обеих ногах, нарушение функции тазовых органов.

С 20.09.22 по 22.09.22 ребенок был госпитализирован в детское онкологическое отделение ГБУЗ "ВОКОД". Проведено обследование.

Аспирационная биопсия образования от 20.09.22: недифференцированные злокачественные клетки.

Настоящая госпитализация в НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева для проведения дообследования и определения тактики дальнейшего лечения.

23.09.22 МСКТ позвоночника (пояснично-крестцового отдела) с контрастом : Определяется деструкция дужек и остистых отростков Th12-S1 позвонков с наличием мягкотканного компонента, размером до 58x48x158 мм. Образование активно накапливает контрастный препарат, распространяется в позвоночный канал, тотально его заполняет на уровне L3-L4 тел позвонков. Не исключена инвазия в окружающие мышцы. Костная плотность позвонков снижена до 75-150 НУ. Заключение: КТ-признаки образования дужек и остистых отростков Th12-S1 позвонков с распространением в позвоночный канал.

23.09.2022 Осмотр невролога (Хомякова С.П.) Заключение: Нижний вялый парализ 0-1 балл **гемипарез**

23.09.2022 - Удаление экстремедуллярной опухоли на уровне Th12-S1 позвонков. Декомпрессивная ламинэктомия Th12-S1.

24.09.22 МСКТ грудной клетки, брюшной полости с контрастом : ОГК: В обоих легких (преимущественно в нижних долях) определяются множественные (не менее 30 справа и 15 слева) очаги размером от 1 до 5 мм. Очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Легочный интерстиций не изменен.

ОБП: Определяются послеоперационные дефекты дужек Th12-S1 с выраженным отеком и деформацией мягких тканей, а также включениями воздуха на этом уровне. На фоне послеоперационных изменений определяются остаточные фрагменты образования на уровне боковых масс дужки L2 слева размером 23x29x32 мм, справа 12x25x28мм, дужки L3 слева 7x9x16 мм справа 32x27x27 мм. Дополнительно интраканально определяются небольшие солидные компоненты, накапливающие контрастный препарат на уровне Th9 размером 13x7x20 мм и на уровне S1 размером 9x6x11 мм. Заключение: КТ-картина послеоперационных изменений на уровне Th12-S1 с наличием остаточных фрагментов образований по боковым массам дужек позвонков L2-L5, наличия дополнительных интраканальных образований на уровнях Th9 и S1, множественных очагов в обоих легких (mts).

Учитывая отрицательную динамику со стороны неврологического статуса на 3 п.о сутки, вероятно связанной с послеоперационным отеком, а также наиболее вероятно злокачественный генез образования позвоночника (по результатам МСКТ ОГК и ОБП выявлены многочисленные очаги в обоих легких -метастазы, гистологический диагноз с м.ж - саркома Юинга) с целью попытки сохранения двигательной функции нижних конечностей начата терапия по протоколу для лечения саркомы Юинга - курс IE, учитывая невозможность введения адекватной дозы винкристина в курсе VDC.

С 26.09 по 30.09.22 проведен курс IE(1):

ХОЛОКСАН 1800мг.м2,РД= 2700 мг за 1 час день 1-5, с 26.09.2022 по 30.09.2022

ФИТОЗИД 100 мг.м2, РД=150 мг за 2 часа день 1-5, с 26.09.2022 по 30.09.2022 на фоне стандартной сопроводительной терапии перенес удовлетворительно.

26.09.2022 Общеклиническое исследование спинномозговой жидкости : кол-во принесенного материала: 3 мл; Прозрачность: мутная; цитоз: 245.0 [мм<sup>3</sup>]; Эритроциты: 23000.0 [мм<sup>3</sup>]; Белок: 2.650 [г/л]; Глюкоза: 3.47 [ммоль/л];

26.09.2022: Цитологическое исследование мазка костного мозга 26.09.2022: опухолевых клеток нет.

27.09.22 МРТ ЦНС (головной мозг+спинной мозг) с контрастом: На серии МР изображений головного мозга патологических объемных образований, участков измененного сигнала и патологического накопления парамагнетика в веществе больших полушарий мозга, ствола и мозжечка и мозговых оболочках не выявляется. Определяются множественные вторичные очаги в телах позвонков, дужках, остистых отростках.- Th9- Th11 Th12 L1 L2 L3 L4 L5 - множественные очаги в телах и дужках, теле

S1 и S4, очаги в боковых массах крестца, крупные с параоссальным компонентом Шейный отдел- без структурных изменений. Грудной отдел-на уровне Th9 - интрадуральный экстрамедулярный очаг аксиальным размером 13x8мм с компрессией дурального мешка слева. Множественные очаги деструкции в дужках и остистых отростках грудных позвонков без деформации дурального мешка. Пояснично-крестцовый отдел: В позвоночном канале определяется вторичный? интрадуральный очаг на уровне S1 12x9мм, Определяются послеоперационные дефекты задних отделов дужек Th12-S1 с отеком и деформацией мягких тканей, множественные очаги деструкции в телах и дужках позвонков, крестце, параоссальный компонент вокруг крупных. Спинальный мозг- локально утолщены оболочки на уровне Th12-L1, вероятно, послеоперационные изменения. В мягких тканях спины в поясничной области отек, послеоперационные изменения. В полости малого таза умеренное количество свободной жидкости Заключение: Головной мозг, шейный отдел позвоночника без структурных изменений. Состояние после декомпрессивной ламинэктомии Th12-S1.удаления интрадуральной опухоли. Полиочаговое поражение грудных поясничных позвонков, дужек, остистых отростков, крестца вероятно, вторичного характера. Экстрамедулярные образования в позвоночном канале на уровне S1 и Th9 ( с компрессией спинного мозга).

04.10.2022 Патологоанатомическое исследование биопсийного материала: Микроскопическое: Фрагменты опухоли с инвазивным ростом в костную ткань. Клетки опухоли полиморфные, располагаются солидными полями с обширными зонами некроза. Клеточные элементы имеют крупный размер, небольшое количество эозинофильной цитоплазмы и овоидные или округлые крупные ядра с крупногранулярным хроматином с одним крупным эозинофильным ядрышком. Некоторые клетки имеют интрацитоплазматические эозинофильные включения. Высокая митотическая активность.

Выявлена диффузная мембранная экспрессия CD99, диффузная ядерная экспрессия NKX2.2, ERG, очаговая экспрессия vimentin.

Негативные реакции с PanCK, EMA, Desmin, WT1, NSE, MyoD1, Myogenin, Synaptophysin, ChromograninA, ERG, CD34, NUT, SOX10, CD21, CD23, MPO, CD45, CD31, GFAP, Glycophorin, EMA, TLE1, SALL4, CD30, S100, ALK, SATB2. Экспрессия INI1 сохранена.

Заключение:Саркома Юинга

Гисто-FISH: При цитогенетическом исследовании методом FISH ОБНАРУЖЕНА транслокация гена EWSR1 в составе t(11;22)(q24;q12) FL11:EWSR1.

Определение экспрессии химерных генов с участием EWSR1: в ткани опухоли выявлена экспрессия химерного гена: EWSR1 – FL11.

10.10.2022 Сцинтиграфия костей скелета, все тело (с технецием -99): на момент исследования определяется очаговая гиперфиксация РФП в проекции дужек позвонков Th12-L3 с двух сторон – вероятно все соответствует

С 30.09.2022 на правой ягодице стал определяться округлый участок (5\* 5 см) гиперемии с мокнутием и фибриновыми наложениями, с поверхности пораженной кожи был взят мазок, по результатам которого определен грибовый возбудитель Rhizopus microsporus, по этому поводу обрабатывался раствором антисептика, получал Креземба 200 мг/сут 3 р/с в/в, Амбизом 225 мг в/в. На 12.10.2022 отмечалась отрицательная динамика в виде увеличения очага до 10 см x 10 см.

С 9.10.2022 по 13.10.2022 отмечалось течение энтероколита в виде многократного стула, по результатам исследования кала определяется клостридиальный токсин В клостридии диффициле (C. difficile), в терапию добавлен Ванкомицин 125 мг 4 р/с.

12.10.22 удаление образования мягких тканей ягодичной области с пластикой встречными лоскутами.

С 17.10.22 по 18.10.22 проведен курс VDC(2):

ВИНКРИСТИН редукция дозы на 100%

ЭНДОКСАН 1200 мг.м2, РД=СД=1700 мг за 1 час день 1

ДОКСОРУБИЦИН 37,5 мг.м2, РД=54 мг, СД=108 мг за 24 часа день 1-2 на фоне стандартной сопроводительной терапии перенес удовлетворительно. Из осложнений отмечался агранулоцитоз, на фоне стимуляции гранулоцитопоэза G-CSF показатели гемограммы компенсировались.

С 31.10.2022 по по 04.11.2022 проведен курс IE(3):

ХОЛОКСАН 1800мг.м2,РД= 2600 мг, СД=9000 мг за 1 час день 1-5

ФИТОЗИД 100 мг.м2, РД=143 мг, СД=715 мг за 2 часа на фоне стандартной сопроводительной терапии перенес удовлетворительно.

В послеблоковом периоде находился в индуцированной аплазии кроветворения, проводилась заместительная гемотрансфузия эритроцитарной массой, с целью стимуляции лейкопоэза получал п/к введение G-CSF. Из инфекционных осложнений отмечалось течение мукозита 1 степени, эпизоды

фебрильной лихорадки, получал комбинированную противомикробную терапию (ванкомицин, амикацин, тазоцин, флуконазол).

15.11.2022 МРТ ЦНС (головной + спиной мозг): На серии МР-томограмм ГОЛОВНОГО МОЗГА убедительных данных за очаговые изменения от серого и белого вещества головного мозга не определяется. На серии МР-томограмм ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА, в сравнении с данными МРТ от 27.09.2022 г., - положительная динамика, в виде уменьшения размеров очагов неопластического поражения в телах позвонков. Сохраняются множественные очаги (STIR - гиперинтенсивен) в телах позвонков, дужках, остистых отростках позвонков Th9-L5, теле S1 и S4, очаги в боковых массах крестца, с уменьшением их размеров в динамике, сохраняется повышенное накопление парамагнетика в очагах, - соответствуют очагам множественного неопластического поражения. Достоверно не визуализируются, ранее выявляемые экстраосальные экстрадуральные компоненты на уровнях Th9, S1, нивелировались признаки компрессии спинного мозга. Сохраняется минимальное слабовыраженное периостальное распространение процесса вдоль контуров дужек позвонков L2, L3, L4, - с уменьшением по сравнению с предыдущим МРТ. Сохраняются послеоперационные дефекты задних отделов дужек Th12-S1 с отеком и деформацией мягких тканей, с уменьшением отека мягких тканей в динамике. Сохраняется повышенное накопление парамагнетика по контурам корешков конского хвоста в сегменте L1-L3, - вероятнее как проявления грануляционных изменений на фоне постоперационных. Спинальный мозг на всем протяжении с четкими, ровными контурами, без очаговых изменений МР-сигнала. Конус спинного мозга расположен на уровне Th12-L1. Заключение: Постоперационные изменения в сегменте Th12-S1. Множественные очаги неопластического поражения позвонков в сегменте Th9-L5, теле S1 и S4, очаги в боковых массах крестца; с минимальным периостальным распространением процесса вдоль дужек позвонков L2, L3, L4. В сравнении с данными МРТ от 27.09.2022 г., - положительная динамика.

Настоящая госпитализация для продолжения специфической терапии.

С 16.11.2022 по 17.11.2022 проведен курс VDC(4), рост 168 см, вес 46,2 кг, BSA 1,46м2:  
ВИНКРИСТИН 2 мг/м2 д1, -50% (учитывая параплегию, нейропатические боли) РД=СД= 1 мг, в/в, день 1

ДОКСОРУБИЦИН 37,5 мг/м2, РД=55мг, СД= 110мг, в/в за 24 часа день 1-2

ЭНДОКСАН 1200 мг/м2, РД=СД=1800 мг, в/в за 1 час, день 1, на фоне сопроводительной терапии перенес удовлетворительно.

21.11.2022 МСКТ грудной клетки с контрастом: состояние после удаления экстрамедуллярной опухоли на уровне Th12-S1 позвонков, декомпрессивной ламинэктомии Th12-S1 от 06.10.2022. В динамике сохраняются мелкие очаги в правом легком, не более 7 очагов, единичный в левом легком до 3мм.

Без динамики от 06.10.2022г.

25.11.2022 МСКТ грудной клетки, брюшной полости, малого таза с КУ: ОГК: единичные очаги обоих легких, без динамики от 21.11.2022 г. ОБП: КГ-картина колита, малый асцит. КТ-картина послеоперационных изменений на уровне Th12-S1 с уменьшением размеров степени выраженности. Тромбоз левой подвздошной вены.

В послеблоковом периоде на фоне аплазии кроветворения отмечалось развитие энтероколита в связи с чем проводилась комбинированная антимикробная терапия.

01.12.2022 По данным УЗИ - энтероколит разрешился, других патологий не выявлено.

С 08.12.2022 по 12.12.2022 проведен курс IE(5), рост 168 см, вес 46,2 кг, BSA 1,46м2:

-ИФОСФАМИД 1800мг/м2 в/в за 1 час, 1-5 день, РД=2600 мг СД=13000 мг день 1-5

-ЭТОПОЗИД 100мг/м2 в/в за 2 часа, 1-5 день, РД=142мг СД=710 мг день 1-5

На фоне сопроводительной терапии перенес удовлетворительно

В связи с развитием постцитотоксического агранулоцитоза проводилась стимуляция лейкопоза препаратом Г-КСФ 5 мкг/кг п/к.

С 26.12.2022 по 27.12.2022 проведен курс VDC (6) рост 169 см, вес 42,4 кг, BSA 1,41м2:

Учитывая усиление нейропатических болей редукция дозы Винкристина на 1/3. Редукция Доксорубина и Эндоксана на 25%

ВИНКРИСТИН 2 мг/м2 в/в РД=СД= 1,2 мг, день 1

ДОКСОРУБИЦИН 37,5 мг/м2 - 25% в/в за 24 часа день РД=40мг, СД= 80мг 1-2 день

ЭНДОКСАН 1200 мг/м2 - 25% в/в за 1 час РД=СД=1300 мг, день 1

На фоне сопроводительной терапии перенес удовлетворительно

В период постцитотоксического агранулоцитоза проводилась стимуляция лейкопозом препаратом Г-

НАШИ ДЕТИ  
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД

КСФ (02.01.2023-07.01.2023).

На фоне нейтропении развился кластридиальный колит, в связи с чем ребенок получал комбинированную антимикробную терапию. На фоне массивной антимикробной терапии и восстановления лейкоцитарного роста кроветворения инфекционный очаг разрешился.

Ребенок продолжал предъявлять жалобы на боли различной интенсивности в области заднего прохода, по данным визуализации:

10.01.2023 МРТ органов таза: Очаги вторичного поражения L5, S1, боковых масс крестца, в целом, без значимой динамики к данным от 15.11.2022.

Нивелирование очага в S4, появление очага в Sx1. Выраженная отечность паравертебральных мышц, мышц ягодичных областей - без значимой динамики. Выраженная отечность мышц полости таза и тазового дна. Впечатление о нарушении структуры средней ягодичной мышцы слева с участками дефектов контрастирования - формирование абсцессов (?). Вероятные признаки реактивного ректосигмоидита.

Проведено контрольное обследование:

14.01.2023 МРТ ЦНС (головной мозг+спинной мозг) с контрастом: на сериях МР-томограмм ГОЛОВНОГО МОЗГА очаговых изменений, объемных образований, участков патологического накопления контрастного препарата в веществе мозга и по оболочкам достоверно не определяется. На серии МР-томограмм ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА, в сравнении с данными МРТ от 15.11.2022 - сохраняются множественные очаги (STIR - гиперинтенсивные) в телах позвонков, дужках, остистых отростках позвонков Th9-L5, теле S1 с уменьшением их размеров в динамике. Сохраняется вероятное минимальное периостальное распространение процесса вдоль контуров дужек позвонков L2, L3, L4, - с уменьшением по сравнению с предыдущим данными. Сохраняются послеоперационные дефекты задних отделов дужек Th12-S1 с отеком и деформацией мягких тканей, с некоторым уменьшением отека мягких тканей в динамике. Сохраняется повышенное накопление контрастного препарата по контурам корешков конского хвоста в сегменте L1-L3, - вероятнее как проявления грануляционных изменений на фоне постоперационных. Спинной мозг на всем протяжении с четкими, ровными контурами, без очаговых изменений МР-сигнала. Патологических образований в просвете позвоночного канала достоверно не определяется. Данных за стеноз позвоночного канала не получено. Конус спинного мозга расположен на уровне Th12-L1. Субарахноидальные пространства свободны. Выход нервных корешков в межпозвоночных отверстиях прослеживается отчетливо.

Заключение: Состояние после хирургического лечения по удалению экстрамедуллярной опухоли на уровне Th12-S1 позвонков; декомпрессивная ламинэктомия Th12-S1; после курсов ХТ по поводу саркомы Юинга. П/о изменения в сегменте Th12-S1. Множественные очаги неопластического поражения позвонков в сегменте Th9-L5, теле S1, с вероятной минимальным периостальным распространением процесса вдоль дужек позвонков L2, L3, L4.

В сравнении с данными от 15.11.2022 - положительная динамика в виде уменьшения размеров и количества вторичных очагов, уменьшение степени выраженности п/о изменений. Признаков неопластического поражения вещества и оболочек головного мозга достоверно не определяется. ; Контраст: Дотарем 20 мл; Контраст: Вес пациента: 44 кг. Количество введенного контраста: 20 мл. Место введения: ЦВК Согласие на введение контрастного препарата получено. Во время введения контрастного препарата патологических реакций не выявлено.;

14.01.2023 МСКТ ОГК: единичные очаги обоих легких, без динамики от 25.11.2022.

16.01.2023 - Открытая биопсия новообразования мягких тканей левой ягодичной области.

Разрезом по наружной поверхности левой ягодичной области выполнен доступ. Выделено новообразование. Последнее представлено бесструктурными массами, лизированными мышечными тканями. Выполнено иссечение новообразования, взят посев. Обильная обработка полости образования растворами антисептиков. Установка резинового выпускника. Послойный шов раны. Ас повязка.

По данным гистологического заключения от 19.01.2023: фрагменты жировой ткани и мышечных пучков с умеренными дистрофическими изменениями, выраженным отёком перимизия распространенными очагами кровоизлияний и деградацией окружающей соединительной ткани. Окраска на грибы отрицательная.

По достижению критериев начала блока проводилась специфическая терапия по схеме IE(7) с редукцией доз на 25% в рамках протокола EuroEwing 2012 (соответствует клиническим рекомендациям по лечению злокачественных новообразований костей у детей). На фоне сопроводительной терапии перенес удовлетворительно.

С 21.01.2023 по 25.01.2023 проведен курс IE(7), рост 169см, вес: 41,8 кг, BSA:1,4м2  
-ИФОСФАМИД 1800мг/м2 в/в за 1 час, день 1-5, РД=1900 мг, СД=9500 мг  
-ЭТОПОЗИД 100мг/м2 в/в за 2 часа, день 1-5, РД=105 мг, СД=525 мг На фоне сопроводительной  
терапии перенес удовлетворительно.

С 04.02 по 05.02.23 проведен курс VDC(8) -25%  
ВИНКРИСТИН 2 мг.м2, РД=2 мг в.встр (день 1)  
ЦИКЛОФОСФАН 1200 мг.м2 -25%, РД=1250 мг за 1 час (день 1)  
ДОКСОРУБИЦИН 37,5 мг.м2 -25%, РД=40 мг за 24 часа (день 1-2) На фоне сопроводительной  
терапии перенес удовлетворительно.  
В послеблоковом периоде отмечалось возникновение химиоиндуцированной аплазии кроветворения,  
минимальных явлений энтероколита, которые контролировались комбинированной  
противомикробной терапией. Учитывая нейтропению, проводилась стимуляция гранулоцитопоза  
препаратами Г-КСФ в дозировке 5 мкг/кг внутривенно (10.02.2023-17.02.2023). На этом фоне  
показатели крови восстановились.

С 21.02.23 по 22.02.23 проведен 9 курс ПХТ VDC с редукцией на 25 %  
ВИНКРИСТИН 2 мг/м2, РД=СД=2 мг в.встр (день 1)  
ЦИКЛОФОСФАН 1200 мг.м2 -25%, РД=1250 мг за 1 час (день 1)  
ДОКСОРУБИЦИН 37,5 мг.м2 -25%, РД=40мг, СД=80 мг за 24 часа (день 1-2)  
В послеблоковом периоде отмечалось возникновение химиоиндуцированной аплазии кроветворения,  
потребовавшей эскалации антибактериальной терапии: назначение тазоцина. Учитывая нейтропению,  
проводилась стимуляция гранулоцитопоза препаратами Г-КСФ в дозировке 5 мкг/кг подкожно  
(01.03.2023-05.03.2023). На этом фоне показатели крови восстановились.  
настоящая госпитализация для продолжения ПХТ.

С 07.03.23 по 11.03.23 проведен курс IE(10)  
ИФОСФАМИД 1800мг/м2 в/в за 1 час, 1-5 день, РД=2450 мг  
ЭТОПОЗИД 100мг/м2 в/в за 2 часа, 1-5 день, РД=136мг  
На фоне сопроводительной терапии перенес удовлетворительно. В послеблоковом периоде  
отмечалось возникновение химиоиндуцированной аплазии кроветворения, учитывая анемический  
синдром, 16.03.2023 проводилась трансфузия эр.взвеси без осложнений. Учитывая нейтропению,  
проводилась стимуляция гранулоцитопоза препаратами Г-КСФ в дозировке 5 мкг/кг внутривенно  
(16.03.2023-20.03.2023). На этом фоне показатели крови восстановились.

23.03.2023 проведен курс VC (11):  
Рост 169,5 см, вес 39,5 кг, Площадь поверхности 1,36 м2  
ВИНКРИСТИН 2 мг/м2, РД=СД= 2 мг в/в (23.03.2023)  
ЦИКЛОФОСФАН (Эндоксан)1200 мг/м2, РД=СД=1640 мг(23.03.2023)  
На фоне стандартной сопроводительной терапии перенес удовлетворительно.  
27.03.2023 инициирована конформная лучевая терапия:  
1 этап: на область всего объема легких (с РОД 1,5 Гр до СОД 15 Гр) и зоны первичного  
распространения опухоли с использованием методики интегрированного буста (с РОД 1,8 Гр до СОД  
18 Гр). 2 этап: зона первичного распространения (Th9-S1) до СОД 54 Гр.  
В межблоковый период пациент находился в химиоиндуцированной аплазии кроветворения,  
проводилась трансфузия тромбоконцентрата ( без осложнений) в связи с тромбоцитопенией ( 03.04.2023), с учетом анемического синдрома, проводилась трансфузия эр.массы (30.03.2023,  
02.04.2023) в связи с агранулоцитозом проводилась стимуляция лейкопоза препаратами Г-КСФ  
(03.04.2023,04.04.2023, 07.04.2023). Отмечался однократный подъем температуры тела до 38,1 градуса  
без озноба и нарушения гемодинамики, из видимых очагов инфекции-минимальные явления  
энтероколита, в связи с чем эскалирована антибактериальная терапия, добавлен амикацин, результаты  
посева гем. культуры отрицательны. В дальнейшем сохранялся афебрилитет, 04.04.2023 амикацин был  
отменен, 05.04.2023 отменен тазоцин.  
30.03.2023 во время проведения реабилитационных мероприятий у пациента произошел  
винтообразный оскольчатый перелом левой бедренной кости в нижней трети со смещением костных  
отломков (из осмотра реабилитолога: "Во время проведения занятий пациент, находясь в положении  
стоя на одном колене потерял контроль движения, в результате чего совершил избыточную  
внутреннюю ротацию левого бедра, сопровождаемую характерным хрустом и незначительным  
болевым синдромом. Процедура остановлена, приняты меры по иммобилизации травмированной  
конечности. Лечащий врач оповещен."Перелом подтвержден по данным рентгенограммы, дежурными  
хирургами в условиях операционной выполнена закрытая ручная репозиция перелома,  
иммобилизация, наложена гипсовая лангета от пальцев стопы до ягодичной складки, проведен  
рентгенографический контроль репозиции. С целью оценки фосфорно-кальциевого обмена, плотности

костных структур проведен ряд исследований: денситометрия поясничного отдела позвоночника, по данным которой установлено снижение минеральной плотности костей, исследования гормонов щитовидной железы (результаты в пределах референсных значений), оценка общего и ионизированного кальция (показатель общего кальция снижен, составляет 2.17 (2.2-2.7) ммоль/л), скорректированы дозы витамина Д и кальция по рекомендации эндокринолога, проведена консультация эндокринолога, проведено введение Зометы под контролем уровня кальция крови.

Учитывая панцитопению, лихорадку в анамнезе (из видимых очагов инфекции-минимальные явления энтероколита), перелом левой бедренной кости, лучевая терапия была прервана с 31.03.2023 по 04.06.2023, возобновлена 05.04.2023.

В связи с гематологической токсичностью 4 степени на фоне лучевой терапии гемотранфузионная зависимость, лейкопения, параллельное проведение химиотерапии невозможно.

08.06.23 проведен курс VC(12) - 25% учитывая тяжелую гематологическую токсичность после ЛТ ВИНКРИСТИН 2 мг.м2, РД=2 мг в.в стр день 1

ЦИКЛОФОСФАН 1200 мг.м2 - 25%, РД=1200 день 1 на фоне стандартной сопроводительной терапии, перенес удовлетворительно.

15.05.23 завершена ЛТ.

08.06.23 проведен курс VC(12) - 25% учитывая тяжелую гематологическую токсичность после ЛТ ВИНКРИСТИН 2 мг.м2, РД=2 мг в.в стр день 1 ЦИКЛОФОСФАН 1200 мг.м2 - 25%, РД=1200 день 1 на фоне стандартной сопроводительной терапии, перенес удовлетворительно.

С 24.06.2023 по 28.06.23 проведен курс IE(13)-25%

ИФОСФАМИД 1800 мг.м2, РД=1800 мг за 1 час

ЭТОПОЗИД 100 мг.м2, РД=100 мг за 1 час на фоне стандартной сопроводительной терапии, перенес удовлетворительно.

29.08.2023 поступил в НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева для проведения реабилитационных мероприятий и метрономной терапии.

При поступлении проведено контрольное обследование:

Онкомаркеры от 30.08.2023:

Лактатдегидрогеназа: 245.00 (0-279) Ед/л

Щелочная фосфатаза: 260.00 (0-390) Ед/л

31.08.2023 зомета 2 мг в/в за 1 час.

МСКТ грудной клетки с контрастом от 30.08.2023:

Описание: Исследование выполнено по стандартной методике с последующими реконструкциями в сагиттальной и фронтальной плоскостях.

Состояние после удаления экстрамедуллярной опухоли на уровне Th12-S1 позвонков, декомпрессивной ламинэктомии Th12-S1 от 06.10.2022 г.

Контрольное исследование от 31.07.2023 г.

В динамике в обоих легких единичные очаги по типу "матового стекла" - уменьшение интенсивности и размеров очагов

В задне-базальных отделах S9, S10 билатерально зоны консолидации симметричные паравертебрально расположенные с уменьшением степени выраженности, на этом фоне локальное утолщение по плевре слева до 2 мм - жидкостная прослойка с уменьшением толщины в динамике Трахея и крупные бронхи проходимы, просветы их не деформированы, стенки не изменены.

Жидкости в плевральных полостях и полости перикарда нет.

Средостение расположено по средней линии, не расширено. Вилочковая железа типично расположена, однородной структуры. В средостении определяются единичные не увеличенные лимфатические узлы.

В подмышечных областях визуализируются немногочисленные лимфатические узлы размерами от 3 до 7 мм.

Сохраняются послеоперационные дефект дужек Th12.

Заключение: положительная динамика, уменьшение степени выраженности очаговых изменений в легких.

Электрокардиография в покое (ЭКГП), дети 1-18 лет от 30.08.2023: R-R min., сек: 0.63; R-R ср., сек: 0.68; R-R max., сек: 0.72; ЧСС min., уд. в мин.: 83; ЧСС ср., уд. в мин.: 88; ЧСС max., уд. в мин.: 95; ЧСС max - ЧСС min: 12; PQ min., сек.: 0.13; QT, сек: 0.36; QT norm, сек: 0.31; QTcB, сек: 0.44; QTcFrid, сек: 0.41; QTcFram, сек: 0.41; Заключение: Не проводилась запись в отведениях V2 - V3. Слабая синусовая тахикардия, умеренная аритмия. Горизонтальное положение ЭОС. Суммарный вольтаж комплексов QRS в отведениях от конечностей на нижней границе нормы (15 мм).

УЗИ органов брюшной полости и мочевыделительной системы (печень, желчный пузырь,

поджелудочная железа, селезенка, почки, мочевого пузыря) от 01.09.2023:

Печень: Размеры: увеличена, вертикальный размер правой доли 147 мм, вертикальный размер левой доли 89 мм. Контуры ровные, четкие, углы не увеличены. Структура однородная. Эхогенность несколько повышена. Сосуды: воротная вена и ее долевые ветви не изменены, НПВ и печеночные вены без особенностей. Внутри-, внепеченочные желчные протоки не расширены. Очаговые изменения не выявлены.; Желчный пузырь: Форма - перегиб в шейке, теле. Стенки: не утолщены. В просвете однородная желчь.; Поджелудочная железа: Размеры: головка –20 мм, тело – 10 мм, хвост - 18 мм (не увеличена). Контуры: ровные, четкие. Структура однородная. Эхогенность повышена.; Селезенка: Расположена типично. Размеры: 122 x58 мм, увеличена. Контуры: ровные, четкие. Структура однородная. Эхогенность средняя.; Правая почка: Осмотр со стороны брюшной полости. Размеры: 108x44x53 мм. Индекс почечной массы - 0.32 (норма 0.2 - 0.3). Контуры ровные, четкие. Паренхима: 16 мм, дифференцировка сохранена. ЧЛС: не расширена. Кровоток при ЦДК до капсулы. Мочеточник не расширен на протяжении. Область надпочечника не изменена.; Левая почка: Осмотр со стороны брюшной полости. Размеры: 109x50x56 мм. Индекс почечной массы - 0.39 (норма 0.2 - 0.3). Контуры ровные, четкие. Паренхима: 15 мм, дифференцировка сохранена. ЧЛС: не расширена. Кровоток при ЦДК до капсулы. Мочеточник не расширен на протяжении. Область надпочечника не изменена.; Мочевой пузырь: Незначительного наполнения, содержимое - густая эховзвесь в умеренном количестве, стенка утолщена до 12 мм, слоистая, кровоток в стенке умеренный.; Свободная жидкость: Свободной жидкости в обоих латеральных каналах, межпелло и в полости малого таза нет.; Заключение: УЗ признаки гепатоспленомегалии, диффузных изменений паренхимы печени и поджелудочной железы, двусторонней реномегалии, взвеси в полости мочевого пузыря с изменением стенок.

МРТ ЦНС (головной мозг+спинной мозг) с контрастом от 02.09.2023:

Описание: В сравнении с данными МРТ от 01.08.2023 г., - без явной динамики, сохраняется нечеткий очаг (STIR - гиперинтенсивен) в теле S1, и участок сниженного накопления парамагнетика в левом поперечном отростке Th9. Во всех телах позвонков выявляется жировая инволюция костного мозга различной степени выраженности, вероятно как проявления постлучевых изменений. Сохраняются постоперационные дефекты задних отделов дужек Th12-S1, сохраняется отек мягких тканей спины кзади от позвоночника в области постоперационного рубца.

Сохраняется повышенное накопление контрастного препарата по контурам корешков конского хвоста в сегменте L1-L2 без значимой динамики (грануляционные изменения?).

Спинальный мозг на всем протяжении с четкими, ровными контурами, без очаговых изменений МР-сигнала. Патологических образований в просвете позвоночного канала достоверно не определяется. Конус спинного мозга расположен на уровне Th12-L1, сохраняется фиксация отдельных корешков к передней стенке дурального мешка на уровне L3-L4. Субарахноидальные пространства свободны.

На серии МР изображений головного мозга патологических объемных образований, участков измененного сигнала и патологического накопления парамагнетика в веществе больших полушарий мозга, ствола и мозжечка и мозговых оболочках не выявляется.

Межполушарная щель срединно расположена. Срединные структуры не смещены.

Желудочковая система не расширена, боковые желудочки симметричны; третий и четвертый желудочки срединно расположены.

Конвексимальные субарахноидальные пространства, борозды коры мозжечка, полушарий мозга без особенностей.

В области турецкого седла патологических образований не выявлено.

Миндалины мозжечка не выступают за линию Чемберлена.

Содержимое глазниц без особенностей.

Пневматизация околоносовых пазух не нарушена.

Заключение: П/о изменения в сегменте Th12-S1. Очаг в теле S1, и очаг в левом поперечном отростке Th9. Жировая инволюция костного мозга в телах позвонков. В сравнении с данными МРТ от 01.08.2023 г., - без динамики. Очаговых изменений и объемных образований в веществе головного мозга не выявлено.

В связи с разрывом ЦВК 04.09.2023 произведено удаление туннельного катетера типа: Хикман, без осложнений.

КМП 2х точек от 05.09.2023: опухолевые клетки не найдены.

PCR-CMV(КМ): отрицательный~ОТР копий/мл PCR-ННV - VI типа (КМ): отрицательный~ОТР

копий/мл PCR-EBV(КМ): отрицательный~ОТР копий/мл

PCR-Parvovirus B19 (КМ): отрицательный~ОТР МЕ/мл

Ввиду длительно сохраняющейся тромбоцитомении, начата стимуляция тромбоцитопоэза Ромипластимом 5 мкг/кг с 13.09.2023.

Эхокардиография (Эхо КГ, УЗИ сердца) от 05.09.2023:



Рост, см: 170; Вес, кг: 40.8; ППТ, м2: 1.37; ЧСС: 97; Левый желудочек: Кинетика всех сегментов не нарушена.; КДР ЛЖ, мм: 44.2; Z-SCORE: 0.1; КДО ЛЖ, мл: 88.6; iКДО ЛЖ, мл: 64.7; КСР ЛЖ, мм: 27; ФВ, %: 69.5; КСО ЛЖ, мл: 27.0; МЖП, мм: 7.4; Z-SCORE: 0.4; ЗСЛЖ, мм: 8.3; Z-SCORE: 1.5; ИММЛЖ (г/м2,7): 25.67; Simpson: Да; КДО ЛЖ, мл: 82.3; Z-SCORE: 0.5; iКДО ЛЖ, мл: 60.1; КСО ЛЖ, мл: 27.9; УО, мл: 54.4; ФВ, %: 66.1; D восх. ОА, мм: 22.8; Z-SCORE: 0.3; D левого предсердия, мм: 31.6; Z-SCORE: -1; Расчеты левого отдела: Да; S левого предсердия, см2: 9.24; Z-SCORE: -1.5; S правого желудочка, см2: 13.1; Z-SCORE: -1; Легочная артерия (ствол), мм: 19.2; Z-SCORE: -1.3; Расчеты правого отдела: Да; S правого предсердия, см2: 10; Z-SCORE: -1.2; Аортальный клапан: 3-створчатый, створки тонкие, регургитация не отмечается. Магистральный тип гемодинамики на уровне диафрагмы.; Аорт.кл. Vmax, м/с: 1; Пик.гр, mmHg: 4.0; Митральный клапан: створки тонкие, пролабирования нет (PLAX). Регургитация не отмечается.; Митр.клапан V(E), м/с: 0.9; Пик.гр, mmHg: 3.2; Клапан легочной артерии: створки тонкие, регургитация физиологическая; Кл.лег.арт. Vmax, м/с: 1.1; Пик.гр, mmHg: 4.8; Трикуспидальный клапан: створки тонкие, регургитация физиологическая; Трикусп.клапан V(E), м/с: 0.72; Пик.гр, mmHg: 2.1; Нижняя полая вена: коллабирует более 50%; Межпредсердная перегородка: без особенности.; Межжелудочковая перегородка: без особенности.; Перикард: сепарация листков отсутствует; Дополнительные особенности: Акустический доступ неудовлетворительный.; Заключение: Камеры нормальных размеров. Глобальная систолическая функция левого желудочка сохранена. Перегородки интактны. Тахикардия (ЧСС 97 уд/мин).

#### Инструментальные обследования

12.10.2023 МРТ костного мозга - 3Т (Тесла)

Описание: Оценка соотношения жира и воды в костном мозге методом mDixon на томографе 3,0 Тл:

Среднее содержание жира в теле левой подвздошной кости: 88,49% (ИКД =  $0,21 \times 10^{-3}$  мм2/с)

Среднее содержание жира в теле правой подвздошной кости: 89,12% (ИКД =  $0,11 \times 10^{-3}$  мм2/с)

Среднее содержание жира в теле позвонка L4: 68,8% (ИКД =  $0,19 \times 10^{-3}$  мм2/с)

Среднее содержание жира в теле позвонка L5: 78,34% (ИКД =  $0,12 \times 10^{-3}$  мм2/с)

Заключение: Произведена оценка соотношения жира и воды в костном мозге методом mDixon.

Ввиду выраженной гематологической токсичности в виде длительно сохраняющейся тромбоцитопении, невозможности проведения метрономной терапии, начата стимуляция тромбоцитопоэза ромиплостимом 5 мкг/кг, РД=200 мкг (13.09.2023, 20.09.2023, 27.09.2023), с учётом отсутствия эффекта доза увеличена до 10 мкг/кг, РД=400 мкг (04.10.2023, 11.10.2023, 18.10.2023), с учётом отсутствия эффекта в виде элевации уровня тромбоцитов на введение ромиплостиа эффекта 20.10.2023, заменён на элтромбопаг 50 мг per os, ежедневно.

23.10.2023 МСКТ грудной клетки с контрастом--Цель исследования: контрольное обследование

Описание: Исследование выполнено по стандартной методике с последующими реконструкциями в сагитальной и фронтальной плоскостях.

Состояние после удаления экстремедулярной опухоли на уровне Th12-S1 позвонков, декомпрессивной ламинэктомии Th12-S1 от 06.10.2022 г.

Контрольное исследование от 30.08.2023 г.

Дистальный конец ЦВК в ВПВ.

"Свежих" очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено.

В задне-базальных отделах S9, S10 билатерально зоны консолидации симметричные паравертебрально расположенные с уменьшением степени выраженности в динамике. Локальное скопление жидкости нивелировалось.

Трахея и крупные бронхи проходимы, просветы их не деформированы, стенки не изменены.

Жидкости в плевральных полостях и полости перикарда нет.

Средостение расположено по средней линии, не расширено. Вилочковая железа типично расположена, однородной структуры. В средостении определяются единичные не увеличенные лимфатические узлы.

В подмышечных областях визуализируются немногочисленные лимфатические узлы размерами от 3 до 7 мм.

Сохраняются послеоперационные дефект дужек Th12.; Заключение: Положительная динамика от 30.08.2023 г. за счет уменьшения степени выраженности зон консолидации задних отделов обоих легких. "Свежих" очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено.

23.10.2023 МРТ ЦНС (головной мозг+спинной мозг) с контрастом:

Описание: В сравнение с данными МРТ от 02.09.2023 г., - без явной динамики, сохраняется нечеткий очаг (STIR - гиперинтенсивен) в теле S1, и участок сниженного накопления парамагнетика в левом поперечном отростке Th9. Во всех телах позвонков выявляется жировая инволюция костного мозга различной степени выраженности, вероятно как проявления постлучевых изменений. Сохраняются

постоперационные дефекты задних отделов дужек Th12-S1, сохраняется отек мягких тканей спины кзади от позвоночника в области постоперационного рубца.

Сохраняется повышенное накопление контрастного препарата по контурам корешков конского хвоста в сегменте L1-L2 без значимой динамики (грануляционные изменения?).

Спинальный мозг на всем протяжении с четкими, ровными контурами, без очаговых изменений МР-сигнала. Патологических образований в просвете позвоночного канала достоверно не определяется. Конус спинного мозга расположен на уровне Th12-L1, сохраняется фиксация отдельных корешков к передней стенке дурального мешка на уровне L3-L4. Субарахноидальные пространства свободны.

Заключение: П/о изменения на уровне Th12-S1.

Очаг в теле S1, и очаг в левом поперечном отростке Th9. Жировая инволюция костного мозга в телах позвонков.

В сравнении с данными МРТ от 02.09.2023 г., - без динамики.

Исследование нервной проводимости (вкл. М-ответ, F-волну, ПД нерва) методом стимуляционной ЭНМГ (один пояс конечностей) от 27.10.2023:

Заключение:  
СТИМУЛЯЦИОННАЯ ЭНМГ.

Моторная проводимость.

Проводилась супрамаксимальная стимуляция в стандартных точках, стимулом длительностью до 1 мс большеберцовых, малоберцовых и бедренных нервов.

М-ответ:

m. abd. hallucis, n. tibialis, S1-S2

справа и слева ответ не получен.

m. extensor digitorum brevis, n. peroneus, L5-S1

справа и слева ответ не получен.

m. tibialis anterior, n. peroneus, S1-S2

справа и слева ответ не получен.

m. gastrocnemius, n. tibialis, L4-L5

справа и слева ответ не получен.

m. rectus femoris, n. femoralis, L2-L4

справа: латентность 4,3 мс; амплитуда 0,9 мВ;

слева: латентность 5,6 мс; амплитуда менее 0,1 мВ.

m. quadriceps femori, vastus med., n. femoralis, L2-L4

справа: латентность 4,3 мс; амплитуда 0,9 мВ;

слева: латентность 4,7 мс; амплитуда 0,1 мВ.

Сенсорная проводимость.

Сенсорных ответов с нервов ног (nn. surales dext. et sin., n. cutaneus femoris lateralis dext.) не получено.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.**

Полная моторная и сенсорная денервация мышц голени и стоп с утратой произвольной и рефлекторной активности. Получены низкоамплитудные моторные ответы при стимуляции бедренных нервов с четырехглавых мышц бедра с положительной динамикой скоростных и амплитудных показателей (26/06/2023). Т. о. сохраняется сегментарное поражение пояснично-крестцовых отделов: выраженное для уровня L2-L3 (с акцентом слева) и грубое для нижележащих сегментов.

Пациенту проведено обследование на реконституцию клеток иммунного статуса, по данным обследования отмечается иммунная недостаточность:

Определение субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови (CD14/CD3/CD16+CD56/CD19/CD4/CD8) от 03.11.2023:

CD3+CD4+ Lym: 0.12 (0.70-1.10) 10/мл

CD19+ Lym (B-cells): 0.02 (0.30-0.50) 10/мл

Популяции иммуноглобулинов (IgA, IgE, IgG, IgM) от 03.11.2023: Иммуноглобулин А: 0.736 (1-2.3) г/л Иммуноглобулин М: 0.192 (0.6-2.6) г/л Иммуноглобулин G: 4.28 (7-16) г/л

**Соматический статус при поступлении:** Рост (см): 169, Вес (кг): 35,5, S тела (м<sup>2</sup>): 1.29, ЧСС (уд. в мин.): 75, ЧДД (в минуту): 17, SpO<sub>2</sub> (процент): 99, АД сист. (мм.рт.ст.): 102, АД диаст. (мм.рт.ст.): 56, t (градусов Цельсия): 36.7

Жалобы: парез и нарушение чувствительности нижних конечностей

Состояние: тяжелое по основному заболеванию. Стабильное. Не лихорадит

Самочувствие: выражено не страдает

Сознание: ясное

Неврологический статус: очаговой, общемозговой и менингеальной симптоматики при осмотре нет  
Положение: активное в пределах кровати, инвалидного кресла  
Эндокринная система: без особенностей  
Телосложение: астеничное  
Кожные покровы: кожа бледная без явлений инфекционной сыпи, умеренной влажности. Геморрагический синдром не выражен, давние экхимозы на верхних конечностях после введения препаратов. Тургор тканей достаточный. ПЖК развита слабо, распределена равномерно, видимых отеков нет.  
Слизистые оболочки: Язык чистый, влажный. Слизистые чистые, бледно-розовые, влажные. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены.  
Костно-мышечная система: Видимых костных деформаций нет. Передвигается на сидячей каталке в связи с нижним парапарезом. Мышечная сила в нижних конечностях снижена: слева 0-1 балл, справа 1-2 балла. Передвигается на сидячей каталке.  
Лимфатическая система: периферической лимфоаденопатии нет  
Сердечно-сосудистая система: Визуально область сердца не изменена. Перкуторно границы сердца не изменены. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет.  
Органы дыхания: Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. В легких аускультативно дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. Кашля, одышки нет  
Селезенка: не пальпируется  
Печень: пальпация органов брюшной полости безболезненна, живот при пальпации мягкий, глубокой пальпации доступен, печень по краю реберной дуги.  
Мочевыделительная система: свободное, не затруднено, произвольное, безболезненное. Мочу периодически не удерживает.

**Гистологическое заключение:** №F1419/22 от 04.10.2022: Заключение: Саркома Юинга

**Результаты наиболее значимых проведенных обследований:** МСКТ грудной клетки с контрастом от 18.01.2024:

Описание: Исследование выполнено по стандартной методике с последующими реконструкциями в сагиттальной и фронтальной плоскостях.

Состояние после удаления экстремедуллярной опухоли на уровне Th12-S1 позвонков, декомпрессивной ламинэктомии Th12-S1 от 06.10.2022 г.

Контрольное исследование от 23.10.2023г.

"Свежих" очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено.

В задне-базальных отделах S9, S10 билатерально симметричные паравертебрально расположенные зоны тяжистого изменения интерстиция прежней степени выраженности, вероятно поствоспалительного генеза.

Трахея и крупные бронхи проходимы, просветы их не деформированы, стенки не изменены.

Жидкости в плевральных полостях и полости перикарда нет.

Средостение расположено по средней линии, не расширено. Вилочковая железа типично расположена, однородной структуры. В средостении определяются единичные не увеличенные лимфатические узлы.

В подмышечных областях визуализируются немногочисленные лимфатические узлы размерами от 3 до 7 мм.

Сохраняются послеоперационные дефект дужек Th12.

Заключение: без динамики от 23.10.2023г. "свежих" очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено.

Денситометрия "Все тело" ("Total Body") от 19.01.2024: Описание: Выполнена денситометрия всего тела.

Общая масса тела - 38 кг

Рост - 170см

Общая костная плотность -0,699 г/см<sup>2</sup>, для интерпретации оценки костной плотности необходимо проведение денситометрии поясничного отдела позвоночника.

Мышечная ткань - 27872г

Жировая ткань - 7148г, 20,4%.

Денситометрия поясничного отдела позвоночника от 22.01.2024:

Описание: Исследование проведено по стандартной методике.

Контрольное исследование от 05.04.2023г.

Рост - 170 см.

L1-L4 Z-критерий = 2,9 SD, ранее = -3,2 (BMD = 0,567г/см<sup>2</sup>; ранее - 0,480).  
при стандартизации по росту и фактической длине определяется дефицит костной массы.  
Заключение: низкая костная минеральная плотность - положительная динамика от 05.04.2023г.

МРТ костного мозга - 3Т (Тесла) от 19.01.2024:

Описание: Оценка соотношения жира и воды в костном мозге методом mDixon на томографе 3,0 Тл: в динамике от 12.10.2023г.

Среднее содержание жира в теле левой подвздошной кости: 82,06% (ранее до 88,49% (ИКД = 0,09x10<sup>-3</sup> мм<sup>2</sup>/с (ранее до 0,21x10<sup>-3</sup> мм<sup>2</sup>/с))

Среднее содержание жира в теле правой подвздошной кости: 82,3% (ранее до 89,12% (ИКД = 0,06x10<sup>-3</sup> мм<sup>2</sup>/с (ранее до 0,11x10<sup>-3</sup> мм<sup>2</sup>/с))

Среднее содержание жира в теле позвонка L4: 69,98% (ранее до 68,8% (ИКД = 0,15x10<sup>-3</sup> мм<sup>2</sup>/с (ранее до 0,19x10<sup>-3</sup> мм<sup>2</sup>/с))

Среднее содержание жира в теле позвонка L5: 69,73% (ранее до 78,34% (ИКД = 0,15x10<sup>-3</sup> мм<sup>2</sup>/с (ранее до 0,12x10<sup>-3</sup> мм<sup>2</sup>/с))

Показатели условной нормы средней фракции жира костного у детей в возрасте 9-16 лет: в теле левой подвздошной кости: 52 ± 11%; в теле правой подвздошной кости: 50 ± 12%; в теле позвонка L4: 31 ± 9%; в теле позвонка L5: 32 ± 12%.

Заключение: Произведена оценка соотношения жира и воды в костном мозге методом mDixon. Без существенной динамики от 12.10.2023г.;

Электрокардиография в покое (ЭКГП), дети 1-18 лет от 22.01.2024: R-R min., сек: 0.67; R-R ср., сек: 0.70; R-R max., сек: 0.73; ЧСС min., уд. в мин.: 83; ЧСС ср., уд. в мин.: 86; ЧСС max., уд. в мин.: 90; ЧСС max - ЧСС min: 7; QRS, сек: 0.08; QT, сек: 0.36; QT norm, сек: 0.32; QTcB, сек: 0.43; QTcFrid, сек: 0.41; QTcFram, сек: 0.41; Заключение: Горизонтальное положение ЭОС. На ЭКГ покоя регистрируется эктопический правопредсердный ритм с ЧСС 83-90 уд/мин. Изменение конечной части желудочкового комплекса в виде сглаженных з.Т во всех отведениях.

При записи ЭКГ на длинной ленте в положении ребенка сидя восстанавливается синусовый ритм с ЧСС 111-115 уд/мин.

Эхокардиография (Эхо КГ, УЗИ сердца) от 23.01.2024:

Рост, см: 170; Вес, кг: 39.6; ППТ, м2: 1.34; ЧСС: 101; Левый желудочек: Кинетика всех сегментов не нарушена.

; КДР ЛЖ, мм: 48; Z-SCORE: 1.1; КДО ЛЖ, мл: 107.5; iКДО ЛЖ, мл: 80.2; КСР ЛЖ, мм: 30.9; ФВ, %: 65.0; КСО ЛЖ, мл: 37.6; Индекс массы миокарда: Да; Simpson: Да; КДО ЛЖ, мл: 60; Z-SCORE: -0.9; iКДО ЛЖ, мл: 44.8; КСО ЛЖ, мл: 22.6; УО, мл: 37.4; ФВ, %: 62.3; D левого предсердия, мм: 29; Z-SCORE: -1.8; Расчеты левого отдела: Да; S левого предсердия, см2: 9.9; Z-SCORE: -1; S правого желудочка, см2: 12; Z-SCORE: -1.4; D правого предсердия, мм: 30; Z-SCORE: -1.8; Легочная артерия (ствол), мм: 23; Z-SCORE: 0.4; Расчеты правого отдела: Да; S правого предсердия, см2: 9.4; Z-SCORE: -1.5; Аортальный клапан: 3-створчатый, створки тонкие, регургитация минимальная (ближе к следовой). Магистральный (высокорезистентный) тип гемодинамики на уровне диафрагмы. Левая коронарная артерия отходит от левого коронарного синуса, правая коронарная артерия отходит от правого коронарного синуса; Аорт.кл. Vmax, м/с: 1; Пик.гр, mmHg: 4.0; Митральный клапан: створки тонкие, пролабирования нет (PLAX). Регургитация не отмечается; Митр.клапан V(E), м/с: 0.68; Пик.гр, mmHg: 1.8; Клапан легочной артерии: створки тонкие, регургитация физиологическая; Кл.лег.арт. Vmax, м/с: 0.6; Пик.гр, mmHg: 1.4; Трикуспидальный клапан: створки тонкие, регургитация физиологическая  
TAPSE 18.6 мм.

13 лет 1,85 см (-2SD) M.Koestenberger et al, JASE, 2009.

; Трикусп.клапан V(E), м/с: 0.6; Пик.гр, mmHg: 1.4; Систолическое давление: Да; Пик.гр.регургитации, mmHg: 15; ЦВД: 5; СДЛА: 20.0; D max НПВ расчетный: 19.1; Нижняя полая вена: коллабирует более 50%; Межпредсердная перегородка: без особенности.; Межжелудочковая перегородка: без особенности.; Перикард: сепарация листков отсутствует; Заключение: Камеры нормальных размеров.

Глобальная систолическая функция левого желудочка сохранена.

Глобальная систолическая функция правого желудочка сохранена.

Магистральные артерии не изменены.

Минимальная регургитация на АК.

Перегородки интактны.

УЗИ полых органов брюшной полости (пищевода, желудка, кишечника) от 24.01.2024:

Тонкая кишка: Диаметр просвета - 9 мм  
перистальтика обычная

толщина стенки - 1 мм

дифференцировка на слои снижена

кровооток в стенке несколько усилен; Толстая кишка: Диаметр просвета - 22 мм

толщина стенки - 1.3 мм

дифференцировка на слои снижена

кровооток в стенке не усилен; Аппендикс: не визуализируется.; Жидкость в брюшной полости:

Незначительное количество свободной жидкости межпечельно.

Заключение: УЗ признаки умеренных диффузных изменений стенок кишечника, незначительного количества свободной жидкости в брюшной полости.

Эластография (ARFI) детям до 18 лет от 24.01.2024:

Описание: При ARFI эластографии паренхимы печени скорость распространения сдвиговой волны составляет 1.18 м/с, что соответствует возрастной норме.

Заключение: Скорость распространения сдвиговой волны составляет 1.18 м/с (норма), что соответствует стадии фиброза по шкале METAVIR F0.

Полученный показатель необходимо сопоставить с клинико-лабораторными данными и данными инструментальных методов обследования, с анамнезом заболевания.

МРТ ЦНС (головной мозг+спинной мозг) с контрастом от 28.01.2024:

Описание: На сериях МР-томограмм головного мозга очаговых изменений, объемных образований, участков патологического накопления контрастного препарата в веществе мозга достоверно не определяется. Кора и белое вещество развиты правильно, дифференцированы четко.

Боковые желудочки симметричны, желудочковая система не расширена.

Субарахноидальные пространства конвекситальных отделов больших полушарий головного мозга, базальные цистернальные пространства не расширены.

Ретробульбарные пространства, зрительные нервы, внутренние слуховые проходы, мостомозжечковые углы, хиазма не изменены. Гипофиз обычно расположен, не увеличен, достаточно однородной структуры. Сохраняется кистозная трансформация эпифиза.

Краниовертебральный переход – без особенностей. Миндалины мозжечка не пролабируют в БЗО.

Придаточные пазухи носа и воздухоносные полости височных костей пневматизированы.

Интерпретацию затрудняют динамические артефакты от движений пациента!

На сериях МР-томограмм в сравнении с данными от 23.10.2023 - сохраняется нечеткий очаг (STIR - гиперинтенсивный) в теле S1, участок сниженного накопления контрастного препарата в левом поперечном отростке Th9. Во всех телах позвонков сохраняется жировая дистрофия костного мозга различной степени выраженности, вероятно как проявления постлучевых изменений. Сохраняются постоперационные дефекты задних отделов дужек Th12-S1, сохраняется отек мягких тканей спины кзади от позвоночника в области п/о изменений.

Сохраняется повышенное накопление контрастного препарат по контурам корешков конского хвоста в сегменте L1-L2 без значимой динамики (грануляционные изменения?), сохраняется фиксация отдельных корешков к передней стенке дурального мешка на уровне L3-L4.

Спинной мозг на всем протяжении с четкими, ровными контурами, без очаговых изменений МР-сигнала. Патологических образований в просвете позвоночного канала достоверно не определяется.

Конус спинного мозга расположен на уровне Th12-L1. Субарахноидальные пространства свободны;

Заключение: П/о изменения на уровне Th12-S1.

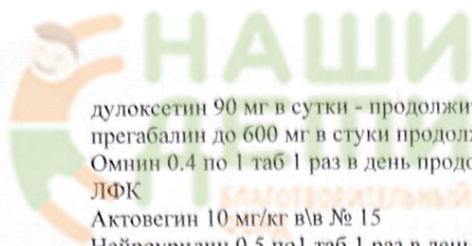
Очаг в теле S1, очаг в левом поперечном отростке Th9. Жировая дистрофия костного мозга в телах позвонков.

Очаговых изменений и объемных образований в веществе головного мозга не выявлено.

В сравнении с данными МРТ от 23.10.2023 - без видимой динамики.

Консультации специалиста: Осмотр невролога от 05.02.2024: Заключение: Нижний вялый парализ 1-2 баллов до плегии в стопах. Гипералгезия стоп. Частичное нарушение функции тазовых органов.

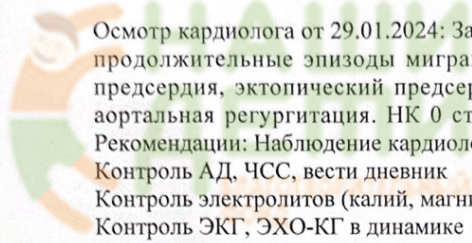
План лечения:



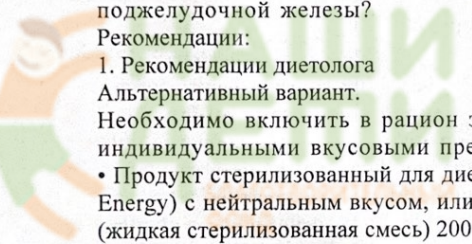
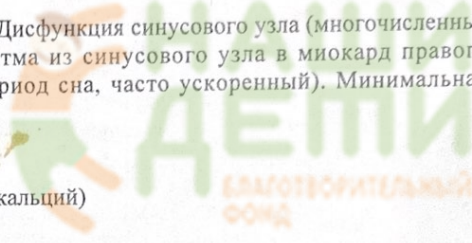
дулоксетин 90 мг в сутки - продолжить  
прегабалин до 600 мг в сутки продолжить  
Омнин 0.4 по 1 таб 1 раз в день продолжить  
ЛФК  
Актовегин 10 мг/кг в/в № 15  
Нейроуридин 0.5 по 1 таб 1 раз в день до 2 мес  
нейромидин 0.02 по 1 таб 3 раза до 2 мес  
С марта цитофлавин по 1 таб 3 раза в день 2 мес  
с апреля глиатилин 0.4 по 1 таб 2 раза 1 мес  
Тиоктовая кислота 0.3 по 1 таб 1 раз в день 2 мес



Осмотр офтальмолога от 26.01.2024: Заключение: OU миопия слабой степени, лекарственная катаракта, патологии глазного дна не выявлено.  
Рекомендации: постоянное ношение очков. Наблюдение в динамике.



Осмотр кардиолога от 29.01.2024: Заключение: I 49.8 Дисфункция синусового узла (многочисленные продолжительные эпизоды миграции водителя ритма из синусового узла в миокард правого предсердия, эктопический предсердный ритм в период сна, часто ускоренный). Минимальная аортальная регургитация. НК 0 ст.  
Рекомендации: Наблюдение кардиолога в динамике  
Контроль АД, ЧСС, вести дневник  
Контроль электролитов (калий, магний, натрий, иониз. кальций)  
Контроль ЭКГ, ЭХО-КГ в динамике  
Контроль ХМ-ЭКГ в плановом порядке



Осмотр гастроэнтеролога от 02.02.2024: Заключение: Клинико-anamnestические данные и результаты проведенных обследований у ребенка свидетельствуют о наличии течения хронического запора у ребенка с поражением позвоночника, дисфункция билиарного тракта, энтероколита (токсический, СИБР). Выраженная белково-энергетическая недостаточность. Эзокринная недостаточность поджелудочной железы?

Рекомендации:

1. Рекомендации диетолога  
Альтернативный вариант.

Необходимо включить в рацион энтеральные смеси (вкус смеси подобрать в соответствии с индивидуальными вкусовыми предпочтениями пациента):

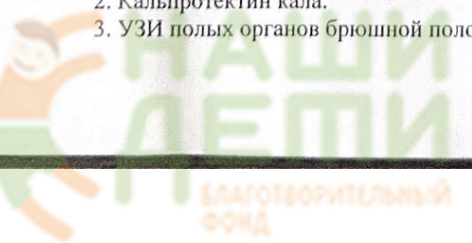
- Продукт стерилизованный для диетического лечебного питания «НУТРИЭН Энерджи (NUTRIEN Energy) с нейтральным вкусом, или со вкусом ванили, или карамели, или клубники, или банана) \* (жидкая стерилизованная смесь) 200 мл - 3 штуки/сутки и «НУТРИЭН Стандарт (NUTRIEN Standard) с нейтральным вкусом, или со вкусом ванили, или карамели, или клубники, или банана) \* (жидкая стерилизованная смесь) 200 мл - 1 штука/сутки, методом сипинга в течении 3 месяцев, до 6 месяцев, далее после консультации диетолога.

\*Продукт входит в утверждённый прилагаемый перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей инвалидов на 2024 год (РАСПОРЯЖЕНИЕ от 11 декабря 2023 г. № 3551 р председателя правительства Российской Федерации М. Мишустина).

2. Рабепразол ( рабепразол-СЗ, зульбекс, хайрабездол, разо) 20 мг за 15 минут до завтрака , 20 мг на ночь - 1 мес, потом 20 мг за 15 минут до завтрака - 1 мес
3. Через 2 мес Тримебутин (тримедат, необутин) (1 таблетка -100 мг ) x 3 раза за 15 минут до еды - курсами по 1 мес 1 раз в 3 мес в течении года.
4. Урсодезоксихолевая кислота (Урсофальк, урсосан, урдокса, эксхол) 20 мг/кг/сутки 750 мг/сутки 250 мг за 15 минут до обеда, 500 мг н/ночь - длительно.  
(разносить с рабепразолом: УДХК за 15 минут до ужина, рабепразол на ночь)
5. Панкреатин 10000 (Креон , эрмиталь, пангрол, мезим нео 10000) 2 капсула x 3 раза с основными приемами пищи, 1 капсула на перекус или прием смеси - продолжить до следующей госпитализации.
6. Макроголь (форлак) 5 грамма начать 1/2 пакет утром натощак, растворив в 100 мл бутилированной воды, при недостаточной эффективности в течении 3х дней дозу препарата постепенно увеличить до индивидуально эффективной до 10-15-20 гр (1-2 пакета в сутки), распределив на 2 приема. Постоянно.
7. Левомиколь мазь + цинковая паста на область ануса - утро, вечер, после дефекации
8. Месалазин (пентаса, кансалазин ) 41 мг/кг/сутки - 1500 мг/сутки - 500 мг x 3 раза - 3 мес
9. рифаксимин (альфа - нормикс, альфаксим) (1 таблетка - 200 мг) x 3 раза - 21 день.

Целесообразно дообследовать:

1. Эластаза кала (собрать из твердой части кала, без мочи!!!!)
2. Кальпротектин кала.
3. УЗИ полых органов брюшной полости (кишечника) в следующую госпитализацию.



4. УЗИ области брюшной полости на тощак
5. Б/х (Общий белок, АЛТ, АСТ, билирубин прямой+ непрямой, холестерин, щелочная фосфатаза, ГГТ, глюкоза, липаза) не реже чем 1 раз в 3 мес.
6. Микробиологическое исследование (посев) кала/ректального мазка на условнопатогенную микрофлору в следующую госпитализацию.
7. консультация гастроэнтеролога в следующую госпитализацию.
8. Наблюдение гастроэнтеролога по м/ж.

**Молекулярно - генетические исследования:** №F1419/22 от 04.10.2022: Гисто-FISH: При цитогенетическом исследовании методом FISH ОБНАРУЖЕНА транслокация гена EWSR1 в составе t(11;22)(q24;q12) FL11::EWSR1.

#### **Проведено лечение:**

Сопроводительная терапия:

- Стимуляция мегакариоцитопоэза: Элтромбопаг 50 мг x 1 p/сут per os (с 18.01.2024 по 06.02.2024);
- Профилактика остеопороза: Кальций-Д3 (табл. жев.) 2 табл. x 3 p/c per os (с 18.01.2024 по 06.02.2024);
- Ферментная терапия: Креон 10000 (капс.), 2 капс. x 3 p/c per os (с 18.01.2024 по 06.02.2024);
- Прокинетическая терапия: Тримедат (табл. 100 мг), 100 мг x 3 p/c per os (с 18.01.2024 по 06.02.2024);
- Спазмолитическая терапия: Омник (капс. 0.4 мг), 1 капс. x 1 p/c per os (с 18.01.2024 по 06.02.2024);
- Стимуляция стула: Форлак: 10 гр (по требованию);
- Нейротропная терапия: Цитофлавин 1 таб \* 2 p/c per os (с 18.01.2024 по 06.02.2024);
- Обработка слизистой полости рта: Хлоргексидин 0.05% \* 6 раз в сутки;
- Альфа-Нормикс 200 мг 1 табл 4 p/c per os (с 18.01.2024 по 06.02.2024);
- Актювегин 400 мг на 100 мл физ.р-ра за 1 час (с 26.01.2024 по 06.02.2024);
- Анальгетическая терапия: Найз 100 мг по требованию.

**Трансфузионная терапия:** не проводилась

**Динамика в стационаре:** Пациенту за время госпитализации в стационаре проводились реабилитационные мероприятия, также проведено контрольное обследование по данным которого сохраняется ремиссия основного заболевания. Также продолжена стимуляция тромбоцитопоэза элтромбопаг в дозе 50 мг per os ежедневно. По данным МРТ костного мозга отмечается положительная динамика. Неврологический статус с положительной динамикой в виде улучшения чувствительности в правой ноге, увеличения объема двигательной активности (может самостоятельно садиться, вставать на четвереньки, ползать на четвереньках).

**Заключение:** Пациент с диагнозом "Саркома Юинга Th9-L5, S1, S4 позвонков со стенозированием позвоночного канала" в стабильном соматическом статусе, афебрилен, выписывается из отделения СКЛ, в связи с окончанием этапа терапии. По данным контрольного обследования данных за рецидив/прогрессирования заболевания нет.

**Состояние на момент выписки:** Жалобы: парез и нарушение чувствительности нижних конечностей

Состояние: тяжелое по основному заболеванию. Стабильное. Не лихорадит

Самочувствие: выражено не страдает

Сознание: ясное

Неврологический статус: очаговой, общемозговой и менингеальной симптоматики при осмотре нет

Положение: активное в пределах кровати, инвалидного кресла

Эндокринная система: без особенностей

Телосложение: астеничное

Кожные покровы: кожа бледная без явлений инфекционной сыпи, умеренной влажности. Геморрагический синдром не выражен, давние экхимозы на верхних конечностях после введения препаратов. Тургор тканей достаточный. ПЖК развита слабо, распределена равномерно, видимых отеков нет.

Слизистые оболочки: Язык чистый, влажный. Слизистые чистые, бледно-розовые, влажные. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены.

Костно-мышечная система: Видимых костных деформаций нет. Передвигается на сидячей каталке в связи с нижним парапарезом. Мышечная сила в нижних конечностях снижена: слева 0-1 балл, справа 1-2 балла. Передвигается на сидячей каталке.

Лимфатическая система: периферической лимфоаденопатии нет

Сердечно-сосудистая система: Визуально область сердца не изменена. Перкуторно границы сердца не изменены. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет.

Органы дыхания: Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. В легких аускультативно дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. Кашля, одышки нет

Селезенка: не пальпируется

Печень: пальпация органов брюшной полости безболезненна, живот при пальпации мягкий, глубокой

пальпации доступен, печень по краю реберной дуги.

Мочевыделительная система: свободное, не затруднено, произвольное, безболезненное. Мочу периодически не удерживает.

Стул: кашицеобразный 2 р/с

**Рекомендации:** 1. Наблюдение педиатра, детского онколога, кардиолога, реабилитолога, гастроэнтеролога, офтальмолога по м/ж.

2. Продолжить приём препаратов:

План лечения:

эльтромбопаг 50 мг per os ежедневно в течение 3 месяцев по окончании приёма запросить заочную консультацию с НМИЦ ДГОИ им. Д.Ргачева для определения дальнейшей тактики

Дулоксетин 90 мг в сутки - продолжить

Прегабалин до 600 мг в сутки продолжить

Омнин 0.4 по 1 таб 1 раз в день продолжить

Актовегин 10 мг/кг в/в № 15 (с 06.02.2024 по 21.02.2024)

Нейроурин 0.5 по 1 таб 1 раз в день до 2 мес

Нейромидин 0.02 по 1 таб 3 раза до 2 мес

С марта 2024 цитофлавин по 1 таб 3 раза в день 2 мес

С апреля 2024 глиатилин 0.4 по 1 таб 2 раза 1 мес

Тиоктовая кислота 0.3 по 1 таб 1 раз в день 2 мес

Золедроновая кислота 2 мг, следующее введение 05.05.2024

Колкальциферол 6 капли x 1 р/с per os, Кальций-Д3 (табл. жев.) 2 табл. x 3 р/с per os,

3. Рекомендации диетолога

Необходимо включить в рацион энтеральные смеси (вкус смеси подобрать в соответствии с индивидуальными вкусовыми предпочтениями пациента):

- Продукт стерилизованный для диетического лечебного питания «НУТРИЭН Энерджи (NUTRIEN Energy) с нейтральным вкусом, или со вкусом ванили, или карамели, или клубники, или банана) \* (жидкая стерилизованная смесь) 200 мл - 3 штуки/сутки и «НУТРИЭН Стандарт (NUTRIEN Standard) с нейтральным вкусом, или со вкусом ванили, или карамели, или клубники, или банана) \* (жидкая стерилизованная смесь) 200 мл - 1 штука/сутки, методом сипинга в течении 3 месяцев, до 6 месяцев, далее после консультации диетолога.

\*Продукт входит в утверждённый прилагаемый перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей инвалидов на 2024 год (РАСПОЯЖЕНИЕ от 11 декабря 2023 г. № 3551 р председателя правительства Российской Федерации М. Мишустина).

2. Рабепразол 20 мг за 15 минут до завтрака , 20 мг на ночь - 1 мес, потом 20 мг за 15 минут до завтрака - 1 мес

3. Через 2 мес Тримебутин (1 таблетка -100 мг ) x 3 раза за 15 минут до еды - курсами по 1 мес 1 раз в 3 мес в течении года.

4. Урсодезоксихолевая кислота 20 мг/кг/сутки 750 мг/сутки 250 мг за 15 минут до обеда, 500 мг н/ночь - длительно.

(разносить с рабепразолом: УДХК за 15 минут до ужина, рабепразол на ночь)

5. Панкреатин 10000 2 капсула x 3 раза с основными приемами пищи, 1 капсула на перекус или прием смеси - продолжить до следующей госпитализации.

6. Макроголь 5 грамма начать 1/2 пакет утром натощак, растворив в 100 мл бутилированной воды, при недостаточной эффективности в течении 3х дней дозу препарата постепенно увеличить до индивидуально эффективной до 10-15-20 гр (1-2 пакета в сутки), распределив на 2 приема. Постоянно.

7. Левомиколь мазь + цинковая паста на область ануса - утро, вечер, после дефекации

8. Месалазин 41 мг/кг/сутки - 1500 мг/сутки - 500 мг x 3 раза - 3 мес

9. рифаксимин (1 таблетка - 200 мг) x 3 раза - 21 день.

4. Контрольные обследования:

Инструментальные:

- МСКТ ОГК, ОБП, с к/у через 3 месяца от последнего обследования (май 2024);

- МРТ ЦНС (головной мозг+спинной мозг) с контрастом через 3 месяца от последнего обследования (май 2024);

Результаты обследований в формате DICOM с актуальной выпиской необходимо прислать по защищенным каналам связи на адрес телемеда НМИЦ ДГОИ имени Дмитрия Рогачева для определения дальнейших рекомендаций.

-ЭКГ, ЭХО-КГ через 3 месяца от последнего обследования (май 2024);

5. Контроль общего анализа крови 1 раз в 4-5 дней. При снижении уровня нейтрофилов менее 1000/мкл показано назначение препаратов G-CSF в дозе 5 мкг/кг x 1 р/д подкожно до восстановления показателей гемограммы. Контроль б/х анализов крови 1 раз в 2 недели и при необходимости.

6.Гемотрансфузии по показаниям: эритромаасса (облученная) при снижении гемоглобина менее 70 г/л



и менее 80 г/л при наличии анемического синдрома, тромбоконцентрат (облученный) при снижении уровня тромбоцитов менее 20 тыс/мкл или при наличии геморрагического синдрома.

7. При повышении температуры тела выше 38.0\*С – выполнение общего анализа крови, проведение антибактериальной терапии цефалоспорины III-IV поколений, обладающих антисинегнойной активностью (Цефепим, пиперацillin/тазобактам), при нейтропении менее 0,5 тыс/мкл, в терапию добавить Амикацин, а также начать стимуляцию гемопоэза препаратами Г-КСФ.

8. Запрещено посещение сауны, бани, резкая перемена климата, длительное нахождение под прямыми солнечными лучами. Запрещены любые иммуномодулирующие и иммуностимулирующие препараты, физиопроцедуры.

9. Показано проведение курса реабилитации в ЛРНЦ «Русское поле» по каналу ОМС. Обращаться по официальному электронному адресу.

10. Пациент нуждается в кресле-коляске для маломобильных пациентов. Показано проведение пересмотра индивидуальной программы реабилитации. Показано продление инвалидности согласно действующему законодательству.

11. Обучение в школе в щадящем режиме (свободный день, свободный урок).

12. Очередное введение зометы (№5) планируется на май 2024 г. Рекомендуемый интервал 1 раз в 3 месяца, согласовано с эндокринологом.-

13. Мед.отвод от проведения вакцинации. Через 6 месяцев после завершения лечения при условии полной ремиссии вакцинацию можно инактивированными вакцинами, через 12 месяцев – живыми. (Диаскин тест не противопоказан)

14. Соблюдение лечебно-охранительного режима, избегать инсоляции, тепловых процедур, физиопроцедур, приема иммуностимуляторов, иммуномодуляторов.

15. Рассмотреть вопрос об оформлении/продлении инвалидности в соответствии с действующим законодательством РФ.

16. Выполнение рекомендаций узких специалистов травматолога-ортопеда, гастроэнтеролога, невролога, диетолога, эндокринолога.

17. Следующая госпитализация в стационар кратковременного лечения НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева для проведения контрольного обследования (ориентировочная дата госпитализации 10.05.24). Для оформления госпитализации необходимо направить документы на адрес медицинского архива НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

**В контакте с инфекционным больным:** не был(а)

**Доза облучения накопленная за текущую госпитализацию и предыдущие госпитализации (мЗв):** 3,44

**Листок нетрудоспособности:** Пациент выписывается из стационара, в связи с чем, необходимо оформить и выдать матери листок нетрудоспособности с кодом 31 (продолжает болеть) 06.02.2024 Код МКБ-10 С41.2, продолжает нуждаться в осуществлении ухода. Явка к врачу 07.02.2024.

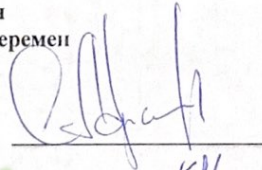
Исход госпитализации: **выписан**

Результат госпитализации: **без перемен**

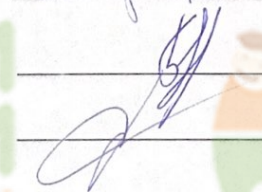
Лечащий врач:

Заведующий отделением:

Главный врач:



Краличкин П.В.



Пшонкин А.В.



Литвинов Д.В.

17/17