

Детский медицинский центр им. Шнайдера, Израиль
Медицинский факультет им. Саклера Тель - Авивского Университета

7 июня 2012 г.

Исаак Янив, Др. Медицины -
Директор

Наоми Добкин - Секретарь
Тел.: 972-3-9253181

Анат Кляйн – Социальный работник
Тел.: 972-3-9253181

Амбулаторное отделение
Тел.: 972-3-9253180

Шифра Эш, Др. Медицины
Тел.: 972-3-9253781/768

Тамар Натанзон-Браха -
Старшая медсестра

Стационарное отделение
Тел.: 972-3-9253762, 3160

Сальвадор Фишер, Др. Медицины
Яэль Бен-Галь – Старшая медсестра

Клиника для амбулаторных
больных

Тел.: 972-3-9253766/462

Шифра Эш, Др. Медицины

Гали Авраами, Др. Медицины

Гиль Гильад, Др. Медицины

Сара Элицур, Др. Медицины

Элен Толедано, Др. Медицины

Клиника последующего
наблюдения

Тел.: 972-3-9253081

Яков Гошен, Др. Медицины

Отделение трансплантации
костного мозга

Тел.: 972-3-9253604

Джерри Штайн, Др. Медицины

Авива Краус, Др. Медицины

Тел.: 972-3-9253657

Анат Яхэль – координатор по
трансплантациям

Рина Басло – Старшая медсестра

Гематологическое отделение

Тел.: 972-3-9253362

Ханна Тамари, Др. Медицины

Тел.: 972-3-9253178

Иоанна Якубович, Др.

Медицины

Мирьям Коэн – Старшая

медсестра

Нейро-онкологическая клиника

Валид Каддан

Тел.: 972-3-9253781

Медицинское заключение

Страшинский Даниил Павлович,
Удостоверение личности 8291210115

Даниэлю 6 лет, обследование состояния его здоровья было проведено в нашем учреждении после полученного им лечения по поводу высокого риска нейробластомы.

Его анамнез ничем не осложнен до 10/2010, когда он заболел острым тонзиллитом (вирусная респираторная инфекция), после чего он стал прихрамывать на левую ногу, появились судорожные боли в брюшной полости и поднялась высокая температура. Он был госпитализирован в нескольких больницах для обследования его состояния. Диагностическое исследование показало повышенный уровень СОЭ и ЛДГ, небольшую анемию, а позднее -

высокий уровень НСЭ (229,6 нг/мл). Было проведено несколько анализов костного мозга и в конце концов было выявлено 50% поражение клетками нейробластомы.

(при отсутствии свидетельств амплификации MYC-N или уничтожения 1p36).

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, проведенное 6 декабря 2010 г., показало пара-аортальную многоузловую опухоль с левой стороны, прилегающую к чревной артерии, распространяющуюся на левую почку,

величиной 53 x 60 x 39 мм с кальцинозом.

Компьютерная томография (КТ) брюшной полости и грудной клетки от 6 декабря 2010 г. – отсутствие опухоли средостения, многоузловая опухоль мягких тканей в области ворот левой почки, с пара-аортальным

распространением, эконегативными участками и областями кальциноза, величиной 30 x 53 x 90 мм.

Сканирование костей скелета , проведенное 8 декабря 2010 г., не выявило поражения скелета.

Диагноз: IV стадия высокого риска нейробластомы без амплификации онкогена MYCN.

Лечебный протокол: NB 2004.

7 декабря 2010 он начал получать лечение по протоколу N5. Лечение проходило без серьезных осложнений. Обследование, проведенное в середине курса химиотерапии, показало наличие опухоли и двух узелков округлой формы величиной 21 x 27 мм и 25 x 32 мм, с множественными пара-аортальными лимфатическими узлами. Второе обследование, проведенное в ходе курса химиотерапии, показало 85% уменьшение опухолевой массы по сравнению с первичной опухолью.

Обследование, проведенное после завершения курса химиотерапии, показало опухоль величиной 20 x 50 x 70 мм, без признаков метастаз в брюшной полости. Выявлена несимметричная структура тела позвонков Th10, 12, L3, которая не изменилась на диагностических изображениях.

Сканирование после инъекции мета – йодобензилгуанидина выявило предполагаемые патологические изменения в вышеуказанных местах.

8 мая 2011 г. ему была сделана операция по неполной резекции опухоли.

Гистологическое заключение: Раковая ткань с массивным некрозом и микроочагами клеток нейробластомы, сопровождаемыми дистрофическими изменениями и центрами созревания в ганглионеврому. Цитогенетический анализ не выявил ни амплификации онкогена MYCN, ни уничтожения 1p36. НСЭ крови – в норме.

Пункция костного мозга и биопсия не выявили поражения клетками нейробластомы.

28 мая 2011 г. ему была проведена аутогенная трансплантация костного мозга (АТКС) с использованием минимальной эффективной концентрации Мелфалана, Карбоплатина и Этопозида.

При обследовании кровеносных сосудов посредством компьютерной томографии после проведенной аутогенной трансплантации костного мозга, от 29 июня 2011 г., на левой стороне чревного артериального ствола и верхней брыжеечной артерии была обнаружена остаточная забрюшинная нейробластома величиной 6 мм x 15 мм, прилегающая и расположенная пара-сагиттально, двусторонне, ближе к центру кровеносных сосудов почечных сосудистых ножек обеих почек.

С 4 августа 2011 г. до 1 сентября 2011 г. ему проводилось ионизирующее облучение первичного опухолевого образования, в общей сложности 36 Гр (дозами по 1,8 Гр).

При последующем наблюдении в октябре 2011 г. после проведенного лечения было выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости – не выявлено признаков прогресса.

При КТ брюшной полости выявлены признаки забрюшинного фиброза с кальцинозом вдоль почечных сосудистых ножек.

Рекомендовано лечение курсами с применением Роаккутана.

16 апреля 2012 г. он приехал в наше отделение для повторного обследования. Медицинский осмотр был в норме.

Повторный осмотр гистологических операционных препаратов – в представленных на экспертизу срезах опухолевого образования имеется некроз около 50% опухоли. Жизнеспособная опухоль содержит главным образом, богатую ганглионейроматозными клетками строму, в которой имеются созревающие нейробластомные клетки. Имеются разрозненные очаги слабо дифференцированных опухолевых клеток, без признаков зрелости.

Заключение: признаки соответствуют нейробластому с эффектом лечения.

Диагностические биоптаты костного мозга демонстрируют слабо дифференцированные нейробластомные клетки, положительно рассеянные для НСЭ и хромогранина и очагово положительные для синаптофизина.

Повторный осмотр сканирование после инъекции мета – йодобензилгуанидина I^{131} – в норме, без накопления.

Ультразвуковое исследование брюшной полости от 15 апреля 2012 г. – в норме, за исключением небольшого количества жидкости с правой стороны диафрагмы и нескольких объемных новообразований вплотную к диафрагме, размером 1 – 2 см, с кальцинозом. Подозрение на небольшие опухоли в забрюшинном пространстве в области головки поджелудочной железы. КТ и магнитно-резонансная томография (МРТ) брюшной полости (от 1 и 7 мая 2012 г.) показали наличие околопозвоночных остаточных тканей на уровне спинальной мышечной атрофии (SMA) и начало почечных сосудов, совместимое с нейробластомой.

Сканирование костей скелета было проведено 18 апреля 2012 г. и показало небольшое накопление на D11-L4 (скорее всего, воздействие радиационной терапии). Средней величины накопление было отмечено на D10 на границе с участком малого накопления.

Анализ - костного мозга был выполнен 23 апреля 2012 г., правая сторона была в норме, обнаружена лишь одна клетка с положительной реакцией на окраску с использованием иммунной метки (НСЭ, хромогранин, синаптофизин), но не на окраску гематоксилином и эозином с другой стороны.

Анализы крови и мочи: Гемоглобин 12,8 г%, БКК 5070, Нейт. – 2100, тромбоциты – 364.000. Ферритин 329 нг/мл (норма 25 – 250).

Показатели SMA были в пределах возрастной нормы: Глюкоза 85 мг/дл, мочевины 45 мг/дл, Na 137 мэкв/л, К – 4,1 мэкв/л, Cl – 105 мэкв/л, общий белок - 6,6 д/дл, альбумин - 4,6 г/дл, Са – 9,7 мг/дл, фосфор – 5,7 мг/дл, мочевиная кислота – 4,9 мг/дл, билирубин – 0,6 мг/дл, щелочная фосфатаза – 335 ед./л, лактатдегидрогеназа – 554 ед./л, сывороточная аспарат - аминотрансфераза (SGOT) – 35 ед./л, сывороточная глутамат - пируватная трансаминаза (SGPT) – 27,2 ед./л, ГГТП – 12,6 ед./л, креатинин – 0,43 мг/дл. НСЭ – 21,5

нг/мл (норма: ≤ 20). IgG – 618 мг% (норма: 480 – 1600), IgA – 36,2 мг% (норма: 48 – 400),

Igm – 62,9 мг% (норма: 18 – 162).

Катехоламины мочи были в норме: HAV/креатинин – 9,4 мкг/мг креатинина (6,8 – 23,7); VAM/креатинин 8/0 мкг/мг креатинина (5,8 – 18,7).

Мы рекомендуем завершить только 6 курсов с ретиноевой кислотой и в рамках последующего наблюдения проходить обследование МРТ каждые 3 месяца, а сканирование после инъекции мета – йодобензилгуанидина (MIBG) – каждые 6 месяцев. В настоящее время препарат анти GD2 является коммерчески недоступным и не может использоваться для протокола исследования.

С уважением,

Шифра Эш, Др. Медицины

Заведующая амбулаторным отделением

Личный штамп с номером лицензии: 20153

Подпись