

Ребёнок находился в отделении детской онкологии МООД с 12.05.2023 по 11.06.2023 г. с диагнозом:

Основной: Острый лимфобластный лейкоз, В-II вариант, MRD+, 1-я клинико-гематологическая ремиссия от 07.23. MRD- негативная ремиссия от 10.01.24 (на +35 сутки после ТГСК). Состояние после полихимиотерапии. Аллогенная ТГСК от гаплоидентичного донора (отца) от 06.12.2023г, 1-й поздний изолированный костномозговой от 23.04.2025, 2-я клинико-гематологическая ремиссия.

Осложнение: Миелотоксическое угнетение кроветворения. Нейтропеническая лихорадка. Остеопороз с патологическим переломом L1. Множественные остеопоротические очаги деструкции позвонков с патологическим снижением высоты тела позвонка L1.

Сопутствующий: нет.

Анамнез жизни: Ребенок от 1 беременности 1 родов, анемия у мамы в 3 триместре. Привит согласно национальному календарю прививок. Перенесенные заболевания: ОРВИ. Операция по поводу водянки яичка.

Наследственность у бабушки по маминой линии рак гортани

Аллергические проявления атопический дерматит на сладкое.

Anamnesis morbi: Болен с 03.04.2023, когда появились жалобы на повышение температуры, насморк, кашель. Обратились к педиатру по месту жительства, назначена антибактериальная терапия амоксициллин. 10.04.2023 ребенок был выписан в детский сад. В ночь с 13.04.23 на 14.04.23 повторный подъем температуры без катаральных явлений, обратились к педиатру по месту жительства назначен аугментин, взят общий анализ крови, выявлен лейкоцитоз, с лимфоцитозом. На фоне приема антибиотиков температура сохранялась 2 дня. Осмотрен педиатром в том числе в МДГКБ - вирусная инфекция, проводилась симптоматическая терапия. А/б - амоксициллин далее супракс. Далее госпитализирован в ММКЦ Коммунарка. Выставлен диагноз мононуклеоза. В ОАК НБ 78 г/л, тр-ты 189 тыс/мкл, лейкоц 9 тыс/мкл. СРБ 50. Рентген грудной клетки - без патологии. УЗИ БП без патологии. При выписке сРБ 50. Однако мать отмечает усиление слабости, вялости, снижение аппетита. Температура сохраняется с подъемами до 39. Сдан ОАК НБ 81 г/л, тр-ты 150 тыс/мкл. лейкоц 7 тыс мкл. б х крови в работе. Направлены на консультацию к гематологу.

12.05.2023 Появились жалобы на боли в области копчика. Не хромал. Однако с апреля 2023 стали отмечать усиление болевого синдрома, не может бегать, ребенку больно прыгать. Однако по данным симптомам обследования не проводилось. Однократно осмотрен неврологом - рекомендовано проведение рентгенограммы. 21.05.2023 Пациент был госпитализирован в отделение гематологии в связи с изменениями в гемограмме (анемия/тромбоцитопения. нарушением походки, болями в пояснице.

Для уточнения причины болевого синдрома и нарушений походки была выполнена рентгенография тазовых костей, поясничного отдела позвоночника — патологии не обнаружено. Было запланировано проведение МРТ, однако исследование не удалось выполнить из-за технических сложностей.

Учитывая двухкратковую цитопению в общем анализе крови, повышение СОЭ, выполнена пункция костного мозга. В миелограмме (НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева) бластные клетки — 16%. Таким образом, у пациента наиболее вероятно имеет место миелодиспластический синдром, для уточнения диагноза требуется проведение дополнительных обследований.

Для дальнейшего наблюдения и терапии переводится в МООД г. Балашиха по согласованию с заведующей детским онкологическим отделением Инюшкиной Е.В.

Госпитализирован для дообследования и постановки диагноза.

На основании морфологического, цитохимического, иммунологического методов исследования установлен диагноз: "Острый лимфобластный лейкоз, В-II вариант, 1-й острый период".

При поступлении ребенку назначена инфузионная, аллопуринол 10мг/кг/сутки р.о.

Антибактериальная терапия: цефтриаксон в/в.

С 02.06.2023 после установления диагноза ребенок начал получать терапию по протоколу ALL-MB-2015 для группы А: дексаметазон по схеме 6мг/м.кв per os. На 3 день введен Онкоспар 1000 Ед/м.кв в/в за 1 час (РД=СД=560 Ед). На 8, 15, 22, 29, 36 дни вводился винкристин 1,5 мг/кв.м. в/в стр. (РД=0,85, СД=4,25 мг), на 8 день вводился даунорубин 45мг/м.кв в/в за 6 часов (РД=СД=25 мг), на 8, 15, 22, 29, 36 дни проводилась люмбальная пункция с интратекальным введением препаратов: цитозар 30 мг, метотрексат 12 мг, преднизолон 10 мг.

На 8-й день терапии — бластные клетки в периферической крови не обнаружены.

На 15-й день терапии в миелограмме бласты 0,5%. Пунктат костного мозга скудноклеточный, полиморфный.

На 36-й день терапии MRD иммунофенотипирование - Бластных клеток 0,044%

Таким образом, у ребенка зарегистрирована 1-я клинико-гематологическая ремиссия.

В качестве сопроводительной терапии получал бисептол 120 мг 2 раза в сутки р.о. (по схеме).

С 14.07.2023 продолжена терапия по протоколу ALL-MB-2015 для группы В, начата консолидация I:

14.07.23 (1-я неделя) – метотрексат 30 мг/кв.м в/м (РД = 19 мг – 100%); меркаптопурин 50 мг/кв.м р.о. ежедневно (100%), L-аспарагиназа 10000 ЕД в/в за 1 час (РД = 6300 Ед). Проведена люмбальная пункция по протоколу с интратекальным введением препаратов: цитозар 50 мг, метотрексат 12 мг, преднизолон 10 мг.

21.07.23 (2-я неделя) - метотрексат 30 мг/кв.м в/м (РД = 19 мг – 100%); меркаптопурин 50 мг/кв.м р.о. ежедневно (100%), L-аспарагиназа 10000 ЕД в/в за 1 час (РД = 6300 Ед). Даунорубицин 30 мг/м.кв в/в кап за 6 часов (РД = 19 мг).

В связи с повышением уровня печеночных трансаминаз начал получать гептрал р.о.

28.07.23 (3-я неделя) – метотрексат 30 мг/кв.м в/м (РД = 19 мг – 100%); меркаптопурин 50 мг/кв.м р.о. ежедневно (100%), L-аспарагиназа 10000 ЕД в/в за 1 час (РД = 6300 Ед). Проведена люмбальная пункция по протоколу с интратекальным введением препаратов: цитозар 30 мг, метотрексат 12 мг, преднизолон 12 мг.

04.08.23 (4-я неделя) – метотрексат 30 мг/кв.м в/м (РД = 9 мг – 50%); меркаптопурин 50 мг/кв.м р.о. ежедневно (50%), L-аспарагиназа 10000 ЕД в/в за 1 час (РД = 6300 Ед). Проведена люмбальная пункция по протоколу с интратекальным введением препаратов: цитозар 30 мг, метотрексат 12 мг, преднизолон 12 мг.

В качестве сопроводительной терапии получал бисептол р.о. (по схеме).

С 11.08.2023 продолжена терапия по протоколу ALL-MB-2015 для группы В, начата консолидация I:

11.08.23 (5-я неделя) – метотрексат 30 мг/кв.м в/м (РД = 19 мг – 100%); меркаптопурин 50 мг/кв.м р.о. ежедневно (100%), L-аспарагиназа 10000 ЕД в/в за 1 час (РД = 6300 Ед). Проведена люмбальная пункция по протоколу с интратекальным введением препаратов: цитозар 50 мг, метотрексат 12 мг, преднизолон 10 мг.

18.08.23 (6-я неделя) - метотрексат 30 мг/кв.м в/м (РД = 9 мг – 50%); меркаптопурин 50 мг/кв.м р.о. ежедневно (50%), L-аспарагиназа 10000 ЕД в/в за 1 час (РД = 6300 Ед).

В связи с повышением уровня печеночных трансаминаз начал получать гептрал р.о.

25.08.2023 в связи с тромбоцитопенией проведение терапии было отложено до восстановления показателей гемопоэза. Проведена заместительная гемотрансфузия тромбоконцентратом.

С 07.06.2022 - начато проведение курса реиндукции на консолидации I по протоколу ALL MB-2015 для группы В: дексаметазон 6мг/м.кв. -14 дней, винкристин 1,5 мг/м.кв, в/в в 1, 8 дни (РД=0,9 мг, СД=1,8 мг), даунорубицин 30 мг/м2 в/венно капельно за 6 часов (РД 19мг) – 8й день.. В типичном месте проведена пункция костного мозга. В типичном месте выполнена люмбальная пункция с введением: цитозар 50 мг, преднизолон 10мг, метотрексат 12 мг.

В качестве сопроводительной терапии получал бисептол р.о., гептрал (по схеме).

По данным MRD костный мозг ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева: 0,066%, в динамике отмечается увеличение показателя опухолевой популяции (MRD на 36 день терапии индукции ремиссии 07.07.2023 - 0,044%). Учитывая полученные данные принято решение перевести ребенка в высокую группу риска протокола ALL-MB 2015.

С 25.09.2023 начато проведение полихимиотерапии в рамках группы высокого риска протокола ALL-MB 2015: 25.09.2023 инфузионная терапия с защелачиванием.

С 26.09.2023 начато проведение терапия по протоколу ALL-MB-2015 для группы высокого риска, блок F1 по схеме:

Метилпреднизолон 80мг/кв.м. р.о. 5 дней по схеме

Метотрексат 5 гр/кв.м. в/в кап за 24 часа 1й день (РД=СД=3100 мг)

Онкопар 100Ед/кв.м. в/в кап за 2 часа 4-й день (РД=СД=620мг)

Винкристин 1,5 мг/кв.м. в/в стр 1,6й дни (РД=0,9 мг СД= 1,8 мг)

В типичном месте выполнена люмбальная пункция с введением: цитозар 50 мг, преднизолон 10 мг, метотрексат 12 мг.

После блока химиотерапии на фоне метотрексатовой токсичности (слизистые полости рта) отмечалось течение грибкового мукозита полости рта 2ст. проводилась противогрибковая терапия (вориконазол) с эффектом.

С 09.10.22 продолжена терапия по протоколу ALL-MB-2015 для группы высокого риска, блок F2 по схеме:

Метилпреднизолон 80мг/м2 р.о. 1-5день,

Винкристин 1,5 в/венно струйно 1 день, (РД=0,9мг)

Цитозар 2г/м2 в/венно капельно 2 раза в сутки 1-2 день, (РД=1200, СД=4800)

Онкопар 1000Ед/м2 капельно з 2 часа 4й день, (РД=600Ед)

На 5 день люмбальная пункция с введением химиопрепаратов: цитозар 50 мг, преднизолон 10 мг, метотрексат 12 мг.

11.10.2023 жалобы на жидкий стул (до 8 раз в сутки), боли в животе. Проводилась симптоматическая терапия.

12.10.2023 выполнен посев стула (**Посев кала:** Escherichia coli. Чувствительно: амикацин, гентамицин, нетилмицин, ципрофлоксацин, тайгециклин, фосфомицин, нитрофурантоин), учитывая чувствительность к антибактериальной терапии назначен ципрофлоксацин, ванкомицин. Проводилась симптоматическая терапия

(омепразол, фамотидин, смекта, КИП). После блока полихимиотерапии отмечалась индуцированная аплазия кроветворения, проводились заместительные гемотрансфузии по показаниям.

Учитывая повышение уровня АЛТ и АСТ (токсический гепатит) проводилась терапия гептралом с эффектом.

После блока MRD-иммунофенотипирование костного мозга от 27.10.23: опухолевая популяция 0,007%, В-клеточные предшественники 0,015%.

Планируется проведение HLA типирования в условиях РДКБ ФГАОУ РНИМУ им.Н.И.Пирогова с родителями (мама, папа), с последующей ТГСК. Согласовано с трансплантологом, зав.отделением Скоробогатовой Е.В.

С 03.11.2023 продолжена терапия по протоколу ALL-MB-2015 для группы высокого риска, блок HR-1 по схеме:

Метилпреднизолон 80 мг/кв.м. р.о. 5 дней по схеме (12 табл/сутки)

Винкристин 1,5 мг/кв.м. в 1-й и 6-й дни (РД=0,9 мг, СД=1,8 мг)

Метотрексат 5 гр/кв.м. в в кап за 24 часа 1й день (РД=2900 мг)

Онкаспар 1000 Ед/кв.м. в в кап за 2 часа 6-й день (РД=580)

Циклофосфамид 200 мг/кв.м. в/в за 1 час 2-4 дни (РД=120 мг, СД=600 мг)

Цитозар 2000 мг/кв.м. в/в за 3 часа №2 в 5-й день (РД=1150 мг, СД=2300мг)

В 1-й день проведена люмбальная пункция с интратекальным введением химиопрепаратов: цитозар 50 мг, преднизолон 10 мг, метотрексат 12 мг. Ликвор вытекал прозрачный, частыми каплями.

Проводилась инфузионная терапия с 4%-й содой и уромитексаном, лейковорином, вводились антиэметики.

MRD-иммунофенотипирование костного мозга от 23.11.2023: опухолевая популяция 0,001%, В-клеточные предшественники 0,118%.

Направляется в РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России для проведения родственной АллоТГСК. Согласовано с трансплантологом, зав.отделением Скоробогатовой Е.В.

Кондиционирование по протоколу терапии с 30.11.2023 по 04.01.2024 (бисульфан, флударабин, этопозид). Профилактика РТПХ включала в себя циклофосфамид, руколитиниб. 06.12.2023 проведена ТГСК. В раннем посттрансплантационном периоде отмечалось развитие осложнений: нейтропенический энтероколит. орофарингеальный мукозит, кожная форма РТПХ, гипофункция трансплантата. Лейкоцитарное приживление констатировано на + 20е сутки.

С рекомендациями выписан для продолжения терапии по месту жительства.

13.05.2024 проведена заместительная терапия иммунолобулином (Привиджн 10гр в/в кап за 5 часов).

Сопроводительная терапия (ацикловир р.о., вориконазол р.о.).

Выполнена костно-мозговая пункция, без осложнений.

Проведение заместительной терапии иммунолобулином 0,5 мг/кг в/в (Сигардис 7,5 г в/в кап за 5 часов).

С 15.04 по 17.04.2025 находился в Отделение травматологии и ортопедии №2 ГБУЗ Московской области "Детский клинический центр имени Л.М. Рошаля" при поступлении на боли в области спины, ВАШ 9 -10 баллов, положение вынужденное на левом боку с прижатыми коленями к телу, ребенок плачет, кричит при малейших изменениях положения тела.

1) 15.04.2025 7001472 Компьютерная томография головного мозга : КТ-признаки: -множественных очагов деструкции в костях черепа - гиподенсного участка в белом веществе левой лобной доли.

2) 15.04.2025 7002660 Компьютерная томография всех отделов позвоночника : КТ-картина очагов деструкции в позвонках ТН12, L1, L5, с патологическим переломом позвонка L1.

3) 15.04.2025 7001894 Компьютерная томография груди : КТ картина: «свежих» очаговых и инфильтративных изменений в паренхиме легких не выявлено. Свободной жидкости и газа в плевральной полости и полости перикарда нет.

4) 15.04.2025 7002215 Компьютерная томография таза : КТ-признаки множественных очагов деструкции костной ткани в боковых массах крестца, в крыле и теле подвздошной кости справа.

5) 16.04.2025 7001290 Магнитно-резонансная томография всех отделов позвоночника : МР картина структурных изменений костных структур, тел и задних опорных структур позвонков (см. текст) - вероятнее вторичного характера, с наличием компрессионного перелома тела L1 позвонка.

Лекарственные назначения:

1. 15.04.2025 Промедол, р-р д/ин., 10 мг/мл, 1 мл, №10 Вводить 0.4 мл внутривенно 1 раз в день в течение 1 дня

2. 15.04.2025 Парацетамол, р-р д/инф., 10 мг/мл, 100 мл Вводить 30 мл внутривенно капельно 1 раз в день в течение 1 дня

3. 15.04.2025 Калия хлорид + Кальция хлорид + Магния хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид, р-р д/инф., 500 мл Вводить 400 мл внутривенно капельно 1 раз в день в течение 1 дня

4. 15.04.2025 Промедол, р-р д/ин., 10 мг/мл, 1 мл, №10 Вводить 1 мл внутримышечно 1 раз в день в течение 1 дня

5. 15.04.2025 Фентанил, пластырь трансдермальный, 12.5 мкг/ч, №5 - 1 шт. - саше 1 доз(а) ЛФ Кожная скарификация 1 раз в день в течение 1 дня

Прочие рекомендации

1. Продолжение проводимой анальгетической терапии: - фентанил трансдермально в дозе 12,5 мкг/час (настоящая ТГС наклеена в 23:00 15.04.25 снять через 72 часа) - габапентин 150 мг x 3 раза в день внутрь (еще не начал прием препарата)
2. Проведение терапии бифосфонатами/RANKL - ингибиторами в сочетании с препаратами кальция и витамина Д. Проведение данной терапии возможно в МООД.
- Данная госпитализация для дообследования и проведение терапии бифосфонатами.

По данным полученного заключения иммунофенотипирования из ФГБУ НМИЦ ДГОИ им.Д.Рогачева у ребенка диагностирован:

«Острый лимфобластный лейкоз, В-II вариант, MRD+, 1-я клиничко-гематологическая ремиссия от 07.23. MRD- негативная ремиссия от 10.01.24 (на +35 сутки после ТГСК). Состояние после полихимиотерапии. Аллогенная ТГСК от гаплоидентичного донора (отца) от 06.12.2023г, 1-й поздний изолированный костномозговой от 23.04.2025, 2-й острый период»

При поступлении проводилось плановое обезболивание (трамадол) с эффектом.

17.04.2025 введена золендроновая кислота.

18.04.2025 выполнена постановка центрального венозного катетера.

После получения результатов дообследования у ребенка установлен рецидив по основному заболеванию.

Начата инфузионная терапия с содой, прием аллопуринола.

С 24.04.2025 начато проведение циторедуктивной фазы - дексаметазон 6мг/м.кв р.о. (РД = 4мг, СД = 20мг/сутки).

С 29.04.2025 начато лечение по протоколу ALL – REZ 2016, блок F1:

- Дексаметазон 20 мг/м.кв в/в 1й- 5й дни(РД = 14 СД = 70мг)
- Винкристин 1,5мг/м.кв в/в струйно 1й, 6й дни (РД = 1,0 мг СД = 2,0 мг)
- Метотрексат 1г/м.кв в/в за 36 часов (РД = СД = 675мг)
- Онкаспар 1000 Ед/м.кв в/в за 2 часа 4й день (РД = СД = 675ЕД)
- В 1й день выполнена люмбальная пункция с введение химиопрепаратов: метотрексат 12мг, цитозар 30мг, преднизолон 10мг.

На фоне инфузионной терапии 3000мл/сутки с содой

При поступлении: Жалобы: на болевой синдром в области поясницы. **Общее состояние:** удовлетворительное.

Оценка состояния кожных покровов: телесного цвета, обычной влажности, без патологических высыпаний, тургор кожи сохранен: **Оценка состояния видимых слизистых оболочек:** розовые, без патологических высыпаний. **Состояние подкожно-жировой клетчатки:** нормальное. **Результаты пальпации лимфатических узлов:** не пальпируются, не увеличены. **Нервная система:** сознание ясное, общемозговых, менингеальных, очаговых симптомов не отмечается. **Результаты аускультации легких:** дыхание проводится по всем отделам, хрипов нет, дыхание не затруднено. Грудная клетка обычной формы. Над всей поверхностью перкуторно легочный звук. Дыхание везикулярное. **Результаты перкуссии и аускультация сердца:** область сердца не изменена, перкуторно границы сердца не изменены; аускультативно тоны сердца ясные, ритм правильный, патологических шумов не определяется. **Результаты пальпации органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки (перкуторно и пальпаторно в сантиметрах из-под края реберной дуги):** пальпация органов брюшной полости мягкая, безболезненная, Печень по краю реберной дуги, аппетит в норме, симптомов раздражения брюшины нет, язык влажный. **Селезенка:** не пальпируется, свободная жидкость не определяется. **Оценка характера стула и кратности дефекации:** стул нормальный оформленный, без патологических включений, 1-2 раза в день. **Результаты обследования мочеполовой системы:** патологических изменений не определяется, область проекции почек внешне не изменена, симптом поколачивания отрицательный, дизурии нет. **Оценка характера мочеиспускания:** свободное, не затруднено, произвольное, безболезненное. **Наличие менингеальных симптомов:** не определяются.

Обследование:

1. В общем анализе крови

	12.05	19.05	25.05	30.05	07.06	09.06
Нб г/л	113	107	91	102	95	95
Эр. x10 ¹²	4,27	3,74	3,25	3,51	3,12	3,29
Тромб x10 ⁹	193	47	31	78	89	173
Лейк x10 ⁹ .	2,55	0,4	0,42	1,24	2,14	2,34
Миел %						2
М/ц %						4
п/я %						4
с/я %	15					18
Эоз. %	1					
Лим %	81					57
Мон. %	3					15
СОЭ мм\ч	18					

2. В общих анализах мочи в динамике - без патологических изменений.

3. В б/х анализе крови от

	12.05	26.05
АЛТ 5-45 Ед\л	206	71
АСТ 13-40 Ед\л	104	46
Са ²⁺ 2,25 – 2,8 ммоль/л	1,95	2,29
Мочевина 2,2-7,2 ммоль\л	5,3	2,0
Альбумин 34-42 г\л	36,4	33
О. белок 57-80 г\л	50	49
О. билирубин 0-17 мкмоль\л	7,4	14,9
Пр.билирубин 0,0-9,0 мкмоль/л	2,7	4,9
Глюкоза 4,1-5,9 ммоль\л	5,5	3,8
Креатинин 45-104 мкмоль\л	28	19
ЛДГ 0-450 Ед\л	568	392
Na ⁺ ммоль/л		128,9
K ⁺ ммоль/л		3,5
Хлор ммоль/л		98,4

4. Коагулограмма:

	17.05
Протромбиновое время (13-18 сек)	13,3
МНО (1,0)	0,94
АЧТВ (25-35 сек)	26,7
Фибриноген (2-4 г/л)	0,9

5. Ликвор

	16.05
Цвет	бесцветная
Прозрачность	Полная
Цитоз в 1 мкл	2
Белок г/л	0,2
Эритроциты	-
Морфология лейкоцитов	-

6. Мониторинг MRD при ОЛЛ от 09.06.2025: опухолевая популяция 0%; В-клеточная популяция 0,013%.

Лечение:

При поступлении начата инфузионная терапия, цефтриаксон в/в кап.

С 13.05.2025 продолжено лечение по протоколу ALL – REZ 2016, начат блок F2:

- Дексаметазон 20 мг/м.кв в/в 1й- 5й дни (РД = 13 СД = 65мг)
- Винкристин 1,5мг/м.кв в/в струйно 1й, 6й дни (РД = 1,0 мг СД = 2,0 мг)
- Цитозар 3000 мг/м.кв в/в кап за 3 часа №2 1-2 день (РД = 1950 мг; СД = 7800 мг)
- Онкаспар 1000 Ед/м.кв в/в за 2 часа 4й день (РД = СД = 675ЕД)

- В 5й день выполнена люмбальная пункция с введение химиопрепаратов: метотрексат 12мг, цитозар 30мг, преднизолон 10мг.

На фоне инфузионной терапии 3000мл/сутки с содой

После курса полихимиотерапии отмечалось миелотоксическое угнетение кроветворения, нейтропеническая лихорадка. Проводилась антибактериальная (меронем, тигацил, колистин в/в кап), антибактериальная (максканд в/в кап), инфузионная и симптоматическая терапия. С положительным эффектом. С целью деконтаминации получал бисептол р.о.

В контакте с инфекционными больными не был.

В стабильном состоянии выписывается по м/ж.

Рекомендации:

- 1) Наблюдение педиатра по м/ж.
- 2) Продолжить прием бисептола по схеме $\frac{3}{4}$ р.о.
- 3) Направляется на МСЭК для заочного оформления инвалидности по роду основного заболевания.
- 4) С целью купирования болевого синдрома показан прием кеторола $\frac{1}{2}$ таб р.о. 2 р/сут.
- 5) Повторная госпитализация в МООД для продолжения ПХТ.

Дом. адрес: Московская обл., г. Одинцово, ул. Чистяковой, д.42 кв. 41

Код С 91.0

Клиническая группа II

Зав. отд., к.м.н.

Врач



Инюшкина Е.В.

Аристовас.Ю

