



ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
115522 Москва, Каширское шоссе, д. 24
ОГРН 1037739447525

МК № 2023/1925-37
02.04.2025 10:00

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Пациент: Колосов Богдан Вячеславович (муж.), 14.03.2011 (14) Проживающий(ая) по адресу: Россия, г. Москва.
Группа крови: A (II); **Резус-фактор:** Rh(-);
Анализы на ВИЧ, HBS Ag, HCV Ab, RW: Отрицательные; **Дата определения:** 11.10.2024;
Находился(ась) на стационарном лечении с 27.03.2025 г. время: 09:56 **по** 02.04.2025 г. время: 11:00 в 05.07.00.00.00. Детское онкологическое отделение № 2 (химиотерапии опухолей опорно-двигательного аппарата)
Форма оказания медицинской помощи: плановая - 1
Клиническая группа: II

Диагноз

Основной клинический диагноз: C40.2 Саркома Юинга правой большеберцовой кости. T2N0M0. Стадия II по AJCC. Биопсия образования правой голени от 05.05.2023г. Специальная терапия по протоколу EuroEwing-2012г с 25.05.2023г.: 9 курсов нПХТ. Резекция правых большеберцовой и малоберцовой костей с замещением дефекта 3D-имплантатом от 19.10.2023г. Лучевая терапия на первичное распространение опухоли в мягких тканях, с захватом оставшейся части большеберцовой кости РОД 2,7 Гр СОД 55,2 Гр. Вторая линия ПХТ с 17.11.2023г. по 31.05.2024г. (VIT): 10 курсов аПХТ. Замена спейсера, санация ложа спейсера, резекция правой большеберцовой кости от 11.07.2024г. Удаление спейсера, установка аспирационной вакуум-системы в области ложа удаленного спейсера от 22.08.2024г. Удаление вакуум-системы, установка спейсера от 30.08.2024г. Удаление спейсера с замещением дефекта раздвижным неинвазивным эндопротезом правого коленного сустава и укрыванием перемещенным кожным лоскутом на сосудистой ножке от 05.11.2024г. Ишемия кожного лоскута. Состояние после оперативного вмешательства в объеме ампутации правой нижней конечности на уровне нижней трети правого бедра от 12.11.2024г. Рецидив 1 метастатический (метастазы в легких). Торакотомия, атипичная резекция правого легкого от 03.03.2025г. Специальная терапия по протоколу RESTART 2020 группа ранних рецидивов с 06.03.2025г.: 1 курс ПХТ по схеме ICE.

Заключительный диагноз: C40.2 Саркома Юинга правой большеберцовой кости. T2N0M0. Стадия II по AJCC. Биопсия образования правой голени от 05.05.2023г. Специальная терапия по протоколу EuroEwing-2012г с 25.05.2023г.: 9 курсов нПХТ. Резекция правых большеберцовой и малоберцовой костей с замещением дефекта 3D-имплантатом от 19.10.2023г. Лучевая терапия на первичное распространение опухоли в мягких тканях, с захватом оставшейся части большеберцовой кости РОД 2,7 Гр СОД 55,2 Гр. Вторая линия ПХТ с 17.11.2023г. по 31.05.2024г. (VIT): 10 курсов аПХТ. Замена спейсера, санация ложа спейсера, резекция правой большеберцовой кости от 11.07.2024г. Удаление спейсера, установка аспирационной вакуум-системы в области ложа удаленного спейсера от 22.08.2024г. Удаление вакуум-системы, установка спейсера от 30.08.2024г. Удаление спейсера с замещением дефекта раздвижным неинвазивным эндопротезом правого коленного сустава и укрыванием перемещенным кожным лоскутом на сосудистой ножке от 05.11.2024г. Ишемия кожного лоскута. Состояние после оперативного вмешательства в объеме ампутации правой нижней конечности на уровне нижней трети правого бедра от 12.11.2024г. Рецидив 1 метастатический (метастазы в легких). Торакотомия, атипичная резекция правого легкого от 03.03.2025г. Специальная терапия по протоколу RESTART 2020 группа ранних рецидивов с 06.03.2025г.: 2 курса ПХТ по схеме ICE.

Стадия опухолевого процесса: II T2 N0 M0

Морфологические исследования

03.03.2025 Цитологическое исследование тканей нижних дыхательных путей: 2 стекла
№ 2025/4104 Доставлено 2 стеклопрепарата полученный при биопсии легкого. Окраска по Лейшману.
Маркировка №4104/25. МКБ-0: В полученном материале обнаружены клетки соответствуют мелкокруглоклеточному злокачественному новообразованию. С учетом анамнеза не противоречит метастазу саркомы Юинга. МКБ-10: Гистологическое исследование; Патолого-анатомическое исследование 4-категории сложности биопсийного (операционного) материала (1 кусочек) (детство) от: 12.11.2024 № 40888/24; Правая нижняя конечность, резецированная на границе дистальной и средней трети правого бедра, протяженностью 67 см. При осмотре на передне-боковой поверхности голени определяется массивная ушитая послеоперационная рана, с наличием включенного кожного лоскута, с признаками некротических изменений в ткани лоскута. На разрезе в проекции указанной послеоперационной раны определяется сформированная полость вокруг установленного ранее эндопротеза, замещающего проксимальный эпиметадиафиз

Решением врачебной комиссии ребенок госпитализирован в детское отделение хирургических методов лечения №2 (опухолей торакоабдоминальной локализации и опорно-двигательного аппарата) для проведения проведения оперативного вмешательства в объеме установки вакуум-системы.

При поступлении ребенок афебрилен. Из очагов инфекции на уровне средней трети послеоперационной раны отмечалась зона нарушения МЦК, некроз кожного лоскута, диастаз краёв раны отделяемое жёлто-зелёного цвета.

22.08.2024г. проведено оперативное вмешательство в объеме удаления спейсера, санации ложа спейсера, установки вакуум-системы. Взяты посевы мягких тканей и отделяемого операционной раны - в работе. Проводилась инфузионная и анальгетическая терапия, а также продолжена антибактериальная профилактика согласно чувствительности (Пиперациллин/тазобактам, Амикацин). Ранний послеоперационный период протекал гладко: ребёнок не лихорадил, болевой синдром не был выражен.

23.08.2024г. пациент обсужден совместно с клин. фармак. Алимовой Э.Э., рекомендовано продолжение антимикробной терапии в прежнем объеме.

26.08.2024г. проведено оперативное вмешательство в объеме санации ложа спейсера, замены вакуум-системы. Проводилась инфузионная и анальгетическая терапия, а также продолжена антибактериальная профилактика согласно чувствительности (Пиперациллин/тазобактам, Амикацин). Ранний послеоперационный период протекал гладко: ребёнок не лихорадил, болевой синдром не был выражен.

27.08.2024г. получены результаты микробиологического исследования от 22.08.2024г., выявлен рост *Enterococcus faecium* $1 \cdot 10^5$, *Proteus mirabilis*. Пациент обсужден с клин. фармак. Алимовой Э.Э., учитывая результаты посевов и согласно чувствительности рекомендована эскалация антимикробной терапии: Линезолид 600 мг х 2 р/сут, планируемая длительность терапии 5 суток. Определение дальнейшей тактики антимикробной терапии запланировано по результатам микробиологического исследования от 26.08.2024г.

30.08.2024г. получены результаты микробиологического исследования от 26.08.2024г., выявлен рост *Enterococcus faecium* $1 \cdot 10^4$, проведено обсуждение антимикробной терапии совместно с зав. отд. клин. фармак. д.м.н. Елифановой Н.Ю. Согласно чувствительности рекомендовано продолжить терапию Линезолидом 600 мг х 2 р/сут, суммарная планируемая длительность терапии 14 суток. Определение дальнейшей тактики антимикробной терапии запланировано по результатам микробиологического исследования от 30.08.2024г.

30.08.2024г. проведено оперативное вмешательство в объеме удаления вакуум-системы с замещением дефекта спейсером. Взят посев аспирационной губки установленной в операционной ране - выявлен рост *Enterococcus faecium* $1 \cdot 10^5$ в 5 степени. Проводилась инфузионная и анальгетическая терапия, а также продолжена антибактериальная профилактика согласно чувствительности (Линезолид). Ранний послеоперационный период протекал гладко: ребёнок не лихорадил, болевой синдром не был выражен.

10.09.2024г. проведено обсуждение антимикробной терапии совместно с зав. отд. клин. фармак. д.м.н. Елифановой Н.Ю.: учитывая удовлетворительный соматический статус, стабилизацию инфекционного очага (послеоперационная рана), стабильную клиническую картину (отсутствие лихорадки, отрицательные провоспалительные маркёры), принято решение о дезэскалации антибактериальной терапии: Линезолид - отменён.

С-реактивный белок (СРБ) от 12.09.2024г. - 1,1 мг/л.

Проводятся ежедневные смены асептической повязки в области диастаза. Гиперемии краёв раны не отмечается. 10.09.2024г. отделяемое повторно взято на микробиологическое исследование - роста флоры не выявлено. Ребёнок стабилен, фебрилен.

23.09.2024г. отделяемое взято на повторное микробиологическое исследование (в работе).

24.09.2024г. пациент обсужден совместно с врачом-клин.фармакологом Козакевич Д.Р. Учитывая стабильный соматический статус, отсутствие эпизодов лихорадки и признаков интоксикации, отсутствие отрицательной динамики в местном статусе, рекомендовано на данном этапе антибактериальной терапии не проводить. При подъёме температуры тела до 38 С и выше начать Линезолид 600 мг х 2 р/сут. А также при получении результатов микробиологического исследования от 23.09.2024г. - повторное обсуждение и назначение противомикробной терапии согласно чувствительности.

25.10.2024г. пациент обсужден совместно с зав.отд.клин.фармакологии, д.м.н. Елифановой Н.Ю. и врачом-клин.фармакологом Козакевич Д.Р.

неспецифическим накоплением РФП.

Желудок пуст, стенки его не изменены. Отмечается диффузное накопление РФП в луковице ДПК SUVmax 4,47, без достоверных изменений на КТ-сканах – воспалительного либо неспецифического характера.

Печень несколько увеличена, ККР 170 мм. Структура паренхимы однородная, без видимых патологических изменений. Плотность паренхимы диффузно понижена до Желчный пузырь не увеличен, содержимое без рентгеноконтрастных конкрементов.

Селезенка несколько увеличена, ККР 119 мм, контуры ее ровные и четкие, внутренняя структура однородная. Поджелудочная железа обычных размеров, структура однородная. Панкреатический проток не расширен.

Надпочечники не увеличены, без явных узловых образований. Положение, форма и размеры почек не изменены. Контуры их ровные, четкие, структура однородная. Чашечно-лоханочные системы и мочеточники не расширены, рентгеноконтрастные конкременты не определяются.

Определяется неравномерное локальное накопление в области илеоцекального угла SUVmax 6,1 – неспецифические изменения. В брыжейке слепой кишки параколические лимфоузлы размером до 6 мм по короткой оси, с реактивным накоплением РФП SUVmax 1,09.

Лимфатические узлы брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза не увеличены.

Свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости и в полости малого таза не выявлено.

Предстательная железа не увеличена, структура однородная. Яички в мошонке, без очагов фиксации РФП, отмечается кальцинат оболочки правого яичка до 3 мм.

Отмечается физиологическое выведение РФП по мочевыводящим путям, физиологическое накопление в миокарде, мышцах фонации, лимфоидной ткани ротоглотки.

Заключение

на момент исследования определяется:

- локальный очаг деструкции по задней поверхности опи́ла большеберцовой кости, с локальным накоплением РФП – данные изменения вероятно соответствуют рецидиву.

- диффузное накопление РФП в перипротезных мягких тканях, с отёком и полоской жидкости, а также диффузное накопление РФП по кортикальному слою большеберцовой кости, ниже опи́ла, на уровне ножки протеза – дифференцировать с неспецифическим (воспалительным, реактивным) накоплением.

- умеренный метаболизм РФП в одиночном подколенном лимфатическом узле справа, а также в единичных правых паховых лимфатических узлах, с сохранённой анатомической структурой – вероятно реактивного характера, дифференцировать со вторичными изменениями, рекомендован контроль, морфологическая верификация при необходимости.

В других отделах на момент исследования данные о наличии опухолевой ткани с гиперметаболической активностью ^{18}F -ФДГ не получены.

11.07.2024г. выполнено оперативное вмешательство в объёме замены спейсера, санации ложа спейсера, резекции правой большеберцовой кости.

Фрагмент фиброзной капсулы спейсера, а также иссечённый рубец отправлены на микробиологическое исследование. По результатам также выявлен рост *Proteus mirabilis* $1 \cdot 10^8$ в 8 степени (S к Амикацину, Пиперациллину/тазобактаму и Меропенему).

Резецированный участок большеберцовой кости и фрагмент костного мозга из края опи́ла отправлены на гистологическое исследование. По данным гистологического исследования № 24481/24 от 19.07.2024г. в пределах исследованного материала элементов опухолевого роста не обнаружено

12.07.2024г. выполнена рентгенография правой нижней конечности для уточнения положения спейсера: данных за вывих нет, спица находится в костно-мозговых каналах.

16.07.2024г. выполнено УЗИ мягких тканей правой голени: перипротезно по медиальной поверхности определяется слой жидкости до 5 мм от верхней трети до средней трети голени.

17.07.2024г. выполнена пункция ложа спейсера (№ 1). Эвакуировано 28 мл жидкости. По данным цитологического исследования количество лейкоцитов в аспирате составило $6,8 \cdot 10^9/\text{л}$. При микробиологическом исследовании роста флоры не выявлено.

22.07.2024г. выполнена повторная пункция ложа спейсера (№ 2). Эвакуировано 135 мл геморрагической жидкости. По данным цитологического исследования количество лейкоцитов в аспирате составило $6,5 \cdot 10^9/\text{л}$. При микробиологическом исследовании роста флоры не выявлено.

25.07.2024г. выполнено повторное УЗИ мягких тканей правой голени: В мягких тканях правой голени, медиально в верхней трети, определяется гипозоногенная зона с мелкими жидкостными участками общим объёмом до 15 мл.

26.07.2024г. выполнена повторная пункция ложа спейсера (№ 3). Эвакуировано 8 мл жидкости. По данным цитологического исследования количество лейкоцитов в аспирате составило $4,4 \cdot 10^9/\text{л}$. При микробиологическом исследовании роста флоры не выявлено.

Учитывая наличие очага хронической инфекции в области ложа спейсера, а также принимая во внимание чувствительность к антибактериальным препаратам микроорганизмов, полученных при микробиологическом исследовании отделяемого раны (*Proteus mirabilis* $1 \cdot 10^8$ в 8 степени), рекомендовано назначение следующей схемы противомикробной терапии:

1. Меропенем в дозировке 40 мг/кг x 3 р/сут в течение минимум 7 дней до оперативного вмешательства
2. Даптомицин 5 мг/кг x 1 р/сут в течение минимум 7 дней до оперативного вмешательства.

05.11.2024г. выполнено оперативное вмешательство в объеме удаления спейсера с замещением дефекта раздвижным неинвазивным эндопротезом правого коленного сустава фирмы ImplantCast (Германия) с укрыванием перемещенным кожным торакодорзальным лоскутом на сосудистой ножке.

16.10.2024 Сканирование костей всего тела

На обзорных скинтиграммах определяется повышенное накопление радиофармпрепарата (РФП) в области дистальной части правой бедренной кости и опилов правой большеберцовой кости. Лонные и, частично, седалищные кости не визуализируются из-за экранирования накоплением РФП в мочевом пузыре.

В других отделах скелета – без видимой очаговой патологии.

Заключение: По сравнению с предыдущим исследованием сохраняется диффузная гипераккумуляция в месте опилов правой большеберцовой кости и появление гипераккумуляции РФП в правой бедренной кости.

В бедренной кости, скорее всего, реактивные поствоспалительные и постоперационные изменения.

Изменения в опилов правой большеберцовой кости дифференцировать невозможно.

Для визуализации костей таза в полном объеме проведена однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ).

16.10.2024 Однофотонная эмиссионная компьютерная томография

Вторым этапом проведена однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ) таза:

На реконструированных ОФЭКТ-томограммах очагов патологического накопления радиофармпрепарата (РФП) в костях таза не определяется.

Заключение: Признаков очагового поражения костей таза не выявлено.

18.10.2024 Компьютерная томография одной зоны опорно-двигательного аппарата с захватом двух смежных суставов (кроме кисти, стопы) с внутривенным контрастированием. Правая нижняя конечность укорочена. Металлическая часть спейсера установлена в нижней трети правого бедра и оставшейся части правой большеберцовой кости, между ними установлена цементная часть спейсера с упорной площадкой в межвертельной области дистального эпифиза правой бедренной кости и в области линии опилов оставшейся части правой большеберцовой кости. Положение цементных элементов спейсера с незначительным медиальным смещением относительно оставшейся части правой большеберцовой кости. Сосуды правой нижней конечности без особенностей. Патологического накопления контрастного препарата в мягких тканях правого бедра и правой голени не выявлено.

Заключение: Послеоперационные изменения правой нижней конечности.

08.11.2024г. пациент осмотрен совместно с д.м.н., в.н.с., Соколовским В.А., д.м.н., с.н.с., Болотиным М.В., к.м.н. Дзампаевым А.З. В области краёв раны отмечается потемнение кожи, образование корок. Перемещенный кожный лоскут бледного цвета, ишемизирован, после укола игла не кровоточит. Без отрицательной динамики за сутки.

Принято решение о дальнейшем наблюдении и ежедневной оценки динамики со стороны перемещенного кожного лоскута.

Пациент находился под наблюдением дежурного врача в течение выходных дней, проводились ежедневные перевязки. При осмотре 11.11.2024г. отмечалась выраженная отрицательная динамика в виде пожелтения перемещенного кожного лоскута, увеличение областей потемнения, а также в области лоскута кожный покров стал грубым, с коркой на поверхности.

Пациент осмотрен совместно с д.м.н., в.н.с., Соколовским В.А., д.м.н., с.н.с., Болотиным М.В., к.м.н. Дзампаевым А.З. Принято решение о проведении оперативного вмешательства 12.11.2024г. в объеме удаления перемещенного кожного лоскута.

Пациент также обсужден с зав.отд. клин.фармакологии, д.м.н. Елифановой Н.Ю. и врачом-клин. фармакологом Козакевич Д.Р.

Учитывая микробиологические данные, рекомендована персонализированная периоперационная профилактика Цефтазидимом/авибактамом 2,5 мг (инфузия 2 часа) x 3р/сут + Даптомицином 5 мг/кг 1 р/сут, продленная до 5 суток.

Терапия проведена с 12.11.2024г. по 17.11.2024г.

В гемограмме от 11.11.2024г. отмечается анемия II степени, на этом фоне проявления анемического синдрома. Проведена трансфузия облучённой эритроцитной взвеси A (II) Rh - (отр.). Перенёс без нежелательных реакций.

12.11.2024г. выполнено оперативное вмешательство в объёме ампутации правой нижней конечности на уровне нижней трети бедра. Швы состоятельные, наложена асептическая повязка. Дренаж удалён 14.11.2024г. В месте установки наложена асептическая повязка.

18.11.2024г. выполнено УЗИ мягких тканей в области ампутации: Мягкие ткани культи правого бедра диффузно неоднородные, отечные, с жидкостными прослойками толщиной до 3 мм. На этом фоне дополнительные объемные образования не выявлены.

Также выполнена рентгенография правой нижней конечности: Остеопороз оставшейся проксимальной части правой бедренной кости (~ 28,0 см).

Линия опиала диафиза правой бедренной кости четкая ровная.

Находился на динамическом наблюдении.

При контрольном обследовании: пересмотр РКТ ОГК от 10.02.25г. метастатическое поражение легких.

21.02.25г. выполнена ПЭТ КТ всего тела:

- в лёгких отмечается появление множественных мягкотканых метаболически активных образований – вероятно, вторичного характера, прогрессирование.
- регресс повышенного метаболизма РФП в правых паховых лимфатических узлах – вероятно носил реактивный характер.
- диффузное накопление РФП в гиперплазированной ткани вилочковой железы – неспецифического характера, в рамках «thymic rebound hyperplasia».

3.03.2025г. выполнена торакотомия, атипичная резекция правого легкого. Послеоперационный период без особенностей.

По результату гистологического исследования - в легком метастаз недифференцированной мелкокруглоклеточной саркомы, вероятно, саркомы Юинга.

06.03.2025 По согласованию с зав. отделением химиотерапии № 2 к.м.н. Романцовой О.М. пациент переведен из хирургического отделения для специального лечения.

Проведен врачебный онкологический консилиум №16102334841322 во главе с зам. директором НИИ ДОиГ имени академика РАМН Л.А.Дурнова, к.м.н. Киргизовым К.И., зам. главного врача, к.м.н. Горбуновой Т.В., зав. отделением химиотерапии № 2 Романцовой О.М., врачом-детским онкологом, к.м.н. Хестановым Д.Б., заведующим отделением радиологии Григоренко В.А., лечащим врачом детским онкологом Хайрулловой В.В. Учитывая данные ПЭТ КТ от 21.02.2025г. В легких определяется появление множественных (не менее 10 с каждой стороны) округлых метаболически активных мягкотканых образований, контрольные: в доле непарной вены справа 11x7 мм, SUVmax 1,3, в S10 справа, на уровне базальной пирамиды, 6x5 мм, SUVmax 1,18, в S8 слева 6x5 мм, SUVmax 0,95; гистологического заключения № 8344/25 от 06.03.2025г. - в легком метастаз недифференцированной мелкокруглоклеточной саркомы, вероятно, саркомы Юинга, а также сроки прогрессирования, объем предшествующего лечения пациенту показано проведение терапии по протоколу RESTART 2020 группа ранних рецидивов.

Учитывая стабильный соматический статус, удовлетворительные клинико-лабораторные данные, показано проведение 1 курса ПХТ по схеме ICE.

С 06.03.2025 по 08.03.2025 проведен 1 курс 3-й линии ПХТ по схеме ICE:

1. Ифосфамид 2гр/м², 1-3 дни РД=3100 мг, СД=9300 мг.

2. Этопозид 100мг/м², 1-3 дни РД=155 мг, СД=465 мг.

3. Карбоплатин 500мг/м², 3 день РД=СД=775 мг.

На фоне сопроводительной терапии 3 л/м² и эметогенной терапии перенес удовлетворительно. Осложнения: лейкопения 3 ст.

Решением врачебной комиссии ребенок госпитализирован хирургическое отделение № 2 для проведения оперативного этапа лечения, затем переведен в детское онкологическое отделение № 2 (химиотерапии опухолей опорно-двигательного аппарата) для проведения специального лечения.

Жалобы при поступлении

на момент осмотра активных жалоб не предъявляет

Состояние при поступлении

Средней тяжести;

большеберцовой кости по задней поверхности определяется линейный отслоенный периостит длиной 11 см, мягкие ткани на этом уровне увеличены в объеме. Контуры периостальных наслоений прерывистые. Кортикальный слой сохранен.

24.04.2023 УЗИ правой голени: По передней поверхности большеберцовой кости в верхней ее трети на уровне эпифиза и метафиза отмечается неровность поверхности — бугристость. На остальном протяжении кожа, подкожная клетчатка и мягкие ткани эхографически не изменены. Патологических образований не выявлено. Заключение: нормальная эхокартина правой голени.

Направлен в РДКБ для дообследования и определения дальнейшей тактики.

03.05.2023 Обзорная рентгенография органов грудной клетки — без особенностей.

04.05.2023 МРТ таза с в/в контрастированием: МР-картина объемного образования верхней и средней трети диафиза большеберцовой кости размерами 155,3x62,7x63,5 мм (V~ 320 мл)

05.05.2023 Операция инцизионная биопсия образования области правой голени. 18.05.2023 Гистологическое заключение лаборатории ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» — Саркома Юинга.

23.05.2023 МРТ правой голени без и с КУ (Гадовист 7,5 мл) — В верхней и средней трети диафиза большеберцовой кости визуализируется объемное образование, размерами 158,0x73,4x64,8 мм (V~ 390 мл), распространяющееся в межкостный промежуток с полициклическими контурами, неровным четким контуром; по периферии фиксирующее парамагнетик после его введения, с деструкцией кортикального слоя протяженностью до 175,0 мм, толщиной до 13,6 мм, и реакцией костного мозга на этом уровне. Остальные мягкие ткани на уровне исследования — без особенностей. Заключение: МР-картина объемного образования исследования от 04.05.2023г. (увеличение размеров образования). Отрицательная динамика по сравнению с данными исследования от 04.05.2023г. (увеличение размеров образования).

С 25.05.2023г. по 27.05.2023г. проведен 1 курс нПХТ по протоколу EuroEwing-2012г.

Проведена ТМК с НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина, рекомендована госпитализация для продолжения специального лечения.

С 13.06.2023г. по 26.09.2023г. проведено еще 8 курсов нПХТ по протоколу EuroEwing-2012г.

19.10.2023 выполнено оперативное вмешательство в объеме резекции правой большеберцовой кости с замещением дефекта артикуляционным 3D-имплантом из костного цемента. Осложнения: вывих "спейсера" от 29.11.2023г.

С 27.10.2023г. по 31.10.2023г. проведен 1 курс аПХТ по протоколу Ewro-Ewing-2012.

По данным гистологического исследования № 35821/23 от 19.10.2023 г.: недифференцированная мелкокруглоклеточная саркома правой большеберцовой кости, может соответствовать саркоме Юинга, либо недифференцированной мелкокруглоклеточной саркоме с EWSR1-пол-ETS перестройкой. Признаки морфологического регресса после проведенной лекарственной терапии не обнаружены, жизнеспособны 100% клеток исследованной опухоли. В крае резекции правой большеберцовой кости обнаружены структуры опухоли.

02.11.2023г. проведена реинфузия ПСК. Перенес удовлетворительно.

17.11.2023г. Проведен врачебный онкологический консилиум в составе директора НИИ ДООГ имени академика РАН Л.А.Дурнова, профессором Варфоломеевой С.Р., зам. главного врача, к.м.н. Горбуновой Т.В., зав. отделением химиотерапии № 2 Романцовой О.М., лечащим врачом Хайрулловой В.В., врачом-детским онкологом, к.м.н. Хестановым Д.Б., заведующим отделением радиологии Григоренко В.А., Решением консилиума принято: Учитывая данные гистологического исследования № 35821 / 23 от 19.10.2023 г.: Признаки морфологического регресса после проведенной лекарственной терапии не обнаружены, жизнеспособны 100% клеток исследованной опухоли. В крае резекции правой большеберцовой кости обнаружены структуры опухоли. Учитывая резистентность от проведенной 1 линии ПХТ, нерадикальность оперативного лечения принято решение о смене 2 линии химиотерапии по схеме VIT. От предложенного оперативного лечения ампутации правой нижней конечности отец отказался. Дополнительной опцией лечения показано проведение лучевой терапии. Следующим этапом планируется проведение повторного хирургического лечения в объеме "удаление" спейсера" установка раздвижного эндопротеза коленного сустава.

С 17.11.2023г. по 31.05.2024г. проведено 10 курсов аПХТ 2 линии по схеме VIT.

24.11.2023г. Ребенок обсужден на консилиуме во главе с директором НИИ ДООГ имени академика РАН Л.А.Дурнова, профессором Варфоломеевой С.Р., зам. директора, к.м.н. Киргизова К.И., зам. главного врача, к.м.н. Горбуновой Т.В., заведующей отделением химиотерапии № 2 Романцовой О.М., врачом-детским онкологом, к.м.н. Хестановым Д.Б., заведующим отделением радиологии Григоренко В.А. врача трансфузиолога Степанян Н.Г. Согласно стандарту терапии основного заболевания в соответствии с перечнем заболеваний, при которых показано проведение ТГСК, учитывая группу высокого риска по онкологическому заболеванию, данные гистологического исследования № 35821 / 23 от 19.10.2023 г.: Признаки морфологического регресса после проведенной лекарственной терапии не обнаружены,

Рост: 163 см.; Вес: 55 кг; Площадь поверхности тела: 1.5781; ИМТ: 20.7008;

Средней тяжести; Индекс Карновского: 80 %;

Состояние при выписке: Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. Геморрагического синдрома, сыпи нет. Слизистые оболочки полости рта не гиперемированы. Чистые от налетов. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Гемодинамика стабильна. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не пальпируются, перистальтика выслушивается. Стул регулярный. Мочевыделение свободное, безболезненное, дизурических явлений нет.

Status locals: Состояние после оперативного вмешательства в объеме ампутации правой нижней конечности на уровне нижней трети правого бедра от 12.11.2024г. Послеоперационный рубец чистый без признаков воспаления.

Торакотомия, атипичная резекция правого легкого от 03.03.2025г. Послеоперационный рубец чистый без признаков воспаления.

Исход госпитализации

Исход госпитализации: улучшение

Источник финансирования по данной госпитализации: ВМП ГЗ

Рекомендации

1. Наблюдение онколога в условиях поликлиники НИИ ДООГ

2. ОАК и б/х не реже 2-3 р/неделю.

• При снижении уровня гемоглобина ниже 80 г/л, клинических признаках анемического синдрома - с заместительной целью трансфузия эритроцитной взвеси лейкоредуцированной облученной из расчета 10-15 мл/кг в/в капельно.

• При снижении уровня тромбоцитов ниже 20 тыс/мкл, клинических признаках геморрагического синдрома - с заместительной целью трансфузия тромбоконцентрата облученного в/в капельно из расчета 40 мл х 10 кг массы тела, с клеточностью не ниже $2,5 \times 10^{11}$.

• При снижении уровня лейкоцитов ниже $1,5 \times 10^9/\text{л}$ - стимуляция лейкоцитарного роста кроветворения препаратом Г-КСФ (Филграстим) из расчета 5 мкг/кг х 1 раз в день подкожно под контролем гемограммы.

• При развитии инфекционного синдрома на фоне химиоиндуцированной аплазии кроветворения рекомендована системная антибактериальная и противогрибковая терапия в условиях круглосуточного стационара..

3. Продолжить сопроводительную терапию:

- Ко-тримоксозол (Сульфаметоксазол + Триметоприм) (480 мг/таб.) по 1 таб. утром, 1 таб. вечером по схеме пн-ср-пят (3 р/нед)

- Обработка слизистой рта растворами антисептиков 5-6 раз в день.

4. Госпитализация в отделение химиотерапии №2 НИИ ДООГ для продолжения специального лечения 17.04.2025.

Для повторной госпитализации при себе иметь направление на консультацию и обследование по форме 057у (с номером и датой), срок действия направления 30 дней с момента выдачи; перечень анализов для родителя и ребенка (выдан отцу на руки).

По уходу за ребенком в отделении находился отец Колосов В. А., больничный лист с 27.03.2025 по 02.04.2025, продлен с 03.04.2025 по 08.04.2025

Лечащий врач: _____

Заведующий отделением: _____

Зам.гл.врача по мед.части НИИ
ДООГ: _____



Хайруллова Венера Вагизовна

Романцова Ольга Михайловна

Горбунова Татьяна
Викторовна

большеберцовой кости и дистальный эпиметадиафиз бедренной кости. Ткань, прилежащая к протезу, с признаками вторичных изменений. Ткани перифокально отечны, с многочисленными массивными кровоизлияниями. Мышцы серые, атрофичные. Расстояние от видимой границы измененной ткани до проксимальной линии резекции составляет не менее 4 см. При осмотре дистальной части нижней конечности кожные покровы и мягкие ткани без особенностей.

1 - края резекции нижней конечности, с участками, подозрительными в отношении опухолевой инфильтрации.

2 - в крае резекции нижней конечности признаки неопластического процесса не выявлены.

3. Ткани нижней конечности перипротезно с реактивными изменениями, явлениями атрофии. Определяются зоны фибриноидного некроза, очаги формирования грануляционной и рубцовой ткани. Признаки неопластического процесса не выявлены. МКБ-0: Морфологическая картина реактивных изменений.

Признаки неопластического процесса в исследованном материале, в том числе по линии резекции, не выявлены. ; Гистологическое исследование: Патолого-анатомическое исследование 1-категории сложности биопсийного (операционного) материала (1 кусочек) (детство) от: 12.07.2024 № 24481/24; 1 – фрагмент

трубчатой кости длиной 2.5 см. В просвете костномозгового канала костный мозг отсутствует, стенки костномозгового канала представлены плотной белесоватой тканью с бурыми свертками. На исследование взято пристеночное содержимое костномозгового канала.

2 – множественные пленчатые фрагменты ткани максимальным размером 0.7-2.5 см, белесовато-бурого цвета.

3. Зрелая грануляционная ткань с единичными костными балками с резорбцией, прилежащими бесструктурными эозинофильными массами с отложениями солей кальция.

4. Фрагменты фиброзной ткани с атрофичной скелетной мышцей, слабой хронической воспалительной инфильтрацией, микрокальцинатами, шовным материалом. К некоторым фрагментам прилежат бесструктурные эозинофильные массы с отложениями солей кальция. МКБ-0: В пределах исследованного материала элементов опухолевого роста не обнаружено. ; Гистологическое исследование: Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (1 маркер) (детство) от: 12.07.2024 № 24481/24; Фрагмент бурой ткани максимальным размером 0.9 см и фрагмент белесовато-желтой ткани треугольной формы размерами 1x0.7x0.2 см. Архива нет.

5. Фрагмент ткани солидно-альвеолярного строения, из округлых клеток с объемной светлой цитоплазмой, многоядерными клетками. По краю фрагмента видна малоклеточная соединительная ткань. Отдельно лежит сверток крови.

18.07.24

На срезах с блока 24408/24 проведено иммуногистохимическое исследование с CD99, S100, CD163. В вышеописанной ткани видны многочисленные CD163-позитивные клетки, малочисленные S100-позитивные клетки и отсутствуют CD99-позитивные клетки. МКБ-0: В пределах исследованного материала элементов опухолевого роста не обнаружено.

Анамнез жизни

Анамнез жизни: Ребенок от 4-ой беременности, протекавшей без особенностей.

1-я беременность: мальчик, 1997 г.р. (здоров). 2-я беременность: девочка, 2001 г.р. (здорова). 3-я беременность: 2 мальчика - близнецы, 2005 г.р. (здоровы).

Роды 4-е по счёту, срочные (40 недель), самостоятельные, без осложнений. При рождении длина тела 54 см., масса тела 4250 гр. Закричал сразу, приложен к груди в родовом зале.

Аллергоанамнез: не отягощён

Акушерско - гинекологический анамнез: без особенностей

Неонатальный анамнез: без особенностей

Физическое и нервно - психическое развитие: развивался соответственно возрасту

Перенесённые заболевания: ОРВИ 1-2 р/год, ветряная оспа

Перенесённые операции: 24.04.2022г. - перелом костей плюсны и предплюсны левой стопы.

05.05.2023г. - биопсия образования правой голени.

19.10.2023г. - резекция правых большеберцовой и малоберцовой костей с замещением дефекта 3D-имплантатом

Наследственный анамнез (в том числе онкологический): не отягощён

Эпидемиологический анамнез: в течение 21 дня в контакте с инфекционными больными не состоял

Анамнез заболевания

Жалобы на увеличение правой голени в объеме, боль при ходьбе появились в декабре 2022 г. Обращались в больницу по м/ж, получал физиотерапию, лечебную гимнастику – без эффекта. В динамике боль и увеличение объема нарастали. Осмотрены хирургом РДКБ, назначено обследование.

24.04.2023 Рентгенография правой голени в 2-х проекциях: в верхней и средней трети диафиза правой

жизнеспособны 100% клеток исследованной опухоли. В крае резекции правой большеберцовой кости обнаружены структуры опухоли. Учитывая резистентность от проведенной 1 линии ПХТ, радикальность оперативного лечения принято решение о смене 2 линии химиотерапии по схеме VIT, а также принимая во внимание длительную аплазию кроветворения после проводимой химиотерапии показано проведение химиотерапии с реинфузией ПСК.

24.11.2023г проведена реинфузия ПСК. Перенес удовлетворительно.

На фоне полихимиотерапии проведена лучевая терапия с 30.11.2023-29.12.2023 на область первичного распространения опухоли в мягких тканях, с захватом оставшейся части большеберцовой кости РОД 2,7 Гр, 2,7 Гр СОД 55,2 Гр. Осложнения-постлучевой дерматит III-IV ст.

22.05.2024г. получен результат микробиологического исследования мазка отделяемого из области послеоперационной раны от 15.05.2024г.: выявлен рост *Proteus mirabilis* 1 * 10 в 7 степени, чувствительного к Меропенему и Амикацину.

Пациент обсужден с зав.отд.клин.фармакологии, д.м.н. Елифановой Н.Ю.

Учитывая течение хронического инфекционного процесса в области длительно незаживающей послеоперационной раны, наличие роста выявленной флоры, рекомендовано проведение антибактериальной терапии в объеме: Меропенем 20 мг/кг х 3 р/сут, Амикацин 15 мг/кг/сут длительно (10 дней и более).

Специальное лечение окончено 31.05.2024г.

Результаты контрольного обследования:

05.07.2024 Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с опухолетропными РФП

На серии КТ и реконструированных позитронно-эмиссионных томограмм (от макушки до стоп) определяется:

Состояние после резекции правой большеберцовой кости с замещением дефекта 3D имплантом из костного цемента. Головка импланта смещена кзади и латерально, суставные поверхности неконгруэнтны, полный вывих коленного сустава. Отмечается диффузное накопление РФП в перипротезных мягких тканях, с отеком и полоской жидкости, SUVmax 9,6 – дифференцировать с неспецифическим (воспалительным, реактивным) накоплением.

В области опилов большеберцовой кости, по задней поверхности, отмечается локальный очаг деструкции 3х4 мм, с нечеткими контурами, с локальным накоплением РФП SUVmax 4,02, с вероятной периостальной реакцией – данные изменения вероятно соответствуют рецидиву.

Отмечается диффузное накопление РФП по кортикальному слою большеберцовой кости, ниже опилов, на уровне ножки протеза SUVmax 3,9, без достоверных изменений на КТ-сканах – вероятно неспецифического характера.

Других литических и бластических очагов в костях не выявлено. Отмечается неспецифическое накопление РФП в эпифизарных пластинках трубчатых костей. Умеренный диффузный метаболизм РФП в костном мозге SUVmax 2,49, без отдельных очагов – реактивного характера.

Определяется одиночный лимфатический узел в подколенной области справа, с умеренным метаболизмом РФП SUVmax 2,56 размерами 14х9 мм, с сохраненной анатомической структурой (визуализируются жировые ворота) – вероятно реактивного характера, дифференцировать со вторичными, рекомендован контроль, морфологическая верификация. Отмечается умеренный метаболизм РФП SUVmax 2,49 в двух паховых лимфатических узлах справа, размерами 8х6 мм, с сохраненной анатомической структурой – вероятно реактивного характера, рекомендован контроль, морфологическая верификация при необходимости. Левые паховые лимфатические узлы не увеличены, без патологического метаболизма РФП.

Уплотнение подкожно-жировой клетчатки грудной стенки справа, с низким уровнем метаболизма РФП SUVmax 1,82 – вероятно после удаления инфузионного порта.

Накопление РФП в нисходящем отделе аорты до SUVmax 1,72, в паренхиме правой доли печени 2,93.

Других очагов патологического накопления РФП не выявлено. Видимых очаговых патологических изменений в веществе головного мозга и зон накопления контрастного препарата не выявлено. Накопление РФП физиологическое, симметричное. Желудочки мозга не расширены. Субарахноидальные пространства больших полушарий и мозжечка не расширены. Срединные структуры не смещены.

Околоносовые пазухи воздушны. Слюнные железы (поднижнечелюстные и околоушные) с обеих сторон не увеличены, без признаков объемных изменений.

Неспецифический симметричный метаболизм РФП в неувеличенных небных миндалинах SUVmax 5,5.

Щитовидная железа не увеличена, без узловых образований.

Шейные, над- и подключичные, подмышечные л/узлы не увеличены, без патологического накопления РФП.

В легких без очаговых и инфильтративных изменений. Добавочная доля непарной вены. Жидкость в плевральных полостях не определяется. Лимфоузлы корней легких не увеличены, без патологического накопления РФП. Органы средостения без особенностей, увеличенные медиастинальные лимфоузлы не определяются.

В переднем верхнем средостении определяется вилочковая железа, однородной структуры, с

Местный статус: Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. Геморрагического синдрома, сыпи нет. Слизистые оболочки полости рта не гиперемизированы. Чистые от налетов. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Гемодинамика стабильна. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не пальпируются, перистальтика выслушивается. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, дисурических явлений нет.

Status localis: Состояние после оперативного вмешательства в объеме ампутации правой нижней конечности на уровне нижней трети правого бедра от 12.11.2024г. Послеоперационный рубец чистый без признаков воспаления.

Торакотомия, атипичная резекция правого легкого от 03.03.2025г. Послеоперационный рубец чистый без признаков воспаления.

Данные проведенных лабораторных исследований

Общеклинические исследования крови 31.03.2025

Лейкоциты (WBC) $2.64 \cdot 10^9/\text{л}$, Гемоглобин (HGB) 109.0 г/л, Тромбоциты (PLT) $242 \cdot 10^9/\text{л}$, Нейтрофилы (NEUT#) $1.59 \cdot 10^9/\text{л}$.

OAM 31.03.2025

Цвет светло-желтый, Прозрачность Слабо мутная, Относительная плотность 1,009 безразм.ед., pH 7.0 pH, Белок отсутствует, Лейкоциты отсутствует, Эритроциты отсутствует, Глюкоза отсутствует, Билирубин отсутствует, Кетоновые тела отсутствует, Уробилиноген отсутствует, Нитриты Обнаружены.

Биохимия крови 31.03.2025

Общий билирубин 7,8 мкмоль/л, Креатинин 46,88 мкмоль/л, Общий белок 65,6 г/л, Глюкоза 4.30 ммоль/л, Мочевина 3,06 ммоль/л, Калий (K) 4,37 ммоль/л, Натрий 137 ммоль/л.

Проведенные обследования

Программа лечения

Программа терапии: RESTART Курс: 2

Течение заболевания в данную госпитализацию

Решением врачебной комиссии ребенок госпитализирован в детское онкологическое отделение №2 (химиотерапии опухолей опорно-двигательного аппарата) для проведения специального лечения.

Проведен врачебный онкологический консилиум во главе с директором НИИ ДОиГ имени академика РАМН Л.А.Дурнова д.м.н. Варфоломеевой С.Р., зам. главного врача, к.м.н. Горбуновой Т.В., зав. отделением химиотерапии №2 Романцовой О.М., врачом-детским онкологом, к.м.н. Хестановым Д.Б., заведующим отделением радиологии Григоренко В.А., лечащим врачом детским онкологом Хайрулловой В.В.

Учитывая стабильный соматический статус, удовлетворительные клинико-лабораторные данные, показано продолжение специального лечения по протоколу RESTART 2020 группа ранних рецидивов 2 курс ПХТ по схеме ICE.

С 27.03.2025 по 29.03.2025 проведен 2 курс 3-й линии ПХТ по схеме ICE.

1. Ифосфамид 2мг/м², 1-3 дни РД= 3140 мг СД=9420 мг.

2. Этопозид 100мг/м², 1-3 дни РД= 157 мг СД=471 мг.

3. Карбоплатин 500мг/м², 3 день РД=СД=785 мг.

На фоне сопроводительной терапии 3 л/м² и зметогенной терапии перенес удовлетворительно.

Осложнения: нет.

По согласованию с зав. отделением химиотерапии № 2 Романцовой О.М. выписывается с рекомендациями. В контакте с инфекционными больными не состояла. Карантина в отделении нет.

Лечение проведено по ВМП ГЗ.

По уходу за ребенком в отделении находился отец Колосов В. А., больничный лист с 27.03.2025 по

02.04.2025, продлен с 03.04.2025 по 08.04.2025

Проведено лечение

Дата: 27.03.2025 Дата по: 29.03.2025

Лекарственная противоопухолевая терапия.

1. Ифосфамид 2мг/м², 1-3 дни с 27.03.2025 по 29.03.2025, разовая доза 3140 мг, сум-я доза 9420 мг, всего доз 3.

2. Этопозид 100мг/м², 1-3 дни с 27.03.2025 по 29.03.2025, разовая доза 157 мг, сум-я доза 471 мг, всего доз 3.

3. Карбоплатин 500мг/м², 3 день с 29.03.2025 по 29.03.2025, разовая доза 785 мг, сум-я доза 785 мг, всего доз 1.

Временная нетрудоспособность

В листке временной нетрудоспособности: нуждается в оформлении первичного ЭЛН

Дата выдачи с: 28.03.2025 по: 11.04.2025

Состояние при выписке