



**ФГБУ "НМИЦ им. В.А. Алмазова" Минздрава
России**

Россия, 197341, г Санкт-Петербург, ул Аккуратова, д.2, тел. 660-37-06 (контакт-центр),
тел. 660-37-03 (платные услуги)



Отделение химиотерапии онкогематологических заболеваний и трансплантации костного мозга для детей (ЛРК №2)

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

ФИО пациента: Иванькина Владислава Николаевна

Дата рождения: 28.01.2022, **возраст пациента:** 3 года 1 мес.

Адрес пациента: Россия, 188687, обл Ленинградская, р-н Всеволожский, п Бугры, б-р Воронцовский, д.11, корп.6, кв.319

№ истории болезни: 248/С2026 планово

Даты поступления и выписки: 12.01.2026 — настоящее время

Отделения, на которых проходил лечение в данную госпитализацию: ЛРК2ОнкоГем дет

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

Основной: С48.0 Нейробластома забрюшинного пространства с метастатическим поражением шейных, надключичных, внутригрудных, внутрибрюшных, забрюшинных, тазовых (слева) лимфоузлов, паравerteбральных мягких тканей на уровне Th9-Th11, оболочек спинного мозга, костей, амплификация MYCN (+), амплификация ALK (+), IV стадия, группа высокого риска. Состояние после биопсии конгломерата шейно-надключичных л/у от 04.10.24, 6и курсов ПХТ, левосторонней туморадреналэктомии от 19.02.25. Состояние после 2х курсов ВДХТ с тандемной ауто-ТГСК. Ремиссия I. Состояние после 2х курсов иммунотерапии динутуксимабом.

Системный рецидив I от 02.09.25 с поражением ложа удаленного надпочечника слева, мягких тканей паравerteбральной области с обеих сторон на уровне Th9-L1, надключичного лимфоузла слева. Состояние после 3х курсов химио-иммунотерапии 2й линии (TEMIRI+анти-GD2). Прогрессирование от 12.11.25. Состояние после 4го курса ПХТ (ВИТ) в комбинации с терапией анти-ALK (3-я линия). Состояние после биопсии образования от 19.12.25. Прогрессирование от 13.01.26. Продолжение терапии (иринотекан/темодал/пазопаниб) с 17.01.26.

Осложнения: Рецидивирующий энтероколит, ассоциированный с Klebsiella pneumoniae, реконвалесцент.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Диагноз установлен в октябре 2024 года, в дебюте анемия, эпизоды немотивированной лихорадки, увеличение л/у шейно-надключичной группы, периодические боли в животе, нижних конечностях.

04.10.24 — операция — биопсия конгломерата шейно-надключичных л/у слева. Также выполнена аспирационная биопсия костного мозга (поражения не выявлено).

ПЭТ/КТ с ФДГ от 08.10.24: ПЭТ/КТ признаки метаболически активного поражения шейных, надключичных, внутригрудных, внутрибрюшных, забрюшинных, тазовых (слева) лимфоузлов, селезенки, паравerteбральных мягких тканей на уровне Th9-Th11, костного мозга и костей. Гепатоспленомегалия. Нельзя исключить поражение щитовидной железы, тимуса, надпочечников, поджелудочной железы в структуре метаболически активных конгломератов.

Учитывая данные визуализации, указывающие на распространенность процесса, компрессию магистральных сосудов, смещение и компрессию трахеи, а также высокий риск декомпенсации при дальнейшем прогрессировании опухоли и высокую вероятность лимфопролиферативного заболевания, с 04.10.24 инициирована циторедуктивная профаз (преднизолон + циклофосфан). На этом фоне состояние ребенка с отрицательной динамикой за счет нарастания абдоминального болевого синдрома, обусловленного компрессией опухоли прилегающих структур (магистральные сосуды, внутренние органы брюшной полости и забрюшинного пространства).

Гистологическое заключение (предварительно): злокачественная опухоль негемопэтической природы. Проводится ИГХ, окончательная верификация после получения ИГХ.

По решению консилиума от 11.10.24: принято решение об инициации полихимиотерапии с включением препаратов ифосфамид/ карбоплатин/ этопозид (схема ICE, показавшая высокую эффективность при большинстве нозологических вариантов ЗНО детского возраста) по жизненным показаниям до получения гистологической верификации.

С 11.10.24 по 14.10.24 проведен курс ПХТ ICE.

12.10.24 получено гистологическое заключение №14440-49/24: недифференцированная нейробластома. По данным молекулярно-генетического исследования от 15.10.24: обнаружена амплификация гена MYCN, делеции 1р нет. Амплификация гена ALK (подтверждена ретроспективно в лаборатории ЛДЦ МИБС).

По результатам гистологического исследования трепан-биоптата костного мозга после 1го курса ПХТ: поражения костного мозга не выявлено.

Т.о., у пациентки верифицирована нейробластома забрюшинного пространства с метастатическим поражением л/у, костей, мягких тканей паравerteбральной области с поражением оболочек спинного мозга на уровне Th9-Th11, IV стадия, группа высокого риска согласно протоколу группы NB 2017.

01.11.24 - 01.02.25 - проведены 2й - 6й курсы ПХТ N5/N6 в альтернирующем режиме.

По результатам обследования после 6 курсов ПХТ констатирован очень хороший частичный ответ: общий регресс опухоли на 97%.

19.02.25 — операция - левосторонняя адреналэктомия с опухолью.

Гистологическое заключение №: 17201-10/2025 от 26.02.25: нейробластома с признаками лечебного патоморфоза, про-

цент остаточной опухоли — 15%.

С 05.03.25 по 08.03.25 проведен 1 курс ВДХТ по схеме Treo/Mel с ауто-ТГСК от 10.03.25 (СК- 10,88 x 106).

С 07.04.25 по 09.04.25 проведен 2 курс ВДХТ по схеме Тиотепа/Циклофосфамидс ауто-ТГСК от 11.04.25 (СК на кг-веса реципиента - 10,17 x 106).

По результатам обследования от мая 2025 года у пациентки зафиксирован полный ответ на проведенную терапию. 16.06.25 - 31.07.25 - проведено 2 курса иммунотерапии анти-GD2.

02.09.25 по результатам планового обследования диагностирован системный рецидив с поражением ложа удаленного надпочечника, мягких тканей паравerteбральной области Th9-L1 с обеих сторон, надключичного л/у слева (по данным МРТ ОБП, СМ, ГМ, КТ органов грудной клетки, исследования костного мозга).

ПЭТ/КТ/сцинтиграфия с МИБГ не выполнена по техническим причинам.

Принято решение о проведении терапии 2й линии по схеме TEMIRI в комбинации с анти-GD2 терапией.

С 06.09.25 по 21.09.25 проведен 1й курс комбинированной химио-иммунотерапии 2й линии TEMIRI + динутуксимаб бета.

01.10.25 выполнена ПЭТ/КТ с ДОФА, по данным: других очагов, кроме перечисленных выше, не выявлено.

С 03.10.25 по 02.11.25 проведены 2-3й курсы комбинированной химио-иммунотерапии 2й линии TEMIRI + динутуксимаб бета.

По совокупности данных обследования (ПЭТ/КТ, МРТ 12.11.25 — 14.11.25), у пациентки зафиксировано прогрессирование основного заболевания с увеличением размеров образования в ложе удаленного надпочечника, паравerteбрального образования справа на уровне Th9-L1.

Пациентка консультирована детским хирургом: учитывая локализацию и распространение опухоли, близость к магистральным сосудам, радикальное хирургическое лечение в настоящий момент невозможно.

Принято решение об интенсификации противорецидивной терапии по схеме темозоломид+иринотекан+бевацизумаб в комбинации с кризотинибом.

С 14.11.25 по 17.12.25 проведен 4й курс химиотерапии 2-й линии BIT+Crizotinib.

Учитывая рефрактерное течение рецидива опухоли после 2х линий терапии, принято решение о проведении биопсии/частичной резекции опухоли с последующим проведением молекулярно-генетического исследования с целью поиска возможных опций для таргетной терапии.

19.12.25 — операция — биопсия образования на уровне Th11-Th12 позвонков слева из комбинированного доступа: в забрюшинном пространстве визуализировано округлое образование, исходящее из преverteбрального пространства -межпозвонковых отверстий, интимно спаяно с левой почкой, сосудистой ножкой и селезенкой.учитывая локализацию и распространение радикальное удаление невозможно, принято решение о проведении биопсии.

Гистологическое заключение №137036-40/2025 от 25.12.25: Недифференцированная нейробластома high MK1.

Материал отправлен для проведения молекулярно-генетического исследования для определения наличия потенциальных мишеней для терапии направленного действия.

С 03.01.26 по 12.01.26 находилась на лечении в ДГКБ №5 (с лихорадкой, лейкоцитозом 23тыс/мкл, болевым абдоминальным синдромом), переносила ОРВИ. На фоне симптоматической и противомикробной терапии с улучшением.

12.01.26 пациентка переведена в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» для продолжения специфической терапии.

Обследована, по результатам (ПЭТ/КТ с ДОФА, МРТ, исследований костного мозга, лабораторных маркеров опухолевого роста) 13.01.26 диагностировано прогрессирование заболевания с увеличением количества и размеров паравerteбральных образований, локальной опухоли на 68 % (суммарно).

Т.о., у пациентки имеет место рефрактерное течение рецидива нейробластомы после 3х линий терапии. Куративные опции исчерпаны.

Дальнейшее проведение терапии, принимая во внимание предшествующий объем лечения, агрессивное течение заболевания, распространение, рецидивирующие инфекционные осложнения, рассматривается в объеме паллиативного оказания помощи.

С 17.01.26 по 21.01.26 продолжена сдерживающая ПХТ иринотекан/темозоломид в комбинации с пазопанибом (потенциально эффективным препаратом таргетной терапии, в том числе для рефрактерных нейробластом, эффективность которого показана в ряде клинических случаев).

Направляется в ЛДЦ МИБС для определения возможности проведения паллиативной лучевой терапии на весь остаточный объем опухоли.

Лечащий врач: Смирнова А. Ю.

Заведующий отделением, к.м.н.: Диникина Ю. В.

21.01.26

Печать