



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

МК № 2025/2767-7
09.04.2026 14:42

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Пациент: Асыллов Нурдаулет (муж.), 25.05.2009 (16) Проживающий(ая) по адресу: КИРГИЗИЯ
Группа крови: В (III); **Резус-фактор:** Rh(+);
Анализы на ВИЧ, HBS Ag, HCV Ab, RW: Отрицательные; **Дата определения:** 03.03.2026;
Находился(ась) на стационарном лечении с 23.03.2026 г. **время:** 14:02 по г. **время:** в 05.04.00.00.00. Детское онкологическое отделение хирургических методов лечения
Форма оказания медицинской помощи: плановая - 1
Клиническая группа: III

Диагноз

Основной клинический диагноз: C40.2 Остеосаркома правой бедренной кости. Метастатическое поражение легких. T2N0M1, стадия IVA по AJCC. Биопсия образования правой бедренной кости от 08.10.2025г. Программное лечение по протоколу EURAMOS-1 с 29.10.2025г. 3 курса ПХТ. Прогрессирование заболевания от января 2026г. 2 курса ПХТ по схеме HD Ifo. Осложнения: лейкопения III степени и нейтропения II степени, анемия III степени, тромбоцитопения III степени
Заключительный диагноз: C40.2 Остеосаркома правой бедренной кости. Метастатическое поражение легких. T2N0M1, стадия IVA по AJCC. Биопсия образования правой бедренной кости от 08.10.2025г. Программное лечение по протоколу EURAMOS-1 с 29.10.2025г. 3 курса ПХТ. Прогрессирование заболевания от января 2026г. 2 курса ПХТ по схеме HD Ifo. Резекция правой бедренной кости и сегментарная резекция правой большеберцовой кости с замещением дефекта модульным эндопротезом правого коленного сустава фирмы ImplatCast (Германия) от 03.04.2026г.
Стадия опухолевого процесса: IVA T2 N0 M1a

Морфологические исследования

09.10.2025 Цитологическое исследование микропрепарата пунктатов опухолей, опухолеподобных образований костей № 2025/17769 Доставлено 2 стеклопрепарата, полученные при ТАБ правой бедренной кости. Окраска по Лейшману. Маркировка № 17769/25. МКБ-0: В полученном материале определяются полиморфные опухолевые клетки злокачественного новообразования, принадлежащие вероятнее всего остеосаркоме.

ПРОТОКОЛ № 1755563649/25-39990 ПРИЖИЗНЕННОГО ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА

Макроскопическое описание: Многочисленные мелкие фрагменты ткани костной плотности размером до 1.5 см.
Микроскопическое описание:

В исследованном материале определяются разрозненные фрагменты ткани опухоли с очагами некроза. Ткань опухоли сформирована округлыми и полигональными клетками с умеренно выраженным полиморфизмом. Неопластические клетки расположены среди гомогенного эозинофильного матрикса (патологический остеоид). Митотическая активность - до 3 фигур митоза в одном поле зрения при увеличении микроскопа x400 (в том числе патологические формы).

Заключение: С учетом данных визуализации, морфологическая картина соответствует конвенциональной остеосаркоме.

ПРОТОКОЛ № 1970829412/26-13061F ПРИЖИЗНЕННОГО ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА

Срочное исследование:

"Костный мозг" - фрагменты красноватой ткани общим объемом 0,4x0,3x0,3 см. Мелкие обломки костных балок, частицы жирового и гемопозитического костного мозга.

Заключение: В материале, доставленном на срочное гистологическое исследование, клетки опухоли не выявлены.

Плановое гистологическое исследование от 03.04.2026г. в работе.

Анамнез жизни

Анамнез жизни: Ребенок от 1 беременности, протекавшей физиологично. 2-я беременность: мальчик, 2021 г.р. (здоров). 3-я беременность: мальчик, 2023 г.р. (здоров).

Роде 1-е по счёту, срочные (38-39 недель), самостоятельные, без осложнений. При рождении длина тела 55 см., масса тела 3250 гр. Закричал сразу, приложен к груди в родовом зале.

Аллергоанамнез: не отягощён.

Акушерско - гинекологический анамнез: у матери эрозия матки

Неонатальный анамнез: без особенностей, у узких специалистов не наблюдался

Физическое и нервно - психическое развитие: рос и развивался по возрасту

Вскармливание: грудное вскармливание до 1 года 6 месяцев, прикорм введён в срок

Перенесённые заболевания: ОРВИ 3-4 р/год, ветряной оспой не болел

Перенесённые операции: 08.10.2025г. - открытая биопсия образования правой бедренной кости

Профилактические прививки: согласно национальному календарю вакцинации до манифестации основного заболевания

Наследственный анамнез (в том числе онкологический): не отягощён

Эпидемиологический анамнез: в течение 21 дня в контакте с инфекционными больными не состоял. В школе карантин нет

Трансфузионный анамнез: неоднократно проводились трансфузии компонентами крови, без особенностей

Профилактический осмотр: Наблюдается детским онкологом, детским хирургом и детским ортопедом

Вредные привычки: отрицает

Условия труда и жизни: со слов матери благоприятные

Анамнез заболевания

В начале августа 2025г. у ребенка появился болевой синдром в правой нижней конечности при сгибании, нагрузке, а также в ночное время. В динамике интенсивность и частота эпизодов болевого синдрома нарастали. Самостоятельно проводилась анальгетическая терапия Нурофеном х 2 р/сут, местно наносился Троксевазин - без эффекта.

В сентябре 2025г. периодически поднималась температура тела до 38,5 С, появилось ощущение горения в руках, слабость.

В середине сентября 2025г. обращались к травматологу по месту жительства, проводилась симптоматическая терапия - без эффекта.

Через неделю снова обратились к травматологу, проведено КТ правой нижней конечности 18.09.2025 г. по месту жительства - КТ-данные могут соответствовать костной неоплазме (остеосаркома? саркома Юинга?).

Родители самостоятельно обратились в НИИ ДООГ.

Выполнено дообследование:

25.09.2025 Компьютерная томография органов грудной клетки

На фоне обогащенного и деформированного легочного рисунка в S1 справа определяется очаговоподобное уплотнение 3 мм (529), в S2 справа субплеврально определяется очаговоподобное уплотнение 1 мм (449); в S3 справа очаговоподобное уплотнение 3 мм (476), в S8 справа субплеврально очаговоподобное уплотнение треугольной формы 3 мм (301) и 2 мм (366), в S9 справа очаговоподобное уплотнение 1 мм (231), в S10 справа кортикально очаговоподобное уплотнение 2 мм (341), в S9/10 слева очаговоподобное уплотнение 1 мм (246) с включениями кальцинатной плотности, в S9 слева очаговоподобное уплотнение 2 мм (229) с включениями кальцинатной плотности, в S8 слева очаговоподобное уплотнение 2 мм (327).

На этом фоне убедительных признаков инфильтративных изменений не выявлено.

Трахея, главные, долевые и сегментарные бронхи проходимы.

Внутригрудные лимфоузлы не увеличены.

Свободный газ и жидкость в плевральных полостях не определяются.

Тимус не увеличен, однородной структуры.

Высота тел позвонков не снижена.

Деструктивных изменений в кистях, вошедших в зону исследования, не определяется.

Заключение: Воспалительных изменений в легких не выявлено. Очаговоподобные уплотнения в легких требуют наблюдения в динамике.

25.09.2025 Рентгенография

Остеолитическая деструкция дистального метадиафиза правой бедренной кости. Кортикальный слой преимущественно по медиальной поверхности дистального метадиафиза правой бедренной кости разрушен на протяжении – 9,0 - 10,0 см.

Линейный, игольчатый периостоз, козырьки Кодмана, внекостный компонент опухоли (~ 3,0 - 3,5 см толщиной) наиболее выражены по задне-внутренней поверхности дистального метадиафиза правой бедренной кости.

Протяженность поражения с учетом периостоза – 16,0 -18,0 см от суставной поверхности кости. Мягкие ткани правой подколенной области неравномерно уплотнены. Соотношение костей в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах не нарушено.

Заключение: Злокачественная опухоль дистального метадиафиза правой бедренной кости (остеосаркома/саркома Юинга).

25.09.2025 Сканирование костей всего тела

На обзорных скintiграммах определяется зона неравномерно повышенного накопления радиофармпрепарата (РФП) в области дистального отдела правой бедренной кости (ОПН=626%). В других отделах скелета - без видимой очаговой патологии.

Заключение: Признаки очагового поражения правой бедренной кости. Дополнительных очагов патологического накопления РФП не выявлено.

25.09.2025 Ультразвуковое исследование

Мягкие ткани правого бедра увеличены в объеме.

Дистальный эпиметафиз правой бедренной кости с признаками смешанного периостоза и деструкции.

По передне-внутреннему краю определяется внекостный солидный компонент – 52x25x 89мм, с повышенной васкуляризацией.

Подколенный л/у единичный 7x3мм, не изменен. Паховые (n=4) размерами 9x5мм, 15x9мм, не изменены.

Заключение: Эхо-признаки опухолевого поражения правой бедренной кости.

30.09.2025 Магнитно-резонансная томография опорно-двигательного аппарата - одна область с динамическим внутривенным контрастированием 3,0Т

Определяется патологическая перестройка дистального эпиметафиза правой бедренной кости за счет опухолевой ткани на протяжении – 20,8 см с учетом периостальной реакции от щели коленного сустава (длина бедренной кости от основания большого вертела до щели коленного сустава – 51,3 см). На этом протяжении кортикальный слой неравномерно истончен, разрушен преимущественно по медиальной поверхности, менее выражено по передней и задней поверхностям. Определяется линейная отслоенная периостальная реакция. МР-сигнал от губчатого вещества изменен за счет неоднородного опухолевого субстрата, распространяющегося за пределы компактного вещества с формированием внекостного компонента, максимальные поперечные размеры вместе с костью на уровне метафиза – 7,9x5,5 см. Структура опухоли неоднородная солидная с отдельными мелкими жидкостными зонами с уровнями седиментации – некрозы/кровоизлияния. Образование выражено ограничивает диффузию на DWI (b-value 800).

При внутривенном динамическом контрастировании патологические ткани интенсивно неравномерно накапливают контрастный препарат, характеристики накопления свойственны активной опухолевой ткани.

Прилежащие мягкие ткани выражено отечны, нельзя исключить инфильтрацию прилежащей промежуточных широкой и медиальной мышц бедра, инфильтрация других мышц отчетливо не отмечается. Распространение опухоли в коленный сустав не определяется, количество синовиальной жидкости не увеличено. Бедренный сосудисто-нервный пучок проходит по заднему краю опухоли, признаки инфильтрации не выявлены. Увеличенные и измененные лимфатические узлы в зоне исследования не определяются. МР-сигнал от других костных структур в зоне исследования не изменен.

Заключение: МР-картина злокачественной опухоли дистального эпиметафиза правой бедренной кости, в большей степени соответствует мелкокруглоклеточному варианту остеосаркомы, менее вероятна опухоль семейства сарком Юинга/ПНЭО. Рекомендуется морфологическая верификация.

08.10.2025г. выполнено оперативное вмешательство в объеме открытой биопсии образования правой бедренной кости.

По данным цитологического исследования № 2025/17769 от 09.10.2025г. в полученном материале определяются полиморфные опухолевые клетки злокачественного новообразования, принадлежащие вероятнее всего остеосаркоме.

По данным гистологического заключения от 17.10.2025г.: с учетом данных визуализации, морфологическая картина соответствует конвенциональной остеосаркоме.

С 29.10.2025г. по 30.10.2025г. проведен блок AP в рамках 1 недели протокола EURAMOS-1:

1. Цисплатин 60 мг/м² 1-2 дни в/в капельно за 4 часа РД=120 мг СД=240 мг

2. Доксорубин 37,5 мг/м² 1-2 дни в/в капельно в виде 48-часовой непрерывной инфузии РД=75 мг СД=150 мг на фоне инфузионной и сопроводительной терапии.

Осложнения: эметический синдром 2 ст.

С 05.12.2025г. по 05.12.2025г. проведен блок M в рамках 5 недели протокола EURAMOS-1:

1. Метотрексат 12 гр/м² 1 день РД=СД=15,84 гр в/в капельно за 4 часа на фоне инфузионной и сопроводительной терапии.

Осложнения: гепатотоксичность 3 ст.

Элиминация метотрексата достигнута к 168 часу.

С 15.12.2025г. по 16.12.2025г. проведен блок AP в рамках 6 недели протокола EURAMOS-1:

1. Цисплатин 60 мг/м² 1-2 дни в/в капельно за 4 часа РД=84 мг СД=168 мг

2. Доксорубин 37,5 мг/м² 1-2 дни в/в капельно в виде 48-часовой непрерывной инфузии РД=75 мг СД=150 мг на фоне инфузионной и сопроводительной терапии.

Осложнения: эметический синдром 2 ст.

14.01.2026г. пациент обсужден на онкологическом консилиуме во главе с директором НИИ ДООГ им. Л.А. Дурнова, д.м.н., профессором Варфоломеевой С.Р. Учитывая тайминг лечения, удовлетворительные клинико-лабораторные показатели, рекомендовано продолжение полихимиотерапии согласно протоколу EURAMOS-1, однако в связи с неудовлетворительным клиренсом эндогенного креатинина (54 мг/мин) и результатом цистатина С (1,68 мг/л) проведение высокодозного метотрексата в рамках 9-10 недели протокола невозможно, показана ротация блоков химиотерапии. Учитывая развитие острой почечной токсичности после блока AP в рамках 9 недели протокола, принято решение о редукции дозы цисплатина на 25%.
Кумулятивная доза доксорубина - 150 мг/м².
ФВ по данным эхокардиографии от 14.01.2026г. - 60%.

С 14.01.2026г. по 15.01.2026г. проведен блок AP в рамках 9 недели протокола EURAMOS-1 (с редукцией дозы цисплатина на 25%):

1. Цисплатин 60 мг/м² 1-2 дни в/в капельно за 4 часа РД=90мг СД=180 мг
2. Доксорубин 37,5 мг/м² 1-2 дни в/в капельно в виде 48-часовой непрерывной инфузии РД=75 мг СД=150 мг на фоне инфузионной и сопроводительной терапии.

Осложнения: эметический синдром 2 ст., анемия 3 ст., лейкопения 4 ст., нейтропения 4 ст., тромбоцитопения 4 ст., фебрильная нейтропения, гипопроотеинемия, электролитные нарушения.
Сопроводительная терапия: стимуляция лейкопоза из расчета 5 мг/кг/сутки, заместительная гемотрансфузионная терапия, антибактериальная терапия (пиперацillin/тазобактам 4,5 гр x 4 раза в сутки, амикацин 15 мг/кг/сутки, ванкомицин 40 мг/кг/сутки), заместительная гемотрансфузионная терапия, коррекция белковых, электролитных и метаболических нарушений.
На момент выписки инфекционный синдром купирован.

26.01.2026г. ребенок обсужден на центре компетенций по изучению сарком костей и мягких тканей.

После 3 курсов неоадьювантной полихимиотерапии проведено контрольное обследование, по данным которого отмечена отрицательная динамика в виде увеличения размеров опухоли, появления метастатического очага в передне-латеральном отделе правой большеберцовой кости по данным МРТ правой нижней конечности с в/в контрастированием от 12.01.2026г., появление новых метастатических очагов в легких по данным КТ ОГК от 20.01.2026г. Принято решение о смене схемы химиотерапии - проведение 2 курсов по схеме HD Ifo 2 гр/м² 1-7 дней с последующим контрольным обследованием после 2 курсов.

С 10.02.2026г. по 16.02.2026г. проведен 1 курс ПХТ по схеме HD Ifo (с редукцией дозы ифосфамида на 20%):

1. Ифосфамид 2000 мг/м² 1-7 дни с редукцией дозы ифосфамида на 20% в/в капельно в виде РД=3200 мг СД=22400 мг на фоне инфузионной и сопроводительной терапии.

Осложнения: анемия 3 ст.

С 03.03.2026г. по 09.03.2026г. проведен 2 курс ПХТ по схеме HD Ifo (с редукцией дозы ифосфамида на 20%):

1. Ифосфамид 2000 мг/м² 1-7 дни с редукцией дозы ифосфамида на 20% в/в капельно в виде РД=3040 мг СД=21280 мг на фоне инфузионной и сопроводительной терапии.

Осложнения: анемия 3 ст., тромбоцитопения 4 ст., лейкопения 4 ст., нейтропения 4 ст., фебрильная нейтропения, нейтропенический энтероколит, электролитные нарушения.

Результаты контрольного обследования:

13.03.2026 Компьютерная томография органов грудной клетки По сравнению с исследованием от 20.01.26, во всех отделах легких сохраняются ранее выявленные очаги без существенной динамики размеров (в правом легком N>40, в левом легком N>30), некоторые стали определяться более отчетливо.

На этом фоне убедительных признаков инфильтративных изменений в легких не выявлено.

Трахея, главные, долевые и сегментарные бронхи проходимы.

Внутригрудные лимфоузлы не увеличены.

Свободный газ и жидкость в плевральных полостях не определяются.

Тимус не увеличен, однородной структуры.

Высота тел позвонков не снижена.

Деструктивных изменений в костях, вошедших в зону исследования, не определяется.

Заключение: КТ-картина без существенной динамики.

13.03.2026 Рентгенография

По сравнению с исследованием от 20.01.2026 отмечена небольшая динамика: формирование линейной периостальной реакции - до 5,0 см вдоль передне-наружного контура дистального метадиафиза правой бедренной кости, увеличение - на 0,5 см длины периостальной реакции вдоль внутреннего контура дистальной части диафиза кости над основным опухолевым узлом, уплотнение опухоли дистального эпиметадиафиза правой бедренной кости.

В остальном рентгенологическая картина правой нижней конечности не изменилась.

Сохраняются деструктивные остеобластические изменения дистальной части правой бедренной кости, внекостный компонент опухоли (- до 4,5 см толщиной) с четкой буристой периостальной "скорлупой", мелкие плотные "отсевы" опухоли (- 0,2 - 0,4 см) в проекции мягких тканей передней поверхности правого бедра на протяжении - 4,5 см от верхнего контура правого надколенника и крупные продольные участки длиной до - 4,0 см в проекции мягких тканей внутренней поверхности правого бедра на уровне метафиза правой бедренной кости, skip mts в проксимальный метафиз правой большеберцовой кости вблизи зоны роста.

Протяженность поражения с учетом периостоза - 20,5 см от суставной поверхности кости.

Сохраняется участок уплотнения с довольно четкими контурами - 1,3 x 0,8 x 0,4 см в передней части проксимального метафиза (межвертельная область) правой бедренной кости и - 0,5 см в проекции правой вертлужной впадины, в передней части тела правой подвздошной кости (insula comp./mts).

Мягкие ткани правой подколенной области неравномерно уплотнены.

Соотношение костей в правом тазобедренном, коленном и голеностопном суставах не нарушено.

Заключение: Остеосаркома дистального эпиметадиафиза правой бедренной кости, небольшая динамика по сравнению с исследованием от 20.01.2026.

14.03.2026 Магнитно-резонансная томография опорно-двигательного аппарата - одна область с динамическим внутривенным контрастированием 3,0Т

По сравнению с предыдущим исследованием от 12.01.2026 г размеры опухоли дистального эпиметадиафиза правой бедренной кости практически без динамики.

Сохраняется патологическая перестройка дистального эпиметадиафиза правой бедренной кости за счет опухолевой ткани на протяжении - 20,8 см с учетом периостальной реакции от щели коленного сустава (длина бедренной кости от основания большого вертела до щели коленного сустава - 51,3 см).

На этом протяжении корковый слой неравномерно истончен, разрушен преимущественно по медиальной поверхности, менее выражено по передней и задней поверхностям.

Определяется линейная отслоенная периостальная реакция.

MP-сигнал от губчатого вещества изменен за счет неоднородного опухолевого субстрата, распространяющегося за пределы компактного вещества с формированием внекостного компонента, максимальные поперечные размеры вместе с костью на уровне метафиза – 9,0x8,7 см.

Структура опухоли по-прежнему неоднородная солидная с множественными жидкостными зонами с уровнями седиментации – некрозы/кровоизлияния.

Образование не ограничивает диффузию на DWI (b-value 800).

При внутривенном динамическом контрастировании патологические ткани умеренно-интенсивно неравномерно накапливают контрастный препарат солидным компонентом, характеристики накопления свойственны активной опухолевой ткани.

Прилежащие мягкие ткани выражено отечны, нельзя исключить инфильтрацию прилежащей промежуточной широкой и медиальной мышц бедра, инфильтрация других мышц отчетливо не отмечается.

Распространение опухоли в коленный сустав не определяется, количество синовиальной жидкости не увеличено.

Бедренный сосудисто-нервный пучок проходит по заднему краю опухоли, признаки инфильтрации не выявлены.

В передне-латеральном отделе правой большеберцовой кости на границе зоны роста сохраняется округлое образование, 1,1x0,9x1,5 см (без динамики). Структура солидная с очагом некроза/патологического остеобразования в центре. Слабо накапливает контрастный препарат по периферии при внутривенном контрастировании и ограничивает диффузию на DWI (b-value 800) - участок асептического некроза/метастатическое поражение с лечебным патоморфозом.

Увеличенные и измененные лимфатические узлы в зоне исследования не определяются.

MP-сигнал от других костных структур в зоне исследования не изменен.

Заключение: MP-картина практически без динамики по сравнению с исследованием от 21.01.2026 г, сохраняется образование правой бедренной кости. Сохраняется участок асептического некроза/метастатическое поражение с лечебным патоморфозом в правой большеберцовой кости.

16.03.2026 Ультразвуковое исследование

В нижней трети правой бедренной кости определяется нарушение коркового слоя на протяжении 10,0 см определяется неравномерный внекостный компонент максимальной толщиной 0,8 см

Заключение: Опухоль правого бедра.

18.03.2026 Сканирование костей всего тела

На обзорных скintiграммах определяется зона неравномерно повышенного накопления радиофармпрепарата (РФП) в области:

1. дистального отдела правой бедренной кости (ОПН=1854%) - по сравнению с предыдущим исследованием отмечается снижение уровня гипераккумуляции РФП;

2. проксимального отдела правой большеберцовой кости - значительное снижение накопления РФП.

В других отделах скелета - без видимой очаговой патологии.

Заключение: По сравнению с предыдущим исследованием - признаки положительной динамики.

Дополнительных очагов патологического накопления РФП не выявлено.

Решением врачебной комиссии ребенок госпитализирован в детское отделение хирургических методов лечения для проведения оперативного вмешательства в объеме резекции правой бедренной и сегментарной резекции правой большеберцовой костей с замещением дефекта эндопротезом коленного сустава.

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

Жалобы при поступлении

на слабость, вялость, сонливость

Состояние при поступлении

Средней тяжести; Индекс Карновского: 90 %;

Местный статус: Визуально и пальпаторно по передне-медиальной поверхности нижней трети правого бедра определяется объемное плотное не смещаемое образование, пальпация безболезненная.

Активные и пассивные движения в правом коленном суставе сохранены в полном объеме.

Окружность нижней трети правого бедра составляет 44 см (инициально 44,5 см), слева симметрично - 37,5 см.

Состояние после оперативного вмешательства в объеме открытой биопсии образования правой бедренной кости от 08.10.2025г.

Послеоперационный рубец без признаков воспаления. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Центральный венозный катетер (picc-line) установлен в v.basilica dextra. Катетер функционирует, ток крови достоверный (прямой и обратный). В области установки наложена асептическая повязка.

Данные проведенных лабораторных исследований

Гепатиты 03.03.2026:

Поверхностный антиген Hepatitis B virus Отрицательно

Антитела к Hepatitis C virus Отрицательно

ВИЧ 03.03.2026: Ag. к p24 и антитела к Human immunodeficiency virus 1 и 2 Отрицательно

Сифилис 03.03.2026: Антитела к Treponema pallidum Отрицательно

Группа крови 23.03.2026:

Группа крови АВ0 В - II, Резус-D-принадлежность Rh + (положит.), Антиген Келл Отрицательный, Фенотип Двойная популяция, Антиген С Двойная популяция, Антиген с Положительный, Антиген Е Двойная популяция, Антиген е Положительный, Непрямая проба Кумбса Отрицательный

Общеклинические исследования крови 08.04.2026:

Лейкоциты (WBC) $1.97 \cdot 10^9/\text{л}$, Гемоглобин (HGB) 87 г/л, Тромбоциты (PLT) $88 \cdot 10^9/\text{л}$, Нейтрофилы (NEUT#) $0.86 \cdot 10^9/\text{л}$.

Коагулограмма 08.04.2026:

Протромбиновое время 11.4 сек, Активность протромбина по Квику 95 %, МНО 1.04 безразм. ед., АЧТВ 31.1 сек, Фибриноген по Клаусу 3.98 г/л

Биохимия крови 08.04.2026:

Альбумин 31.9 г/л, Креатинин 110 мкмоль/л, АЛТ 19.3 МЕ/л, Мочевина 8.2 ммоль/л, АСТ 20.7 МЕ/л, Общий билирубин 3.9 мкмоль/л, Общий белок 53.3 г/л, Натрий 137 ммоль/л, Калий (К) 3.71 ммоль/л

Общий клинический анализ мочи 08.04.2026:

Цвет светло-желтый, Прозрачность прозрачная, Относительная плотность 1,014 безразм.ед., рН 7, Белок отсутствует, Лейкоциты отсутствуют, Эритроциты отсутствуют, Глюкоза отсутствует, Билирубин отсутствует, Кетоновые тела отсутствуют, Уробилиноген отсутствует, Нитриты отсутствуют

Биохимия мочи 08.04.2026:

Креатинин мочи 2578.00 мкмоль/л, Креатинин 110 мкмоль/л, Вес 68.0 кг, Рост 192 см, Объем мочи 4.7 литр, Поверхность тела 1.9043809142781 м², Почечный клиренс креатинина за 24 часа 69.489290346618 мл/мин

Проведенные обследования

08.04.2026 Рентгенография

Резецированы дистальная половина правой бедренной кости и часть проксимального эпиметафиза правой большеберцовой кости, замещены эндопротезом правого коленного сустава. Линии опилов костей "перекрыты" металлическими частями эндопротеза. Ножи эндопротеза (цементная фиксация) определяются в проекции костномозгового канала оставшейся проксимальной части диафиза правой бедренной кости и в проксимальной части правой большеберцовой кости. Мягкие ткани правого бедра, области правого коленного сустава и верхней/3 правой голени увеличены, с нарушенной дифференцировкой, с пузырьками газа.

В остальном рентгенологическая картина правой нижней конечности существенно не изменилась по сравнению с исследованием от 13.03.2026.

Сохраняется участок уплотнения с довольно четкими контурами ~ 1,3 x 0,8 x 0,4 см в передней части проксимального метафиза (межвертельная область) правой бедренной кости и ~ 0,5 см в проекции правой вертлужной впадины, в передней части тела правой подвздошной кости (insula comp./mts).

Соотношение костей в правом тазобедренном и голеностопном суставах не нарушено.

Заключение: Состояние после операций 08.10.2025: "биопсия образования правой бедренной кости"; 03.04.2026: "резекция правой бедренной кости и сегментарная резекция правой большеберцовой кости с замещением дефекта модульным эндопротезом правого коленного сустава фирмы Implant Cast (Германия).

Послеоперационные изменения правой нижней конечности.

08.04.2026 Ультразвуковое исследование мягких тканей

Мягкие ткани правого бедра неоднородны, повышенной эхогенности, отечны, с признаками лимфостаза.

В нижней трети правого бедра, перипротезно латерально и вентро-латерально, определяется скопление жидкости ~31см³, анэхогенная. В других доступных осмотру отделах жидкостные скопления не выявлены.

Заключение: Перипротезный п/о выпот

Программа лечения

Программа лечения: оперативное вмешательство в объеме резекции правой бедренной и сегментарной резекции правой большеберцовой костей с замещением дефекта эндопротезом коленного сустава

Программа терапии: EURAMOS-1

Течение заболевания в данную госпитализацию

Решением врачебной комиссии ребенок госпитализирован в детское отделение хирургических методов лечения для проведения оперативного вмешательства в объеме резекции правой бедренной и сегментарной резекции правой большеберцовой костей с замещением дефекта эндопротезом коленного сустава.

При поступлении ребенок афебрилен, видимых очагов инфекции нет.

При поступлении у пациента по данным общего анализа крови отмечались лейкопения III степени и нейтропения II степени, анемия III степени, тромбоцитопения III степени.

Проведенные трансфузии:

1. Эритроцитарная взвесь: 23.03.2026г.; 24.03.2026г.; 02.04.2026г.; 07.04.2026г.

2. Тромбоконцентрат: 02.04.2026г. (2 дозы)

Перенес удовлетворительно, без нежелательных реакций. Получен положительный посттрансфузионный выход.

Также проводилась стимуляция лейкопоза ГКС-Ф 5 мг/кг 23.03.2026г.

Из анамнеза известно о периодическом нарастании уровня креатинина, что сохранялось также на момент госпитализации (креатинин до 178 мкмоль/л до и мочевины до 11,2 ммоль/л). Подключена инфузионная терапия.

На этом фоне по данным оценки клиренса креатинина отмечается умеренное снижение функции почек (51,5 - 58,7 мл/мин).

Пациент обсужден с зав.ОАРИТ, д.м.н. Матинян Н.В. и врачом-анестезиологом-реаниматологом отделения реанимации интенсивной терапии №1 Громовой Е.Г.

Рекомендовано продолжить инфузионную терапию и выполнить УЗИ полостей (брюшной и грудной) для исключения выпота. По данным УЗИ полостей от 31.03.2026г. свободной жидкости не выявлено.

01.04.2026г. ребенок обсужден на врачебном консилиуме в составе Директора НИИ детской онкологии и гематологии, д.м.н., профессора Варфоломеевой С.Р., зам.главного врача по медицинской части НИИ ДООГ им. академика Л.А.Дурнова, к.м.н. Горбуновой Т.В., заведующего хирургическим отделением №2, д.м.н. Керимова П.А., зав.ОАРИТ, д.м.н. Матинян Н.В. и врачом-анестезиологом-реаниматологом отделения реанимации интенсивной терапии №1 Громовой Е.Г., к.м.н. Дзампаева А.З., с.н.с., к.м.н. Хестанова Д.Б., зав.отд. химиотерапии №2 Романцовой О.М. и врача-детского онколога Докучаевой Я.Ю.

На данный момент проводится специальное лечение по протоколу EURAMOS-1 (2-я линия химиотерапии).

По данным контрольного обследования после 2-го курса ПХТ 2 линии отмечается стабилизация опухолевого процесса.

В рамках этапа локального контроля показано проведение оперативного вмешательства в объеме резекции правой бедренной кости и сегментарной резекции правой большеберцовой кости (Skip-метастаз) с замещением дефекта эндопротезом правого коленного сустава.

На данный момент +31 день 2 курса ПХТ 2-й линии по схеме HD IFO. На фоне проводимого лечения по результатам биохимического анализа отмечаются признаки хронического почечного повреждения. Также длительно пациент находится в состоянии панцитопении.

Учитывая тайминг лечения, принято решение о проведении хирургического лечения по жизненным показаниям. Вмешательство запланировано на 03.04.2026г. В рамках предоперационной подготовки под контролем общего и биохимического анализа крови будут проведены трансфузии тромбоконцентрата и эритроцитарной взвеси для повышения уровня тромбоцитов и гемоглобина для снижения рисков периоперационного кровотечения и гипоксии. Также запланировано проведение стимуляции лейкопоза ГКС-Ф в дозировке 5 мг/кг/сут (проведена однократно с эффектом).

В данном случае есть риски развития обширного кровотечения, инфицирования перипротезной области с развитием генерализованного сепсиса, а также усугубления почечной недостаточности во время оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде.

С сопровождающим лицом (матерью) и пациентом проведена исчерпывающая беседа об объеме, возможных рисках и осложнениях оперативного вмешательства и анестезиологического пособия. Получено письменное согласие на проведение операции, переливание компонентов крови и анестезиологическое пособие.

02.04.2026г. в рамках предоперационной подготовки под контролем общего и биохимического анализа крови проведены трансфузии

тромбоконцентрата и эритроцитной взвеси. Перенёс удовлетворительно, без нежелательных реакций. Получен положительный посттрансфузионный выход.

03.04.2026г. выполнено оперативное вмешательство в объёме резекции правой бедренной и сегментарной резекции правой большеберцовой костей с замещением дефекта эндопротезом коленного сустава. Интраоперационно выполнено срочное гистологическое исследование костного мозга в области края резекции; опухолевых клеток не выявлено. Плановое гистологическое исследование в работе.

В течение 2 суток ребёнок находился под наблюдением ОАРИТ. В условиях ОАРИТ проводился контроль лабораторных и витальных показателей, антибактериальная (Цефуроксим), кровеостанавливающая (Транексам, Этамзилат), инфузионная, гастропротекторная (Омепразол, Магния гидроксид) и симптоматическая (Промедол, Фуросемид, Ондансетрон) терапия.

05.04.2026г. по согласованию с зав. ОАРИТ, д.м.н. Матинян Н.В. и зав. хирургического отделения, д.м.н. Керимовым П.А. ребёнка по дежурству переведён в отделение для продолжения сопроводительной терапии в раннем послеоперационном периоде.

Продолжена инфузионная, гастропротекторная (Омепразол) и **анальгетическая** (Кетопрофен) терапия, а также периоперационная антибактериальная профилактика (Цефуроксим).

Швы состоятельные (косметический на коже), наложена асептическая повязка.

Оперированная конечность зафиксирована в положении разгибания. Пролежней нет. Сатурация на пальцах оперированной конечности 95-97%.

Медиальный дренаж удален 06.04.2026г.

Латеральный дренаж удален 08.04.2026г.

Ранний послеоперационный период протекает гладко. Состояние соответствует срокам и объёму проведенного хирургического лечения.

В гемограмме от 07.04.2026г. отмечалась анемия II степени. На этом фоне проявления анемического синдрома. Проведена трансфузия облучённой эритроцитной взвеси В (III) Rh + (пол.) 300 мл. Перенёс удовлетворительно, без нежелательных реакций. Получен положительный посттрансфузионный выход, в повторных трансфузиях не нуждается.

Отмечается дальнейшее улучшение показателей почечного клиренса: 08.04.2026г. почечный клиренс креатинина за 24 часа 69.5 мл/мин.

08.04.2026г. выполнена рентгенография правой нижней конечности: линии опиала костей "перекрыты" металлическими частями эндопротеза. Ножки эндопротеза (цементная фиксация) определяются в проекции костномозгового канала оставшейся проксимальной части диафиза правой бедренной кости и в проксимальной части правой большеберцовой кости.

Также выполнено УЗИ мягких тканей правого бедра: в нижней трети правого бедра, перипротезно латерально и вентро-латерально, определяется скопление жидкости -31 см3.

09.04.2026г. выполнена пункция ложа эндопротеза (№1). Эвакуировано 53 мл жидкости. Цитологическое и микробиологическое исследования в работе.

По согласованию с зав. отд., д.м.н. Керимовым П.А. ребёнок выписывается из отделения в соматически стабильном состоянии. Карантина в отделении нет.

Проведено лечение

Хирургическое лечение. Тип хирургического лечения: 1

03.04.2026г. Резекция правой бедренной кости и сегментарная резекция правой большеберцовой кости с замещением дефекта модульным эндопротезом правого коленного сустава фирмы ImplantCast (Германия)

В положении пациента на спине операционное поле обработано дважды раствором кожного антисептика. Прозрачная плёнка для ограничения операционного поля. Выполнен разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки по передней поверхности правого бедра с иссечением послеоперационного рубца и переходом на голень медиальнее надколенника. Кожные лоскуты отсепарованы и отведены в стороны. Прямая мышца отведена в сторону. Медиальная и промежуточная широкие мышцы резецированы. Портняжная и тонкая мышцы отведены в сторону. Полукругом отсечена капсула коленного сустава, пересечены медиальная коллатеральная связка и большеберцовая коллатеральная связка. «Гусиная лапка». С помощью распатора отсепарована собственная связка надколенника. На протяжении прослежена a. et v. femoralis. Перевязаны и пересечены перфорантные артерии и вены. От суставной капсулы, в местах прикрепления, отсечены головки m. gastrocnemius, взяты на держалки. Выделен дистальный отдел правой бедренной кости на протяжении 24 см от щели коленного сустава, выполнена остеотомия при помощи пилы Джигли. Кость удалена с опухолью единым блоком.

Интраоперационно взят костный мозг из края резекции, при срочном гистологическом исследовании клеток опухоли не выявлено.

Правая большеберцовая кость резецирована (skip-метастаз) на расстоянии 3,5 см от суставной поверхности выше прикрепления связки надколенника.

Материал отправлен на плановое гистологическое исследование.

Проведена обработка костномозговых каналов бедренной и большеберцовой костей развертками № 12-17. Костномозговые каналы просушены. Установлена бедренная (проксимальная) ножка эндопротеза 15 мм/120 мм с дополнительной цементной фиксацией (1 доза).

Установлена большеберцовая (дистальная) ножка эндопротеза 15 мм/150 мм с дополнительной цементной фиксацией (1 доза) и с аугментом 3,5 см для замещения резецированной части большеберцовой кости. Общая протяжённость замещения 240 мм.

Произведена сборка протеза и контроль длины конечности. Сформировано ложе эндопротеза из окружающих мягких тканей, соблюден синергизм мышц. В ложе эндопротеза установлены дренажи через отдельные проколы кожи. Гемостаз по ходу операции. Рана послойно ушита, косметический шов на кожу. Асептическая повязка.

Лекарственная противоопухолевая терапия.

Временная нетрудоспособность

В листке временной нетрудоспособности: не нуждается

Состояние при выписке

Рост: 191,5 см.; Вес: 68 кг; Площадь поверхности тела: 1.9019; ИМТ: 18.5426;

Средней тяжести; Индекс Карновского: 90 %;

Состояние при выписке: АД(мм. рт.ст.): 114/75. ЧСС (уд. мин.): 71. ЧДД в минуту: 17. Т: 36,9 С. Сознание: ясное. Аппетит: сохранен. Сон: не нарушен. Самочувствие: не страдает. Кожный покров: бледно-розовый, физиологической влажности, чистый. Видимые слизистые: бледные, чистые. Органы дыхания: носовое дыхание не затруднено. При аускультации дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипы не выслушиваются. Сердечно-сосудистая система: тоны сердца ясные, ритмичные, гемодинамика стабильная.

Органы пищеварения: при пальпации живот мягкий, безболезненный, не напряжён, равномерно участвует в акте дыхания, доступен глубокой пальпации. Перистальтика активная. Печень по краю реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Моченепускание свободное, моча соломенно-желтая, диурез достаточный. Стул оформленный, регулярный.

Status localis: Состояние после оперативного вмешательства в объёме резекции правой бедренной и сегментарной резекции правой

большеберцовой костью с замещением дефекта эндопротезом коленного сустава от 03.04.2026г. Швы состоятельные (косметический на коже), наложена асептическая повязка.
 Мочевой катетер удален 05.04.2026г. Медиальный дренаж удален 06.04.2026г. Латеральный дренаж удален 08.04.2026г. В месте установки наложена асептическая повязка.
 Оперированная конечность зафиксирована в положении разгибания. Пролежней нет. Сатурация на пальцах оперированной конечности 96-100%.
 Центральный венозный катетер (picc-line) установлен в v.basilica dextra. Катетер функционирует, ток крови достоверный (прямой и обратный). В области установки наложена асептическая повязка.

Исход госпитализации

Исход госпитализации: улучшение

Источник финансирования по данной госпитализации: Физ.лица платные услуги

Рекомендации

1. Госпитализация в отд химиотерапии №2 НИИ ДООиГ 10.04.2026г. для продолжения специального лечения.
2. Регулярная смена асептической повязки в области послеоперационной раны. Обрабатывать послеоперационную рану растворами антисептиков (спиртовой раствор хлоргексидина, бриллиантовый зелёный / повидон-йод) и наложить асептическую повязку, соблюдая правила асептики. Удалить швы 17.04.2026г.
3. Консультация реабилитолога, разработка индивидуальной программы реабилитации.
4. Ограничений в движениях в тазобедренном суставе нет. Угол сгибания в правом коленном суставе до 30 градусов в течение 2 недель от даты оперативного вмешательства. Далее - увеличение угла сгибания на 10-20 градусов в неделю. Необходимо ортезирование правой нижней конечности с фиксацией правого коленного сустава в положении полного разгибания. Рекомендована вертикализация, запрещено создавать осевую нагрузку на оперированную конечность (передвигаться при помощи дополнительной опоры: ходунки, костыли, не наступая на правую ногу). Консультация врача-детского онколога, к.м.н. Дзамлаева А.Э. через 1 месяц в условиях НКО НИИ ДООиГ.
5. Рекомендовано плавание в бассейне, занятия на эллиптическом тренажёре по истечении полугода от окончания противоопухолевого лечения
6. Продолжить пункции ложа эндопротеза по согласованию с с.н.с., к.м.н. Хестановым Д.Б. для регулярной эвакуации перипротезной жидкости и профилактики образования перипротезных гематом.
7. Продолжить пероральный прием Ко-тримоксазола из расчета 5 мг/кг/сут по ТМГ 3 раза в неделю
8. Прием витамина Д по 5000 МЕ/сут внутрь под контролем уровня витамина Д в крови дважды в год
9. Прием препаратов кальция 1000 мг/сут под контролем уровня кальция в крови ежемесячно. Также рекомендовано проведение УЗИ почек х 1 р/год для исключения камнеобразования.
10. Противопоказан прием иммуномодуляторов и иммуностимуляторов
11. Ребенку противопоказана повышенная инсоляция (бани, сауны, длительное пребывание на солнце). Показано применение SPF50-фильтра для кожи.
12. Консультация с.н.с., к.м.н. Хестанов Д.Б. при появлении отёчности, болезненности оперированной конечности. При повышении температуры тела выше 38С обязательное проведение пункции ложа эндопротеза с последующим цитологическим и микробиологическим исследованием перипротезной жидкости, проведение антибактериальной терапии препаратами широкого спектра действия.
13. Противопоказаний к проведению МРТ нет.
14. Для транспортировки необходимо иметь инвалидную коляску с возможностью фиксации оперированной конечности в положении разгибания в коленном суставе, костыли (подлокотные, подмышечные).

Лечащий врач:

Докучаева Яна Юрьевна

Заведующий отделением:

Керимов Палад Ахшия Оглы

Документ подписан электронной подписью

Сведения о сертификате ключа проверки электронной подписи:

Сертификат: n: 7c: 0b: 07: 71: 6b: 26: 87: 0b: 5c: 7c: 76: 82: 1a: 3d: 6f
 Действителен: с 17.12.2025 09:31:11 по 12.03.2027 09:31:11

Организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение "Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ, 3941103/1890002)

Идентификатор документа: 78a10a000a

Документ подписан электронной подписью

Сведения о сертификате ключа проверки электронной подписи:

Сертификат: 222040302940220408050210c310020e1f
 Действителен: с 30.01.2025 10:42:18 по 23.06.2027 10:44:14

Организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение "Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ, 3941103/1890002)

Идентификатор документа: 78a10a000a

