



ГАУЗ «ДЕТСКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН»

420138, г. Казань, Оренбургский тракт, 140  
многоканальный сервис-телефон: (843) 269-89-00, факс: (843) 267-89-56

сайт: [www.drcb.ru](http://www.drcb.ru)  
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА МЗ РТ»

ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ  
ОТДЕЛЕНИЕ №1

Отделение онкогематологии  
Тел 8(843)237-30-07  
drkb.onco@mail.ru

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 5730042

Салахутдинов Марсель Фиданович, 25.03.2010 г.р.

Адрес: Республика Татарстан, Бугульминский р-н, п. Березовка, ул. Школьная, д.13, кв.6

Находился в отделении с 23.09.21. по 08.10.21

Группа крови В(III) Rh +  
CCDee  
Масса 37 кг, рост 151 см

**ДИАГНОЗ:** Остеогенная саркома проксимального метадиафиза правой малоберцовой кости, телеангиэктатический вариант, II В стадия. 03.06.20. – открытая биопсия образования правой малоберцовой кости. 22.09.20. операция «Удаление опухоли проксимального отдела правой малоберцовой кости». 03.12.20. операция «Резекция правой малоберцовой кости с пластикой лоскутом икроножной мышцы».

Терапия по EURAMOS. HD-I №5.15.03.21 – операция «Резекция малоберцовой кости, послеоперационного рубца и очага проксимального отдела большеберцовой кости, с пластикой дефекта большеберцовой кости костным цементом. 01.04.21 Операция «Ампутация правой нижней конечности на уровне с/3 бедра». Культия правого бедра.

Прогрессия заболевания с mts в легкие. 2 курса гемцитабин/доцетаксел. HD-I №6.

30.09.21. – операция «Пункция и дренирование правой плевральной полости»

Терапия сорафениб/эверолимус.

Госпитализирован на проведение сдерживающей терапии (сорафениб/эверолимус). Жалоб при поступлении активных нет.

**Анамнез заболевания:** Первые признаки заболевания в виде болей и отека мягких тканей верхней трети правой голени с апреля 2020 года после травмы. Обратились в ЦРБ г.Бугульмы, получал местно лечение троксевазиновой мазью по поводу ушиба. С 14.05.20 отмечалось ухудшение состояния – усиление болевого синдрома, хромоты, повышение температуры до 38С в течение 1 недели. Обратились в детскую поликлинику по месту жительства 27.05.20, выполнена Ro-графия нижних конечностей – объемное образование проксимального отдела правой малоберцовой кости. Для дальнейшего обследования и лечения направлен в ДРКБ.

**Проведено обследование:**

**МРТ правой голени от 02.06.20:** объемное мягкотканное образование проксимального метадиафиза правой м/берцовой кости, 85x36x42 мм, гетерогенной структуры с гипо- и гиперинтенсивными по T2 и T2 FS включениями, с четкими неровными контурами, отграниченное от окружающих тканей с/ тканной капсулой. Мягкие ткани вокруг образования отечны, признаки инфильтрации достоверно не определяются. Также интрамедуллярное образование отмечается до уровня средней трети диафиза (110 мм от верхнего полюса м/берцовой кости). При контрастном усилении отмечается умеренное гетерогенное накопление опухолью.

**Миелограмма от 03.06.20. из 2-х точек** – опухолевые клетки не обнаружены.

**03.06.20. Операция: Открытая биопсия в/3 правой большеберцовой кости.**

**Гистологическое заключение № 5307-13 от 08.06.20.** Заключение: остеогенная саркома

**РКТ органов грудной полости от 08.06.20:** Заключение: РКТ-признаки единичного очага уплотнения легочной паренхимы в области базальных отделов 9 сегмента правого легкого, больше данных за фибротический характер.

**Остеосцинтиграфия от 09.06.20:** Заключение: скintiграфические признаки очагового поражения верхней трети малоберцовой кости.

**Пересмотр гистологических препаратов в НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева от 16.06.20:** В доставленном материале определяются фрагменты кости с прилегающими мягкими тканями с зонами инвазивного роста солидно-кистозной опухоли. Неопластическая ткань представлена полями умеренно полиморфных клеток со средним ядерно-цитоплазматическим соотношением. Ядра овоидной или неправильной формы, содержат крупноглыбчатый или гиперхромный хроматин. Цитоплазма без четких контуров, амфифильная. Встречаются депозиты гемосидерина и включения патологического остеоида. Стенки кист аналогичного строения, не имеют выстилки. Встречаются митозы, апоптотические тельца и гигантские многоядерные остеокласты.

Иммуногистохимическое исследование: выявлены позитивные реакции с антителами SATB2, TRAcP, PNH3, отрицательные реакции с антителами CD68, SMA. Пролiferативная активность по уровню экспрессии Ki67 составляет 10-20%. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ** Гистологическое строение телеангиоэктатической остеосаркомы.

**Старт терапии по протоколу EURAMOS с 11.06.20:**

**AP 1 неделя** 11.06.20

**M 4 неделя** 02.07.20

**M 5 неделя** 09.07.20

**AP 6 неделя** 16.07.20

**MPT правой голени от 05.08.20:** Определяется объемное мягкотканное образование проксимального метадиафиза правой малоберцовой кости, размерами 83\*48\*58 мм (увеличение размеров в динамике в сравнении с MPT от 02.06.2020г.) гетерогенной структуры с гипо- и гиперинтенсивными по T2 и T2 FS включениями, с четкими неровными контурами, отграниченное от окружающих тканей соединительнотканной капсулой. Мягкие ткани вокруг образования отечны, признаки инфильтрации достоверно не определяются. При контрастном усилении отмечается умеренное гетерогенное накопление контрастного средства опухолью. Суставная поверхность мыщелков большеберцовой кости ровная четкая, эпифиз, метафиз, диафиз большеберцовой кости – структура однородная. **Заключение:** МР-картина объемного образования правой малоберцовой кости с мягкотканым компонентом. В динамике увеличение размеров объемного образования.

**M 9 неделя** 07.08.20

**M 10 неделя** 14.08.20

**AP 12 неделя** 21.08.20

С 15.09.20. по 28.09.20. находился на стационарном лечении в отделении хирургии детей и подростков НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева.

22.09.20. операция «Удаление опухоли проксимального отдела правой малоберцовой кости»

**Гистологическое исследование (НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева) от 29.09.20:** Фрагменты мультикистозной опухоли, кисты заполнены кровью. Стенки кист состоят из крупных плеоморфных клеток с крупными гиперхромными ядрами. Обильная примесь гигантских многоядерных клеток, депозиты гемосидерина. Видны крупные очаги некроза. Опухоль окружена толстым слоем мышц и фиброзной ткани. В некоторых сосудах видны опухолевые эмболы. В дистальном крае резекции интрамедуллярно рост опухоли. Произведена дорезка края резекции-рост опухоли. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ** Телеангиоэктатическая остеосаркома с признаками терапевтически индуцированного патоморфоза 1 ст. Рост опухоли в дистальном крае резекции (интрамедуллярно).

**Лечение: продолжена терапия по протоколу EURAMOS:**

**M 15 неделя** 06.10.20: МТХ – 13500 мг

**M 16 неделя** 16.10.20: МТХ – 13500 мг

**Из протокола ТМК НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева от 20.10.20: рекомендовано смена линии химиотерапии на HD-I: ифосфамид 2000мг/м<sup>2</sup>/сут 1-7 дни на фоне суточной инфузии уромитексана 3000 мг/м<sup>2</sup> 1-7 дни. Последующая оценка ответа на терапию через 2 курса в объеме КТ органов грудной клетки с КУ, МРТ правой голени с КУ.**

**HD-I №1** 23.10.20 Ифосфамид 2200 мг №7, СД – 15400 мг

**HD-I №2** 13.11.20 Ифосфамид 2200 мг №7, СД – 15400 мг

С 01.12.20. по 09.12.20. находился на стационарном лечении в отделении хирургии детей и подростков НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева.

03.12.20. операция «Резекция малоберцовой кости с пластикой дефекта лоскутом икроножной мышцы»

Гистология в работе.

**Ребенок заочно обсужден с врачом онкологом НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева Коноплевой Е.И. рекомендовано проведение еще 4 курсов HD-I: ифосфамид 2000мг/м<sup>2</sup>/сут 1-7 дни на фоне суточной инфузии уромитексана 3000 мг/м<sup>2</sup> 1-7 дни. Последующая оценка ответа на терапию через 2 курса в объеме КТ органов грудной клетки с КУ, МРТ правой голени с КУ.**

**HD-I №3** 15.12.20 Ифосфамид 2400 мг №7, СД – 16800 мг

**HD-I №4** 05.01.21 Ифосфамид 2400 мг №7, СД – 16800 мг

**HD-I №5** 27.01.20 Ифосфамид 2400 мг №7, СД – 16800 мг

На контрольных обследованиях:

**РКТ ОГК с КУ от 08.02.21:** Заключение: Остеогенная саркома правой малоберцовой кости, по сравнению с протоколом от 23.11.2020 г. РКТ-данные за свежие очагово-инфильтративные изменения легких, очаговые изменения средостения и костей не получены.

**MPT голени с КУ от 09.02.21:** Заключение: МР-картина объемного образования проксимального метадиафиза правой большеберцовой кости, малоберцовой кости и прилежащих мягких тканей

С 12.03.21. по 07.04.21 находился на стационарном лечении в НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева.

**15.03.21** - операция «Резекция малоберцовой кости, послеоперационного рубца и очага проксимального отдела большеберцовой кости, с пластикой дефекта большеберцовой кости костным цементом.

Гистологическое исследование – телеангиоэктатическая остеосаркома.

**01.04.21** – операция «Ампутация правой нижней конечности на уровне с/3 бедра».

**Гистологическое заключение от 12.04.21:** Правая нижняя конечность, ампутированная по нижнюю/3 бедра. По латеральной поверхности имеется послеоперационный шов, фиксированный шовным материалом, длиной 40см. При вскрытии по шву послойно определяется гематома, прилегающая к подкожно-жировой ткани, и множественные спайки. Мягкие ткани имбибированные кровью. При рассечении суставных сумок (голеностопный и коленный суставы) визуализируются метафизы бедренной, большеберцовой костей с гладкой серовато-желтой поверхностью, надколенник без особенностей. На распиле большеберцовой и дистального фрагмента малоберцовых костей макроскопически инвазии опухолевой ткани не обнаружено, в верхней/3 большеберцовой кости костный канал заполнен цементом. Талалаев А.Г. 07.04.2021 г.

**МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ** Фрагменты кости без роста опухоли. В структуре мышечной ткани очаги фиброза и некроза, реактивной пролиферации мышечных волокон. Фокальная инфильтрация из гигантских многоядерных клеток и единичных гемосидерофагов. Клеток опухоли не выявлено. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ** В пределах исследованного материала данных за неопластический процесс не получено.

**Консультация онколога НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева от 01.04.21:** Заключение: Ребенок с диагнозом: "Остеогенная саркома проксимального метадиафиза правой малоберцовой кости, телеангиоэктатический вариант, II В стадия по AJCC. 03.06.2020г. - открытая биопсия образования правой малоберцовой кости. Терапия по EURAMOS-ПХТ по 15-16 нед., HD-I с 23.10.2020. Удаление опухоли проксимального отдела правой малоберцовой кости от 22.09.2020. Second look операция: резекция малоберцовой кости с пластикой дефекта лоскутом икроножной мышцы от 03.12.2020." обсужден в рамках заседания научно-клинической группы по изучению опухолей костей 29.12.20. Пациент обсужден в рамках заседания научно-клинической группы по изучению опухолей костей 29.03.21. Согласно гистологическому заключению от 22.03.21, у пациента диагностирована телеангиоэктатическая остеосаркома в проксимальном отделе правой большеберцовой кости. Таким образом, у пациента имеет место локальный рецидив заболевания. Принято решение о проведении ампутации правой нижней конечности на уровне с/3 правого бедра с последующим проведением специфической терапии 3 линии в составе комбинации гемцитабин/доцетаксел (Гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> в/в за 1 час. Дни 1,8., Доцетаксел 75 мг/м<sup>2</sup> в/в за 1 час. День 8.). Контрольное обследование необходимо провести через 2 курса ПХТ в объеме КТ органов грудной клетки с контрастным усилением, КТ правой нижней конечности с контрастным усилением.

**Лечение:**

**Гемцитабин/доцетаксел №1** 20.04.21: Гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup>, РД – 1150 мг № 2, СД - 2300 мг  
Доцетаксел 75 мг/м<sup>2</sup>, РД =СД= 88 мг  
**Гемцитабин/доцетаксел №2** 12.05.21: Гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup>, РД – 1150 мг № 2, СД - 2300 мг  
Доцетаксел 75 мг/м<sup>2</sup>, РД =СД= 88 мг

**РКТ ОГК с КУ от 25.05.21:** в сравнении с исследованием от 08.02.2021г., определяется РК- динамика: в S8 правого легкого выявлены два очага с четкими ровными контурами d 2мм и размерами 4/3мм. Выявлены три очага в медальном отделе S5 правого легкого до 2мм d с подтянутым к ним бронхососудистым рисунком. В нижнем отделе S5 правого легкого очаг с четкими контурами d 5мм. Мелкий очаг в S9 правого легкого d 1мм. Выявлен очаг «нежного» матового стекла в S3 левого легкого d 8мм. Вытянутой формы очаг матового стекла в S5 левого легкого размерами 10/7мм. Бронхососудистый рисунок легко усилен. Тонкие сливающиеся плевропульмональные тяжи в задних отделах S9-10 левого легкого. Тонкие тяжи в передне-медиальных отделах S3 левого легкого. Структуры средостения дифференцируются. В просвете ВПВ катетер. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, не сужен. В проекции артериальной связки мелкий очаг обызвествления. Вилочковая железа обычной формы, малых размеров, структура без очаговых изменений. Внутригрудные лимфоузлы единичные, не увеличены. Жидкость в плевральных полостях не визуализируется. Очаговые изменения в костях на уровне исследования не выявлены. **Заключение:** Остеогенная саркома правой малоберцовой кости. По данным РКТ, в сравнении с предыдущим исследованием от 08.02.2021г., определяется отрицательная РК- динамика: выявлены очаги в S5,8,9 правого легкого (mts?). Очаг «нежного» матового стекла в S3,5 левого легкого – сопоставить с клинико-лабораторными данными, подобные изменения возможны при инфильтрации вирусной этиологии как раннюю стадию, так и в позднюю стадию заболевания.

**РКТ правой нижней конечности от 27.05.21:** На серии РК-томограмм правая бедренная кость визуализируется на уровне проксимального эпиметафиза и частично диафиза. На уровне нижних отделов культы бедренной кости, вдоль заднемедиальной поверхности, определяются муфтообразно охватывающие кость периостальные напластования размерами около 12/6/11мм. Очаги патологической плотности, патологического накопления контраста в мягких тканях не определяются. Атрофия мышц культы правого бедра. Очагово-деструктивные изменения остальных костей на уровне исследования не выявлены. **Заключение:** Остеогенная саркома правой малоберцовой кости, состояние после операции ампутации. По данным РКТ признаки периостальной реакции на уровне нижних отделов культы правой бедренной кости (дифференцировать между неопроцессом, послеоперационными, поствоспалительными изменениями).

**Из протокола ТМК НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева от 09.06.21:** согласно пересмотру РКТ органов грудной клетки от 25.05.21 отрицательная динамика заболевания в виде появления многочисленных очагов в обоих легких. Т.о. у пациента имеет место метастатический рецидив заболевания. В настоящее время пациенту показано проведение двусторонней торакотомии с

удалением метастатических очагов обеих легких. Возможность проведения двусторонней торакотомии с химиоперфузией в условиях НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова будет обсуждена совместно с зав. отд. торакальной хирургии д.м.н. проф. Левченко Е.В.

**30.06.21** – очная консультация детского онколога Сенчурава Е.М. (ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова МЗ РФ) – для определения дальнейшей тактики ведения рекомендовано выполнить РКТ ОГК с КУ. РКТ ОГК от 04.07.21: КТ-картина метастатического поражения легких, увеличение размеров очагов в динамике от 25.05.21.

Планируется оперативное лечение в ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова. До определения даты госпитализации рекомендовано проведение курса ПХТ и РКТ в динамике в стационаре по месту жительства.

**HD-I №6** 15.07.21 Ифосфамид 2400 мг №7, СД – 16800 мг

Переносимость терапии: непосредственная переносимость удовлетворительная. Гематологическая токсичность 4 степени. Эметогенный эффект 1-2 степени.

В августе 2021 года проведено обследование:

**РКТ грудной полости от 25.08.21:** Заключение: По данным РКТ при сравнении с предыдущим исследованием от 25.05.2021. КТ картина метастатического поражения легких с отрицательной динамикой – появление множественных новых очагов и увеличение их размеров.

**РКТ нижней конечности от 26.08.21:** Заключение: Остеогенная саркома правой малоберцовой кости, состояние после операции ампутации. Настоящие изображения искажены артефактами малочитабельны По данным РКТ достоверно признаков периостальной реакции нижних отделов культы, патологического накопления контраста, деструктивных изменений костей области исследования не определяется.

**Из протокола ТМК НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева от 07.09.21:** согласно пересмотру РКТ органов грудной клетки от 25.08.21 выраженная отрицательная динамика заболевания в виде увеличения размеров и количества очагов уплотнения вторичного характера обеих легких. К сожалению, проведение радикального оперативного вмешательства не представляется возможным. Учитывая неуклонную прогрессию заболевания на фоне терапии 3-й линии, объем предшествующего лечения, невозможность проведения радикального оперативного вмешательства, вынуждены констатировать, что куративные терапевтические опции у данного пациента отсутствуют. Прогноз заболевания неблагоприятный, пациента необходимо признать паллиативным. В рамках терапии сдерживания может быть рассмотрено применение комбинации сорафениб/эверолимус (сорафениб 100 мг/сут, эверолимус 5 мг/сут). Контрольное обследование РКТ ОГК, нижних конечностей в октябре 2021 года. Рекомендовано рассмотреть вопрос о проведении консилиума по инкурабельности ребенка. Пациенту показано наблюдение паллиативного терпевта, при необходимости назначения адекватного обезболивания, в том числе с использованием наркотических анальгетиков.

**Анамнез жизни:** Родился от беременности 1, родов 1, беременность протекала без особенностей, на сроке 40 нед. Масса при рождении 4660 г, закричал сразу. Психомоторное развитие: по возрасту. Проф. прививки: по календарю. Гемотрансфузий до настоящего заболевания не было. Перенесенные заболевания: ветряная оспа. ОРВИ. Аллергия: отрицает. Наследственность: не отягощена. Заболевания в семье: отрицают. Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные. Социальный статус: школьник, организованный.

**Объективный статус пациента:** Температура 36.7 °С. ЧСС: в мин. 95. ЧД: в мин. 21. АД: 100/50 мм.рт.ст. Состояние тяжелое, за счет основного заболевания. Болевого синдрома нет. Хоодит с опорой на костыли. Телосложение правильное. Питание нормальное. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Цианоза нет. Сатурация 96-97%. Видимые слизистые: чистые. Зев: чистый, не гиперемирован. Носовое дыхание свободное. Лимфоузлы не увеличены, не спаяны с окружающими тканями. Грудная клетка нормостеническая. Суставы не изменены. Легкие перкуторно звук легочной, дыхание везикулярное. Хрипы не выслушиваются. Тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Синдром Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Мочевыделение не нарушено, безболезненное. Status localis: культа на уровне с/3 бедра, послеоперационная рубец без признаков воспаления.

Результаты проведенных исследований:

Ан. крови:

Дата	СОЭ	WBC	St	Sg	Ly	Mon	Ео	Ва	RBC	HGB	PLT
23.09.21	6	5.51		62.6	21.1	13.6	2.2	0.5	3.9	122	306
04.10.21		6							3.46	100	345
06.10.21		4.2							3.67	104	304

Биохимия:

Дата	Белок	АЛТ	АСТ	Мочевина	Креатинин	Билирубин
29.09.21	57.5	28	32	2.1	42	5.8
06.10.21	59.1	10	21	2.2	32	4.4

**Посев крови от 29.09.21:** в крови микрофлора не обнаружена

**Посев крови от 30.09.21:** в крови микрофлора не обнаружена.

**ЭКГ от 27.09.21:** Умеренная синусовая тахикардия ЧСС-95 ударов в минуту. Отклонение ЭОС вправо, в пределах возрастной нормы. Неспецифическое нарушение внутрижелудочкового проведения. Инверсия зубца Т в V4.

С 24.09.21. начата терапия сорфенибом, эверолимусом. С 26.09.21. отмечались ежедневные подъемы температуры до фебрильных цифр. Терапия сорафенибом, эверолимусом прервана. На фоне антибактериальной терапии цефтриаксоном – без желаемого эффекта, фебрилитет сохранялся. С 27.09.21 жалобы на боли в правом боку, с 28.09.21. – рвота с прожилками крови, аускультативно ослабление дыхания в нижних отделах правого легкого, снижение сатурации O<sub>2</sub> до 92%. По экстренным показаниям выполнено обследование:

**РКТ ОГК от 29.09.21:** На серии РК-томограмм в сравнении с предыдущим исследованием от 25.08.2021., определяется отрицательная динамика. Правое легкое уменьшено в объеме за счет жидкости в правой плевральной полости с распространением по междолевой плевре, нижняя доля в ателектазе, средняя поджата, в верхней доле определяется субсегментарный ателектаз, сохраняются ранее описываемые мягкотканые очаги мах в С3 правого легкого суплеврально крупный очаг округлой формы 23x26 мм (был 8.5- 9 мм) с зоной матового стекла по периферии и не выраженным распространением в мягкие ткани передней грудной стенки, на фоне ателектаза нижней доле сохраняется сливной очаг общим размером 61x44 мм к нему прилежат расширенные сегментарные бронхи (полностью не исключается инвазия); очаг в С5 справа сливные 20x33 мм (9.5-10 мм и 3.5 мм) Левое легкое сохраняются очаги в С5 по междолевой плевре 13x10 мм и в передних отделах 19x16 мм, в С6 субплеврально 16x20 мм, в С8-С9 32x30 мм и 21x19 мм Бронхососудистый рисунок усилен. Тонкие сливающиеся плевроппульмональные тяжи в задних отделах S9-10 левого легкого. Тонкие тяжи в передне-медиальных отделах S3 левого легкого. Структуры средостения дифференцируются. В просвете ВПВ катетер. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, не сужен. В проекции артериальной связки мелкий очаг обызвествления. Вилочковая железа обычной формы, малых размеров, структура без очаговых изменений. Внутригрудные лимфоузлы единичные парааортальные до 6.5 мм. Жидкость в плевральной полости слева не визуализируется. Очаговые изменения в костях на уровне исследования не выявлены. Заключение: КТ данные за множественные Мтс в легкие с обеих сторон, полностью не исключается инвазия в сегментарные бронхи. Правосторонний плеврит. Ателектаз нижней доли. При сравнении с предыдущим исследованием от 25.08.2021 отрицательная динамика.

**29.09.21 . – операция «Пункция и дренирование правой плевральной полости»,** эвакуировано около 950 мл геморагической жидкости.

**30.09.21. Бронхоскопия:** эндоскоп 3,5 мм введен через ларингеальную маску, анестезия раствором лидокаина 2%, гортань – надгортанник прикрывает вход, обычной формы, слизистая не изменена, черпаловидные складки не изменены. Голосовые складки серые, гладкие, подвижные, на левой единичная эрозия 1 мм, подскладочное пространство свободно. Трахея – просвет не нарушен, кольца просматриваются, картина острая, на стенках единичные геморагические сгустки, после их удаления слизистая не изменена. Слева – главные, долевые сегменты – просвет не нарушен, на межсегментарной шпоре (9-10) сгусток крови темного цвета, возможно фиксированный. Справа – просвет не нарушен, местами единичные геморагические сгустки красного цвета, saniруются, наибольшее их количество в средней доле. Заключение: данных за активное кровотечение из ТБД нет. Следы перенесенного кровотечения, вероятные источники – базальные сегменты слева, средняя доля.

В динамике – улучшение самочувствия, нормализация температуры тела, повышение сатурации до 98%.

**УЗИ плевральных полостей от 01.10.21:** В плевральной полости справа визуализируется свободная жидкость объемом 26 мл, Слева – без особенностей.

Дренаж удален 01.10.21.

01.10.21. возобновлен прием сорафениба, эверолимуса.

**Рентгенография органов грудной полости от 05.10.21:** Легочные поля пневматизированы неравномерно. Округлые тени в проекции средней, нижней легочных полей справа. Бронхо-сосудистый рисунок деформирован в нижнем легочном поле слева (mts). Корни не расширены. В плевральной полости справа определяется выпот. Плевральный синус слева свободный. . Уплотнение междолевой плевры слева. Тень верхнего средостения не расширена.

**Лечение:** сорафениб, эверолимус, бисептол, цефтриаксон, парацетомол, спазмалин, коагил, транексам, этамзилат, парацетомол.

**Трансфузионная терапия:** в данную госпитализацию не проводилась.

**Катетеризация:** 10.06.20. установлен ЦВК PORT 5Fr, функционирует, игла удалена 08.10.21.

*Решением ТМК НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева от 07.09.21, а также заключением врачебной комиссии ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ от 08.10.21 ребенок признан нуждающимся в паллиативной помощи. Выписывается из стационара на продолжение сдерживающей терапии сорафенибом, эверолимусом в амбулаторных условиях.*

**Состояние при выписке 08.10.21:** Состояние тяжелое, за счет прогрессии основного заболевания (метастатическое поражение легких), высокого риска развития легочного кровотечения. Температура на нормальных цифрах. Болевого синдрома нет. Ходит с опорой на костыли. Телосложение правильное. Питание нормальное. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Цианоза нет. Видимые слизистые: чистые. Зев: чистый, не гиперемирован. Носовое дыхание свободное. Лимфоузлы не увеличены, не спаяны с окружающими тканями. Грудная клетка нормостеническая. Суставы не изменены. Легкие перкуторно звук легочной, дыхание везикулярное, ослаблено в нижне-латеральных отделах справа. Сатурация 97%. Хрипы не выслушиваются. Тоны

ясные, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Синдром Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Мочеиспускание не нарушено, безболезненное. Status localis: культя на уровне с/3 бедра, послеоперационный рубец без признаков воспаления.

**Рекомендации:**

- Диспансерное наблюдение по III группе.
- Наблюдение педиатра, хирурга по месту жительства
- Ходьба с помощью костылей
- Не применять физиолечение (можно ингаляции). Не загорать, не париться.
- Не назначать салицилаты (аспирин и его производные).
- Купаться можно через 2 дня после удаления иглы из помпы ЦВК.
- Посещение лечебных учреждений в маске!
- Полоскание зева р-ром фурацилина, отваром ромашки после каждого приема пищи.
- Ограничить контакт с посторонними людьми.
- Противопоказаны иммуномодуляторы, иммуностимуляторы, БАДы !!!
- По характеру заболевания ребенок нуждается в постоянном индивидуальном уходе
- Продолжить прием сорафениба 200 мг 1 раз в день ежедневно, эверолимуса 5 мг 1 раз в день ежедневно постоянно под контролем ОАК (еженедельно).
- При ухудшении состояния – температура, одышка, снижение сатурации O<sub>2</sub> – связаться с лечащим врачом.

⇒ Плановая явка в ДРКБ отделение онкогематологии на госпитализацию – 27.10.2021.

Планируется РКТ-контроль.

**Перечень анализов и документов  
для плановой госпитализации детей в ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ»**

- Направление на госпитализацию
- Свидетельство о рождении ребенка
- Полис обязательного медицинского страхования
- Паспорт родителя
- Справку об отсутствии контакта с инфекциями за последние 14 дней, в т.ч. с больными новой коронавирусной инфекцией covid19 (ребенку и ухаживающему)
- Обследование на гельминтозы (кал на яйца глист, соскоб на энтеробиоз).
- Данные о БЦЖ, реакции Манту, сведения о прививках
- Ребенку и ухаживающему: мазок на наличие новой коронавирусной инфекции covid19 методом ПЦР, выполненного не ранее 7 дней до госпитализации
- Ухаживающим за ребенком: флюорографию (штамп «в легких без патологии»), результаты действительны в течение 1 года, анализ крови на сифилис из пальца (МРП).

В контакте с инфекциями не был

ЛЕЧ. ВРАЧ:

ЗАВ. ОТД.:

Каримова Л.Р.

Осипова И.В.

МКБ: С40.2

