

Das Kind Katja Omeltschenko, 14 Jahre alt, wurde in der hämatologischen Abteilung vom 24.07.08 bis zur Zeit mit der Diagnose: akute Lymphoblastenleukämie, lymphoblastische Variante, pro-B-lineal mit Koexpression vom myeloischen Antigen CD33 FAB Typ L 1, spätes Knochenmarkrezidiv, therapeutische Gruppe S 2 stationär behandelt. Refluxösophagitis II. Stadium. Erythematöse Gastroduodenopathie. Duodenogastraler Reflux. Trägerheit HbsAg.

Das Kind kam zur hämatologischen Abteilung nochmals am 24.07.08 mit Klagen über Rückenschmerzen, Schwäche.

Es ist bekannt aus der Anamnese der Krankheit, dass das Mädchen seit April 2004 krank ist, wenn katarrhale Erscheinungen, Fieber bis 38 C vorkamen. Vom 17.04. – 21.04 wurde stationär in der chirurgischen Abteilung vom Regionalen Kinderkrankenhaus Nr. 1 behandelt, wo rechtsseitige Schenkelmyositis diagnostiziert wurde. Nach einer Reihe von Physiotherapieprozeduren wurde der Zustand besser. Am 06.2004 hatte sie Schmerzen im linken Kniegelenk, sie hat anästhetische Mittel eingenommen. Vom 03.06 – 10.06.2004 wurde sie an der Diagnoseabteilung vom Regionalen Kinderkrankenhaus Nr. 1 mit der Diagnose: reaktive Arthritis, Dispankreatismus, displastische Kardiopathie, Mitralklappenprolaps, Trikuspidalklappenprolaps, stationär behandelt. Danach – linksseitige Herdpneumonie. Sie machte einige Kuren der antibakteriellen Therapie. Ende 08.04 hat das Kind wiederum Knie-, Hüftgelenkschmerzen. Sie wurde von Extrasensitiven behandelt. Am 09.04 – neue Klagen über Gelenkschmerzen. Sie wurde beim Institut für Gesundheitsschutz von Kindern und Halbwüchsigen stationär behandelt. Vom 10.09.04 bis 09.10.04 mit der Diagnose reaktive Arthritis, displastische Kardiopathie (Mitralklappenprolaps, Trikuspidalklappenprolaps). Hypotonische Gallenblasendyskinesie. Keimvernichtende Vulvovaginitis. Sie hat Therapie – Dyklofenak, Rovamycin, Nimesil, Roxithromycin gemacht. Am 17.11.04 kommt sie nochmals zum Institut für Gesundheitsschutz von Kindern und Halbwüchsigen mit Gelenkschmerzen, wo sie bis 25.11.04 mit der Diagnose reaktive Arthritis, Chlamydien-Ätiologie behandelt wurde. Bei der Untersuchung kv klinische Blutanalyse vom 25.11.04 – Blastzellen – 2 %, Myelozyten – 2 %, junge – 1 %, Blutsenkungsgeschwindigkeit – 66 mm/h, wodurch sie mit der Diagnose akute Leukämie in die hämatologische Abteilung vom Städtischen Kinderkrankenhaus Nr. 16 geschickt wurde.

Aus der Anamnese des Lebens: überstandene Krankheiten – Scharlach. Adenoidektomie - 2000.

Bei der Untersuchung – in der klinischen Analyse vom Blut – Anämie des leichten Stadiums – Hb – 116 g/l, Thrombozyten – $180 \cdot 10^9/l$, Leukozyten – $6,0 \cdot 10^9/l$, Blastzellen – 7 %, Lymphozyten – 71 %, Blutsenkungsgeschwindigkeit – 38 mm/h.

Leberprobe, Proteinogramm sind im Rahmen der Norm.

Scharfphasenkennziffer – mäßig erhöht. Glykoproteiden – 0,488, Seromucoiden – 0,233.

Aufgrund der Daten vom Myelogramm vom 26.11.04, wo verhältnismäßig Blastzellen mit positiver Reaktion auf Glykogen und negativer auf Myeloperoxidase sind, wurde akute lymphoblaste Leukämie, L1/L2 diagnostiziert. Nach Daten der Immunphenotypisierung vom Bezugslaboratorium der Stadt Kiew kommt pre-B-lineale Variante der akuten lymphoblastischen Leukämie vor. Liquorfluß – im Rahmen der Norm, Zytose – $3 \cdot 10^6/l$.

Ab 30.11.04 wurde ein Kurs der Polychemotherapie nach dem Protokoll vom I. Programm ALLIC BFM 2002 begonnen. Am 8. Tag von Polychemotherapie gab es keine Blastzellen in der klinischen Analyse vom Blut.

Am 15. Tag der Polychemotherapie wurde nach Daten des Myelogramms vom 14.12.4 mit kleiner Zahl von Zellelementen (Blastzellen, 1,0 % Lymphozyten 51 %) Knochenmarkremission festgestellt.

Im Vergleich zur Therapie wurde am 22. Tag der Polychemotherapie Entwicklung der Komplikationen in Form von Mundfäulnis mit Elementen von Nekrose auf der Schleimhaut der Mundhöhle festgestellt, wodurch Einführung zytostatischer Mittel bis 6 Tagen aufgeschoben wurde. Sie hat a/b Therapie mit Amikin, Medacef, Maxipim, Edicin, Antimykotikumtherapie mit Nisoral, Diflucan, p.o. dann intervenösen Tropf 100 mg/24 Stunden gemacht. Wegen der Hypoproteinämie - intervenöse Tropfe 10% Albuminlösung 100 ml Nr. 2, einmalig Übertragung er. Masse A(II)Rhpol.



im Vergleich zur Therapie wurde der Zustand besser. am 9.01.05 endete der Kurs der Polychemotherapie nach dem Schema vom Protokoll I Phase I. Am 33. Tag der Polychemotherapie wurde Knochenmarkremission (Blastzellen 1,5%) bestätigt. Vom 13.01.05 bis 26.02.05 wurde ein Kurs der Polychemotherapie nach dem Schema des Protokolls Phase 2 durchgeführt, es wurde keine Komplikationen bemerkt.

Vom 15.03.05 bis 10.05.05 wurde ein Kurs der Polychemotherapie nach dem Protokoll mM durchgeführt. Es gab keine Komplikationen bei der Durchführung vom Kurs der Polychemotherapie.

Ab 27.05.2005 wurde das II. Protokoll begonnen. Am 1.07.2005 endete die I. Phase.

Vom 8.07.2005 bis 21.07.2005 wurde die 2. Phase vom Protokoll durchgeführt. Im Liquorfluß vom 11.07.2005 wurde Zytose - $13 \cdot 10^6 / l$, in Dynamik (18.07.2005) Zytose - $5 \cdot 10^6 / l$ festgestellt. Im Vergleich zur Chemotherapie (der 4. Tag vom 2. zytosaren Block) erschien neurologische Symptomatik (Kopfschmerz, Erbrechen, Gefühl der Obdormition vom linken Bein und vom linken Unterarm, subfebrile Temperatur), was zur Durchführung Computertomografie vom Hirn, Reoenzephalographie, Elektroenzephalogramm diente. Das Kind wurde von Neuropathologen untersucht, es wurde zerebrale Durchblutungsstörung mit venöser Abflußstörung diagnostiziert. Polyneuropathie von Armen und Beinen im leichten Stadium, verhältnismäßig sensorisiert. Es wurde ein Kurs der Therapie mit Glizin, Neurobex, Kavinton vorgeschrieben.

Im Juni 2006 wurden Zeichen vom Hepatitis B gefunden, wodurch sie am 5.06.06 vom Dozenten des Lehrstuhles für Kinderinfektionen N.N.Sakrewskij untersucht, es wurde Virenhepatitis B, anikterische Form, Höhe der Krankheit diagnostiziert. Machte virentötende Therapie: Zeffix 100 mg/ 24 Stunden p.o. Viferon per rectum, Bifiform p.o.

Ab 11.08.05 wurde der Kurs von der unterstützenden Polychemotherapie mit Purinetol 63mg/24 Stunden p.o., Metotrexat 25 mg/24 Stunden p.o. begonnen. Am 19.02.07 wurde die unterstützende Therapie wegen der Beendigung vom Kurs der Therapie aufgehoben.

Zur Zeit ist der Zustand beim Eintritt mittelschwer, es wurde allgemeine Schwäche, mäßig ausgeprägte Zeichen der Intoxikation bemerkt. Ab und zu machen Wirbelsäulenschmerzen Sorgen. Einmalig wurde Temperaturanstieg ohne katarrhale Erscheinungen festgestellt. Peripherische Lymphknoten sind klein, palpabel in allen Gruppen. Einzelne Ekchymosen auf Beinen. Es gibt scharfes Atemgeräusch in Lungen, kein Rasseln. Herztöne sind rhythmisch. Leber - +3,5 cm niedriger als Ende vom Rippenbogen, Milz ist +3,5 cm - 4,0 cm niedriger als Ende vom Rippenbogen.

Bei der Untersuchung der klinischen Analyse vom Blut vom 24.07.08 - Hb - 121 g/l, Thrombozyten - $46 \cdot 10^9 / l$, Leukozyten - $7,3 \cdot 10^9 / l$, Blastzellen - 7%, Lymphozyten - 53%, Blutsenkungsgeschwindigkeit - 26 mm/h.

Aufgrund der Daten vom Myelogramm vom 24.07.08, wo verhältnismäßig Blastzellen mit positiver Reaktion auf Glykogen und negativer auf Myeloperoxidase sind, wurde akutes lymphoblastes Leukämie rezidiv, L1/L2 diagnostiziert. Nach Daten der Immunophenotypisierung vom Bezugslaboratorium der Stadt Kiew vom 24.07.08 kommt Knochenmarkrezidiv der akuten lymphoblastischen Leukämie pro-B-ALL mit Koexpression von myeloischen Antigen CD 33 vor.

Liquorfluß ist im Rahmen der Norm, Zytose - $4 \cdot 10^6 / l$.

Ab 28.07.08 wurde ein Kurs der Polychemotherapie nach dem Programm ALL- REZ- BFM - 95- Prophase Dexametason p.o. begonnen. Vom 3.08.08 bis 8.08.08 - Kurs nach Schema vom Block FI. Es kam Entwicklung der Komplikationen in Form akuter Gastritis, Refluxösophagitis vom II. Stadium vor. Erythematöse Gastroduodenopathie. Duodenogastraler Reflux (nach Daten der Fibrogastroduodenoskopie). Machte - Diät Tisch Nr. 1, Quamatel intervenös in Tropf, Nexium p.o. Motilium, Sandostatin p/k, a/b Therapie mit Phortum, Metrogl.

Nach dem FI Block wurde Knochenmarkremission erzielt. Es wird geplant, den Kurs der Polychemotherapie nach Programm ALL - REZ - BFM - 95 fortzusetzen.

Stellvertretender Leiter von der hämatologischen Abteilung *eigenhändige Unterschrift* L.S. Belousowa

Stempel

Behandelnder Arzt

eigenhändige Unterschrift

L.N. Marenitsch



Ukrainischer staatlicher Sicherheitsdienst OCHMATDET
Zentrum für Kinderonkohämatologie und Knochenmarktransplantation
Laboratorium für Fachdiagnose der hämatologischen Erkrankungen

Nachname	OMELTSCHENKO	Vorname	JEKATERINA	Geburtsdatum	29.10.1993
Klinische Diagnose	Akute Leukämie, Rezidiv?		Aktenzeichen	2008-1202 (к/м) 2008-1219 (п/к)	

Hämogramm vom 24. Juli 2008 (nach Daten, dargestellt in Richtungen)

Hämoglobin	113	g/l	Leukozyten	7,9	$\times 10^9$
Erythrozyten		$\times 10^{12}$	Thrombozyten	44	$\times 10^9$

Leukozytenformel vom 24. Juli 2008

	%		%		%
Blasten	10,0	Stabkernige Neutrophilen	6,0	Lymphozyten	39,0
Promyelozyten		Segmentstabkernige Neutrophilen	36,0	Monozyten	9,0
Myelozyten		Eosinophile Leukozyten		Normoblasten	
Metamyelozyten		Basophilen		Mononukleare	

Myelogramm vom 24. Juli 2008

Erythropoese (EP)	%	Granulopoese	%
Erythroblasten		Promyelozyten	0,2
Normoblasten: basophil		Myelozyten	0,6
polychromatophil	0,2	Metamyelozyten	0,2
oxyphil	0,6	Stabkernige Neutrophilen	3,0
Summe von EP	0,8	Segmentstabkernige Neutrophilen	7,0
Monozyten	1,6	Eosinophile Granulozyten	
Lymphozyten	14,8	Basophile Granulozyten	
Plasmazellen	0,4	Summe von GP	11,0
		Blasten	71,4

Zytochemische Untersuchung der Blastzellen vom Knochenmark

Mieloperoxydase (POX)	negativ	Zellularität Dyserythropoese - Dysmyelopoese - Dysthrombopoese - Megakariozyten - Auer-Stäbchen -
PAS-Reaktion auf Glykogen (PAS)	negativ	
Unspezifische Esterase (ANAE)	negativ	

Granulozyten (%)	Monozytäre Komponente (%)	Erythron (%)	Myeloperoxydase (POX)	FAB-Type
3,6	-	0,4	negativ	LI
Immunophenotyp	CD45+(28%)	CD13-	CD2-	CD10-
	CD34+(82%)	CD15-	CD3-	CD19+(94%)
	HLA-Dr+(76%)	CD33+(70%)	CD4-	CD20-
	Anti-TdT+(45%)	CD65-	CD5-	CD22+(88%)
	Anti-MPO-	CD117-	CD7-	cCD79a+(82%)
	CD38+(98%)		CD8-	

Gutachten: Knochenmarkrezidiv akuter Lymphoblastenleukämie, pro-B-ALL-Typ mit Koexpression vom myeloischen Antigen CD33.

Laborfacharzt *Eigenhändige Unterschrift* T.V. Smolenskaja

Laborfacharzt *Eigenhändige Unterschrift* T.P. Ponomarenko

Laboratoriumsleiter *Eigenhändige Unterschrift* E.S. Kreminskaja

Leiter vom Zentrum, Dozent _____ S.B. Donskaja



Den 25. Juni 2008