



Государственное бюджетное учреждение
"Научно-практический центр
специализированной медицинской помощи детям
имени В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ"

ХАСАНОВ РУСЛАН МАКСИМОВИЧ № ИБ 9012-21

ВЫПИСКА ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

Данные о пациенте и времени его пребывания в больнице

Дата рождения: 26.04.2006, 15 лет

Адрес фактического пребывания: Приморский край, г. Большой Камень, Приморского Комсомола ул., д.41, кв.60

Адрес по месту жительства (постоянной регистрации): Приморский край, г. Большой Камень, Приморского Комсомола ул., д.41, кв.60

Телефон: 89841569454

Источник финансирования: ОМС

Дата поступления в стационар: 04.10.2021 13:53

Пациент находится:

с 04.10.2021 14:20 по 07.10.2021 09:37 - Онкологическое отделение №1

с 07.10.2021 09:37 по 08.10.2021 11:00 - Отделение реанимации и интенсивной терапии с палатами для новорожденных (ОРИТ)

с 08.10.2021 11:00 - Онкологическое отделение №1

Дата выписки из стационара: 01.11.2021 11:26

Кол-во койко-дней: 28 д

Суммарная лучевая нагрузка: 0,396 мЗв.

Диагноз при поступлении

Основной диагноз: С40.2 Остеосаркома дистального эпиметадиафиза левой бедренной кости. T2N1M1a. Стадия IVB. Метастазы в паховых лимфоузлах слева, легких. Состояние после комбинированного лечения. Прогрессирование заболевания. Клиническая группа II, сторона поражения: слева, cT2N1M1a(pul) IVB стадия; клиническая группа II

Диагноз при выписке

Основной диагноз: С40.2 Остеосаркома дистального эпиметадиафиза левой бедренной кости. Метастазы в паховых лимфатических узлах слева, множественные метастазы в легких. Состояние после комбинированного лечения: открытая биопсия опухоли, 4 курса неоПХТ, экзартикуляция левой нижней конечности от 04.02.2021г, двусторонняя торакотомия, атипичная резекция легких, 4 курса аПХТ. Прогрессирование заболевания по легким. Состояние после 1 курса ПХТ препаратами 2-й линии. Дальнейшее прогрессирование по легким. Состояние после 1 курса ПХТ препаратами 3-й линии (гемцитабин+доцетоксел+деносумаб). Дальнейшее прогрессирование заболевания по легким. Состояние после повторной атипичной резекции легких (от 07.10.2021г), 1 курса ПХТ препаратами 4-й линии (топотекан+циклофосфамид). Дальнейшее прогрессирование заболевания по легким., сторона поражения: слева, cT2N1M1a(pul) IVB стадия; клиническая группа IV

Жалобы

жалоб на момент осмотра, в том числе со слов матери активно не предъявляет

Анамнез заболевания

Относительность длительности: с 2020 года. Доставлен в стационар: в плановом порядке. Со слов: В мае 2020г спонтанно появились боли в области левого коленного сустава. Консультация детского хирурга по м/ж. Назначена местная терапия – мази с НПВС, применение в течении 2 недель – без эффекта. Пациент начал прихрамывать. Повторное обращение к детскому хирургу по м/ж, перенаправление к неврологу по м/ж. Осмотрен неврологом, рекомендовано: ЭМГ – без патологии, далее проведено МРТ крестцово-копчиковой области – без патологии. Назначено НПВС и витаминотерапия. На фоне проводимого лечения усилились боли. Направлены к ревматологу по м/ж. Рекомендована госпитализация в хирургическое отделение ККЦ СВМП г Владивосток. Проведено обследование: КТ нижних конечностей с КУ от 09.07.20г. заключение: КТ-картина остеолитического образования с/з и н/з левой бедренной кости с наличием периостального компонента (вероятнее остеогенная саркома). КТ органов брюшной полости с КУ от 09.08.2020г. КТ-картина незначительной гепатомегалии. Объемных образований не выявлено. КТ органов грудной клетки от 10.07.2020г. КТ-картина метастатического поражения легких. 14.06.2020г Операция: открытая биопсия образования левой бедренной кости. Гистологическое заключение от 21.07.2020г. во всех кусочках картина остеобластной саркомы.

ИГХ от 03.08.2020г: Остеогенная саркома, остеобластический тип, инфильтрирующий рост, высокая митотическая активность. Стадия метастазирования.

Со слов матери отек левой нижней конечности начался после биопсии образования, до биопсии разницы в размерах конечностей не было.

ЭКГ от 01.08.2020г: предсердный ритм. Отклонение ЭОС вправо. ЧСС 94-98 в мин.

05.08.2020г Rg ОГК: в легочных полях с обеих сторон определяются округлые тени макс до 3см с четкими контурами. Корни структурны. Контур диафрагмы ровные, четкие. Синусы свободны. Тень средостения не расширена, не смещена. Дистальный конец ЦВК в проекции правого предсердия.

06.08.2020г Rg левой нижней конечности в двух проекциях: в проекции дистального эпиметдиафиза определяется участок остеосклероза с остеолитическим компонентом протяженностью до 140мм, кортикальный слой истончен, местами разрушен. Отмечается выраженная мягкотканая реакция.

06.08.2020г УЗИ мягких тканей, л/у левой нижней конечности: по латеральной, медиальной, передней, задней поверхности средней и нижней трети бедра до коленного сустава визуализируется смешанной эхогенности, неоднородной структуры с крупными анэхогенными компонентами по задней поверхности бедра, при ЦДК с активным кровотоком, размерами 46x30мм, 42x16мм, размеры самого образования – толщина 6см, образование занимает всю поверхность мягких тканей срежней и нижней трети бедра. Подколенные лимфоузлы слева 11,9x6,7мм. Паховый л/у слева гипозоногенный с нарушенной дифференцировкой неправильной формы размерами 18,9x6,2x7,3мм, при ЦДК в воротах кровотоков.

06.08.2020г УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: ЭХО-признаков патологии визуализированных органов, дополнительных образований, свободной жидкости в брюшной полости, забрюшинном пространстве не выявлено.

06.08.2020г МРТ нижних конечностей с КУ: в области дистального эпиметдиафиза правой бедренной кости определяется костно-деструктивные изменения с выраженным мягкотканым компонентом, неоднородной структуры общими размерами 248x124x137мм, интенсивно накапливающий контрастный препарат. Нижняя треть левой бедренной кости с выраженным костно-деструктивными изменениями, наружный кортикальный слой по задней поверхности бедренной кости разрушен. Костномозговой канал неравномерно изменен на протяжении 240мм. Большая приводящая, промежуточная широкая и короткая головка двуглавой мышцы бедра инфильтрированы опухолью. Прямая мышца, латеральная широкая, длинная головка двуглавой, полусухожильная, тонкая мышца и протяжная мышцы бедра расположены по краю опухоли. Заключение: МР-картина опухоли диафиза бедренной кости. При сравнении с КТ от 09.07.2020г отрицательная динамика.

07.08.2020г МРТ костей таза с КУ: МР-изображения костей таза и тазобедренных суставов до и после в/в контрастирования. Суставные поверхности конгруэнтны. Суставные щели с обеих сторон не сужены. На всех уровнях исследования сигнал от костной ткани однородный, за исключением в/3 левой бедренной кости. Линейные размеры шеек бедренных костей сохранены. Окружающие мягкие ткани и проходящие рядом кровеносные сосуды без патологических изменений. Участков патологического накопления контрастного препарата не выявлено. Паховые л/у не увеличены. Заключение: МР-признаков вторичных изменений в исследуемой области не выявлено.

14.08.2020г УЗИ мягких тканей и сосудов левой нижней конечности: в области с/3 и н/3 бедра по латеральной, медиальной, передней и задней поверхности определяется округлое объемное образование, с четкими неровными включениями, размерами приблизительно 249x157x229мм, в режиме ЦДК кровотоков в образовании регистрируются интра и перинодулярно средней интенсивности. По латеральной и задней поверхности бедра, передней поверхности голени и тыла стопы визуализируется отек, подкожная клетчатка увеличена в объеме, повышенной эхогенности, имеет слоистый вид вследствие наличия отека. Значимых препятствий кровотоку исследуемых сосудов не выявлено.

Цитологическое исследование костного мозга их двух точек в НМИЦ онкологии им Н.Н. Блохина от 10.08.2020г: опухолевых клеток в пределах исследованного материала не выявлено.

Цитологическое исследование пахового л/у слева в НМИЦ онкологии им Н.Н. Блохина от 10.08.2020г: материал малоинформативен, опухолевых клеток в пределах представленного материала не выявлено.

07.08.2020г Консилиум с участием зав отд, дмн Ивановой Н.М., а также врачей отделения: Учитывая анамнез заболевания, клиническую картину, данные проведенного обследования, гистологическое заключение, принято решение начать 1 курс 1 блока ПХТ по протоколу ОС 2006, по схеме: - Метотрексат 12гр/м² 1и 8 дни, в/в капельно за 4 часа в РД=18г, СД=36г; -Лейковорин по 15мг/м² в/в струйно, с 24 часа от начала инфузии метотрексата через каждые 6 часов, 10-12. ПХТ проводить на фоне инфузионной и сопроводительной терапии. С оценкой концентрации метотрексата в крови на 24, 42, 48, 72, 96 час. С матерью больного проведена беседа, в которой она подробно информирована о тактике лечения, всех возможных осложнениях и побочных реакциях полихимиотерапии, вплоть до летального исхода. Согласие матери на полихимиотерапию в письменной форме получено. Начало ПХТ запланировано на 09.08.2020г, 08.08.2020г – начать регидратацию с гидрокарбонатом натрия перед началом Мtx.

С 09.08.2020г проведен 1 курс 1 блока ПХТ по схеме:

- Метотрексат 12гр/м² 1 и 8 дни, в/в капельно за 4 часа в РД=18г, СД=36г (09.08.2020г,

18.08.2020г).

ПХТ проводилась на фоне инфузионной и сопроводительной терапии. С оценкой концентрации метотрексата в крови на 24, 42, 48, 72, 96 часы. Выведение метотрексата с некоторой задержкой при первом введении, второе введение - адекватное. Лечение осложнилось печеночной токсичностью 2-3ст, гипопроотеинемией - проводилась коррекция нарушений. После проведенной терапии отмечено усиление болевого синдрома и нарастание отека левой бедренной кости до 58мм (было 53мм).

ЭКГ от 25.08.2020г: Умеренная наджелудочковая тахикардия. Вертикальное положение ЭОС. Умеренное нарушение процессов реполяризации в миокарде (СРРЖ).

25.08.2020г Консилиум с участием зав отд, дмн Ивановой Н.М., а также врачей отделения: Учитывая анамнез заболевания, клиническую картину, данные проведенного обследования, гистологическое заключение, принято решение продолжить 1 курса ПХТ по протоколу ОС 2006, по схеме: Деносумаб - 120 мг 1,8,15дни подкожно; - Бевацизумаб - 10 мг/кг 1 день в/в кап за 1 час, РД=СД=450 мг; - Цисплатин - 50 мг/м², 2 дни в/в кап за 24 часа, РД=73 мг, СД=146 мг; - Доксорубицин - 45 мг/м², 4 дни в/в кап за 24 часа, РД=65мг, СД=130 мг проведено на фоне инфузионной и сопроводительной терапии.

С 25.08.2020г проведен 2 курс 1 блока ПХТ по протоколу ОС 2006, по схеме:

- Деносумаб - 120 мг 1,8,15дни подкожно;

- Бевацизумаб - 10 мг/кг 1 день в/в кап за 1 час, РД=СД=450 мг;

- Цисплатин - 50 мг/м², 2 дни в/в кап за 24 часа, РД=73 мг, СД=146 мг;

- Доксорубицин 45мг/м² 3,4 дни в/в капельно за 24 часа, РД=65мг, СД=130мг.

Введение препаратов перенес удовлетворительно. Лечение осложнилось гематологической токсичностью 4ст, присоединением тяжелого инфекционного синдрома на фоне длительной лейкопении 4ст (мукозит 4ст, пневмония, сепсис), нуждался в мощной антибактериальной и противогрибковой терапии, введении иммуноглобулина человеческого (привиджен), трансфузии компонентов крови (тромбоконцентрат 2 дозы, эритроцитная взвесь 2 дозы), многократные трансфузии р-ра альбумина 20%, парентеральное питание.

14.09.2020г Rg ОГК: по легочным полям с обеих сторон определяются разнокалиберные тени до 2,5см. Легочной рисунок усилен в прикорневой области за счет сосудистого и интерстициального компонента. Плевральные синусы свободны.

21.09.2020г RG ОГК: инфильтративные изменения в прикорневых отделах правого легкого. Легочной рисунок усилен за счет сосудистого и интерстициального компонента. По всем легочным полям определяются разнокалиберные тени до 2см. Дистальный конец ЦВК в проекции ВПВ справа

23.09.2020г Консилиум с участием зав отд, дмн Ивановой Н.М., а также врачей отделения: Учитывая анамнез заболевания, данные проведенного обследования, гистологическое заключение, клиническую картину (пациент периодически фебрильно лихорадит, сохраняется повышенный уровень СРБ, симптомы колита (стул 1 раз в 3 дня разжиженный, периодическая рвота съеденной пищей и желчью), а также учитывая длительный перерыв после 1 курса ПХТ (+30 день) по жизненным показаниям принято решение продолжить ПХТ по протоколу ОС 2006, начать блок высокодозного ПХТ - в связи с текущим инфекционным синдромом, из-за высоких рисков развития тяжелых осложнений, введение метотрексата нежелательно, рекомендовано начать блок препаратами ифосфамид, этопозид, по схеме: Этопозид - 150 мг/м² 1-3 дни в/в кап; Ифосфамид - 3000 мг/м² 1-3 дни в/в кап, Деносумаб 120мг п/к 1 день на фоне инфузионной и сопроводительной терапии с месна.

С 23.09.2020г по 25.09.2020г проведен элемент IE 2-го курса ПХТ по схеме:

- Этопозид - 150 мг/м² 1-3 дни в/в кап, РД=210 мг, СД=630 мг;

- Ифосфамид - 3000 мг/м² 1-3 дни в/в кап, РД=4200 мг, СД=12600 мг;

-Деносумаб 120мг п/к 1 день на фоне инфузионной и сопроводительной терапии с месна. Введение препаратов перенес удовлетворительно. Лечение осложнилось гематологической токсичностью 3ст, электролитными нарушениями (гипокалиемия, гипокальциемия). Получал плановую симптоматическую, а/б, п/г терапии, трансфузия эритроцитной взвеси 1 доза, коррекция электролитных нарушений.

ЭКГ от 25.09.2020г: Нормальный синусовый ритм. Нормальное положение ЭОС. Синатриальная блокада 2ст тип Венкебаха. НБПНПГ. ЧСС 74-76 уд в мин.

УЗИ мягких тканей и л/у от 24.09.2020г: при сканировании левого бедра определяются объемное образование больших размеров, опоясывающее бедренную кость, неоднородной структуры, с множеством анэхогенных полостей, диаметром до 50мм. Размеры образования (условно) 232x143x235мм. При ЦДК сигналы кровотока прослеживаются по периферии и единичные в толще образования. Паховые л/у слева 17x4мм, 17,8x4мм, бедренные 9x5мм, 10x4мм, увеличены, гипертрофизированы, с ровным контуром, однородной структуры.

УЗИ органов брюшной полости и ЗП от 24.09.2020г: Эхо-признаки патологии визуализированных органов, дополнительных образований, свободной жидкости в брюшной полости, забрюшинном пространстве не выявлено.

МРТ левой бедренной кости от 24.09.2020г: отмечается положительная динамика в размерах мягкотканого компонента, неоднородной структуры, костозно-солидного строения. Размерами 202x105x107мм, интенсивно накапливающий контрастный препарат солидным компонентом.

УЗВ
С

Определяется патологический перелом проксимального эпиметдиафиза левой бедренной кости со смещением костных масс. Нижняя треть левой бедренной кости с выраженными костно-деструктивными изменениями. Костномозговой канал левой бедренной кости неравномерно изменен на протяжении 240мм. Большая приводящая, промежуточная широкая и короткая головка двуглавой мышцы бедра инфильтрированы опухолью. Прямая мышца, латеральная широкая, длинная головка двуглавой, полусухожильная, тонкая мышца и портяжная мышцы бедра расположены по краю опухоли. Бедренная артерия и глубокая артерия бедра, а также седалищный нерв деформированы, частично проходят в толще опухоли. Заключение: МР-картина опухоли диафиза бедренной кости. При сравнении с МРТ от 07.08.2020г уменьшение мягкотканого компонента (сокращение ~ 40%). Патологический перелом нижней трети левого бедра.

Рg левой нижней конечности от 25.09.2020г: на рентгенограммах левой нижней конечности на фоне остеолитических изменений и периостальной реакции в нижней и средней трети левой бедренной кости, массивного мягкотканого компонента определяется кривой перелом в дистальной трети диафиза с угловым смещением костных отломков до 45°. Окружающие мягкие ткани инфильтративно изменены. Заключение: Рg-признаки патологического перелома в области дистальной трети диафиза левой бедренной кости.

МРТ ОГК от 28.09.2020г: по всем легочным полям определяются разнокалиберные очаги, размерами от 3 до 9мм в диаметре. Трахея без особенностей. Органы средостения - без особенностей, убедительных данных за наличие увеличенных л/у не получено. Свободной или осумкованной жидкости в плевральных полостях не определяются. Заключение: МР-признаки множественных мтс в легких.

РИД костей скелета с 99m Tc-фосфотех от 09.10.2020г: на обзорных сцинтиграммах определяется повышенное накопление индикатора в дистальной половине левой бедренной кости ОН макс = 885%. Контуры кости изменены и деформированы, вероятнее всего, за счет массивного мягкотканого компонента. Повышенное распределение индикатора отмечается в области левого тазобедренного сустава (реактивные изменения?). В других отделах скелета - без явных очаговых изменений.

С 13.10.2020г. начат блок высокодозного метотрексата 2 курса ПХТ по протоколу ОС 2006, по схеме: -Метотрексат 12гр/м² 1и 8 дни, в/в капельно за 4 часа в РД=17г, СД=34г. (14.10.2020г, 21.10.2020г). Введение мтх перенес удовлетворительное, выведение адекватное. Лечение осложнилось гипопроотеинемией, печеночной токсичностью 3ст.

КТ нижних конечностей с в/в контрастированием от 02.11.2020г: на серии КТ-сканов нижних конечностей в вынужденном положении определяется патологический перелом нижней трети диафиза левой бедренной кости с угловой деформацией до 124гр (угол открыт дорсально) и смещением костных отломков до 15мм латерально, края отломков неровные, нечеткие. На уровне перелома и выше до средней ее трети определяется неоднородное содержимое костного мозга с периостальной реакцией в виде слоистости и спикул, на этом же уровне визуализируется массивное кистовидное образование плотностью 15 едХ с множеством перегородок и обызвествлением размерами 125x86x157мм (ШхДхВ), мягкие ткани оттеснены, инфильтративны, (достоверного прорастания образования в мягкие ткани не визуализируется). В шейке левой бедренной кости определяется очагоподобное разрежение костной структуры с истончением кортикального слоя (osteолитические очаги? Osteопороз?), на всем протяжении кортикальный слой левой бедренной кости с множественными остеолитическими очагами. Osteосклеротический очаг левой бедренной кости с множественными остеолитическими очагами. Osteосклеротический очаг левой седалищной кости до 4мм в диаметре. Правая бедренная кость без патологических изменений, суставные поверхности тазобедренных суставов конгруэнтны, слева остеопороз костных структур формирующих сустав. Суставные щели не изменены. Заключение: КТ признаки патологического перелома 1/3 диафиза левой бедренной кости с угловой деформацией и смещением костных отломков, там же кистовидное образование с обызвествлением и периостальной реакцией кости, очагоподобное разрежение костной структуры шейки левой бедренной кости (osteолитические очаги?, остеопороз?), osteосклеротический очаг левой седалищной кости.

КТ органов грудной клетки с в/в контрастированием от 01.11.2020г: на серии КТ сканов органов грудной клетки определяются рассеянные очаги правого и левого легкого с четкими неровными контурами и участками обызвествления, накапливающее контрастное вещество. ПРАВОЕ ЛЕГКОЕ: в верхней доле до 11 очагов, максимальный в S1 11x9мм; в средней доле до 3 очагов, макс до 11 мм в диаметре; в нижней доле до 11 очагов, максимальный субплевральный в S 6 6x3,5мм. ЛЕВОЕ ЛЕГКОЕ: верхняя доля до 8 очагов, макс в S5 10,5x8мм; в нижней доле до 11 очагов, максимальный периваскулярный 10x12мм. Корни легких не расширены, структурны. Просветы бронхов с обеих сторон прослеживаются до субсегментарного уровня. Жидкости в плевральных полостях, в полости перикарда не определяется. Органы средостения не смещены. Внутри грудные, над-, подключичные, подмышечные л/у не увеличены. Сердце, крупные сосуды грудной полости без особенностей. Наружные мягкие ткани грудной клетки на исследованных уровнях без патологических изменений. Нарушение целостности костной структуры акромиона левой лопатки без четких границ с мягкотканым компонентом размерами 24x22мм, плотностью около 100едХ. Заключение: КТ-признаки множественных рассеянных очагов правого и левого легкого вторичного характера, мягкотканое образование акромиона левой лопатки с остеолитическими изменениями.

УЗИ мягких тканей и л/у от 06.11.2020г: при сканировании левого бедра определяются объемное образование больших размеров, опоясывающее бедренную кость, неоднородной структуры, с множеством анэхогенных полостей. Размеры образования (условно) 159x86мм. При ЦДК сигналы кровотока прослеживаются по периферии и единичные в толще образования. Паховые л/у слева в количестве 3-4, размерами от 5,7x2,6мм до 11,5x4,5мм, структура не изменена, кровоток обычный. Бедренные л/у в количестве 3, размерами 6x3,2мм, 13x4,4мм, структура не изменена, кровоток обычный. Подколенный л/у единичный, размерами 5,5x2,5мм, структура не изменена, кровоток обычный.

С 09.11.2020г начат блок высокодозного метотрексата 3 курса ПХТ по протоколу ОС 2006, по схеме:

-Метотрексат 12гр/м² 1и 8 дни, в/в капельно за 4 часа в РД=17г, СД=34г (09.11.2020г, 17.11.2020г)
-Лейковорин по 15мг/м² в/в струйно, с 24 часа от начала инфузии метотрексата через каждые 6 часов, 10-12. ПХТ проводилось на фоне инфузионной и сопроводительной терапии. С оценкой концентрации метотрексата в крови на 24, 42, 48, 72, 96 час. Введение мтх перенес удовлетворительное, выведение мтх адекватное. Лечение осложнилось гипопроотеинемией, печеночной токсичностью 3ст. Проводилась трансфузия р-ра альбумина 20%, гепатопротекторная, массивная инфузионная терапии.

ЭКГ от 18.11.2020г: ритм синусовый. ЧСС 78-83уд в мин. Вертикальное положение ОС. НБПНПГ. Rg левой нижней конечности от 30.11.2020г: на рентгенограммах левой нижней конечности в с/3 и н/3 левой бедренной кости определяются костно-деструктивные изменения неоднородной структуры 180x120мм. Определяется угловая деформация н/3 бедренной кости (патологический перелом). Так же отмечается выраженная мягкотканая реакция.

С 25.11.2020г по 28.11.2020г проведен элемент AP 3-го курса по схеме:

- Деносуаб – 120 мг 1,8,15дни подкожно;
- Бевацизумаб – 10 мг/кг 1 день в/в кап за 1 час, РД=СД=450 мг;
- Цисплатин – 50 мг/м² 1, 2 дни в/в кап за 24 часа, РД=72 мг, СД=144 мг;
- Доксорубин – 45 мг/м² 3, 4 дни в/в кап за 24 часа, РД=63мг, СД=126 мг.на фоне инфузионной и сопроводительной терапии. Введение препаратов перенес на фоне зметогенности 2ст. Лечение осложнилось гематологической токсичностью 3-4ст. Проводилась трансфузия тромбоконцентрата (3 дозы), стимуляция лейкопоза препаратами ГКСФ.

С 23.12.2020 начат блок высокодозного метотрексата 4 курса ПХТ по протоколу ОС-2006 по схеме:

-Метотрексат 12гр/м² 1и 8 дни, в/в капельно за 4 часа в РД=17г, СД=34г (23.12.2020г, 29.12.2020г)
-Лейковорин по 15мг/м² в/в струйно, с 24 часа от начала инфузии метотрексата через каждые 6 часов, 10-12. ПХТ проводить на фоне инфузионной и сопроводительной терапии. С оценкой концентрации метотрексата в крови на 24, 42, 48, 72, 96 час. Введение препаратов перенес удовлетворительно, выведение мтх адекватное. Лечение осложнилось анемией 3ст, печеночной токсичностью 3-4ст, гипопроотеинемией с гипоальбуминемией, проводилась гепатопротекторная терапия, трансфузия эритроцитной взвеси (от 01.12.2021) и р-ра альбумина.

ЭКГ от 17.12.2020г: ритм синусовый. ЧСС 80-87уд в мин. Вертикальное положение ОС. НБПНПГ. Rg левой нижней конечности от 25.12.2021г: на рентгенограммах левой нижней конечности в проекции дистального эпиметадиафиза определяется участок остеосклероза с остеолитическим компонентом протяженностью 180x110мм, с мягкотканой реакцией. Кортикальный слой местами разрушен, истончен. В проекции н/3 бедренной кости определяется угловая деформация кости (перелом). На остальном протяжении форма и структура костей не изменена. Заключение. рентгенологические признаки новообразования дистального эпиметафиза левой бедренной кости. Патологический перелом н/3 левой бедренной кости

С 08.01.2021г по 10.01.2021г проведен 2 блок 4-го курса ПХТ по схеме IE:

- Этопозид – 150 мг/м² 1-3 дни в/в кап, РД=210 мг, СД=630 мг;
- Ифосфамид – 3000 мг/м² 1-3 дни в/в кап, РД=4200 мг, СД=12600 мг На фоне инфузионной и сопроводительной терапии с месна. Введение препаратов перенес удовлетворительно. Лечение осложнилось гематологической токсичностью 3ст. Введение деносуаба 120мг п/к от 15.01.2021.

ПЭТ КТ всего тела с 18F-ФГД от 27.01.2021г: 1) на момент исследования в дистальном отделе левой бедренной кости определяется гетерогенное образование и патологический перелом с неравномерным накоплением РФП по периферии (области первичного поражения; 2) изменения костной структуры проксимального отдела левой бедренной кости, не превышавшее накопление в печени, при клинической необходимости рекомендована корреляция с МРТ.; 3) множественные очаги в обоих легких и единичный увеличенный л/у забрюшинного пространства без патологической метаболической активности (мтс).

ЭКГ от 29.01.2021г: Легкая синусовая тахикардия. ЧСС 82-83уд в мин. Нормальное положение ЭОС. УЗИ ОБП и забрюшинного пространства от 01.02.2021г: Заключение: Эхо-признаки умеренных диффузных изменений поджелудочной железы (21,5-10-20мм, не увеличена, структура однородная, эхогенность повышена). Дополнительных образований, свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

УЗИ мягких тканей и л/у от 01.02.2021г: при сканировании левого бедра определяются объемное образование больших размеров, опоясывающее бедренную кость, неоднородной структуры, с

множеством анэхогенных полостей. Размеры образования (условно) 125x85мм. При ЦДК сигналы кровотока прослеживаются по периферии. Паховые л/у слева в количестве 3-4, размерами от 5,7x2,6мм до 11,5x4,5мм, структура не изменена, кровоток обычный. Бедренные л/у в количестве 3, размерами 6x3мм, 12x4,5мм, структура не изменена, кровоток обычный.

Rg левой нижней конечности от 02.02.2021г: на рентгенограммах левой нижней конечности в проекции дистального эпиметадиафиза определяется участок с остеолитическим и остеосклеротическим компонентом протяженностью 185x140мм. Кортикальный слой местами разрушен, истончен. В проекции н/3 бедренной кости определяется угловая деформация кости со смещением отломков (патологический перелом). Отмечается выраженная мягкотканая реакция. Заключение: рентгенологические признаки новообразования дистального эпиметадиафиза левой бедренной кости. Патологический перелом н/3 левой бедренной кости

Эхо-КГ от 10.02.2021г: ФВ 68%, ФУ 37%. Структура сердца сформированы правильно. Полости сердца не расширены. Сократительная способность миокарда в пределах нормы. Дрополнительные трабекулы левого желудочка.

04.02.2021г Операция: Экзартикуляция левой нижней конечности (A16.30.018).

Гистологическое исследование послеоперационного материала (в Морозовской ДГКБ) от 18.02.2021: Морфологическая картина конвенциональной остеосаркомы, остеобластический вариант. Лечебный патоморфоз 3 степени.

С 12.02.2021г по 15.02.2021г проведен 1 курс адьювантной ПХТ – элемент AP по схеме:

- Цисплатин – 50 мг/м², 2 дни в/в кап за 24 часа, РД=65 мг, СД=130 мг;

- Доксорубин – 45 мг/м², 4 дни в/в кап за 24 часа, РД=58мг, СД=116 мг на фоне инфузионной и сопроводительной терапии. Введение препаратов перенес удовлетворительно. Лечение осложнилось гематологической токсичностью 3-4ст, проводилась стимуляция лейкопоза препаратом ГКСФ, трансфузия концентрата тромбоцитов (3 дозы), антибактериальная (цефепим) и противогрибковая (флуконазол), симптоматическая терапии.

ЭКГ от 09.03.2021г: Синусовая аритмия, умеренная брадикардия. ЧСС 63-71 в мин. Нормальная ЭОС. НБПНПГ.

КТ ОГК с в/в контрастированием от 04.03.2021г (Морозовская ДГКБ): билатерально, полисегментарно сохраняются множественные очаговые уплотнения легочной ткани, часть из них кальцинирована, часть представлена мягкоткаными уплотнениями, максимальными размерами:

- в субплевральных отделах S2 правого легкого при настоящем исследовании представлен мягкотканым тяжом (ранее его размеры 8,5x6,5мм);

- очаговые уплотнения в плащевых отделах S5 правого легкого уменьшено в размерах 8x5мм (ранее 10x12,5мм), без признаков перифокальных изменений;

- очаговое уплотнение в S6 левого легкого уменьшено в размерах: 2,0x5,5мм (ранее 7x7мм);

- билатерально в легких отмечается немногочисленные мелкие плевропульмональные спайки.

Свежие очаговые и инфильтративные изменения в легких не определяются, легочной интерстиций не изменен. Просвет трахеи и крупных бронхов свободный, не деформирован, стенки бронхов не утолщены. Органы средостения не смещены, медиастинальные и аксиллярные л/у не увеличены. Сохраняется единичный обызвествленный прикорневой л/у слева. Жидкости, газа в плевральной полости и в полости перикарда не отмечено. Сердце и магистральные сосуды грудной клетки расположены типично, без дефектов контрастирования. Достоверно костно-деструктивных изменений на исследованном уровне не отмечено. Заключение: КТ-картина мтс поражения легких. В сравнении с исследованием от 02.11.2020г отмечается уменьшение размеров единичных метастатических очагов правого и левого легкого. В остальном КТ-картина прежняя.

R-графия грудной клетки в прямой проекции от 16.03.2021: Rg-признаков очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено. Состояние после оперативного лечения.

R-графия грудной клетки в прямой проекции от 20.03.2021: R-признаков гиповентиляции справа. МТС слева.

Гистологическое исследование (Морозовская ДГКБ) № H00630_21 от 19.03.2021: метастазы остеосаркомы с патоморфозом 2-3 степени.

R-графия грудной клетки в прямой и правой боковой проекциях от 25.03.2021. Заключение: R-признаки гиповентиляции легочной ткани справа. МТС слева.

R-графия грудной клетки в прямой проекции от 30.03.2021: состояние после оперативного лечения удаление МТС.

R-графия грудной клетки в прямой проекции от 31.03.2021: состояние после оперативного лечения удаление МТС. При сравнении с рентгенограммами от 30.03.2021 без отрицательной динамики.

Операция в объеме: Торакотомия справа. Удаление метастазов правого легкого (атипичная резекция) (A16.09.013) от 16.03.2021.

Гистологическое исследование (Морозовская ДГКБ) № H00630_21 от 19.03.2021: метастазы остеосаркомы с патоморфозом 2-3 степени.

Операция в объеме: Торакотомия слева. Удаление метастазов левого легкого (атипичная резекция) (A16.09.013) от 30.03.2021.

Гистологическое исследование (Морозовская ДГКБ) № H00770_21 от 31.03.2021: ткань легкого с метастазами остеосаркомы с выраженными признаками терапевтического патоморфоза (3-4ст).

ЭКГ от 07.04.2021г: Легкая синусовая тахикардия. ЧСС 80-86уд в мин. Нормальное положение ЭОС. УЗИ мягких тканей и л/у от 23.04.2021г: При сканировании области грудной клетки, в проекции послеоперационных рубцов, и левой паховой области дополнительных мягкотканых образований, увеличенных лимфоузлов на момент осмотра не выявлено.

С 06.04.2021г по 08.04.2021г проведен 2 блок адьювантной ПХТ по протоколу ОС 2006, по схеме IE:

- Этопозид – 150 мг/м² 1-3 дни в/в кап, РД=195 мг, СД=575 мг;
- Ифосфамид – 3000 мг/м² 1-3 дни в/в кап, РД=3900 мг, СД=11700 мг
- Деносумаб 120мг п/к 1 день на фоне инфузионной и сопроводительной терапии с месна. Введение препаратов перенес удовлетворительно. Лечение осложнилось гематологической токсичностью 2-3ст.

С 02.05.2021г по 06.05.2021г проведен 3 курс адьювантной ПХТ – элемент AP по схеме:

- Цисплатин – 50 мг/м², 2 дни в/в кап за 24 часа, РД=65 мг, СД=130 мг;
- Доксорубин – 45 мг/м², 4 дни в/в кап за 24 часа, РД=58мг, СД=116 мг на фоне инфузионной и сопроводительной терапии. Введение препаратов перенес удовлетворительно. Лечение осложнилось глубокой гематологической токсичностью 4ст, проводилась стимуляция лейкопоза препаратами ГКСФ, трансфузия компонентов крови.

Длительная гематологическая токсичность после предыдущего курса ПХТ по схеме AP (02.05.21-06.05.21г).

Проводилась трансфузия эритроцитной взвеси от 25.05.2021г, без осложнений с удовлетворительным посттрансфузионным выходом. 26.05.2021г после трансфузии с заместительной целью концентрата тромбоцитов у пациента развилась аллергическая реакция (отек ПЖК лица, крапивница), купировано введение антигистаминных препаратов (клемастин (МНН) и ГКС (дексаметазон) в связи с чем пациенту в дальнейшем требуется индивидуальный подбор концентрата тромбоцитов. Восстановление показателей крови на + 30 день (сохранялась лейкопения 2ст, тромбоцитопения 1ст).

31.05.2021г по жизненным показаниям проведено 1-е введение НDMtx по схеме:

- Метотрексат 12гр/м², в/в капельно за 4 часа в РД=18г.
- Лейковорин по 15мг/м² в/в струйно, с 24 часа от начала инфузии метотрексата через каждые 6 часов. Введение препарата перенес на фоне эметогенности 1ст. Выведение Mtx адекватное. Лечение осложнилось гепатотоксичностью 4ст, гипопроteinемией с гипоальбуминемией, гипокальциемией. Проводилась гепатотропная терапия, трансфузия р-ра альбумина, коррекция электролитных нарушений.

04.06.2021г с заместительной целью проведена трансфузия эритроцитной взвеси, без осложнений с положительным посттрансфузионным выходом.

08.06.2021г в связи с тромбоцитопенией 4ст, с заместительной целью проведена трансфузия концентрата тромбоцитов по индивидуальному подбору, перенес без осложнений, положительный посттрансфузионный выход.

14.06.2021г проведено 2-е введение НDMtx 3-го курса адьювантной ПХТ по протоколу ОС 2006 по схеме:

- Метотрексат 8г/м² в/в капельно за 4 часа РД=12г;
- На фоне инфузионной и сопроводительной терапии. Введение препарата перенес удовлетворительно, лечение осложнилось гематологической токсичностью 2-3ст, гипокальциемией, гипопроteinемией - проводилась гепатотропная терапия, трансфузия р-ра альбумина 20%, коррекция электролитных нарушений.

С 21.06.2021г по 23.06.2021г проведен 4-й курс аПХТ по протоколу ОС 2006 – элемент IE по схеме:

- Этопозид – 150 мг/м² 1-3 дни в/в кап, РД=210 мг, СД=630 мг;
- Ифосфамид – 3000 мг/м² 1-3 дни в/в кап, РД=4200 мг, СД=12600 мг
- Деносумаб 120мг п/к 1 день на фоне инфузионной и сопроводительной терапии с месна. Введение препаратов перенес удовлетворительно. Лечение осложнилось гематологической токсичностью 4ст.

01.07.2021г с заместительной целью проведена трансфузия концентрата тромбоцитов по индивидуальному подбору, перенес без осложнений, с положительным посттрансфузионным выходом (тромбоциты 83тыс/мкл).

02.07.2021г в связи с анемическим синдромом с заместительной целью проведена трансфузия эритроцитной взвеси по индивидуальному подбору, перенес без особенностей, с положительным посттрансфузионным выходом.

Проводилась стимуляция лейкопоза препаратами ГКСФ (филграстим), в связи с инфекционным синдромом на фоне лейкопении проводилась системная антибактериальная и противогрибковые терапии.

КТ органов грудной клетки с в/в контрастированием от 06.07.2021г (в Морозовской ДГКБ): Проведено сравнение с исследованием от 22.04.2021г.: -билатерально, полисегментарно, сохраняются множественные очаговые уплотнения легочной ткани, часть из них кальцинирована, часть представлена мягкоткаными уплотнениями, максимальными размерами до 2 мм-очаговое уплотнение в S1 правого легкого, размерами 10,5x9,7 мм -ранее не визуализировался-очаговые уплотнения в S2 правого легкого, размерами 5,1x4,2 мм и 4,8x4,3 мм -ранее не визуализировались-на фоне фиброзных тяжей визуализируются очаговые уплотнения в S1 (размерами 4,2x3,5 мм), S2

(размерами до 2 мм), и в плащевых отделах S5 (размерами 4,8x4,3мм) правого легкого-на фоне фиброзных тяжей визуализируются очаговые уплотнения в S6 левого легкого размерами 10,1x7,8мм -ранее не визуализировался-на фоне ранее визуализируемого очагового уплотнения в S6 левого легкого при настоящем исследовании визуализируется фиброзные тяжи с мягкотканым компонентом -состояние после лечения?-фиброзные изменения в базальных отделах-свежие инфильтративные изменения в легких не определяются-легочный интерстиций не изменен -просвет трахеи и крупных бронхов свободный, не деформирован, стенки бронхов не утолщены-органы средостения не смещены, медиастинальные и аклярные л/у не увеличены; сохраняется единичный обызвествленный прикорневой лимфатический узле слева-жидкости, газа в плевральной полости и жидкости в полости перикарда не отмечено

-сердце и магистральные сосуды грудной клетки расположены типично, без дефектов контрастирования-достоверно костно-деструктивных изменений на исследованном уровне не отмечено. Заключение: КТ-картина двустороннего вторичного (mts) поражения легких, при сравнении с исследованием от 22.04.2021г. отмечается разнонаправленная динамика. Доза: 18,4 мЗв.

12.07.2021г Консилиум с участием из зав отд, кмп Савлаева К.Ф., а также детскими онкологами отделения. Заключение: Учитывая отрицательную динамику в виде прогрессирования заболевания по легким по данным КТ ОГК с в/в контрастированием от 06.07.2021г, объем проведенной ранее терапии (в послеоперационном периоде проведено 2 курса с высокодозного метотрексата) принято продолжить химиотерапию препаратами 2-й линии по схеме ССЕ с применением высокодозного метотрексата (8г/м2). Контрольное КТ ОГК после курса ПХТ, решение вопроса о дальнейшей тактике введения.

13.07.2021г,19.07.2021г проведено 1-е и 2-е введение НДМтх 4-го курса адьювантной ПХТ по протоколу ОС 2006 по схеме:

-Метотрексат 8г/м2 в/в капельно за 4 часа РД=12г; СД=24г. На фоне инфузионной и сопроводительной терапии. Введение препарата перенес удовлетворительно, Лечение осложнилось гепатологической токсичностью 2-3ст, гипокальциемией, гипопроотеинемией - проводилась гепатотропная терапия, введение препаратов кальция, введение р-ра альбумина 20%. Выведение мтх адекватное.

С 26.07.2021г проведен элемент ССЕ 1-го курса противорецидивной ПХТ по схеме:

- Циклофосфан 400 мг/м2 1-5 дни в/в капельно в РД=558 мг;
- Карбоплатин 500мг/м2 4 день в/в капельно в РД=СД=695 мг;
- Этопозид 100 мг/м2 1-5 дни в/в капельно в РД=139 мг;

На фоне инфузионной и сопроводительной терапии.

Введение препаратов перенес удовлетворительно.

Лечение осложнилось глубокой, длительной гематологической токсичностью 4ст. Нуждался в трансфузии компонентов крови, проводилась стимуляция лейкопозза препаратами ГКСФ, антибактериальная и противогрибковая терапии per os.

05.08.2021г, 08.08.2021г, 13.08.2021г, 17.08.2021г проведены трансфузии тромбоконцентрата по индивидуальному подбору, осложнений не было, положительный посттрансфузионный выход.

09.08.2021г с заместительной целью проведена трансфузия эритроцитной взвеси, без осложнений, положительный посттрансфузионный выход.

Для профилактики пневмоцистной пневмонии продолжен прием ко-тримоксазол. 27.08.2021г в связи с нарастающим анемическим синдромом на фоне аплазии кроветворения с заместительной целью проведена трансфузия эритроцитной взвеси, без осложнений, с положительным посттрансфузионным выходом.

Пациент обсужден с зав отд дмн, профессором Ивановой Н.М., а также врачами отделения: учитывая дальнейшую отрицательную динамику по легким (увеличение размеров и появление новых метастатических очагов в легких), принято решение по жизненным показаниям начать химиотерапию препаратами 3-й линии (Гемцитабин+Доцетаксел).

КТ ОГК от 17.08.2021г: на фоне умеренно выраженного спаечного процесса в обоих легких определяется увеличение в размерах отдельных узловых образований и появление единичных мелких вновь выявленных: Правое легкое: в S1-16мм и 7мм, S4-15мм, 10мм, 1мм (новый очаг), S9-2мм (новый очаг) S10 - 2мм. Левое легкое: в S1 -3мм, S2 - 3мм, S4 - 1мм, S6 - 1,5мм и 12x9мм, S8 - 2мм и 5мм, S9 - 3мм (новый очаг), S10 - 2мм. Заключение: двустороннее метастатическое поражение легких. Увеличение размеров отдельных очагов (преимущественно в правом легком) и появление единичных новых по сравнению с исследованием от 06.07.2021г.

С 01.09.2021г проведен 1-й курс химиотерапии препаратами 3-й линии по схеме:

- Гемцитабин 675 мг/м2 1, 8 дни в/в кап, РД=1147 мг,

- Доцетаксел 75 мг/м2 1, 8 дни в/в кап, РД = 127 мг,

- Деносуаб 120мг п/к 1 раз в месяц (введено 01.09.2021г), на фоне инфузионной и сопроводительной терапии. Введение перенес удовлетворительно. Лечение осложнилось гематологической токсичностью 3-4ст. В связи с гематологической токсичностью 3-4ст введение препаратов на + 8 день отложено, введено 11.09.2021г.

10.09.2021г в связи с тромбоцитопенией 4ст и развитием геморрагического синдрома с

заместительной целью проведена трансфузия концентрата тромбоцитов по индивидуальному подбору, без осложнений, с положительным посттрансфузионным выходом
24.09.2021г проведено КТ ОГК с НМИЦ онкологии им Н.Н.Блохина. Заключение: в обоих легких определяется увеличение в размерах отдельных узловых образований и появление единичных вновь выявленных: Правое легкое: в S1-20мм, 12мм, в спайке 5мм (без динамики), S2-5мм (новый очаг), S3-8мм (новый очаг), S4-27мм, 17мм, 1мм, S9-9мм, S10 - 2мм, 2мм (новый очаг). Левое легкое: в S1/S2 - 6мм, 2мм, S4/S5- 6мм, S6 - 1,5мм и 22x13мм (увеличение кальцинации), S8 - 2мм и 5мм (кальцинация), S9 - 2мм, S10 - 2мм. Большинство образований имеют мягкотканную плотность, однако отмечено появление кальцинации (очаг S8 слева) или увеличение ее объема (в узле в s6 слева). Свободный газ, жидкость в плевральных полостях не выявлены. Определяются единичные мелкие с жировой перестройкой лимфатические узлы в переднем средостении. Заключение: двустороннее метастатическое поражение легких. Увеличение размеров отдельных очагов (преимущественно в правом легком) и появление единичных новых по сравнению с исследованием от 17.08.2021г.

ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ ДИСКИ КТ пересмотрены совместно с зав отд. дмн, профессором Ивановой Н.М., руководителем науч. отдела профессором Шароевым Т.А., детским хирургом к.мн Савлаевым К.Ф., зав отд лучевой диагностики Романовым П.А.: у пациента отмечается дальнейшая отрицательная динамика по легким.

28.09.2021г. ПРОВЕДЕН КОНСИЛИУМ с участием: руков. науч. отдела, профессор Шароева Т.А., зав ОО№1 профессора Ивановой Н.М., детских онкологов и хирургов отделения: пациенту с основным диагнозом: С40.2 Остеосаркома дистального эпиметадиафиза левой бедренной кости. Метастазы паховые л/у, множественные метастазы в легких. Состояние после комбинированного лечения (открытая биопсия опухоли, 4 курса неоПХТ, экзартикуляция левой нижней конечности от 04.02.2021г., двусторонняя торакотомия, атипичная резекция легких, 4 курса аПХТ). Прогрессирование заболевания по легким. Состояние после 1 курса ПХТ препаратами 2-й линии (ССЕ+НДМtx). Дальнейшее прогрессирование по легким. Состояние после 1 курса ПХТ препаратами 3-й линии (Гемцитабин+Доцетоксел), при контрольном КТ ОГК выявлено дальнейшее прогрессирование опухолевого процесса по легким (увеличение размеров некоторых очагов, вновь появившиеся очаги). Учитывая рефрактерность опухоли на фоне проводимой химиотерапии препаратами трех линий, рекомендовано следующим этапом провести хирургическое удаление метастатических очагов обоих легких с дальнейшим морфологическим исследованием.

07.10.2021 ОПЕРАЦИЯ в объеме: Удаление метастазов правого легкого (атипичная резекция) (A16.09.013) лобэктомия верхней и/или средней доли выполняться не будет из-за обширного метастатического поражения левого легкого, интраоперационно возможно будет выполнена термоабляция наиболее крупных метастазов. С матерю проведена беседа о высокой травматичности оперативного вмешательства, согласие матери получено на оперативное лечение.

Гистологическое заключение от 11.10.2021г. ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» №H02307_21: Макроскопическое описание: Контейнер H02307_21 1: Фрагмент ткани коричневатого цвета размером 0,7x0,6x0,3 см.

Микроскопическое описание: Контейнер H02307_21 1: Исследуемый материал представлен фрагментом ткани легкого с очагом патологической ткани. Опухолевая ткань представлена элементами среднего и крупного размера, с различным ядерно-цитоплазматическим соотношением и анаплазированными ядрами. В межклеточном пространстве отмечаются участки с костной дифференцировкой, представленные патологическим остеомом. Заключение: морфологическая картина не противоречит клиническим данным - метастаз остеосаркомы.

Настоящее поступление для решения вопроса о дальнейшей тактике введения.

Анамнез жизни

Реакция на: пыль.

Проявление: другие симптомы.

Реакция на: другие аллергены.

Наименование другого аллергена: концентрат тромбоцитов (без индивидуального подбора).

Проявление: ангиоотек.

Наследственность: не отягощена.

Хронические заболевания: Остеосаркома левой бедренной кости.

Прививки: мед. отвод.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, в.оспа.

Перенесенные травмы: перелом костей предплечья слева, переломы пальцев правой и левой стопы.

Перенесенные операции: 1) атипичная резекция легких (с двух сторон) (март 2021года)

2) экзартикуляция левой нижней конечности (2021год)

Постоянно принимает: курсы ПХТ.

Дополнительные сведения: Переливания крови были, однократно отмечался отек Квинке при

трансфузии концентрата тромбоцитов.
Наблюдается онкологом.

Эпидемиологический анамнез

Выезд за пределы Москвы (в том числе за пределы РФ): нет.
Контакта с инфекционными больными или носителями не было.

Анамнез жизни

Общие данные

Наследственность со стороны матери: не отягощена. Наследственность со стороны отца: не отягощена. № беременности: 3. № родов: 1. Родоразрешение: кесарево. Роды: своевременные. Течение беременности: угроза прерывания беременности (1/3). Течение родов: без особенностей. Обвитие пуповины: нет. Состояние новорожденного: Вес при рождении: 2730 гр; Рост: 48 см; Шкала Апгар: 8/9. Ребенок: доношенный. Закричал сразу: да. Сосание: грудное вскармливание до 1,5 месяцев, далее искусственное.

Состояние при поступлении

Объективный статус.

Общее состояние: тяжелое. Конституция: нормостенический. Питание: удовлетворительное. Дополнительные сведения: Тяжесть состояния обусловлена течением основного заболевания.

Цвет кожных покровов: обычной окраски. Развитие ПЖК: умеренно. Распределение ПЖК: равномерное. Влажность кожи: нормальная. Тургор: сохранен. Цианоз: отсутствует. Наличие отеков: отсутствуют. Цвет слизистой полости рта: розовая. Слизистая полости рта: чистая. Слизистые ротоглотки: слизистые розовые. Степень развития мускулатуры: удовлетворительная. Движения суставов: в полном объеме. Описание: левая нижняя конечность ампутирована. Болезненность позвоночника: нет. Деформация позвоночника: нет.

ЧДД: 18 /мин; Ритм дыхания: регулярный. Дыхание: нормальное. Дыхание самостоятельное: естественным путем. Участие грудной клетки в дыхании: равномерное. Характер дыхания: везикулярное (нормальное). Хрипы: нет. Шум трения плевры: отсутствует. Перкуторный звук: ясный. Дополнительные сведения: отделяемое из носовых ходов отсутствует.

Гемодинамика: стабильная. Систолическое давление: 110 мм.рт.ст.; Диастолическое давление: 70 мм.рт.ст.; ЧСС: 77 /мин; Наполнение пульса: умеренного наполнения. Напряжение пульса: умеренного напряжения. Ритм сердца: не нарушен. Тоны сердца: ясные. Наличие сердечного шума: нет.

Область сердца: не изменена. Границы относительной сердечной тупости: в пределах нормы. Границы сердца: не изменены.

Состояние органов желудочно-кишечного тракта

Цвет языка: бледно-розовый. Налет на языке: отсутствует. Влажность языка: влажный. Эрозивно-язвенные образования: нет. Размер живота: не увеличен. Симметричность живота: симметричный. Форма живота: округлая. Живот при пальпации: мягкий. Болезненность живота при пальпации: нет. Симптомы раздражения брюшины: отрицательные. Стул: без патологических изменений. Характер стула: регулярный. Патологические примеси: отсутствуют. Рвота: нет.

Подробно

Печень: не выступает из-под края реберной дуги. Нижний край печени: гладкий, эластичной консистенции, безболезненный. Селезенка: не пальпируется.

Состояние мочеполовой системы

Мочеиспускание: не нарушено. Характер мочеиспускания: безболезненное. Моча: без изменений. Цвет мочи: желтый (обычный). Область почек: не изменена. Симптомы поколачивания: отрицательный с двух сторон.

Зрачки: нормальные. Анизокория: нет. Симметрия зрачков: симметричны. Изменения зрачков: D= S. Менингеальный синдром: нет. Склеры: обычной окраски.

Местный, локальный статус.

Локальный статус: Послеоперационный рубец в левой паховой области без признаков воспаления. Послеоперационные рубцы по боковым поверхностям грудной клетки справа и слева без признаков воспаления. При КТ ОГК многочисленные метастатические очаги.

Инструментальные исследования

ЭКГ. 05.10.2021 11:29

ЧСС: 81-78 уд/мин. Ритм: синусовый. Положение ЭОС: нормально расположена. Интервал PQ: 0,12 с; Длительность QRS: 0,04 с; Интервал QT: 0,32 с; Интервал QTc: 0,34 с; Зубец P: +. Зубец PII: +. Зубец PIII: +. Сегмент ST: элевация. Заключение: Легкая синусовая тахикардия.

Рентгенография легких. 07.10.2021 14:44

Проекция: прямая передняя. Положение тела: горизонтально.

Надбавка: исследование выполнено в реанимационном отделении.

Описание: На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции, состояние после оперативного лечения на этом фоне определяются множественные участки снижения воздушности легочной ткани правого легкого. Левое легкое без убедительных признаков инфильтративных изменений. Легочный рисунок диффузно усилен за счет сосудистого компонента. Корни легких структурны, не расширены. Тень органов средостения не расширена. Контуры диафрагмы четкие, ровные. Плевральные синусы свободны. Патологических изменений костных структур не выявлено. Мягкие ткани без особенностей. Дистальный конец ЦВК определяется в проекции Th5 позвонка, плеврального дренажа в проекции верхушки правого легкого.

Заключение: Состояние после оперативного лечения: удаление метастазов правого легкого (атипичная резекция)

Рентгенография органов грудной клетки. 08.10.2021 08:57

Описание: На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции, состояние после оперативного лечения на этом фоне сохраняются множественные участки снижения воздушности легочной ткани правого легкого. Левое легкое без убедительных признаков инфильтративных изменений. Легочный рисунок диффузно усилен за счет сосудистого компонента. Корни легких структурны, не расширены. Тень органов средостения не расширена. Контуры диафрагмы четкие, ровные. Плевральные синусы свободны. Патологических изменений костных структур не выявлено. Мягкие ткани без особенностей. Дистальный конец ЦВК определяется в проекции Th5 позвонка, плеврального дренажа в проекции верхушки правого легкого.

Заключение: Состояние после оперативного лечения : удаление метастазов правого легкого (атипичная резекция)

Рентгенография органов грудной клетки. 08.10.2021 08:59

Описание: На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции, состояние после оперативного лечения на этом фоне сохраняются множественные участки снижения воздушности легочной ткани правого легкого. Левое легкое без убедительных признаков инфильтративных изменений. Легочный рисунок диффузно усилен за счет сосудистого компонента. Корни легких структурны, не расширены. Тень органов средостения не расширена. Контуры диафрагмы четкие, ровные. Правый реберно диафрагмальный синус несколько завуалирован. Патологических изменений костных структур не выявлено. Мягкие ткани без особенностей. Дистальный конец ЦВК определяется в проекции Th5 позвонка, плеврального дренажа в проекции верхушки правого легкого.

Заключение: Состояние после оперативного лечения : удаление метастазов правого легкого (атипичная резекция). При сравнении с предыдущей Rg от 07.10.2021г без динамики

Рентгенография легких. 11.10.2021 11:46

Проекция: прямая задняя.

Положение тела: горизонтально.

Надбавка: не удалось сделать пр. боковой-не смог лечь на пр.бок.

Заключение: Состояние после оперативного лечения : удаление метастазов правого легкого (атипичная резекция).

Описание: На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции, состояние после оперативного лечения на этом фоне сохраняются множественные участки снижения воздушности легочной ткани правого легкого. Левое легкое без убедительных признаков инфильтративных изменений. Легочный рисунок диффузно усилен за счет сосудистого компонента. Корни легких структурны, не расширены. Тень органов средостения не расширена. Контуры диафрагмы четкие, ровные. Правый реберно диафрагмальный синус несколько завуалирован. Патологических изменений костных структур не выявлено. Мягкие ткани без особенностей. Дистальный конец ЦВК определяется в проекции Th4 позвонка справа.

Рентгенография легких. 14.10.2021 13:38

Проекция: прямая передняя.

Положение тела: горизонтально.

Описание: На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции, состояние после оперативного лечения на этом фоне сохраняются множественные участки снижения воздушности легочной ткани правого легкого. Левое легкое без убедительных признаков инфильтративных изменений. Легочный рисунок диффузно усилен за счет сосудистого компонента. Корни легких структурны, не расширены. Тень органов средостения не расширена. Контуры диафрагмы четкие, ровные. Правый реберно диафрагмальный синус несколько завуалирован. Патологических изменений костных структур не выявлено. Мягкие ткани без особенностей. Дистальный конец ЦВК определяется в проекции Th3 позвонка слева, 11.10.2021 определялся на уровне Th4 позвонка

справа.

Заключение: Состояние после оперативного лечения : удаление метастазов правого легкого (атипичная резекция).

Ультразвуковое исследование плевральной полости. 27.10.2021 11:56

Описание: Состояние после оперативного лечения.

В плевральных полостях с обеих сторон, на момент осмотра свободная жидкость не определяется.

Рентгенография легких. 27.10.2021 12:09

Проекция: прямая передняя.

Проекция #2: правая боковая.

Положение тела: горизонтально.

Описание: На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции, состояние после оперативного лечения на этом фоне сохраняются множественные участки снижения воздушности легочной ткани правого легкого. Левое легкое без убедительных признаков инфильтративных изменений. Легочный рисунок диффузно усилен за счет сосудистого компонента. Корни легких структурны, не расширены. Тень органов средостения не расширена. Контуры диафрагмы четкие, ровные. Правый реберно диафрагмальный синус несколько завуалирован. Патологических изменений костных структур не выявлено. Мягкие ткани без особенностей.

Заключение: Данных за пневмоторакс и гидроторакс не выявлено. Состояние после оперативного лечения : удаление метастазов правого легкого (атипичная резекция).

Лабораторные исследования

Общий клинический анализ крови (скрининг). 29.10.2021 11:00

Название теста	Результат	Ед. изм.	Референсные значения
Ширина распределения эритроцитов по объему (RDW)	13,9	%	11,5-14,5
Относительное количество нейтрофилов	63,3	%	48-78
Относительное количество лимфоцитов (LYM%)	24,9	%	19-37
Относительное количество моноцитов (MON%)	8,2	%	3-11
Относительное количество эозинофилов	3,3	%	0,5-5,0
Относительное количество базофилов	0,3	%	0-1
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC)	320	г/л	300-380
Гемоглобин (HGB)	95	г/л	муж 130-160 жен 120-140
Количество эритроцитов (RBC)	3,12	10 ¹² /л	муж 4,0-5,0 жен 3,9-4,7
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH)	30,5	пг	27-31
Количество тромбоцитов (PLT)	86	10 ⁹ /л	180-320
Количество лейкоцитов (WBC)	4,7	10 ⁹ /л	4,0-9,0
Абсолютное количество нейтрофилов	3,00	10 ⁹ /л	2,04-5,80
Абсолютное количество лимфоцитов (LYM#)	1,18	10 ⁹ /л	1,2-3,0
Абсолютное количество моноцитов (MON#)	0,39	10 ⁹ /л	0,09-0,60
Абсолютное количество эозинофилов	0,16	10 ⁹ /л	0,02-0,30
Абсолютное количество базофилов	0,01	10 ⁹ /л	0-0,065
Гематокрит (HCT)	0,297	л/л	0,370-0,540
Средний объем тромбоцитов в крови (MPV)	9,7	фл	7,4-10,4
Средний объем эритроцита (MCV)	95	фл	80-100

Определение билирубина общего. 28.10.2021 11:19

Определение билирубина общего	6	мкмоль/л	3,0-17,0
-------------------------------	---	----------	----------

Определение мочевой кислоты. 28.10.2021 11:19

Определение мочевой кислоты	259,3	мкмоль/л	муж. 208-428 жен. 155-357
-----------------------------	-------	----------	------------------------------

Определение мочевины. 28.10.2021 11:19

Определение мочевины	6,51	ммоль/л	2,5-6,4
----------------------	------	---------	---------

Исследование креатинина. 28.10.2021 11:19

Исследование креатинина	62		53-115
-------------------------	----	--	--------

Определение натрия общего. 28.10.2021 11:19

Определение натрия общего	-	ммоль/л	135-155
---------------------------	---	---------	---------

Определение калия общего. 28.10.2021 11:19

Определение калия общего	-	ммоль/л	3,6-5,5
--------------------------	---	---------	---------

Определение хлора. 28.10.2021 11:19

Определение хлора	-	ммоль/л	95-108
-------------------	---	---------	--------

Определение кальция общего. 28.10.2021 11:19

Определение кальция общего	2,25	ммоль/л	2,12-2,52
----------------------------	------	---------	-----------

Определение глюкозы. 28.10.2021 11:19

Определение глюкозы	7,8	ммоль/л	4,1-5,9
---------------------	-----	---------	---------

Определение щелочной фосфатазы. 28.10.2021 11:19

Определение щелочной фосфатазы	75	ЕД/л	68-1178
--------------------------------	----	------	---------

Определение ГГТ-γ-глутамилтрансферазы. 28.10.2021 11:19

Определение ГГТ-гамма-глутамилтрансферазы	30	ЕД/л	муж. 15-85 жен. 5-55
---	----	------	----------------------

Определение аспаратаминотрансферазы (АСТ). 28.10.2021 11:19

Определение аспаратаминотрансферазы (АСТ)	32	ЕД/л	15-37
---	----	------	-------

Определение аланинаминотрансферазы (АЛТ). 28.10.2021 11:19

Определение аланинаминотрансферазы (АЛТ)	30	ЕД/л	10-49
--	----	------	-------

Определение альбумина. 28.10.2021 11:19

Определение альбумина	36,5	г/л	34-50
-----------------------	------	-----	-------

Определение лактатдегидрогеназы. 28.10.2021 11:19

Определение лактатдегидрогеназы	212	ЕД/л	85-227
---------------------------------	-----	------	--------

Определение общего белка. 28.10.2021 11:19

Определение общего белка	77,9	г/л	64-82
--------------------------	------	-----	-------

Клинический анализ мочи. 28.10.2021 10:55

Белок полуколичественно	0	г/л	0-0,120
Кетоновые тела количественно	0	ммоль/л	0
Глюкоза полуколичественно	14	ммоль/л	0,1-0,8
Уробилиноген качественно	норма	мкмоль/л	5-17 (норма)
Билирубин полуколичественно	0	мкмоль/л	0
Бактерии	нет	в п/зр	нет
Кристаллы	нет	в п/зр	нет
Слизь	нет	в п/зр	нет
Цилиндры	0	в п/зр	0
Эритроциты	0	в п/зр	0
Лейкоциты	1-2	в п/зр	0-3
Эпителий	плоский мало	в п/зр	плоский единичные

pH	7.0	5,5-7,0
Удельный вес	1.020	1010-1030
Прозрачность	полная	полная
Цвет	сол/желт	желтый

Группа крови, резус-принадлежность. 05.10.2021 15:32

Исследование антигенов эритроцитарных по системе ABO (групповая принадлежность крови), стандартное фенотипирование по антигенам АВ и агглютинам алфавита (гель-фильтрация)	B(III) третья		
Резус система D (гель-фильтрация)	Rh(+) положительный		
Реакция Кумбса Непрямая (гель-фильтрация)	антиэритроцитарные антитела не выявлены		антиэритроцитарные антитела не выявлены

Фенотипирование антигенов системы резус и антигенов других минорных групп. 05.10.2021 15:32

Исследование антигенов эритроцитарных по системе Rh, фенотипирование по антигенам системы резус (D, C, E, c, e) (гель-фильтрация)	C+c+D+E-e+		
Исследование антигена эритроцитарного K1 по системе Kell, типирование (гель-фильтрация)	Kell(-) отрицательный		

Время свертывания по Сухареву. 05.10.2021 11:31

Время свертывания по Сухареву	н. 2 мин 00 сек, к. 3 мин 40 сек.	мин	начало 0,5-2 мин. конец 3-5 мин.
-------------------------------	--------------------------------------	-----	-------------------------------------

Консультация специалиста

Врач по лечебной физкультуре. 11.10.2021 Врач по лечебной физкультуре

АШМАСОВА А. Р. Жалобы: на умеренные боли в области послеоперационной раны.

Кинезиологический статус: Положение вынужденное в кровати.

Диагноз: Клинический Основной Остеосаркома дистального эпиметадиафиза левой бедренной кости. T2N1M1a. Стадия IVB. Метастазы в паховых лимфоузлах слева, легких. Состояние после комбинированного лечения. Прогрессирование заболевания. Клиническая группа II. (C40.2)

Рекомендации: Ребенок взят на курс реабилитационного лечения в отделение физиотерапии и ЛФК:

-Лечебная физкультура при заболеваниях бронхолегочной системы.

Врач по лечебной физкультуре. 15.10.2021 Врач по лечебной физкультуре

АШМАСОВА А. Р. Заключение: Ребенок получил курс из 5 занятий ЛФК.

Даны рекомендации на выходные для самостоятельных занятий дыхательной гимнастикой.

С 18.10.2021 продолжить курс занятий ЛФК до №10 с инструктором ЛФК.

Диагноз: Клинический Основной Остеосаркома дистального эпиметадиафиза левой бедренной кости. T2N1M1a. Стадия IVB. Метастазы в паховых лимфоузлах слева, легких. Состояние после комбинированного лечения. Прогрессирование заболевания. Клиническая группа II. (C40.2) на основании жалоб, данных анамнеза, клинического обследования, осмотра и гистологического заключения

Жалобы: на умеренные боли в области послеоперационной раны.

Кинезиологический статус: Положение вынужденное в кровати.

Консилиумы

Дата проведения: 07.10.2021 08:47.

Состав консилиума:

: САВЛАЕВ КАЗБЕК ФИДАРОВИЧ.

: ИВАНОВА НАДЕЖДА МИХАЙЛОВНА.

: ШАРОЕВ ТИМУР АХМЕДОВИЧ.

Заключение: у больного основной клинический диагноз (Код МКБ-10: C40.2) Остеосаркома дистального эпиметадиафиза левой бедренной кости. T2N1M1a. Стадия IVB. Метастазы в паховых лимфоузлах слева, легких. Состояние после комбинированного лечения. Прогрессирование заболевания. Клиническая группа II. Больной обсужден 07.10.2021 с рук. науки, д. м. н., проф. Т. А. Шароевым и зав. онкологическим отделением № 1, д. м. н., профессором Н. М. Ивановой, решено в

связи с основным клиническим диагнозом (Код МКБ-10: C40.2) Остеосаркома дистального эпиметадиафиза левой бедренной кости. T2N1M1a. Стадия IVB. Метастазы в паховых лимфоузлах слева, легких. Состояние после комбинированного лечения. Прогрессирование заболевания. Клиническая группа II), решено на данном этапе выполнить 07.10.2021 в плановом порядке хирургическое лечение в объеме: Удаление метастазов правого легкого (атипичная резекция) (A16.09.013) лобэктомия верхней и/или средней доли выполняться не будет из-за обширного метастатического поражения левого легкого, интраоперационно возможно будет выполнена термоабляция наиболее крупных метастазов. С матерью проведена беседа о высокой травматичности оперативного вмешательства, согласие матери получено на оперативное лечение.

Дата проведения: 07.10.2021 13:39.

Состав консилиума:

: САВЛАЕВ КАЗБЕК ФИДАРОВИЧ.

Локальный статус: повязка чистая, сухая. По дренажу из правой плевральной полости ~ 20 мл серозно-геморрагического отделяемого.

Заключение: у больного основной клинический диагноз (Код МКБ-10: C40.2) Остеосаркома дистального эпиметадиафиза левой бедренной кости. T2N1M1a. Стадия IVB. Метастазы в паховых лимфоузлах слева, легких. Состояние после комбинированного лечения. Прогрессирование заболевания. Клиническая группа II. Сегодня 1 сутки после хирургического вмешательства в объеме: Удаление метастаза правого легкого (атипичная резекция) (A16.09.013). Состояние соответствует срокам и объему перенесенного оперативного вмешательства. Послеоперационный период протекает без осложнений. В послеоперационном периоде показана антибактериальная (Цефепим), инфузионная, обезбавоющая терапия. Терапия согласована с реаниматологами.

Дата проведения: 08.10.2021 10:00.

Состав консилиума:

: САВЛАЕВ КАЗБЕК ФИДАРОВИЧ.

Локальный статус: швы в норме, асептическая повязка с 70% Изопропанолом. По дренажу из правой плевральной полости ~ 20 мл серозно-геморрагического отделяемого.

Заключение: у больного основной клинический диагноз (Код МКБ-10: C40.2) Остеосаркома дистального эпиметадиафиза левой бедренной кости. T2N1M1a. Стадия IVB. Метастазы в паховых лимфоузлах слева, легких. Состояние после комбинированного лечения. Прогрессирование заболевания. Клиническая группа II. Сегодня 1 сутки после хирургического вмешательства в объеме: Удаление метастаза правого легкого (атипичная резекция) (A16.09.013). Состояние соответствует срокам и объему перенесенного оперативного вмешательства. Послеоперационный период протекает без осложнений. Состояние соответствует срокам и объему перенесенного оперативного вмешательства. Послеоперационный период протекает без осложнений. В послеоперационном периоде с целью обезболивания показана обезбавоющая терапия (Парацетамол – 1 г x 4 раза в сутки в/в кап за 15 мин 7 дней; Ропивакаин 0,2% 4 мл/час перидурально 3 дня; Метамизол натрия 50% – 2 мл в/в стр по показаниям 5 дней, Кетопрофен – 1 мл в/в стр по показаниям 5 дней; Трамадол – 2 мл в/м по показаниям 5 дней); 2) с целью профилактики инфекционных осложнений показана антимикробная терапия (Цефепим – 1 г x 2 раза в сутки в/в стр 7 дней); 3) с целью поддержания водно-электролитного баланса показана инфузионная терапия (Декстроза 5% – 500 мл + Калия хлорид 4% – 60 мл + Магния сульфат 0,25% – 5 мл x 1 раз в сутки в/в кап за 12 часов 3 дня; Стерофундин – 500 мл x 1 раз в сутки в/в кап за 12 часов 3 дня); 4) с антигистаминной целью показан Дифенгидрамин 1% – 1 мл в/в стр; 6) с целью реабилитации после операции показана консультация врача ЛФК.

Дата проведения: 14.10.2021 16:01.

Состав консилиума:

: ЮРЧЕНКО МАРИЯ ЮРЬЕВНА.

: ЕВСТАФИЕВА МАРИНА МИХАЙЛОВНА.

: КОРНЕЕВА АЛЕКСАНДРА ВЛАДИМИРОВНА.

: ИВАНОВА НАДЕЖДА МИХАЙЛОВНА.

Заключение: 14.10.2021г. проведен консилиум с участием: зав. отделением, д.м.н., профессора Ивановой Н.М., врачей-детских онкологов: Корнеевой А.В., Евстафиевой М.М., Юрченко М.Ю.: учитывая анамнез заболевания, данные объективного осмотра, гистологического заключения, объем ранее проведенного лечения, инструментальных методов исследования (КТ ОГК от 24.09.2021г.: двустороннее метастатическое поражение легких, увеличение размеров отдельных очагов и появление единичных новых), гистологическое исследование операционного материала № Н02307_21 от 11.10.2021г. (метастаз остеосаркомы), больному выставлен клинический диагноз: остеосаркома дистального эпиметадиафиза левой бедренной кости. T2N1M1a. Стадия IVB. Метастазы в паховых лимфоузлах слева, легких. Состояние после комбинированного лечения. Прогрессирование заболевания. Клиническая группа II.

Принято решение о проведении по жизненным показаниям противорецидивного курса полихимиотерапии в качестве попытки лечения по индивидуальной схеме:

-Циклофосфамид 250 мг/м² 1-5 день в/в капельно (на фоне Месна 120%),

-Топотекан 0,75 мг/м² 1-5 день в/в капельно,

(с пересчетом доз химиопрепаратов, учитывая ранее проведенную ампутацию левой нижней конечности), без проведения сопроводительной инфузионной терапии, учитывая послеоперационный период и метастатическое поражение легких.

С матерью пациента и самим пациентом проведена беседа о тактике лечения, о возможных осложнениях и побочных реакциях полихимиотерапии, вплоть до летального исхода, учитывая распространенность опухолевого процесса. Согласие матери и пациента на полихимиотерапию в письменной форме получено.

Дата проведения: 21.10.2021 15:55.

Состав консилиума:

: ЮРЧЕНКО МАРИЯ ЮРЬЕВНА.
: КОРНЕЕВА АЛЕКСАНДРА ВЛАДИМИРОВНА.
: ЕВСТАФИЕВА МАРИНА МИХАЙЛОВНА.
: САВЛАЕВ КАЗБЕК ФИДАРОВИЧ.
: ИВАНОВА НАДЕЖДА МИХАЙЛОВНА.
: ШАРОВЕВ ТИМУР АХМЕДОВИЧ.
: КОВАЛЕВ ДЕНИС ВЛАДИМИРОВИЧ.
: МЕЩЕРЯКОВА ТАТЬЯНА ИВАНОВНА.

С 14.10.2021г. по 18.10.2021г по жизненным показаниям в качестве попытки лечения проведен курс полихимиотерапии по индивидуальной схеме:

-Циклофосфамид 250 мг/м² 1-5 день РД=310 мг, СД=1550 мг в/в капельно (на фоне Месна 120%),

-Топотекан 0,75 мг/м² 1-5 день РД=0,93 мг, СД=4,65 мг в/в капельно.

Химиотерапию перенес удовлетворительно.

Диагноз: Клинический Основной Остеосаркома дистального эпиметадиафиза левой бедренной кости.

Метастазы в паховых лимфоузлах слева, легких. Состояние после комбинированного лечения.

Прогрессирование заболевания (метастазы в легких). (С40.2) на основании жалоб, данных анамнеза, клинического обследования, осмотра и гистологического заключения

Заключение: 21.10.2021г. проведен консилиум с участием: главного врача, д.м.н., профессора Ковалева Д.В., зав. онкологическим отделением №1, д.м.н., профессора Ивановой Н.М., зав. научного отдела, д.м.н., профессора Шарова Т.А., врачей-детских онкологов Корнеевой А.В., Евстафиевой М.М., лечащего врача Юрченко М.Ю., секретаря "НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ", к.м.н. Мещеряковой Т.И.

Заключение консилиума:

1. Рассмотрев клинические данные, результаты визуализирующих методов исследования, учитывая непрерывно-прогрессирующее течение заболевания, гистологический тип опухоли, расположение и объем опухоли, возраст пациента, объем проведенного ранее лечения, в т.ч. противорецидивного лечения, пациент не подлежит дальнейшему специализированному противоопухолевому лечению и признается инкурабельным по основному заболеванию, клиническая группа IV, группа паллиативной помощи II.

2. В настоящий момент показано проведение метронормной химиотерапии с поддерживающей целью по месту жительства по схеме:

Циклофосфамид 30 мг/м² с 1 по 21 день per os; Метотрексат 10 мг/м² с 21 по 42 день per os 2 раза в неделю.

3. Прогноз по заболеванию и для восстановления здоровья – неблагоприятный.

4. Пациенту показано проведение паллиативного лечения в полном объеме по месту жительства.

5. Результаты консилиума сообщены родителям ребенка.

Дата проведения: 25.10.2021 10:42.

Состав консилиума:

: ЮРЧЕНКО МАРИЯ ЮРЬЕВНА.
: ИВАНОВА НАДЕЖДА МИХАЙЛОВНА.

Заключение: 14.10.2021г. проведен консилиум с участием: зав. отделением, д.м.н., профессора Ивановой Н.М., врачей-детских онкологов: Корнеевой А.В., Евстафиевой М.М., Юрченко М.Ю., принято решение о проведении по жизненным показаниям противорецидивного курса полихимиотерапии в качестве попытки лечения по индивидуальной схеме.

+ 12 день курса полихимиотерапии по схеме:

-Циклофосфамид 250 мг/м² 1-5 день в/в капельно (на фоне Месна 120%),

-Топотекан 0,75 мг/м² 1-5 день в/в капельно,

Химиотерапию перенес удовлетворительно. Лечение осложнилось гематологической токсичностью 2-3 ст.

+ 17-е сутки после хирургического вмешательства в объеме: Удаление метастаза правого легкого (атипичная резекция) (A16.09.013). Состояние соответствует срокам и объему перенесенного оперативного вмешательства.

Проводится контроль показателей крови.

Дата проведения: 29.10.2021 13:57.

Состав консилиума:

: ЮРЧЕНКО МАРИЯ ЮРЬЕВНА.

: ИВАНОВА НАДЕЖДА МИХАЙЛОВНА

Диагноз: Клинический Основной Остеосаркома дистального эпиметадиафиза левой бедренной кости. Метастазы в паховых лимфоузлах слева, легких. Состояние после комбинированного лечения. Прогрессирование заболевания (метастазы в легких). (С40.2) на основании жалоб, данных анамнеза, клинического обследования, осмотра и гистологического заключения

Режим: общий

Диета: ОВД (11-17). По уходу: нет.

Интерпретация лабораторных исследований: ОАК от 29.10.2021г.: лейкоциты $4,7 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы $3,0 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин 95 г/л, гематокрит 29,7%, тромбоциты $86 \times 10^9/\text{л}$.

Заключение: + 16 день курса полихимиотерапии по схеме:

-Циклофосфамид 250 мг/м² 1-5 день в/в капельно (на фоне Месна 120%),

-Топотекан 0,75 мг/м² 1-5 день в/в капельно,

Химиотерапию перенес удовлетворительно.

+ 21-е сутки после хирургического вмешательства в объеме: Удаление метастаза правого легкого (атипичная резекция) (A16.09.013). Состояние соответствует срокам и объему перенесенного оперативного вмешательства.

проводится контроль показателей крови.

Пациент передается на консультацию врачу-детскому онкологу Адуевой У.Г. с 01.11.2021г.

Операции

Удаление новообразования правого легкого (атипичная резекция). 07.10.2021

Удаление операции: в положение больного на левом боку с валиком под левой лопаткой, после трехкратной обработки операционного поля 70% Изопропанолом. Произведена переднебоковая реторакотомия справа в IV межреберья. При ревизии в плевральной полости выпота, метастазов по париетальной плевре нет. В верхней, средней и нижней доле имеются множественные метастазы, мягко-эластической консистенции, фиолетового цвета, от 1 до 3 см в диаметре растущие в долевые бронхи. В операционную приглашена зав. ОО-1, д. м. н., проф. Н. М. Иванова, после обсуждения у операционного стола, учитывая распространенность опухолевого процесса, поражение признано нерезектабельным, принято решение взять 1 очаг на биопсию для морфологической верификации и оценки лечебного патоморфоза. В S10 легкого, определяется опухолевый узел, плотно-эластической консистенции, фиолетового цвета, размерами ~ 3,5x3 мм. Произведена тангенциальная резекция легкого на зажиме, рана легкого ушита непрерывным обвивным швом Проленом 5-0 на атравматичной игле. Проверка на гемостаз и лимфостаз - сухо, азростаз - герметичность полная. Через отдельную контрапертуру в VIII межреберья, по задней подмышечной линии, задней поверхности к верхушке легкого установлен, и фиксирован к коже узловым швом Тиреленом 1 силиконовый дренаж № 19. Гемостаз по ходу операции электрокоагуляцией - сухо. Ребра шиты двумя швами полиспас Лавсаном 2. Рана послойно ушита Викрилом 1, 2-0 и 3-0. Произведена эвакуация остаточного воздуха из плевральной полости при помощи увеличения объема воздушности легкого, на дренаж наложен зажим. Внутривенный несъемный шов на кожу Монокрилом 3-0. Асептическая повязка. Срочность: планово. Анестезия: Эндотрах. наркоз. Диагноз до операции МКБ10: С40.2. Остеосаркома дистального эпиметадиафиза левой бедренной кости. T2N1M1a. Стадия IVB. Метастазы в паховых лимфоузлах слева, легких. Состояние после комбинированного лечения. Прогрессирование заболевания. Клиническая группа II. Тип хирургического вмешательства: Клиновидная или краевая резекция доли легкого. Описание гистологического препарата: 1 фрагмент правого легкого с метастазом плотно-эластической консистенции, фиолетового цвета, размерами ~ 3,5x3 мм. Начало: 07.10.2021 10:30. Окончание: 07.10.2021 13:05. Операция №: 2012. Хирург: Шароев Тимур Ахмедович. Ассистент 1: Савлаев Казбек Фидарович. Проведена в отделении: нет. Оперировальное отделение: Онкологическое отделение №1. Место проведения: Операционная №6.

Медикаментозное лечение

Циклофосфамид 310 мг. в/в капельно. Внутривенно капельно, 1 раз в сутки днем, 3 дня

Примечание: развести на 200 мл раствора Натрия хлорида 0,9%, в/в капельно за 2 часа

Показания к применению: Проведение по жизненным показаниям противорецидивного курса полихимиотерапии в качестве попытки лечения по индивидуальной схеме:

-Циклофосфамид 250 мг/м² 1-5 день в/в капельно (на фоне Месна 120%),

-Топотекан 0,75 мг/м² 1-5 день в/в капельно., с 16.10.2021 по 18.10.2021

Топотекан 0,93 мг. в/в капельно. Внутривенно капельно, 1 раз в сутки днем, 3 дня

Примечание: развести на 100 мл раствора Натрия хлорида 0,9%, в/в капельно за 1 час

Показания к применению: Проведение по жизненным показаниям противорецидивного курса полихимиотерапии в качестве попытки лечения по индивидуальной схеме:

-Циклофосфамид 250 мг/м² 1-5 день в/в капельно (на фоне Месна 120%),

-Топотекан 0,75 мг/м² 1-5 день в/в капельно., с 16.10.2021 по 18.10.2021

Месна 600 мг. в/в капельно. Внутривенно капельно, 1 раз в сутки днем, 3 дня

Примечание: добавить во флакон с Циклофосфамидом
Показания к применению: антидот Циклофосфамида, с 16.10.2021 по 18.10.2021
Трописетрон 5 мг. в/в инфузомат. Внутривенно струйно, 1 раз в сутки днем, 3 дня
Показания к применению: антиэметическая терапия, с 16.10.2021 по 18.10.2021

Противоопухолевая лекарственная терапия

Линия: неприменимо

Схема: sh9001 Прочие схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C15, C16, C18, C19, C20, C21, C22, C23, C24.0, C25, C30, C31, C32,

Вид противоопухолевой терапии: самостоятельная

Применение противоопухолевой терапии на этапах лечения: При лечении метастаза(ов)

Дата начала лечения: 14.10.2021; **Дата окончания лечения:** 18.10.2021

Описание лечения: Проведение по жизненным показаниям противорецидивного курса полихимиотерапии в качестве попытки лечения по индивидуальной схеме: -Циклофосфамид 250 мг/м² 1-5 день в/в капельно (на фоне Месна 120%), -Топотекан 0,75 мг/м² 1-5 день в/в капельно.

Описание лечения

04.10.2021г в объеме: Удаление метастаза правого легкого (атипичная резекция) (A16.09.013).

Состояние соответствует срокам и объему перенесенного оперативного вмешательства.

С 14.10.2021г проведен 1 курс полихимиотерапии по схеме:

-Циклофосфамид 250 мг/м² 1-5 день в/в капельно (на фоне Месна 120%),

-Топотекан 0,75 мг/м² 1-5 день в/в капельно. Химиотерапию перенес удовлетворительно.

Трансфузия концентрата тромбоцитов 27.10.2021г.

Состояние при выписке

Объективный статус.

Рост/длина тела: 171 см; Масса тела: 66 кг; Температура: 36,5 °C; ИМТ: 22,5 кг/кв.м; Площадь поверхности тела: 1,77 кв.м;

Общее состояние: тяжелое по основному заболеванию, обусловлено степенью распространенности опухолевого процесса, рефрактерностью на фоне комбинированной терапии (проведено 4 линии).

Обще-соматический статус средней степени тяжести, стабильное. Сознание: ясное. Конституция: нормостенический. Питание: удовлетворительное. Дополнительные сведения: Ребенок контактный,

на осмотр реагирует адекватно. Аппетит сохранен. Энтеральное питание усваивает. Не лихорадит. Состояние кожных покровов, видимых слизистых, лимфатических узлов.

Местный, локальный статус.

Локальный статус: 1. Левая нижняя конечность ампутирована. Ходит, опираясь на костыли.

2. Послеоперационные рубцы в области грудной клетки без признаков воспаления.

3. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

4. При контрольном КТ ОГК множественные метастазы в обоих легких.

Исход и результат госпитализации

Исход госпитализации: ухудшение

Результат госпитализации: выписан из стационара

Проведённое лечение первичной опухоли: радикальное, неполное

Причины незавершённости радикального лечения: Отрицательная динамика заболевания на фоне лечения

Дополнительная информация: Адрес (постоянной) регистрации по месту жительства: Приморский край, г. Большой Камень, ул. Приморского Комсомола д. 41, кв 60.

Родители: мать Хасанова Яна Владимировна, 18.04.1983 г.р., телефон - 8 (984) 156-94-64.

Цель госпитализации: ПХТ. Код ОМС: 190260.

- Гистологическое заключение от 21.07.2020г: во всех кусочках картина остеобластной саркомы.

- ИГХ от 03.08.2020г: Остеогенная саркома, остеобластический тип, инфильтрирующий рост, высокая митотическая активность. Стадия метастазирования.

- Гистологическое исследование № P00267_21 от 18.02.2021г с Морозовской ДГКБ: Микроописание: в доставленном материале определяется опухолевая ткань без капсулы поражающая бедренную кость на всем протяжении с выраженными посттерапевтическими изменениями (очаги некроза и фиброза), занимающими около 85-95%, витальный компонент представлен клетками крупного и среднего размера с анаплазированными ядрами и с различным ядерно-цитоплазматическим соотношением. Опухоль инвазирует костномозговой канал с деструкцией кортикального слоя с инвазией в мышечную ткань. В межклеточном матриксе определяется тканевой компонент представленный как обширными участками незрелого гиалинового хряща с атипичными клетками, имеющими анаплазированные ядра, так и остеидным компонентом с очагами минерализации.

Переходные участки между опухолевым остеоидом и стромой нечеткие. Заключение: Морфологическая картина конвенциональной остеосаркомы, остеобластический вариант. Лечебный патоморфоз 3 степени.

- Флюорография матери от 10.09.2021г: органы грудной полости без патологии.
- Группа крови: В(III) третья, Rh-фактор: положительный, C+c+Cw-D+E-e+K-.
- ВИЧ: отрицательный от 01.10.2021г.
- HBs-Ag: отрицательный от 01.10.2021г.
- HCV-Ag: отрицательный от 01.10.2021г.
- Сифилис: отрицательный от 01.10.2021г.
- Контакты с инфекционными больными в период госпитализации: не было

Заключение

28.09.2021г. ПРОВЕДЕН КОНСИЛИУМ с участием: руков. науч. отдела, профессор Шароева Т.А., зав. ОО№1 профессора Ивановой Н.М., детских онкологов и хирургов отделения: пациенту с основным диагнозом: С40.2 Остеосаркома дистального эпиметадиафиза левой бедренной кости. Метастазы паховые л/у, множественные метастазы в легких. Состояние после комбинированного лечения (открытая биопсия опухоли, 4 курса неоПХТ, экзартикуляция левой нижней конечности от 04.02.2021г., двусторонняя торакотомия, атипичная резекция легких, 4 курса аПХТ). Прогрессирование заболевания по легким. Состояние после 1 курса ПХТ препаратами 2-й линии (ССЕ+HDMtx). Дальнейшее прогрессирование по легким. Состояние после 1 курса ПХТ препаратами 3-й линии (Гемцитабин+Доцетоксел), при контрольном КТ ОГК выявлено дальнейшее прогрессирование опухолевого процесса по легким (увеличение размеров некоторых очагов, вновь появившиеся очаги). Учитывая рефрактерность опухоли на фоне проводимой химиотерапии препаратами трех линий, рекомендовано следующим этапом провести хирургическое удаление метастатических очагов обоих легких с дальнейшим морфологическим исследованием.

07.10.2021 ОПЕРАЦИЯ в объеме: Удаление метастазов правого легкого (атипичная резекция) (A16.09.013) лобэктомия верхней и/или средней доли выполняться не будет из-за обширного метастатического поражения левого легкого, интраоперационно возможно удаление наиболее крупных метастазов. С матерью проведена беседа о высокой травматичности оперативного вмешательства, согласие матери получено на оперативное лечение.

Гистологическое заключение от 11.10.2021г. ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» №H02307_21: Исследуемый материал представлен фрагментом ткани легкого с очагом патологической ткани. Опухолевая ткань представлена элементами среднего и крупного размера, с различным ядерно-цитоплазматическим соотношением и анаплазированными ядрами. В межклеточном пространстве отмечаются участки с костной дифференцировкой, представленные патологическим остеоидом. Заключение: морфологическая картина не противоречит клиническим данным - метастаз остеосаркомы.

Удаление метастазов правого легкого (атипичная резекция) (A16.09.013) лобэктомия верхней и/или средней доли выполняться не будет из-за обширного метастатического поражения левого легкого, интраоперационно возможно будет выполнена термоабляция наиболее крупных метастазов. С матерью проведена беседа о высокой травматичности оперативного вмешательства, согласие матери получено на оперативное лечение.

14.10.2021г. решением консилиума по жизненным показаниям в качестве попытки лечения по индивидуальной схеме начат 1 курс ПХТ препаратами 4-й линии:

-Циклофосфамид 250 мг/м² 1-5 день в/в капельно (на фоне Месна 120%),

-Топотекан 0,75 мг/м² 1-5 день в/в капельно,

(с пересчетом доз химиопрепаратов, учитывая ранее проведенную ампутацию левой нижней конечности), без проведения сопроводительной инфузионной терапии, учитывая послеоперационный период и метастатическое поражение легких.

Введение препаратов перенес удовлетворительно. Лечение осложнилось гематологической токсичностью 3-4ст. Трансфузия концентрата тромбоцитов 27.10.2021г.

21.10.2021г. проведен консилиум с участием: главного врача, д.м.н., профессора Ковалева Д.В., зав. онкологическим отделением №1, д.м.н., профессора Ивановой Н.М., зав. научного отдела, д.м.н., профессора Шароева Т.А., врачей-детских онкологов Корнеевой А.В., Евстафиевой М.М., лечащего врача Юрченко М.Ю., секретаря "НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ", к.м.н. Мещеряковой Т.И.: ребенку признан инкурабельным, выставлена IV клиническая группа, II группа паллиативной помощи.

По данным КТ ОГК от 29.10.2021г (НМИЦ онкологии им Н.Н. Блохина): множественные мтс по обоим легким, дальнейшая ротрицательная динамика в виде увеличения размеров и количества метастатических очагов.

По согласованию с зав. отделения Ивановой Н.М. пациент выписывается из отделения в стабильном состоянии под наблюдение онколога, педиатра и врача паллиативной помощи по м/ж.

Пациент в стабильном общесоматическом состоянии, в ОАК дальнейшая тенденция к восстановлению.

Возможно продолжение противоопухолевой терапии с паллиативной целью (если предложат альтернативные схемы/операции в других лечебных учреждениях).

Рекомендации

Наблюдение специалистов:

Врач - педиатр: контроль состояния, лабораторных анализов, рентгенологических методов исследования

Врач - детский онколог: оценка состояния ребенка, онкологического статуса

Врач - детский хирург: по показаниям, пациент после проведенной хир. вмешательства на легкие, по данным КТ незначительные проявления плеврита, риск возникновения гидро-пневмоторакса

Дополнительно:

1. Контроль ОАК и б/х анализа крови 1 раз в три дня и по показаниям, при снижении показателей крови ниже критических проведение коррекции (трансфузия компонентов крови, системная а/б и противогрибковая терапии), контроль электролитов.

2. Проведение контрольного Rg/КТ ОГК для оценки состояния легочных полей, при нарастании плеврита, развитии жизнеугрожающих состояний, госпитализация в специализированные учреждения.

3. В настоящий момент показано проведение метродомной химиотерапии с поддерживающей целью по месту жительства по схеме:

Циклофосфамид 30 мг/м² с 1 по 21 день per os; Метотрексат 10 мг/м² с 21 по 42 день per os 2 раза в неделю.

4. Прогноз по заболеванию и для восстановления здоровья – неблагоприятный.

5. Пациенту показано проведение паллиативного лечения в полном объеме по месту жительства.

Далее даны рекомендации по оказанию паллиативной помощи:

1. Согласно порядку об оказании паллиативной помощи №401Н от 28.06.2018г. паллиативная симптоматическая терапия оказывается пациенту в амбулаторном режиме. Выписка необходимых препаратов, в т.ч., опиоидных анальгетиков и бензодиазепинов осуществляется лечащим врачом по месту жительства (т.е. врачом-педиатром).

2. При неэффективности НПВС в моно режиме – назначение трамадола в дозе 50 мг x 3 p/сут (через рот), при недостаточной эффективности повышение дозы до 100 мг x 4 раза в день (через рот) в сочетании с НПВС (максимальная суточная доза трамадола 400 мг).

При неэффективности НПВС и трамадола назначение морфина гидрохлорида в стартовой дозе 5 мг x 4 p/сут (строго каждые 6 часов) подкожно (не внутримышечно!), при необходимости повышение дозы до 5 мг x 6 p/сут (строго каждые 4 часа) подкожно (не внутримышечно!). Доза при прорывных болях 5 мг, вводится по требованию.

Необходимая доза морфина гидрохлорида пересчитывается ежедневно путем суммирования базовой дозы и дозы, введенной на прорывные боли.

При подборе необходимой дозы парентерального морфина гидрохлорида возможен переход на трансдермальную систему с фентанилом или морфина сульфат пролонгированного действия в капсулах или таблетках.

Переход на морфина сульфат пролонгированного действия в капсулах или в таблетках: суточная доза морфина гидрохлорида, вводимая п/к, умножается на 3, полученная суточная доза дается за 2 приема. Так, если пациент получает 40 мг морфина гидрохлорида в сутки подкожно, то суточная доза морфина сульфата в капсулах (или таблетках) составит $40 \times 3 = 120$ мг (60 мг x 2 p/d) p.o. Капсулы морфина сульфата можно открывать и смешивать с не горячим питьем/едой. Нарушать целостность таблеток (разламывать их) нельзя.

Переход на трансдермальную систему с фентанилом: 2-х ступенчатый перерасчет.

Необходимо перевести дозу подкожно вводимого морфина гидрохлорида на дозу перорального морфина сульфата (умножить суточную дозу на 3). Так, если пациент получает 40 мг морфина гидрохлорида в сутки подкожно, то суточная доза перорального морфина сульфата составит $40 \times 3 = 120$ мг p.o.

Полученная доза перорального морфина сульфата делится на 3, что составит необходимую дозу (размер) пластыря. Если пациент получает 120 мг морфина сульфата p.o., то доза (размер) пластыря составит $120:3 = 40$. Доза округляется в большую сторону до имеющейся в наличии трансдермальной системы. В России доступны трансдермальные системы с дозой 12,5 мкг/час, 25 мкг/час, 50 мкг/час, 75 мкг/час, 100 мкг/час. Трансдермальная система наклеивается на 72 часа, пластырь резать нельзя. В первые 18 часов после наклеивания 1-й трансдермальной системы продолжается плановое обезболивание морфина гидрохлоридом короткого действия подкожно.

Дозы анальгетиков могут прогрессивно увеличиваться, зависят от потребностей ребенка и ограничены только жизнеугрожающими побочными эффектами препаратов!

Применение тримеперидина в случае хронического обезболивания у детей противопоказано в связи с нейротоксичностью его метаболитов!

3. Терапия нейропатического компонента боли:

Габалентин: 300 мг x 3 р/д. При недостаточном эффекте ступенчатое повышение дозы до достижения адекватного анальгетического эффекта (максимальная доза 3600 мг в сутки).

При недостаточном эффекте добавление 2-го препарата:

Амитриптилин: 25 мг x 2 р/д. При недостаточном эффекте ступенчатое повышение дозы до достижения адекватного анальгетического эффекта, максимальная доза 100 мг.

4. Противосудорожная терапия:

При развитии судорог ребенок должен получить диазепам в дозе 10 мг внутримышечно. В связи с необходимостью купирования судорог максимально быстро, целесообразно иметь парентеральный диазепам родителям на руках.

- На первый же эпизод судорог ребенок должен начать плановую противосудорожную терапию левитирацетамом в дозе 1000 мг x 2 раза в день через рот.

- Продолжить плановую терапию дексаметазоном в дозе 8 мг x 1 раз в день через рот или в/в.

5. В случае развития дыхательной недостаточности:

- Дексаметазон 4 мг x 3 раза в день р.о.

- Ингаляционная терапия: будесонид 500 мкг x 3 р/д через небулайзер.

- Использование кислородного концентратора и мониторинг сатурации по показаниям.

6. Сопроводительная терапия:

- Ингибиторы протонной помпы на все время назначения дексаметазона: омепразол 20 мг x 1 р/д или другие.

- Слабительные препараты на все время назначения опиоидных анальгетиков (предпочтительнее использовать не лактулозу, а препараты пикосульфата натрия или макрогол в возрастных дозировках).

- При возникновении тошноты/рвоты на фоне терапии опиоидами: ондансетрон 8 мг x 3 раза в день.

- При развитии зуда на фоне терапии морфина гидрохлоридом: гидроксизин 25 мг x 3 р/д.

7. При развитии психомоторного возбуждения при дальнейшей прогрессии опухоли:

- Диазепам 10 мг x 4 р/д в таблетках с возможным переходом на перентеральное введение в той же дозе.

8. С учетом риска усугубления кахексии у ребенка с диссеминированной прогрессией злокачественной опухоли показано плановое назначение питательных смесей методом сиппинга. Ребенок должен получать смеси с калорийностью 1,5 ккал/мл в объеме 1000 мл в сутки в постоянном режиме.

9. Постановка назо-гастрального зонда при нарастании бульбарных нарушений

10. Санация верхних дыхательных путей по показаниям.

11. При невозможности самостоятельного перемещения при дальнейшей прогрессии опухоли – использование функциональной кровати и инвалидного кресла-каталки.

Данные о трудоспособности

В листке нетрудоспособности не нуждается.

Сведения о лечащем враче и заведующем отделением

ФИО врача: Юрченко Мария Юрьевна / Врач - детский онколог

ФИО Заведующего отделением: Иванова Надежда Михайловна / Заведующий онкологическим отделением - врач - детский онколог

По уходу за ребенком круглосуточно в стационаре находил(ся)ась родитель, Хасанова Яна Владимировна

Врач-детский онколог /  / АДУЕВА УМА ГАСАНОВНА

Врач-ординатор /  / ИВАНОВА ЕВГЕНИЯ АЛЕКСАНДРОВНА

Заведующий отделением - врач-детский онколог /  / ИВАНОВА НАДЕЖДА