



РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
РОССИЙСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР

имени Н.Н. БЛОХИНА

№

" 17 " апреля 2009г

115478, Москва, Каширское шоссе 24

НИИ детской онкологии и гематологии
НИИ ДОГ Отделение химиотерапии

тел: 324-42-76
тел. 324 55 03

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ и/б 2007/1926

Боровкова Анастасия Сергеевна, дата рождения: 20.07.1998г.р.

Адрес: Воронежская обл. Семилукский р-н, с. Перлевка, Ул. Молодежная д.10

Группа крови: O(I) резус фактор – положительный.

Клинический диагноз: Злокачественная опухоль головного мола (медуллобластома мозжечка), рецидив 3. Стабилизация. Оклюзионная гидроцефалия. Метастазирование в височную область головного мозга, область четверохолмия, спинной мозг Th5-6, L1-2. Состояние после повторных операций по поводу рецидива опухоли, комбинированного химиолучевого лечения (С71.6), интратекальных трансплантаций ПСК. Частичный правосторонний гемипарез.

Настоящее поступление третье с 13.01.09 по 17.04.09 (94 к/дн)

При поступлении: состояние тяжёлое по основному заболеванию. Жалобы на сходящееся косоглазие мышечную слабость больше в правых отделах.

При осмотре: Не лихорадит. Кожа видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые, зев без воспалительных изменений. Язык чистый, налета нет. Дыхание через нос свободное. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов и дополнительных шумов не выслушивается. Сердечные тоны ясные, громкие, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный, доступный глубокой пальпации во всех отделах, печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Физиологические отправления соответствуют возрасту.

Anamnesis morbid et vitae: ребенок от первой беременности, протекавшей с гистозом I половины. Роды первые, срочные, самостоятельные, без патологии. Масса тела при рождении 3150 г длина 51 см. На естественном вскармливании то 6 мес. Развивалась по возрасту. Проф. прививки по календарю. Детскими инфекциями не болела. Аллергологический анамнез не отягощен. Проф. вредностей со стороны родителей не выявлено.

Инфекционные заболевания: Контакты с больными туберкулезом, особо опасными инфекциями родители ребенка отрицают.

В январе 2003 появились жалобы на рвоту, головную боль, выявлено косоглазие. Госпитализирована в ДХО ОДКБ № 2, где выявлена опухоль. В марте 2003г. проведена операция - тотальная резекция опухоли (гистологический вариант опухоли - ангиоретикулосаркома) и локальное облучение СОД - 70 гр. Отмечалась внутричерепная гипертензия. 10.06.2004 г. с признаками гипертензионного криза вновь поступила в ДХО, выявлен рецидив опухоли мозжечка. Оперирована 06.07.2004г. (субтотальная резекция), гистологически - продолженный рост опухоли. Получала лечение: интенсивную цикловую полихимиотерапию (4 блока -винкристин 1,5 мг/м² - 1-й день, циклофосфан 1500 мг/м² - 1-й, 2-й дни; 4 блока -цисплатин 40 мг/м² - 1-2-3-й дни, этопозид 150 мг/м² 1-2-3-й дни). с положительной динамикой: С 26.03.2005 г. получила 3 курса поддерживающей химиотерапии (14 дней иреднизолон, 1-й день - ломустин рег ос 40мг, 1, 8-й день - винкристин 1,5 мг/м², перерыв - 6 недель). 08.10.2005 г состояние ухудшилось., стала жаловаться на рвоту, вялость, головную боль. Госпитализирована в ГУЗ ВОДКБ №1 08.10.2005 г, при МРТ - исследовании выявлен локальный рецидив с нарушением ликвородинамики. 27.10.2005 г. проведена радикальная резекция опухоли левой гемисферы мозжечка, гистопрепараты пересмотрены в НИИ НХ им. Н.Н. Бурденко, заключение: медуллобластома. С 11.11.2005 г. получала лечение; блок - винкристин 1,5 мг/м² - 1-й день, циклофосфан 1500 мг/м² - 1-й, 2-й дни: 11.11.2005 г. - 12.11.2005 г.; 09.01.2006 г. 10.01.2006г.; 13.03.2006 г.; 14.03.2006 г.; цисплатин 40 мг/м² - 1-2-3-й дни, вумон (150 мг/м² 1-2-3-й дни): 08.12.2005 г. - 10.12.2005 г.; 10.04.2006 г. - 13.04.2006 г.; 14.05.2006 г. - 17.05.2006 г.; цисплатин 40 мг/м - 1-2-3-й дни, вумон (150 мг/м² 1-2 дня): 10.06.2006 г. -12.06.2006 г.; На введение вумона имела место реакция в виде отека носоглотки, гортани. При МРТ - исследовании от 29.06.2006 г.: положительная динамика отсутствует. С 31.07.2006 г. по 06.10.2006 г. ребенок находился на лечении в клинике Университета г.Мюнхен, отделении гематологии/онкологии, где был поставлен резервуар Оммайа и проведен 1 блок химиотерапии (этопозид, карбоплатина) с введением VP-16 интравентрикулярно. 25.09.2006 г., в связи с развившимся венитрикулитом (721/3 клеток в ликворе), XI' была прекращена. Девочка поступила в ГУЗ ВОДКБ №1 09.10.2006 г., продолжала получать массивное антибактериальное и противогрибковое лечение по поводу венитрикулита в том числе ванкомицин

интравентрикулярно 10 мг. Вентрикулит купирован. С 24.10.2006 г. по 04.11.2006 г. проведено 2 курса ПХТ: в/в цисплатин 40 мг/м² + этопозид 100 мг/м², интравентрикулярно этопозид 10 мг №5, 10.01.2007 г. - цисплатин 40 мг/м², с 16.02.2007 г. по рекомендации д.м.н. Желудковой О.Г. проведен блок интенсивной индукционной ПХТ (цисплатин 3,5 мг/кг - 1 д, винкристин D5 мг/кг - 1,8,15 д, циклофосфан 65 мг/кг - 2,3. д, этопозид 4 мг/кг - 2,3 дни). При МРТ спинного мозга от 19.03.2007 г.: метастазирование по оболочкам спинного мозга на уровне Th5-6, L1-2. Консультирована повторно д.м.н. Желудковой О.Г., рекомендовано тотальное облучение ЦПС, с 28.03.07. проведено: облучение головного мозга 35Гр, boost на остаточную опухоль 14Гр в мозжечке, облучение грудного отдела спинного мозга 45Гр, шейный отдел спинного мозга 35 Гр., поясничный отдел спинного мозга -45 Гр, винкристин 1 мг 1 в нед №6, ломустин 60 мг №1. На фоне лечения имела место длительная миелосупрессия III – IV степени, проводились трансфузии компонентов крови. Для продолжения дальнейшего лечения, больная была направлена в НИИ ДОИГ. Учитывая предыдущее лечение, с 21.11.07 больная включена в программу иммунотерапии опухолей ЦНС. С 27.11.07 по 30.12.08 с информированного согласия родителей ребенка, проведено 23 цитотрансфузии разконсервированного сепарата аллогенного ПСК (от отца). объемом 4 мл. Процедуру перенесла удовлетворительно. Отсроченных осложнений не было. По данным контрольных обследований сохраняется стабилизация опухолевого процесса., однако по данным контрольного **МРТ головного и спинного мозга от 22.09.08** и **ПЭТ головного мозга от 29.09.08** зарегистрирована отрицательная динамика. Учитывая полученные данные, а так же, объем предыдущего лечения, истощенность резервов химио-лучевого лечения, больная повторно обсуждена с зав. отделом химиотерапии гемобластозов Менткевичем Г.Л., зав.отделением гематологии Попа А.В., руководителем группы терапии больных опухолями ЦНС Янкевичем М.Я., принято решение о проведении метронормной противоопухолевой терапии авастинем и изотретионином..

С 02.12.08 начато химиотерапевтическое лечение

- **роаккутан–160мг/м2 с 1-14день, (160мг/день с 03.12.08 по 17.12.08.; 30.12.08 по 13.01.09)**
- **авастин 400 мг/м2 (400мг) в/вено,капельно за 1,5 часа 02.12.08; 16.12.08; 30.12.08**

В настоящее время поступила для продолжения лечения.

КОНСУЛЬТАЦИИ/ОБСЛЕДОВАНИЕ:

Вес – 32,2кг., рост -122см.

Клинический анализ крови Дата взятия образца 12.01.09

	Ед. измер.	Результат	Норма		Ед. измер.	Результат	Норма
Гемоглобин	г/л	115	м-132,0-164,0 ж-115,0-145,0	Лейкоциты	*10 ⁹ /л	6,7	4,0-8,8
Эритроциты	*10 ¹² /л	3,31	м-4,0-5,0 ж-3,7-4,7	СОЭ	мм/ч		м-1 -10 ж-2-15
МСН	пг	34,7	24-33				
Тромбоциты	*10 ⁹ /л	96	180-320	Ретикулоциты	%		

Клинический анализ крови Дата взятия образца 09.04.09

	Ед. измер.	Результат	Норма		Ед. измер.	Результат	Норма
Гемоглобин	г/л	137	м-132,0-164,0 ж-115,0-145,0	Лейкоциты	*10 ⁹ /л	6,4	4,0-8,8
Эритроциты	*10 ¹² /л	3,75	м-4,0-5,0 ж-3,7-4,7	СОЭ	мм/ч	35	м-1 -10 ж-2-15
МСН	пг	36,5	24-33				
Тромбоциты	*10 ⁹ /л	119	180-320	Ретикулоциты	%		

Биохимический анализ крови от 13.03.09.

показатель	данные	единицы	норма
Глюкоза венозная	5,0	Ммоль/л	3.5-6.1
Общий билирубин	5,8	Мкмоль/л	0-20.5
Общий белок	81,0	Г/л	66-87
Альбумин	47,3	г/л	38-50
АЛТ	121	Ед/л	До 40
АСТ	77	Ед/л	До 40
ЛДГ	555	Ед/л	До 450

Общий анализ ликвора от 14.01.09.

	данные	норма	Примечание
белок	0,7	нет	
Цитоз в 1мм ³	нет	8-10/мкл	
В препарате, приготовленном на цитоспине встречаются большое количество лимфоцитов, немногочисленные моноциты, гистиоидные элементы. Клеток опухоли не найдено.			

С 14.01.09 больной продолжено лечение в рамках протокола терапии распространенных опухолей ЦНС аллогенными стволовыми клетками. В рамках протокола лечения распространенных опухолей ЦНС аллогенными стволовыми клетками с информированного согласия родителей ребенка, после выполнения диагностической ЛП, через тот же доступ интратекально проведена **ЦИТОТРАНСФУЗИЯ РАЗКОНСЕРВИРОВАННОГО СЕПАРАТА АЛЛОГЕННОГО ПСК (№9-22). ОБЪЕМОМ 4 МЛ.** Процедуру перенесла удовлетворительно. Отсроченных осложнений не было.

- **роаккутан–160мг/м2 с 1-14день, (160мг/день с 27.01.09 по 10.02.09; с 26.02.09 по 12.03.09; с 26.03.09 по 09.04.09)**
- **авастин 400 мг/м2 (400мг) в/вено,капельно за 1,5 часа 14.01.09; 27.01.09; 10.02.09; 27.02.09; 13.03.09; 27.03.09**

Лечение переносила удовлетворительно, отмечался на фоне приема роаккутана гиперкератоз, сухость слизистых, эпизоды носовых кровотечений.

По данным контрольных МРТ головного и спинного мозга от 26.01.09 и 14.04.09 отмечается положительная динамика в виде уменьшения размеров опухоли в области четверохолмия. Спинной мозг с четким ровным контуром, признаков компрессии нет. По данным ПЭТ головного мозга от 24.03.09 - На серии повторных контрольных ПЭ томограмм (15 срезов) при исследовании с ПС-метионином срединно в мозжечке регистрируется аметаболический очаг прежней величины, обусловленный суммарным изображением IV желудочка и послеоперационной кисты. Очагов патологически повышенного накопления РФП в стенках кисты и в полушариях мозжечка по-прежнему не установлено. В области четверохолмия остается очаг патологически повышенного накопления С-метионина (ИН=1,32, был ИН=1,65) размерами 15*11*14 мм (были 14*12*21 мм). В заднем роге левого бокового желудочка сохраняется очаг накопления РФП (ИН=1,14) диаметром 16 мм. Намечается мелкий очаг минимально повышенного накопления С-метионина в переднем роге левого бокового желудочка.

У больной с медуллобластомой мозжечка, на фоне проводимой терапии, достигнута стабилизация опухолевого процесса. Больной планируется продолжение метронормной терапии в амбулаторных условиях по месту жительства.

Контактов с инфекционными больными не имела:

Рекомендовано:

1. Наблюдение химиотерапевта/онколога, педиатра, невропатолога, ортопеда по месту жительства
2. Амбулаторное поддерживающее лечение в течении 27 недель ротирующимися курсами (S=1,0 м²)
с 23.04.09 - целебрекс 100мг. X 2 р/д, р.о., с 1-21 день;
- роаккутан 100мг/м², р.о. (100мг/сут = 3 капс. – утро; 2 капс. вечер) с 22 по 43 день
3. Контрольное обследование в условиях НИИ ДДиГ через 2,5-3 мес.
- 4.

Лечащий врач

Бударин М.А.

Р руководитель группы по
нейроонкологии

Янкевич М.Я

Заведующий отделением химиотерапии
гемобластозов



Попа А.В.

Курс 27 недель с 23 апреля.

Целебрекс 100мг.

1таб х 2р/д х 21день

1. 23.04 – 13.05 (42таб.)
2. 04.06 – 24.06 (42таб.)
3. 16.07 – 05.08 (42таб.)
4. 27.08 – 16.09 (42таб.)
5. 08.10 – 28.10 (42таб.)

Роаккутан 20мг.

5таб х 21 день

1. 14.05 – 03.06 (105таб.)
2. 25.06 – 15.07 (105таб.)
3. 06.08 – 26.08 (105таб.)
4. 17.09 – 07.10 (105таб.)