

В гемограмме: Нв 79 г/л, Тр. 46 тыс., лейкоциты 3,46 тыс., бласт.кл-13%, абсолютное количество бластов 449, лимфоциты 64%, СОЭ 10 мм/ч.

На 15-ый день:

Клинически не лихорадит, интоксикационного, геморрагического синдрома нет. Печень, селезёнка не пальпируется. Периф. л/у в динамике уменьшились, но сохраняются.

Гемограмма – Нв 87 г/л, Тр. 30,5 тыс., лейкоциты 3,22 тыс., моноц-0,9%, эоз-0%, базоф-0%.

Миелограмма – п.к.м. – малоклеточный, увеличено количество зрелых нейтрофилов и лимфоцитов. Эритроидный и мегакариоцитарный ростки представлены единичными клетками. Бласт.кл- 30,4%. Ремиссия не достигнута.

На 33-ий день:

Клинически интоксикации, лихорадки, геморрагического синдрома нет. Печень, селезёнка не пальпируются. Периф. л/у не увеличены.

В гемограмме: Нв 84 г/л. Тр. 45 тыс., лейкоциты 3,01 тыс., лимфоциты 92,70%.

В миелограмме: п.к. м малоклеточный, представлен бластными клетками и зрелыми лимфоцитами, ростки кроветворения угнетены. Бласты-51,2%. Лимф. 46,8%. Ремиссии нет.

Т.е. по ответу на терапию на 8-ой, 15-ый, 33-ий ответа на проводимую терапию нет, не достигнута ремиссия, в связи с чем продолжена лечение по группе высокого риска.

С 10.04.12г. по 15.04.12г. проведен **HR1 блок**. В контрольной миелограмме от 03.05.12г. П.к.м. малоклеточный полиморфный; бласты 8,4%.

С 05.05.12г. по 10.05.12г. проведен **HR2 блок**. Введение ПХТ перенес удовлетворительно. После проведения блока химиотерапии у ребенка развилась аплазия кроветворения, язвенно-некротический синдром, боли в нижних конечностях, в брюшной полости.

Ребенок в рамках мастер класс консультирован с к.м.н., зав.отд. трансплантации костного мозга для детей Станчевой Н.В. и к.м.н., зав.отд. трансплантации костного мозга для подростков Бондаренко С.Н. ГОУВПО «СПб государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Росздрава». На сегодняшний день ребенку по жизненным показаниям показана ТГСК. В связи с чем выписка отправлена главному внештатному гематологу д.м.н. Борабасовой Р.З. для получения заключения о необходимости трансплантации гемопоэтических стволовых клеток зарубежом.

С 29.05.12г. по 04.06.12г. проведен **HR3 блок** введение химиотерапии перенес не плохо за исключением аллергической реакции в виде озноба, повышение температуры тела до фебрильных цифр на аспарагиназу и на ПЕГ аспарагиназу.

С 20.06.12г. по 26.06.12г. проведен **HR1 №4 блок** на фоне введение химиотерапии у ребенка отмечалась тошнота, рвота, боли нижних конечностей, брюшной полости, цитопении.

Параллельно основной терапии ребёнок по показаниям получал антибактериальную терапию (курсами: 1 – гентамицин + меркаптин в/в; + цефтазидим, №2 меронем №3 цефз, №4 сиспрес, №5 гентамицин + препенем, №6 цефтазидим + трифамокс, №7 цефуроксим), противогрибковую (курсами: №1 дифлюкан перорально; №2 микосан перорально, №3 флунол, №4 кансидас, №5 вифенд), с противовирусной терапией (ацикловир), с противоязвенной целью (№1 де-гол, №2 фамотидин, №3 квамател в/в, №4 алмагель) посиндромную терапию, с иммуносупрессивной целью проведено введение октагам №3.

По жизненным показаниям проводилась гемотрансфузия препарата крови – лист гемотрансфузии прилагается.

Выписывается на перерыв в лечении перед **HR2 блоком** под наблюдение уч. педиатра и гематолога по месту жительства.

**Шыққандағы жағдайы (Состояние при выписке):** Состояние тяжелое по основному заболеванию, стабильное. Самочувствие заметно не страдает. Сон и аппетит хорошие. Нормотермия. Геморрагического синдрома нет. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, чистые. Зев спокоен. Периферические л/узлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Живот мягкий,