

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Министерства здравоохранения Российской Федерации
117198, г. Москва, Москва г. г. Москва Саморы Машела д. 1
ОГРН: 1027739507212; ОКПО: 13157861;
Лицензия на осуществление медицинской деятельности: Л041-00110-77/00574603 Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения Дата выдачи: 25.12.2018
Тел: 74952876570 E-mail: info@dgoi.ru

Выписной эпикриз

Наименование отделения: Отделение клинической онкологии

Пребывание в стационаре: 03.04.2026 08:03 — 07.04.2026 15:00 (4 койк. дн)

Условия оказания мед. помощи: Стационарно

Форма оказания мед. помощи: плановая

Исход госпитализации: выписан

Результат госпитализации: Без изменения

Пациент

ФИО: АМЕЛЬЧЕНКО СОФИЯ АНДРЕЕВНА

Полис ОМС: 2491779787000331

Дата рождения: 12.08.2022 (3 года)

СНИЛС: 21737330654

Пол: Женский

Номер стационарной карты: 2026/3488

Адрес по месту жительства (постоянной регистрации): Красноярский край, Красноярский край. г. Красноярск Ул. Авиаторов д. 4г кв. 13

Адрес фактического проживания (пребывания): Красноярский край, Красноярский край. г. Красноярск Ул. Авиаторов д. 4г кв. 13

Свидетельство о рождении: серия IV-БА номер 775429 от 07.09.2022 выдан 92400006 Территориальный отдел агентства записи актов гражданского состояния Красноярского края по Советскому району г. Красноярска

Заключительный клинический диагноз

Основное заболевание: C48.0 Злокачественное новообразование забрюшинного пространства (Недифференцированная нейробластома левого надпочечника, 4 стадия по INSS, М стадия по INRGSS (метастатическое поражение костного мозга, костей, забрюшинных и подвздошных л/у). Амплификация MYCN. Делеция 1p. Делеции 11q и aberrаций ALK нет. Группа высокого риска. Комбинированная прогрессия заболевания I от 24.10.25. Прогрессия заболевания II от 13.02.26.)

Дата установления диагноза: 07.04.2026

Состояние при поступлении

Анамнез заболевания

Со слов мамы после перенесенной вирусной инфекции, с августа 2024 года, появились периодические боли в ногах, в области коленных суставов, прихрамывала; похудела на 1,5 кг. На фоне приема НПВС состояние временно улучшалось. В КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона» проведено КТ костей таза без к/у от 26.09.24: в шейке правой бедренной кости обнаружены множественные очаговые участки деструкции, частично сливающиеся между собой. В шейке левой бедренной кости немногочисленные мелкие окончатые дефекты кортикальной пластинки и высокая вероятность мелких очагов деструкции губчатой кости под ними. По верхним поверхностям шеек обеих бедренных костей имеется оссифицирующий периостит. 27.09.24 проведена открытая биопсия шейки правой бедренной кости. Проведен кожный разрез до 4 см, в раневой поверхности бедренной кости в области б/вертела. Надкостница утолщена. Приведена спица в шейку бедра правого. Вокруг спицы остеотомом, проведена кортикальная остеотомия костной ткани 0,8-0,8см. Полученный костный трансплантат - сделаны отпечатки для цитологического исследования. Ложкой Фолькмана произведен забор содержимого полости шейки правой бедренной кости. Содержимое в виде соединительной ткани с крупинками, белесоватым оттенком.- сделаны мазки и отпечатки для цитологического исследования. Мякотканый компонент полученный из полости шейки бедренной кости, отдан для гистологического исследования. Гистологическое заключение (от 09.10.24): Морфологическая картина мелкокруглоклеточной опухоли с минимально выраженными признаками нейроэндокринной дифференцировки. Заключение носит вероятностный характер в силу выраженности артефактов забора, первичной гистологической обработки. По данным КТ ОГК и ОБП с к/у от 02.10.24 (референс в НМИЦ ДГОИ): -- забрюшинно слева в области надпочечника с вовлечением парааортальных лимфатических узлов, общими поперечными размерами до 57 * 68мм, вертикальный до 140мм, 282см3; -- почечная артерия слева проходит в толще опухоли, почечная вена проходит по переднему контуру опухоли; -- увеличенные подвздошные лимфатические узлы с обеих сторон, справа до 10 * 20мм, слева до 12 * 20мм;

-- очаговых и инфильтративных изменений легких не выявлено. В гемограмме - СОЭ 61 мм/ч, гемоглобин 84 г/л, тромбоциты 603 тыс/мкл, лейкоциты 7,5 тыс/мкл. СРБ 48 мг/л. УЗИ органов малого таза от 04.10.24: В проекции правого яичника гипоэхогенное гомогенное образование размерами 22,4* 15,8*13,4 мм (2,4 см3), с ровными четкими контурами гетерогенной структуры за счет участков повышенной эхогенности. При ЦДК картируются единичные сосуды. В паховой области с обеих сторон множественные лимфоузлы размерами до 18*8 мм. ЭхоКГ от 04.10.24: Полости сердца не расширены. Стенки ЛЖ не утолщены. Систолическая функция ЛЖ сохранена. Клапаны не изменены, гемодинамика не нарушена. Перегородки интактны. Хордальный ЛЖ. СДЛА в пределах нормы. ЭКГ от 04.10.24: Ритм: синусовая тахикардия с ЧСС 150 уд. в мин. 10.10.24 проведена лапароскопия, биопсия новообразования забрюшинного пространства, лимфатического узла. Имплантация порт-системы: 1. Под интубационным наркозом после обработки операционного поля р-ром антисептика под пупком пункционно введен порт для камеры 4 мм, наложен карбоперитонеум 11 мм. При ревизии брюшной полости визуализируется новообразование забрюшинного пространства слева больших размеров, увеличенные лимфатические узлы брыжейки, паховые лимфатические узлы до 3см. Вскрыто забрюшинное пространство слева, рассечена капсула опухоли, опухолевый субстрат представлен распадом - проведен забор для гистологического исследования, отмечается обильное кровотечение из мелких сосудов опухоли (кровопотеря до 30мл). Проведен коагуляционный гемостаз, на раневую поверхность уложена гемостатическая губка Surgicel. В левой подвздошной области у внутреннего пахового кольца-лимфатический узел до 3 см. Вскрыта брюшина, лимфатический узел вылуцен (гис-тология). Ревизия на гемостаз - сухо. Проведена санация брюшной полости. Из брюшной полости удалены инструменты, газ. Швы послойно. Асептическая повязка. 2. Под интубационным наркозом, в положении больного на спине с повернутой головой налево, после обработки операционного поля раствором антисептика, под контролем сонографии, выполнена пункция внутренней яремной вены справа по Сельдингеру, введен катетер. Под ключицей справа кожный разрез, сформирован карман в подкожно-жировой клетчатке. Гуннелером катетер проведен под кожей к кожному разрезу. R-контроль: дистальный конец катетера позиционирован на уровне устья верхней полой вены. Катетер соединён с камерой порта (B Braun Celsite babyport 4,5Fr), последний подшит к фасции большой грудной мышцы не рассасывающимися швами. Контроль на функционирование порт системы - ток в обе стороны удовлетворительный. Швы на кожу. Асептическая повязка. Кровопотеря 5мл. Операционный материал, взятый на патоморфологическое диагностическое исследование: 1. Ткань опухоли. 2. Лимфатический узел подвздошный слева. КМП от 07.10.24: 4 точки, бласты 0%, 0,2%, 2,2%: В препарате обнаружены популяции атипичных клеток, преимущественно крупных размеров, с высоким ядерно-цитоплазматическим соотношением, умеренной, базофильной цитоплазмой с вакуолизацией разной степени выраженности. Ядра крупные, хроматин тонкодисперсный. Ядрышки 1-2 хорошо просматриваются. Клетки расположены как одиночно, так и в виде скоплений. По данным миелограммы не исключается метастатическое поражение костного мозга. МРТ ЦНС от 08.10.24 (референс в НМИЦ ДГОИ): -- очаговых изменений и объемных образований в веществе головного мозга не выявлено; -- отмечается диффузное поражение костных структур на уровне сканирования (кости черепа, плечевые кости, позвонки и т.д.) -- тела Th11, Th12, L2 позвонка с минимальным экстраоссальными компонентами; -- выраженная патологическая лимфоаденопатия. Онкомаркеры: АФП - 8.06; ХГЧ менее 1; ЛДГ - 6760 ЕД/л; Нейроспецифическая енолаза 04.10.24 более 100 мкг/л. Консилиум врачей от 14.10.24: С учетом нарастания клинической симптоматики и предполагаемого диагноза нейробластома забрюшинного пространства с множественными МТС в кости и костный мозг (высокие показатели НСЕ, характерное поражение КМ и локализация процесса, данные визуализации, исследования трепанобиоптата, не исключающее принадлежность ЗНО к опухоли нейронального происхождения), решено начать курс по протоколу NB 2004 до получения окончательного гистологического и ИГХ заключения. Курс N5(1) с 14.10.24: ВИНКРИСТИН 1,5 мг/м2/сут, РД=СД=0,8 мг, 14.10.24 ЦИСПЛАТИН 40 мг/м2/сут, РД=22 мг, СД=88 мг, 14-17.10.24 ЭТОПОЗИД 100 мг/м2/сут, РД=55 мг, СД=220 мг, 14-17.10.24 на фоне стандартной терапии, перенесла удовлетворительно. Гистологическое заключение от 17.10.24: морфологическая картина с учетом результатов ИГХ исследования соответствует нейробластоме недифференцированной, с метастазами в лимфатические узлы. Группа неблагоприятного прогноза. Проводится оценка амплификации гена N-MYC методом FISH. ТБ КМ (2 точки) - поражение КМ. Референс гистологических препаратов в НМИЦ ДГОИ: Недифференцированная нейробластома с высоким МКИ. Поражение лимфатических узлов, костного мозга. ICD-O code 9500/3. При цитогенетическом исследовании методом FISH обнаружены амплификация гена NMYC и делеция хромосомного региона 1p36. Курс N6 (2) с 04.11.24: ВИНКРИСТИН 1,5 мг/м2/сут, РД=0,8 мг, СД=1,6 мг, 04.11.24, 11.11.24 ДАКАРБАЗИН 200 мг/м2/сут, РД=106 мг, СД=530 мг, 04-08.11.24 ИФОСФАМИД 1500 мг/м2/сут, РД=795 мг, СД=3975 мг, 04-08.11.24 ДОКСОРУБИЦИН 30 мг/м2/сут, РД=16 мг, СД=32 мг, 09-10.11.24 на фоне стандартной сопроводительной терапии, перенесла удовлетворительно. С 14.11.24 агранулоцитоз, фебрильная нейтропения. Получала антибактериальную, противогрибковую терапию, G-CSF, заместительную терапию. КТ ОГК и ОБП от 14.11.24: положительная рентгенологическая динамика в виде сокращения размеров нейробластомы левого надпочечника на 73% (с 46x65x62 мм до 48x27x39 мм), и конгломератов лимфатических узлов (до 10x19x34 мм, ранее до 46x41x56 мм, 18x15x20 мм, ранее 32x28x46 мм). IDRF F4. 25.11.24 госпитализирована в отделение клинической онкологии для продолжения специфической терапии. Соматический статус при поступлении: Рост (см): 87.5, Вес (кг): 11.7, S тела (м2): 0.53, ЧСС (уд. в мин.): 105, ЧДД (в минуту): 23, SpO2 (процент): 99, АД сист. (мм.рт.ст.): 94, АД диаст. (мм.рт.ст.): 56, t (градусов Цельсия): 99 Жалобы: активных жалоб на момент осмотра нет Состояние: Тяжелое по роду основного заболевания, стабильное. Не лихорадит. Самочувствие: выражено не страдает Сознание: ясное, на осмотр реагирует спокойно. Неврологический статус: Менингеальной, очаговой и

общемозговой симптоматики нет. Положение: активное Эндокринная система: без особенностей Телосложение: активное
Оценка физического развития: среднее гармоничное Кожные покровы: бледно-розовые, умеренной влажности, чистые.
Слизистые оболочки: бледно-розовые, умеренной влажности, чистые. Костно-мышечная система: костных деформаций нет,
активные и пассивные движения в суставах в полном объеме. Мышечная система развита удовлетворительно.
Лимфатическая система: периферические л/у не увеличены в размерах, безболезненны при пальпации, мягко-эластичной
консистенции, овальной формы, не спаяны друг с другом. Сердечно-сосудистая система: границы сердца соответствуют
возрастной норме. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритмичные. Патологические сердечные шумы не определяются.
Органы дыхания: Аускультативно дыхание пузрильное, хрипы и патологические дыхательные шумы не выслушиваются.
Пищеварительная система: Живот округлой формы, мягкий и безболезненный при пальпации во всех отделах. Селезёнка: не
пальпируется Печень: +1 см из-под края правой реберной дуги. Мочевыделительная система: Мочеиспускание свободное,
безболезненное. Моча светло-желтая, прозрачная. По результатам КМП из 4-х точек и ТБ КМ от 27.11.24 констатирована
санация КМ. NSE - 20,5 нг/мл. Курс N5(3) проведен с 26.11.24: ВИНКРИСТИН 1,5 мг/м2/сут, РД=СД=0,8 мг в/в, 1 день
ЦИСПЛАТИН 40 мг/м2/сут, РД=21 мг в/в за 24 ч, СД=84 мг, 1-4 дни ЭТОПОЗИД 100 мг/м2/сут, РД=53 мг в/в за 24 ч, СД=212 мг,
1-4 дни на фоне стандартной терапии, перенесла удовлетворительно. После курса отмечено развитие энтероколита
норовирусной этиологии, проводилась симптоматическая терапия, антибактериальная терапия (цефепим, амикацин). 19.12.24
проведен аферез ПСКК, собрано CD34+ 16,12x10*6/кг. NSE от 20.12.25 - 17,84 нг/мл. Курс N6(4) проведен с 21.12.24:
ВИНКРИСТИН 1,5 мг/м2/сут, РД=0,8 мг в/в, СД=1,6 мг, 1,8 дни ДАКАРБАЗИН 200 мг/м2/сут, РД=105 мг в/в, СД=525 мг, 1-5 дни
ИФОСФАМИД 1500 мг/м2/сут, РД=800 мг в/в, СД=4000 мг, 1-5 дни ДОКСОРУБИЦИН 30 мг/м2/сут, РД=16 мг в/в, СД=32 мг, 6-7
дни на фоне стандартной терапии, перенесла удовлетворительно. КТ ОГК, ОБП, ОМТ с ку от 09.01.24: КТ картина объемного
образования левого надпочечника /нейробластома левого надпочечника/забрюшинной лимфаденопатии. IDRF F4 (за счет
патологического лимфоузла) с положительной динамикой от 14.11.2024г. (сокращение размеров до 34x18x35мм, объем 11,1
см3). Очаговые изменения тел позвонков, участок деструкции правой бедренной кости - без динамики. Таким образом, после
4-х курсов ПХТ отмечено сокращение образования левого надпочечника на 96%. 10.01.2025 - Лапаротомия, удаление опухоли
забрюшинного пространства слева (98%), адреналэктомия слева. Пластика брыжейки тонкой кишки. Ход операции: Срединная
лапаротомия. В брюшной полости умеренный спаечный процесс. При ревизии полые и паренхиматозные органы не изменены.
Выпота в брюшной полости нет. В брыжейке тонкой кишки отмечается опухолевый узел в месте биопсийного тракта, удален.
Пластика брыжейки тонкой кишки местными тканями. Выполнен доступ в забрюшинное пространство слева. В проекции
левого надпочечника отмечается опухоль желтоватого цвета размерами 34x18x35мм, также отмечается опухолевая ткань с
пораженными лимфоузлами вдоль левой почечной ножки. С помощью биполярной коагуляции выполнена адреналэктомия
слева с опухолью. Отдельными компонентами удалена опухолевая ткань с пораженными лимфоузлами вдоль левой почечной
ножки. Гемостаз-сухо. В брюшную полость установлен страховочный дренаж, выведен через контрапертуру слева. Послойное
ушивание раны. Ас. повязки. По данным послеоперационного КТ ОБП с к/у от 16.01.25 - остаточное мягкотканное образование
левой почечной ножки до 9x23x20 мм. Гистологическое заключение F14/25: Нейробластома с признаками
посттерапевтического патоморфоза 2 степени. NSE от 16.01.25 - 13,92 нг/мл. Курс N5(5) проведен с 17.01.25: ВИНКРИСТИН
1,5 мг/м2/сут, РД=СД=0,8 мг в/в, 1 день ЦИСПЛАТИН 40 мг/м2/сут, РД=22 мг в/в за 24 ч, СД=88 мг, 1-4 дни ЭТОПОЗИД 100 мг
/м2/сут, РД=55 мг в/в за 24 ч, СД=220 мг, 1-4 дни на фоне стандартной терапии, перенесла удовлетворительно. NSE от
10.02.25 - 18.88 нг/мл. Курс N6(6) проведен с 10.02.25: ВИНКРИСТИН 1,5 мг/м2/сут, РД=0,8 мг в/в, СД=1,6 мг, 1,8 дни
ДАКАРБАЗИН 200 мг/м2/сут, РД=110 мг в/в, СД=550 мг, 1-5 дни ИФОСФАМИД 1500 мг/м2/сут, РД=800 мг в/в, СД=4000 мг, 1-5
дни ДОКСОРУБИЦИН 30 мг/м2/сут, РД=16 мг в/в, СД=32 мг, 6-7 дни на фоне стандартной сопроводительной терапии.
Перенесла удовлетворительно. На фоне блока на 7 сутки двукратный фебрильный подъем, проводилась а/б-терапия
(цефоперазон/сульбактам). В дальнейшем лабораторно подтверждена норавирусная инфекция. После 6 курса ПХТ проведено
контрольное обследование: 1) Электроэнцефалография бодрствования от 21.02.25: ЭЭГ – вариант возрастной нормы.
Типичной эпилептиформной активности в записи нет. 2) Электрокардиограмма от 21.02.5: Нормальное положение ЭОС.
Умеренная синусовая тахикардия с ЧСС 143 уд/мин. 3) Магнитно-резонансная томография головного мозга с
контрастированием от 24.02.25: Головной мозг без очаговых изменений, минимальная асимметрия боковых желудочков, в
динамике сохраняется диффузное неравномерное контрастирование костного мозга костей лицевого и основания черепа,
явных без очаговых фокусов и мягкотканых компонентов. 4) Компьютерная томография органов грудной полости с к/у от
25.02.25: Диффузные изменения структуры костей на уровне сканирования (mts) - без динамики от 09.01.2025г. 5)
Компьютерная томография органов малого таза с к/у от 25.02.25: Диффузные изменения костей на уровне сканирования (mts)
- без динамики от 16.01.25. 6) Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с к/у от
25.02.25: Остаточный компонент в области почечной ножки прежними размерами. Диффузные изменения всех видимых
костей (mts) -без динамики от 16.01.2025г. 7) УЗИ органов брюшной полости и мочевыделительной системы от 26.02.25: УЗ
признаки образования забрюшинного пространства слева, каликоэктазии слева, расширения левого мочеточника, свободной
жидкости в брюшной полости. 8) Эхокардиография от 26.02.25: Камеры нормальных размеров. Глобальная систолическая
функция левого желудочка удовлетворительная (по Simpson нижняя граница нормы). Глобальная систолическая функция
правого желудочка сохранена. Магистральные артерии не изменены. Клапаны не изменены. Перегородки интактны. 9) NSE от
26.02.25: 16.15 нг/мл. 10) Сцинтиграфия с MIBG: на момент исследования сохраняются очаги патологического накопления

МЙБГ в остаточном образовании в области левой почечной ножки и л/узлах (парааортальных справа на уровне Th10-Th11-позвонок, забрюшинных слева на уровне L2-L3-позвонок), что свидетельствует о наличии активной опухолевой ткани нейрогенной природы; при сравнении со скintiграфией с 123I-МЙБГ от 31.01.2025 г. визуально отмечается уменьшение интенсивности патологического накопления; 11) Цитологическое исследование мазка костного мозга из 4 точек от 03.03.25: опухолевых клеток не обнаружено. 12) Трепанобиопсия из 2 точек: опухолевых клеток не выявлено. По результатам контрольного обследования сохраняется МЙБГ-позитивная остаточная опухоль в области ворот левой почки, МЙБГ-позитивные парааортальные (ретрокуральные) л/у. При этом, отмечается нормализация нейрон-специфической енолазы, санация костного мозга, отсутствие метаболически активных метастазов в костях скелета (сохраняются диффузные изменения костей скелета по данным КТ). Учитывая отсутствие достоверных данных за наличие отдаленных метастазов, сокращение первичного образования на 99%, ответ на терапию расценен как очень хороший частичный. Следующим этапом показано проведение высокодозной полихимиотерапии с последующей ауто-ТГСК. Учитывая сохранение МЙБГ-позитивной опухоли показано проведение лучевой терапии. С 08.03.25 проведена высокодозная химиотерапия по схеме Treo/Mel: - ТРЕОСУЛЬФАН 42гр/м2/курс, РД=8 г (день -5), РД=7 г (дни -4, -3), СД=22 г -МЕЛФАЛАН 140 мг/м2/курс, РД=75 мг (день -2) 13.03.2025 проведена миелоинфузия ПСКК: CD34 14.70 x 10⁶/кг. Введение перенесла удовлетворительно. Течение раннего посттрансплантационного периода осложнилось развитием гастроэнтероколита, треосульфановой токсидермии, энтероколитом. Осложнения купированы на фоне комбинированной противомикробной терапии: цефепим, амикацин, линезолид, микафунгин, ацикловир, флуконазол. На +11 сутки (24.03.2025) зафиксировано приживление лейкоцитарного ростка. 03.04.25 для продолжения терапии пациентка выписана по м.ж. С 12.04.25 по 25.04.25 проведен курс 13-цис-ретиноевой кислотой: ИЗОТРЕТИНОИН 160 мг/м2/сут, перорально. На фоне терапии - течение вирусной инфекции (с 10.04.25 г по 17.04.25г с повышением температуры тела до 38.2С, ринит, кашель), ретиноевый дерматит. 28.04.25 пациентка госпитализирована в НМИЦ ДГОИ им. Дм. Рогачева для продолжения терапии. С 14.05.2025 по 12.06.25 проведена лучевая терапия на область МIBG-позитивной опухоли до СОД 36 Гр (РОД 1.8 Гр). Критические органы: почки, тонкий кишечник, спинной мозг, позвонки. Перенесла удовлетворительно, из лучевых реакций отмечались: гематологическая токсичность 2 степени 26.06.25 в связи с дисфункцией порт системы в v. jugularis interna sinistra установлен имплантируемый ЦВК - Имплантируемый Хикман (REF: 600570) Контрольное обследование через 3 месяца после ауто-ТГСК: 1) 06.06.25 Скintiграфия с МIBG: - на момент исследования очагов патологического накопления МЙБГ в забрюшинном пространстве достоверно не выявлено (при сравнении с исследованием от 28.02.2025 г. положительная динамика); - неравномерное накопление МЙБГ в печени – может быть физиологического характера, однако рекомендована корреляция с МРТ. 2) 17.06.25 КТ ОГК, ОБП и малого таза с к/у: - ОГК: очаговых и инфильтративных изменений в легких; увеличенных лимфатических узлов средостения, корней легких и подмышечных областей не выявлено. - ОБП: Остаточный компонент в области почечной ножки прежними размерами. Диффузные изменения всех видимых костей (mts) -без динамики. - Малый таз: диффузные изменения костей на уровне сканирования (mts) - без динамики 3) 18.06.25 МРТ головного мозга с к/у: Признаков объемного или очагового поражения головного мозга, поражения мозговых оболочек не выявлено. 4) 25.06.25 МРТ ОБП с к/у: П/о изменения в забрюшинном пространстве слева с дистопированными петлями кишечника, без достоверной визуализации патологических образований на фоне выраженных артефактов. Достоверных признаков патологических очаговых изменений паренхимы печени, по данным МРТ, не определяется. Иммунофенотипирование периферической крови для выявления субпопуляционного состава лимфоцитов на +90 сутки: CD3+CD4+ Lym: 0.05 (1.26-2.65) 10⁶/мл CD3+CD8+ Lym : 0.025 (0.75-1.57) 10⁶/мл CD19+ Lym (B-cells): 0.08 (0.47-1.69) 10⁶/мл Критерии иммунорекогнитуции не достигнуты, продолжена противоиnфекционная профилактика. С учетом клинико-анамнестических данных (объем поражения костной ткани) 24.06.25 проведена антирезорбтивная терапия золедроновой кислотой. С 30.06.25 - 1 курс антиGD2-направленной терапии: ДИНУТУКСИМАБ бета 100 мг/м2/курс, 57 мг/курс в/в продленной инфузией, СД=52 мг (редукция на 10%) с 30.06.25 по 09.07.25 на фоне стандартной сопроводительной терапии, в т.ч. профилактике нейропатической боли морфином. Морфин отменен на 2-е сутки, после чего наблюдались эпизоды болевого синдрома, купированные введением трамадола. На 10-е сутки терапии отмечено развитие динамической тонкокишечной непроходимости (нейротоксичность?/гастроэнтероколит?), мелкопапулезной сыпи по всему телу, фебрильной лихорадки, в связи с чем введение динутуксимаба-бета завершено. Проводилась комбинированная противомикробная терапия (пиперациллин/тазобактам, амикацин, метронидазол), нейротрофическая (пиридоксин, тиамин, ипидакрин), парэнтеральное питание. После стабилизации состояния, 16.07.25 начат 2 курс дифференцировочной терапии 13-цис-ретиноевой кислотой: ИЗОТРЕТИНОИН 160 мг/м2/сут, 90мг/сут В дальнейшем наблюдалась по месту жительства (18.07-03.07.25). Дифференцировочная терапия проведена в полном объеме. Со слов матери, отмечался отказ от еды, ежедневные рвоты. Потеря веса – 2кг. 04.08.25 - госпитализация в отделение клинической онкологии НМИЦ ДГОИ. С 12.08.25 проведен 2 курс антиGD2-направленной терапии: ДИНУТУКСИМАБ бета 100 мг/м2/курс, 55 мг/курс в/в продленной инфузией, СД=55 мг, 1-10 дни на фоне стандартной сопроводительной терапии, в т.ч. профилактике нейропатической боли морфином. Морфин отменен на 2-е сутки. Перенесла удовлетворительно. Инфекционных осложнений не наблюдалось. Терапию переносила удовлетворительно. С 23.08.25 начат 3 курс дифференцировочной терапии 13-цис-ретиноевой кислотой: ИЗОТРЕТИНОИН 160 мг/м2/сут, 90мг/сут 25.08.25 пациентка выписана, по месту жительства продолжалась дифференцировочная терапия, проведена в полном объеме. С 16.09.25 проведен 3 курс антиGD2-направленной терапии: ДИНУТУКСИМАБ бета 100 мг/м2/курс, 56 мг/курс в/в продленной инфузией, СД=56 мг, 1-10 дни на

фоне стандартной сопроводительной терапии. С 28.09.25 начат 4 курс дифференцировочной терапии 13-цис-ретиноевой кислотой: ИЗОТРЕТИНОИН 160 мг/м²/сут, 90мг/сут. Пациентка поступила в отделение клинической онкологии для проведения 4 курса иммунотерапии. По результатам лабораторных анализов отмечалось увеличение онкомаркеров (21.10.25 HCE: 149.24 (0-16.3) нг/мл; ЛДГ: 730 (0-344) Ед/л), в связи с чем было принято решение об отмене проведения иммунотерапии и начале дообследования. 21.10.2025 Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с 18F-DOPA (фтордигидроксифенилаланин) с контрастированием* Заключение: на момент исследования определяется патологическое накопление 18F-ДОФА в ретрокуральных л/узлах, множественных забрюшинных л/узлах на уровне живота и таза, преимущественно слева, левых паховых л/узлов, левой седалищной кости, дистальном метадиафизе правой бедренной кости. 22.10.2025 Магнитно-резонансная томография головного мозга - 1,5Т(Тесла) Заключение: Признаков объемного или очагового поражения головного мозга, поражения мозговых оболочек не выявлено. МР-картина без отрицательной динамики от 18.06.2025г. 23.10.2025 Компьютерная томография органов грудной полости (мультиспиральная) Заключение: "Свежих" очаговых и инфильтративных изменений в легких; увеличенных лимфатических узлов средостения, корней легких и подмышечных областей не выявлено. 23.10.2025 Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (мультиспиральная) Описание: Контрольное исследование от 16.09.2025г. Заключение: В динамике от 16.09.2025г появление множественных увеличенных забрюшинных и тазовых лимфоузлов слева, сливающихся между собой в конгломераты, увеличенных ретрокуральных лимфоузлов. Утолщение задней стенки мочевого пузыря. Остаточный компонент в области почечной ножки прежними размерами. Диффузные изменения всех видимых костей (mts) -без визуальной динамики. 26.10.2025 Магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием - 1,5Т (Тесла) Заключение: Постоперационные изменения в левой подвздошной области. Множественные конгломераты левых общих, наружных и внутренних увеличенных лимфатических узлов, в левой пахово-бедренной области, - вероятнее мтс. Внеорганные опухолевые образования: межмышечно в левой ягодичной области; и забрюшинно слева, кзади от левой поясничной мышцы, - вероятнее мтс в л/узлы (?), или внеорганные мтс в мягких тканях(?). Очаг метастатического поражения в левой седалищной кости. Минимальное количество свободной жидкости в полости малого таза. 22.10.25 КМП из 4-х точек: опухолевые клетки не найдены 22.10.25 Трепанобиопсия КМ (2 точки): В пределах доставленного материала данных за неопластический процесс нет. Для получения материалов для молекулярно-генетического исследования 24.10 была проведена биопсия лимфатического узла левой подвздошной области. 24.10.2025 - Лапароскопия, биопсия узла левой подвздошной области В положении на животе выполнена открытая лапароскопия. В брюшной полости невыраженный спаечный процесс - прядь большого сальника сращена с передней брюшной стенкой в области рубца. Выраженный рубцовый процесс в левой подвздошной области: рубцы хрящевой плотности, ткани достоверно не дифференцируются. Выполнена диссекция рубцов, выделена левая наружная подвздошная артерия, частично выделена левая наружная подвздошная вена. Выполнена биопсия одного из небольших л/узлов. При дальнейшей диссекции выделены другие узлы, однако таковые представлены поностью замещенными опухолью кистами с жидким опухолевым детритом, солидный компонент отсутствует и при манипуляции с ними вскрываются с излитием детрита и активным кровотечением. Гемостаз биполярной коагуляцией, гемостатическими салфетками - сухо. Полученный материал погружен в эндоскопический контейнер, извлечен. В брюшной полости оставлена дренажная трубка. Десуфляция, троакары извлечены. Раны ушиты. Ас. наклейки. По результатам ПЭТ-КТ с DOPA, МРТ головного мозга с к/у, КМП из 4-х точек, КТ ОГК и ОБП с к/у установлена системная прогрессия заболевания с поражением костей скелета и лимфатических узлов. С 28.10.25 проведен курс противорецидивной терапии IT: ИРИНОТЕКАН 50мг/м² в/в капельно за 1 час, Д1-Д5 (РД=30 мг, СД=150 мг) ТЕМОЗОЛОМИД 150 мг/м² per os, Д1-Д5 (РД1-4=100мг, РД5=40 мг, СД=440 мг) Введение химиопрепаратов перенесла удовлетворительно. По данным КТ ГК и ОБП с к/у от 11.11.25 в динамике от 29-10-2025 отмечается: - уменьшение деформации поясничной мышцы слева на фоне уменьшения размеров конгломерата узлов, уменьшения их плотности; - кровоизлияние(?) конгломерата лимфатических узлов по ходу подвздошных сосудов слева; - уменьшение размеров парааортальных лимфатических узлов до 8мм (ранее до 14мм). Сохранение множественных увеличенных забрюшинных и тазовых лимфоузлов слева, сливающихся между собой в конгломераты, увеличенных ретрокуральных лимфоузлов. Утолщение задней стенки мочевого пузыря. Остаточный компонент в области почечной ножки прежними размерами. С 18.11.25 курс DIT(2) с введением НК-клеток: - ДИНУТУСИМАБ БЕТА 100 мг/м²/курс, 60 мг/курс в/в продленной инфузией в течение 10 дней - ИРИНОТЕКАН 50 мг/м²/сут, РД=30 мг в/в, 1-5 дни - ТЕМОЗОЛОМИД 500 мг/м²/курс, РД=100 мг, 1,3,5 дни - введение НК-клеток в/в, 16 мл в/в, 11.70 x 10⁶/кг, 24.11.25 Введение химиоиммунотерапии и НК-клеточного продукта перенесла удовлетворительно, без осложнений. С 09.12.25 курс DIT (3) с введением НК-клеточного продукта: - ДИНУТУКСИМАБ бета 100 мг/м²/сут, СД 60 мг/курс, в/в в течение 10 дней - ИРИНОТЕКАН 50 мг/м²/сут, РД=31 мг в/в за 1 ч, 1-5 дни - ТЕМОЗОЛОМИД 100 мг/м²/сут, РД=60 мг р.о., 1-5 дни - введение НК-клеток в/в, 16 мл, 12,9 x 10⁶/кг, 16.12.25 Введение химиоиммунотерапии и НК-клеточного продукта перенесла удовлетворительно. 23-12-2025 ПЭТ-КТ 18F-DOPA -- Ретрокуральные л/узлы справа до 4 мм по короткой оси (SUVmax=1,2); забрюшинные л/узлы на уровне живота и таза (наиболее заметные парааортальные слева и подвздошные слева, SUVmax=2, 1, оценка размеров рекомендована по данным КТ с КУ). Узловые компоненты в инфраренальной клетчатке слева вдоль подвздошной мышцы до 3x5 мм, без повышенного накопления РФЛП. -- Патологическое накопление РФЛП в левой седалищной кости (SUVmax=2,1).Множественные участки измененной костной структуры. При сравнении с ПЭТ/КТ с 18F-ДОФА от 21.10.2025 г. положительная динамика. 22-12-2025 КТ ОГК,ОБП, ОМТ с к/у: Контрольное исследование от 11.11.2025

г. В динамике отмечается: - некоторое уменьшение деформации поясничной мышцы слева на фоне уменьшения размеров конгломерата узлов до 9*11 мм (ранее до 11*16мм); - парааортальные лимфатические узлы прежним диаметром до 8мм; - умеренное утолщение и контрастное усиление стенки кишечника (нерезко выраженное уменьшение в динамике); - сохраняется конгломерат лимфатических узлов по ходу подвздошных сосудов слева, без выраженной динамики размеров при контрольном исследовании, размеры до 35*18мм, плотность в динамике несколько увеличилась. В структуре сохраняется отграниченный участок неправильной бугристой формы до 17*12*14мм (динамика недостоверна) - кровоизлияние?. - конгломерат патологически измененных лимфатических узлов в области левой почечной ножки примерным размером 9x23x20 мм (без видимой динамики). - сгруппированные паховые лимфоузлы слева, размером до 4мм, без отека окружающей клетчатки. - многочисленные мезентериальные лимфоузлы, размером до 5мм. - сохраняются ретрокуральные лимфоузлы до 6мм - в левых отделах полости малого таза сохраняется образование неправильной формы неоднородной структуры, сливающееся с увеличенными внутренними подвздошными лимфоузлами слева (может соответствовать конгломерату патологических лимфоузлов), интимно прилежит к левой стенке мочевого пузыря, по наружному контуру проходят наружные подвздошные сосуды. 24-12-2025 Нейрон-специфическая енолаза: 16.63 [нг/мл]; 31.12.25-09.12.26 курс DIT (4) с введением НК-клеточного продукта: - ДИНУТУКСИМАБ бета 100 мг/м2/сут, СД=60 мг/курс, в/в в течение 10 дней - ИРИНОТЕКАН 50 мг/м2 /сут, РД=31 мг в/в за 1 ч, 1-5 дни - ТЕМОЗОЛОМИД 500 мг/м2/курс, РД=100 мг, СД= 300 мг р.о., 1-3 дни - введение НК-клеток в /в, 16 мл, 12,3 x 10⁶/кг, 06.01.2026 Введение химиотерапии и НК-клеточного продукта перенесла удовлетворительно, на фоне умеренного эметического синдрома. В постблоковом периоде отмечалась постцитотоксическая аплазия лейкоцитарного ростка кроветворения, в связи с чем проводилась стимуляция лейкопоза ГКСФ. Из инфекционных осложнений имело место течение норовирусного энтероколита. 16-01-2025 Нейрон-специфическая енолаза: 21.71 [нг/мл]; С 21.01.26 - курс DIT(5) с введением НК-клеточного продукта: - ДИНУТУКСИМАБ БЕТА 100 мг/м2/курс, 60 мг/курс в/в продленной инфузией в течение 10 дней - ИРИНОТЕКАН 50 мг/м2/сут, РД=30 мг СД=150 мг в/в, 1-5 дни - ТЕМОЗОЛОМИД 500 мг/м2/курс, СД=300 мг р.о., 1-4 дни. - НК-клеточный продукт 16 мл, 13,5 x 10⁶/кг, 27.01.26 Введение химиотерапии и НК-клеточного продукта перенесла удовлетворительно, на фоне умеренного эметического синдрома. 11-02-2025 Нейрон-специфическая енолаза: 49.88 нг/мл. Курс DIT(6) с 11.02.26 по 13.02.26: - ДИНУТУКСИМАБ БЕТА 100 мг/м2/курс, 60 мг/курс в/в продленной инфузией в течение 10 дней - 1-3 дни - ИРИНОТЕКАН 50 мг/м2/сут, РД=30 мг, СД = 90 мг в/в, 1-3 дни - ТЕМОЗОЛОМИД 500 мг /м2/курс, ВД =100 мг, СД=300 мг, 1-3 дни на фоне стандартной сопроводительной терапии. При повторной оценке от 13.02.2026 уровень NSE: 122.1 нг/мл. 13.02.26 выполнено КТ ОГК и ОБП с к/у, по данным которого отмечается отрицательная динамика в виде роста пораженных л/у забрюшинного пространства и малого таза. Учитывая констатацию прогрессии заболевания на 2 линии терапии, прогноз расценивается как крайне неблагоприятный. С матерью ребенка проведена исчерпывающая беседа об отсутствии куративных опций терапии. По согласованию с зав. отд. клинической онкологии Качановым Д.Ю., зав. отделом солидных опухолей Шаманской Т.В., с согласия законного представителя, принято решение о прерывании потенциально неэффективного курса химиотерапии. МРТ ГМ и мягких тканей головы с КУ от 19.02.26: МР-признаков объемного или очагового поражения головного мозга, поражения мозговых оболочек не выявлено. Сохраняется умеренное диффузное накопление парамагнетика в структуре костного мозга костей черепа с признаками положительной динамики. 25.02.26 в связи с нарушением целостности ЦВК проведено плановое удаление дефектного катетера по типу Brovias, постановка ЦВК по типу Certofix. С 25.02.26 проведен курс Top/Cyclo(1): - ТОПОТЕКАН 0,75 мг/м2/сут, РД=0,47 мг СД=2,35 мг в/в, 1-5 дни, - ЦИКЛОФОСФАМИД 250 мг/м2/курс, РД=155 мг, СД=775 мг, 1-5 дни. Перенесла относительно удовлетворительно на фоне стандартной сопроводительной терапии. В период индуцированной аплазии кроветворения проводились стимуляция лейкопоза, заместительная гемотрансфузия эритроцитарной взвеси. 11.03.2026 КТ ОБП и МТ с КУ: Контрольное исследование от 13.02.2026. Отмечается положительная динамика: - уменьшение размеров парааортальных и паракавадных лимфатических узлов до 14 * 13 мм от почечных сосудов до бифуркации (ранее до 16 * 20 мм); - уменьшение конгломерата лимфатических узлов по ходу подвздошных сосудов слева от наружных подвздошных до бифуркации в размере до 25 * 51 * 60 мм (ранее 43 * 62 * 70 мм) с распространением в крестцовое отверстие S1/2. В структуре сохраняется отграниченный участок неправильной бугристой формы до 17*12*14мм (примерно прежними размерами), плотностью до 90 НУ, значимо не накапливающий контрастное вещество - кровоизлияние?; - увеличение ретрокуральных лимфатических узлов до 7 * 10 мм (ранее 10 * 15 мм) С 21.03.26 проведен курс Top/Cyclo(2): - ТОПОТЕКАН 0,75 мг/м2/сут, РД=0,48 мг СД=2,4 мг в/в, 1-5 дни, - ЦИКЛОФОСФАМИД 250 мг/м2/курс, РД=160 мг, СД=800 мг, 1-5 дни. Перенесла относительно удовлетворительно на фоне стандартной сопроводительной терапии. В период индуцированной аплазии кроветворения проводились стимуляция лейкопоза, заместительная гемотрансфузия эритроцитарной взвеси, тромбоконтрата. Настоящая госпитализация для продолжения терапии, обследования.

Жалобы

активных жалоб нет.

Результаты физикального исследования

Рост: 95, Вес: 15.3, S тела: 0.64, ЧСС: 116, ЧДД: 23, SpO2: 99, АД сист.: 99, АД диаст.: 60, t: 36.5 Жалобы: активных жалоб нет. Состояние: тяжелое за счет прогрессии основного заболевания, стабильное. Самочувствие: выражено не страдает. Сознание: ясное. Неврологический статус: без особенностей. Положение: активное. Эндокринная система: без особенностей. Телосложение: нормостеническое. Кожные покровы: бледно-розовые, без явлений инфекционной сыпи, умеренной влажности. Тургор тканей достаточный. ПЖК развита умеренно, распределена равномерно, видимых отеков нет. Слизистые оболочки: язык чистый, влажный. Слизистые чистые, розовые, влажные. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Костно-мышечная система: без патологических изменений, видимых костных деформаций нет. Лимфатическая система: периферической лимфоаденопатии нет. Сердечно-сосудистая система: перкуторно границы сердца не изменены. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не определяется. Органы дыхания: дыхание через нос свободное, отделяемого нет. В легких аускультативно дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. Кашля, одышки нет. Пищеварительная система: пальпация органов брюшной полости безболезненна, живот при пальпации мягкий, глубокой пальпации доступен во всех отделах. Селезёнка: не пальпируется. Печень: печень +1.5 см из-под края правой реберной дуги, край плотно-эластичный, безболезненный. Мочевыделительная система: область почек визуально не изменена. Мочеиспускание самостоятельное, произвольное, безболезненное.

Дополнительные сведения о состоянии пациента при поступлении

Дополнительные сведения: Анамнез жизни: ребенок от 3 беременности, протекавшей без патологии. Роды 2 путем операции экстренного кесарева сечения на 40 нед гестации. Закричала сразу. При рождении рост 52см, вес 3200г. Выписана из р/д домой. Вакцинирована по нац.календарю до 2х лет. Перенесенные заболевания: ОРВИ 5р/год, COVID-19 2022г. Наблюдение у узких специалистов помимо основного заболевания отрицает. Семейный анамнез: сиблинг мальчик 2019г.р. - здоров. Прабабушка со стороны мамы - рак молочной железы, вторая прабабушка со стороны мамы - рак желудка. Аллергоанамнез: нет. Операции и травмы: 27.09.2024 - Открытая биопсия шейки правой бедренной кости. 10.01.2025 - Лапаротомия, удаление опухоли забрюшинного пространства слева (98%), адреналэктомия слева. Пластика брыжейки тонкой кишки. 24.10.2025 - Лапароскопия, биопсия узла левой подвздошной области Гемотрансфузионный анамнез: проводились в 2026 г - эр.взвесь, тромбоконцентрат, без осложнений.

Степень тяжести состояния пациента: Средней тяжести

Дополнительные сведения о госпитализации

Отделение клинической онкологии

Срок пребывания в отделении (подразделении): 03.04.2026 — 07.04.2026

Лечащий врач: Врач - детский онколог, АНДРЕЕВА Наталья Александровна

Результаты медицинского обследования

Общий анализ крови (базовый) (03.04.2026)

Примечания: Гемоглобин - 79 (115 - 138) г/л; Гематокрит - 22.8 (31 - 40) %; Коэффициент вариации ширины распределения эритроцитов по объему - 15.8 (11 - 16) %; Ядросодержащие эритроциты - 0.0 (0 - 0) %; Гранулоциты незрелые - 9.2 (0 - 0.5) %; Моноциты - 15.0 (4 - 9) %; Лимфоциты - 27.5 (35 - 57) %; Нейтрофилы - 45.7 (33 - 53) %; Базофилы - 1.3 (0 - 1) %; Эозинофилы - 1.3 (1 - 7) %; Ядросодержащие эритроциты абс. - 0.00 (0 - 0) 10⁹/л; Тромбоциты - 26 (204 - 356) 10⁹/л; Лейкоциты - 1.53 (6.05 - 9.85) 10⁹/л; Гранулоциты незрелые абс. - 0.14 (0 - 0.5) 10⁹/л; Моноциты абс. - 0.23 (0.24 - 0.89) 10⁹/л; Лимфоциты абс. - 0.42 (1.99 - 5.22) 10⁹/л; Нейтрофилы абс. - 0.70 (2.27 - 5.66) 10⁹/л; Базофилы абс. - 0.02 (0 - 0.06) 10⁹/л; Эозинофилы абс. - 0.02 (0.061 - 0.69) 10⁹/л; Среднее содержание гемоглобина в эритроците - 27.5 (25 - 33) пг; Эритроциты - 2.87 (4.2 - 4.6) 10¹²/л; Средний объем эритроцитов - 79.4 (75 - 100) фл; Стандартное отклонение ширины распределения эритроцитов по объему эритроцитов по объему - 45.3 (37 - 47) фл; Средняя концентрация гемоглобина в эритроците - 346 (322 - 368) г/л;

Анализ крови биохимический, стандартный (03.04.2026)

Примечания: Альбумин - 43 (38 - 54) г/л; Глюкоза - 4.59 (3.33 - 5.55) ммоль/л; Калий (K) - 4.2 (3.5 - 5.1) ммоль/л; Натрий (Na) - 136 (136 - 145) ммоль/л; Кальций (Ca) - 2.39 (2.2 - 2.7) ммоль/л; Мочевина - 2.8 (1.8 - 6) ммоль/л; Билирубин общий - 7.1 (0 - 17) мкмоль/л; Билирубин прямой - 2.31 (0 - 5) мкмоль/л; Креатинин - 30.0 (0 - 42) мкмоль/л; Аспаратаминотрансфераза (АсАТ) - 23.0 (0 - 59) Ед/л; Щелочная фосфатаза (ЩФ) - 206.2 (0 - 281) Ед/л; Лактатдегидрогеназа (ЛДГ) - 293 (0 - 344) Ед/л; Общий белок - 60.9 (60 - 80) г/л;

Общий анализ крови (базовый) (06.04.2026)

Примечания: Гемоглобин - 74 (115 - 138) г/л; Гематокрит - 21.3 (31 - 40) %; Коэффициент вариации ширины распределения эритроцитов по объему - 16.0 (11 - 16) %; Ядросодержащие эритроциты - 0.0 (0 - 0) %; Гранулоциты незрелые - 1.3 (0 - 0.5) %; Моноциты - 21.5 (4 - 9) %; Лимфоциты - 25.8 (35 - 57) %; Нейтрофилы - 50.6 (33 - 53) %; Базофилы - 0.4 (0 - 1) %; Эозинофилы - 0.4 (1 - 7) %; Ядросодержащие эритроциты абс. - 0.00 (0 - 0) 10⁹/л; Тромбоциты - 24 (204 - 356) 10⁹/л; Лейкоциты - 2.33 (6.05 - 9.85) 10⁹/л; Гранулоциты незрелые абс. - 0.03 (0 - 0.5) 10⁹/л; Моноциты абс. - 0.50 (0.24 - 0.89) 10⁹/л; Лимфоциты абс. - 0.60 (1.99 - 5.22) 10⁹/л; Нейтрофилы абс. - 1.18 (2.27 - 5.66) 10⁹/л; Базофилы абс. - 0.01 (0 - 0.06) 10⁹/л; Эозинофилы абс. - 0.01 (0.061 - 0.69) 10⁹/л; Среднее содержание гемоглобина в эритроците - 28.2 (25 - 33) пг; Эритроциты - 2.62 (4.2 - 4.6) 10¹²/л; Средний объем эритроцитов - 81.3 (75 - 100) фл; Стандартное отклонение ширины распределения эритроцитов по объему эритроцитов по объему - 45.6 (37 - 47) фл; Средняя концентрация гемоглобина в эритроците - 347 (322 - 368) г/л;

Общий анализ крови (базовый) (07.04.2026)

Примечания: Гемоглобин - 99 (115 - 138) г/л; Гематокрит - 27.5 (31 - 40) %; Коэффициент вариации ширины распределения эритроцитов по объему - 15.9 (11 - 16) %; Ядросодержащие эритроциты - 0.2 (0 - 0) %; Гранулоциты незрелые - 1.4 (0 - 0.5) %; Моноциты - 18.5 (4 - 9) %; Лимфоциты - 11.3 (35 - 57) %; Нейтрофилы - 67.9 (33 - 53) %; Базофилы - 0.5 (0 - 1) %; Эозинофилы - 0.4 (1 - 7) %; Ядросодержащие эритроциты абс. - 0.01 (0 - 0) 10⁹/л; Тромбоциты - 37 (204 - 356) 10⁹/л; Лейкоциты - 5.67 (6.05 - 9.85) 10⁹/л; Гранулоциты незрелые абс. - 0.08 (0 - 0.5) 10⁹/л; Моноциты абс. - 1.05 (0.24 - 0.89) 10⁹/л; Лимфоциты абс. - 0.64 (1.99 - 5.22) 10⁹/л; Нейтрофилы абс. - 3.85 (2.27 - 5.66) 10⁹/л; Базофилы абс. - 0.03 (0 - 0.06) 10⁹/л; Эозинофилы абс. - 0.02 (0.061 - 0.69) 10⁹/л; Среднее содержание гемоглобина в эритроците - 29.5 (25 - 33) пг; Эритроциты - 3.36 (4.2 - 4.6) 10¹²/л; Средний объем эритроцитов - 81.8 (75 - 100) фл; Стандартное отклонение ширины распределения эритроцитов по объему эритроцитов по объему - 45.2 (37 - 47) фл; Средняя концентрация гемоглобина в эритроците - 360 (322 - 368) г/л;

Компьютерная томография таза с болюсным внутривенным контрастированием (03.04.2026 11:39)

Заключение: Описано единым протоколом в исследовании №46198442

Комментарий: Описание: Описано единым протоколом в исследовании №46198442.

Компьютерная томография живота (03.04.2026 11:40)

Заключение: Состояние после оперативного лечения от 24-10-2025. В динамике от 11.03.2026. отмечается:

- стабильные размеры забрюшинных (парааортальных и паракавальных) и подвздошных лимфоузлов слева с распространением в крестцовое отверстие S1/2;
- минимальное уменьшение ретрокруральных лимфоузлов;
- остаточный компонент в области почечной ножки прежними размерами.

Комментарий: Описание: В сравнении с данными КТ от 11.03.2026г. Оперативное лечение: - "Лапаротомия, удаление опухоли забрюшинного пространства слева (98%), адrenaлэктомия слева. Пластика брыжейки тонкой кишки." от 10-01-2025 - "Лапароскопия, биопсия узла левой подвздошной области" от 24-10-2025 В динамике отмечается: - сохранение прежних размеров парааортальных и паракавальных лимфатических узлов до 14 * 13 мм от почечных сосудов до бифуркации; - сохранение прежним размером конгломерата лимфатических узлов по ходу подвздошных сосудов слева от наружных подвздошных до бифуркации до 25 * 51 * 60 мм с распространением в крестцовое отверстие S1/2. В структуре сохраняется отграниченный участок неправильной бугристой формы до 17*12*14мм (примерно прежними размерами), плотностью до 90 HU, значимо не накапливающий контрастное вещество - кровоизлияние?; - уменьшение ретрокруральных лимфатических узлов до 6*8 мм (ранее 7*10 мм); - сохраняются единичные мягкотканые компоненты в области внутрибрюшной жировой клетчатки слева на уровне крыла подвздошной кости, наиболее крупными размерами до 5*7 мм (без динамики). На фоне послеоперационных изменений сохраняется конгломерат патологически измененных лимфатических узлов в области левой почечной ножки примерным размером 9x23x20 мм (без видимой динамики). Печень умеренно увеличена (вертикальный размер 115 мм, ранее 101 мм), расположена обычно, имеет ровные, четкие контуры. Структура её однородная. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Система воротной вены не расширена. Желчный пузырь типично расположен, стенки его не утолщены, рентгеноконтрастных конкрементов в его просвете не отмечено. Селезенка не увеличена, имеет ровные контуры и однородную структуру. Селезеночная вена не расширена. Поджелудочная железа типично расположена, не увеличена, контуры ее ровные, четкие, структура однородная. Панкреатический проток не расширен. Правый надпочечник обычной формы и положения, однородной структуры. Почка не увеличена, контуры их ровные, четкие. Кортико-медуллярная дифференциация сохранена. Чашечно-лоханочная система справа не расширена. Рентгеноконтрастных конкрементов в полостных системах почек и мочеточниках не определяется. Эвакуация контрастного вещества справа своевременная, слева не прослеживается. На уровне визуализации сохраняются диффузно-очаговая неоднородность костных структур без отрицательной динамики. В зоне межvertebral области и проксимального диафиза правой бедренной кости сохраняется зона деструкции без отрицательной динамики..

Компьютерная томография груди (03.04.2026 11:55)

Заключение: Диффузное двустороннее уплотнение легочного интерстиция.

Комментарий: Описание: В сравнении с данными КТ от 13.02.2026г. На фоне выраженных артефактов от дыхательных движений очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено. В динамике отмечается диффузное уплотнение легочного интерстиция с обеих сторон. Трахея и крупные бронхи проходимы, просветы их не деформированы, стенки не изменены. Жидкости в плевральных полостях и полости перикарда нет. Средостение расположено по средней линии, не расширено. Вилочковая железа типично расположена, однородной структуры. В средостении определяются единичные не увеличенные лимфатические узлы. В подмышечных областях визуализируются немногочисленные лимфатические узлы размерами от 3 до 7мм. На исследованном уровне участков патологической плотности и деструкции в костях не выявлено..

Компьютерная томография груди с болюсным внутривенным контрастированием (03.04.2026 11:55)

Заключение: Диффузное двустороннее уплотнение легочного интерстиция.

Комментарий: Описание: В сравнении с данными КТ от 13.02.2026г. На фоне выраженных артефактов от дыхательных движений очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено. В динамике отмечается диффузное уплотнение легочного интерстиция с обеих сторон. Трахея и крупные бронхи проходимы, просветы их не деформированы, стенки не изменены. Жидкости в плевральных полостях и полости перикарда нет. Средостение расположено по средней линии, не расширено. Вилочковая железа типично расположена, однородной структуры. В средостении определяются единичные не увеличенные лимфатические узлы. В подмышечных областях визуализируются немногочисленные лимфатические узлы размерами от 3 до 7мм. На исследованном уровне участков патологической плотности и деструкции в костях не выявлено..

Медицинские вмешательства

Трансфузия (Эритроцитная взвесь лейкоредуцированная, облученная) (06.04.2026 14:18 — 06.04.2026 15:18)

Результат:

Медицинский работник: Врач - детский онколог, АНДРЕЕВА Наталья Александровна

Оказанные услуги

V03.016.002 Общий (клинический) анализ крови (03.04.2026)

A06.20.002.002 Спиральная компьютерная томография органов малого таза у женщин с внутривенным болюсным контрастированием (03.04.2026)

A06.30.005.001 Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (03.04.2026)

A06.09.005 Компьютерная томография органов грудной полости (03.04.2026)

V03.016.004 Анализ крови биохимический общетерапевтический (03.04.2026)

V03.016.002 Общий (клинический) анализ крови (06.04.2026)

V03.016.002 Общий (клинический) анализ крови (07.04.2026)

Дополнительные сведения

Витальные параметры

Дата	Параметр	Значение	Ед. изм.
03.04.2026 08:15	Артериальное давление диастолическое	60	мм рт.ст.
03.04.2026 08:15	Артериальное давление систолическое	99	мм рт.ст.
03.04.2026 08:15	Масса тела	15.3	кг
03.04.2026 08:15	Частота дыхания	23	1/мин
03.04.2026 08:15	Сатурация	100	%
03.04.2026 08:15	Температура тела	36.5	°C
03.04.2026 08:15	Рост	95	см
03.04.2026 08:15	Частота сердечных сокращений	116	1/мин

03.04.2026 08:30	Артериальное давление диастолическое	60	мм рт.ст.
03.04.2026 08:30	Температура тела	36.5	°C
03.04.2026 08:30	Частота сердечных сокращений	116	1/мин
03.04.2026 08:30	Длина тела	95	см
03.04.2026 08:30	Масса тела	15.3	кг
03.04.2026 08:30	Частота дыхания	23	1/мин
03.04.2026 08:30	Сатурация	99	%
03.04.2026 08:30	Площадь поверхности тела	0.64	м ²
03.04.2026 08:30	Артериальное давление систолическое	99	мм рт.ст.
04.04.2026 10:00	Частота сердечных сокращений	94	1/мин
04.04.2026 10:00	Температура тела	36.5	°C
04.04.2026 10:00	Артериальное давление диастолическое	55	мм рт.ст.
04.04.2026 10:00	Артериальное давление систолическое	104	мм рт.ст.
05.04.2026 10:36	Артериальное давление систолическое	95	мм рт.ст.
05.04.2026 10:36	Температура тела	36.7	°C
05.04.2026 10:36	Частота сердечных сокращений	97	1/мин
05.04.2026 10:36	Артериальное давление диастолическое	54	мм рт.ст.
06.04.2026 10:53	Частота дыхания	23	1/мин
06.04.2026 10:53	Масса тела	15.5	кг
06.04.2026 10:53	Сатурация	99	%
06.04.2026 10:53	Артериальное давление диастолическое	58	мм рт.ст.
06.04.2026 10:53	Частота сердечных сокращений	160	1/мин
06.04.2026 10:53	Температура тела	36.4	°C
06.04.2026 10:53	Артериальное давление систолическое	99	мм рт.ст.

07.04.2026 09:57	Температура тела	36.5	°C
07.04.2026 09:57	Артериальное давление систолическое	99	мм рт.ст.
07.04.2026 09:57	Артериальное давление диастолическое	60	мм рт.ст.
07.04.2026 09:57	Частота сердечных сокращений	102	1/мин
07.04.2026 09:57	Сатурация	99	%
07.04.2026 09:57	Частота дыхания	23	1/мин

Состояние при выписке, листок нетрудоспособности

Катетеры: Однопросветный - 25.02.2026 (REF: 4160185E) Динамика в стационаре: без отрицательной динамики. Заключение: Пациентка поступила для проведения сопроводительной терапии в постблоковом периоде. В период индуцированной аплазии кроветворения проводилась стимуляция лейкопоэза, заместительная гемотрансфузия эритроцитарной взвеси. За время госпитализации проведено контрольное обследование: согласно результатам КТ ОГК, ОБП и МТ с к/у от 03.04.2026 отмечается стабилизация заболевания. На момент выписки афебрильна. Видимых очагов инфекции нет. Выписывается из отделения клинической онкологии в стабильном соматическом статусе в связи с окончанием этапа терапии. Состояние на момент выписки: Состояние ребенка: тяжелое по характеру основного заболевания, клинически стабильное. Жалобы: активных жалоб нет. Соматический статус: Кожные покровы бледно-розовые, нормальной влажности, без явлений инфекционной сыпи. Гематома в области правого плеча после подкожной инъекции Г-КСФ в стадии разрешения. Видимых периферических отеков нет. Слизистые оболочки бледно-розовые, влажные, чистые. Зев не гиперемирован. Миндалины не увеличены, налетов нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических кардиальных шумов нет. Гемодинамика стабильная. Дыхание носовое, свободное, отделяемого из носа нет. Аускультативно дыхание пуэрильное, равномерно проводится по всем отделам. Кашля, одышки нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Тошноты и рвоты нет. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Неврологический статус без очаговой, общемозговой, менингеальной симптоматики. Листок нетрудоспособности: матери открыт листок нетрудоспособности по уходу за ребенком

Режим и рекомендации

- 1) госпитализация в стационар кратковременного лечения 08.04.2026 для продолжения терапии.
- 2) продолжение специфической терапии - курсы топотекан/циклофосфамид
- 3) контрольные обследования: НСЕ перед каждым курсом, КТ ОГК, ОБП и малого таза с к/у после каждого 2го курса ПХТ

Документ составил

Врач - детский онколог, АНДРЕЕВА Наталья Александровна

Дата составления

07.04.2026

Документ заверил

Врач - детский онколог, АНДРЕЕВА Наталья Александровна

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ		
Организация	Сертификат	Дата подписи
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ДЕТСКОЙ ГЕМАТОЛОГИИ, ОНКОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ ИМЕНИ ДМИТРИЯ РОГАЧЕВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	738CDE3781832D8BEA3C8B0DA460C1E1	07.04.2026 14:38
	Андреева Наталья Александровна	Действителен с 2025.01.17 11:22:01 по 2028.04.12 11:22:01