



Приложение № 18  
к приказу ГБУЗ РК «РДКБ» № 333  
от «30» \_\_06\_\_ 2021г.



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ КРЫМ**

**«РЕСПУБЛИКАНСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

295034 г. Симферополь, ул. Титова, 71 тел/ факс (0652) 25-33-44

10 марта 2025

**ЭПИКРИЗ**

**из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в  
стационарных условиях**

Ребенок Джгаркава Хатуна Датовна, 08.07.2009  
проживает по адресу: : Республика Крым, Красногвардейский р-н, пгт. Октябрьское, ул.  
Тельмана, д. 66

**Основное заболевание:**

**Классическая лимфома Ходжкина, нодулярный склероз стадия IVB (с поражением лимфоузлов выше и ниже диафрагмы, средостения, паховых лимфоузлов, селезенки, двустороннее поражение легких). Химиотерапия по протоколу EuroNetPHL - 6 блоков (2 ОЕРА+ 4 СОРДАС). Частичный метаболический ответ после 2 курса. Ремиссия 1**

**Сопутствующее: Перфорация подвздошной кишки, разлитой фибринозно-каловый перитонит, оментит, состояние после оперативного вмешательства 16.01.25 (наложение илеостомы). Закрытие илеостомы с формированием тонко-тонкокишечного анастомоза (27.02.25)**

**Из анамнеза известно:**

увеличение шейных лимфоузлов отмечает с февраля 2024 года после перенесенного ОРВИ. Получала лечение амбулаторно. Без эффекта

Ухудшение состояния в июне 2024, когда появился навязчивый кашель. По месту жительства выполнен рентген ОГК, выявлено двустороннее полисегментарное поражение легких. Госпитализирована в ЦРБ по месту жительства. Получала терапию пневмонии без эффекта.

10.07.24 выполнено КТ ОГК. - в различных отделах легких на фоне полисегментарной диссеминации очагами мелких и средних размеров визуализируются участки уплотнения полигональной формы. В толще данных изменений прослеживаются кальцинаты.

В средостении — измененные л/у, наиболее измененный спереди от трахеи, 9x14x25 мм. Многочисленные л/узлы в подмышечных областях. Свободной жидкости в плевральных полостях нет. Заключение: КТ-картина диссеминированного туберкулеза. Распространенная лимфаденопатия.

15.07.24 Госпитализирована в ГБУЗ «КРКЦФиП» (тубдиспансер) в связи с подозрением на туберкулез. Проведено обследование.

Мокрота на МБТ - отрицательно, ПЦР-РВ - отрицательно, посев ВАСТЕС — отрицательная реакция Манту, Диаскин тест - отрицательны

Данных за туберкулез нет.

АТ к ВИЧ — не обнаружены.

В периферической крови — лейкоцитоз (14 тыс/мкл), эозинофилия (до 34%), анемия 1 степени (Hb 107 г/л), ускорение СОЭ до 45мм/ч, повышение СРБ 56 мг/л  
УЗИ ОБП — печень и селезенка не увеличены. Лимфаденопатия забрюшинных и мезентериальных лимфоузлов.

2.08.24 осмотрена гематологом ГБУЗ РК РДКБ. Заподозрен лимфопролиферативный процесс. Рекомендована гистологическая верификация.

5.08.24 переведена в ДХО ГБУЗ РК РДКБ для проведения биопсии лимфоузлов.

7.08.24 проведена биопсия заушного л/у

ПГЗ от 12.08.24 : классическая лимфома Ходжкина

Необходима ИГХ

13.08.24 переведена в ДОГ

Лабораторная картина: в ОАК — лейкоцитоз (22 тыс) эозинофилия — 64%, анемия 1 степени (Hb 96 г/л), СОЭ 110 мм/ч СРБ 118 мг/л, ЛДГ 910 Ед/л (норма до 436)

15.08.24 проведено СКТ ОГК, ОБП, малый таз с КУ

*Определяется увеличение количества и размеров лимфоузлов следующих групп:*

- нижних яремных лимфоузлов шеи/паратрахеальных с двух сторон — диаметром до 7.5мм справа и 7 мм слева (внутренняя яремная вена компримирована);

- надключичных слева — диаметром до 6.8мм;

- средостенных — с образованием конгломератов, толщиной до 18 мм (паратрахеальные справа), 11 мм (парааортальные);

- корней легких - прослеживается неоднородный мягкотканый компонент с неровными контурами, окружающий бронхи и сосуды, толщиной до 27.2мм справа и 37.5мм слева;

- бронхолегочных справа - толщиной до 9мм;

- подмышечных с двух сторон, в т.ч. глубоких — диаметром до 8.5мм справа и 10.5мм слева;

- парааортальных и прилежащих забрюшинных — диаметром до 15мм справа (уровень Th3) и 13мм слева (уровень Th4), левая почечная вена сужена в месте слияния с нижней полой веной, между аортой и верхней брыжеечной артерией;

- ворот печени — диаметром до 8 мм;

- ворот селезенки — диаметром до 10.5мм;

- прекавальных - диаметром до 22мм;

- общих подвздошных лимфоузлов — диаметром до 14.6мм справа и 12.2мм слева;

- мезентериальных спереди — диаметром до 9мм;

- мыса крестца - толщиной до 19мм справа и 13мм слева;

- наружных подвздошных — размерами до 46x25мм справа и 25x 15мм слева;

- паховых — диаметром до 26.7мм справа и 9мм слева.

**ОГК:** во всех сегментах обеих легких просматриваются множественные, плотные, хаотично расположенные, разнокалиберные очаги и очаговоподобные участки, с четкими и нечеткими контурами, местами сливного характера, с образованием зон консолидации справа в С 5, С9/С10 и слева в С9. На фоне отдельных из них просматриваются просветы местами умеренно расширенных периферических бронхов. Описанные очаги неравномерно накапливают КВ с наличием единичных гиподенсивных участков, достоверно не накапливающих КВ.

Слева просматриваются воздуходержащие полости — в С 1/2 (10x9.6мм), С 1/2-С 3 (16.6x10.6мм, с неровными контурами, прослеживается связь с субсегментарным бронхом С3).

Субплеврально в области верхушек легких — участки уплотнения по типу матового стекла с четкими контурами и деформацией легочного рисунка.

**ОБП:** Селезенка: структура неоднородная за счет множественных полиморфных разнокалиберных гиподенсивных очагов сливного характера, слабо накапливающих и не накапливающих КВ; отмечаются признаки инфильтрации диафрагмы и прилежащей легочной паренхимы в смежных с описанными образованиями участках. Контур на остальном протяжении ровные, четкие. Размеры 45 x 108 x 109мм

**Заключение:** Множественные очаги/образования обеих легких (с наличием единичных воздуходержащих полостей слева), селезенки. Распространенная лимфаденопатия. Гепатоспленомегалия. Остеосклероз подвздошных костей (больше правой). Выпот (минимальный) в полости перикарда. Двусторонняя слабовыраженная пиелэктазия (больше справа).

Учитывая диссеминированную форму заболевания, отрицательную динамику по дыханию, высокий риск жизнеугрожающих осложнений принято решение об отмене инициального ФДГ ПЭТ КТ исследования, в связи с логистическими трудностями (отсутствие на территории республики Крым ПЭТ КТ) и невозможностью транспортировки ребенка по тяжести состояния.

Учитывая длительность выполнения ИГХ исследования, тяжесть состояния пациентки показано начало терапии по жизненным показаниям до получения иммуногистохимической верификации.

16.08.24 Установлен катетер типа PICC line

Проведена трепанобиопсия костей таза (ИГХ — без поражения)

#### **16.08.24 начата ПХТ - блок ОЕРА(1)**

На фоне химиотерапии лимфопролиферативный синдром значительно регрессировал. Перестала кашлять, нормализовалась температура тела. На 10 день блока вошла в лейкопению. 12 день — Ле 0,1. Стимуляция не проводилась, тайминг ХТ соблюден. Восстановила показатели самостоятельно. После блока развились клинические признаки токсической нейропатии, неврозоподобный синдром. Начал беспокоить зуд

#### С 13.09.24 Блок ОЕРА (2)

10.10.24 проведено исследование ФДГ-ПЭТ КТ всего тела

Картина аденопатии л/узлов выше и ниже уровня диафрагмы с повышенной гиперметаболической активностью;

- очагового поражения легких с повышенной метаболической активностью;
- диффузно-очагового повышенного метаболизма в паренхиме селезенки;
- структурных изменений стенок терминального отдела подвздошной кишки, слепой кишки с повышенной метаболической активностью;
- диффузного захвата РФП стенками нисходящей ободочной сигмовидной и прямой кишки;
- диффузного повышенного захвата РФП костным мозгом на уровне сканирования

По КТ - в динамике размеры лимфоузлов и метастатических очагов в легких сократились на 30 — 50%. Свежих очагов нет. Динамика положительная. Частичный ответ

Таким образом отмечается частичный метаболический ответ.

Учитывая положительную динамику в виде уменьшения размеров лимфоузлов и очагов в легких, принято решение продолжить терапию блоками COPDAC с контролем после 2х курсов.

#### С 17.10.24 3 курс ПХТ - Блок COPDAC (1)

Перенесла без выраженной гематологической токсичности. Однако сохранялось снижение аппетита, отказ от пищи и приема таблеток перорально. Осматривалась психиатром. Диагностировано эмоционально-лабильное астеническое расстройство с тревожно-фобической симптоматикой. Назначена коррекция

#### С 14.11.24 4 курс ПХТ - Блок COPDAC (2)

3.12.24 проведен контроль СКТ

ОГК: справа: отмечается сохранение очагов, демонстрирующих гиперметаболизм по данным пэт. с уменьшением их размеров:

- в s4 периваскулярный очаг, размерами 9,7x5 мм (ранее — 12x9 мм); латеральнее и ниже — очаг, размерами 5x2,5 мм (ранее — 6,5x4,5 мм);
- в s5 субплевральный очаг, размерами 5,8x3,2? мм (ранее — 7,7x6.5 мм): периваскулярный очаг субплевральной локализации на уровне ранее определяемого периваскулярного скопления, размерами 3x3,2 мм (ранее - 13,7x11 мм); парамедиастинальные очаги — до 3x1,8 мм (ранее — 5x4,8 мм) и до 3 мм (ранее 6x 6 мм): очаг до 3,5x5 мм (ранее — протяжённость 11 мм);
- в s 6 субплевральный очаг до 7,2x3,7 мм (ранее — 12x8,2 мм);
- в s 9 периваскулярный очаг до 3,4x6,2 мм (ранее — 18,2x18,5 мм); утолщение стенки воздухосодержащей полости до 4,5 мм (ранее — 6 мм).

остальные гиперметаболические очаги не выявлены. легочные очаги, которые не характеризовались гиперметаболизмом, сохраняются. размеры прежние.

слева: отмечается сохранение очагов, демонстрирующих гиперметаболизм по данным пэт, с уменьшением их размеров:

- в s 4- 2 очага, приблизительными размерами 4x4 мм (ранее - 7,3x11 мм и 4,2x5,5 мм);-
- в s 5 по контуру воздушной полости очаг до 3x4 мм (ранее — 5x8,2 мм);
- в s 8 очаг до 5,5x6,5 мм (ранее — 11,3x12 мм);
- в s 10 субплевральный очаг (ранее — скопление очагов) до 7,8x3.9 мм (ранее - 9,5x5,6 мм).

остальные гиперметаболические очаги не выявлены. легочные очаги, которые не характеризовались гиперметаболизмом, сохраняются, размеры прежние.

Лимфатические узлы средостения также уменьшились в размерах, наибольшие из них:

- подключичный лимфатический узел справа до 10,3 мм (ранее — 11 мм):

- паратрахеальные лимфатические узлы справа размерами 10,8x7,7 мм (ранее 17,3x11,3 мм) и 11,3x6,6 мм (17,8x11,3 мм ранее); паратрахеальный лимфатический узел слева — 5,6x6,8 мм (ранее - 10x9,2 мм);

- парааортальный - 10.5x5 мм (ранее - 14x6,8 мм).

на остальном протяжении лимфоузлы не увеличены в размерах.

Лимфатический узел ворот селезёнки — 10x5,5 мм (ранее - 14,3x7,8 мм).

паховый лимфоузел справа - 15,5x14 мм (ранее - 20x19 мм); 8,8x11 мм (ранее - 9,4x18 мм).

мезентериальный лимфоузел слева - 7,2x9,5 мм (ранее - 13x12,3 мм).

подвздошный лимфоузел справа на уровне крыши вертлужной впадины - 24,3x9,7 мм (30,5x14,8

мм ранее) — вероятно, конгломерат переднего наружного и медиального внутреннего

лимфатических узлов. медиальный внутренний подвздошный лимфоузел слева - 17,2x22,7 мм (ранее - 11x16,7 мм)

Сохраняется очаговое диффузное поражение селезёнки.

**Заключение:** КТ-картина нодулярного поражения, поражения лёгких, селезёнки как проявление основного заболевания - лимфома Ходжкина.

*В сравнении с предоставленным пэт кт от 10.10.2024 г, динамика положительная в виде разрешения гиперметаболических очагов в лёгких (с учётом данных ПЭТ), уменьшения размеров оставшихся очагов, уменьшения размеров гиперметаболических лимфатических узлов различных групп.*

### С 12.12.24 5 курс ПХТ - Блок COPDAC (3)

Перенесла без особенностей.

### 9.01.25 начат 6 курс ПХТ — Блок COPDAC (4)

16.01.25 у девочки развился перитонит, перфорация подвздошной кишки, проведено оперативное вмешательство: резекция и формирование стомы, санация брюшной полости.

ПГЗ от 22.01.25

1. хронический энтерит высокой степени активности, с перфорацией и очагами желудочной метаплазии. Острый ометит. Перитонит

2. - хронический колит высокой степени активности.

Материал направлен на ИГХ

Заключение от 7.02.25 1. Хронический умеренно выраженный активный илеит с изъязвлением. 2. Оментит. 3. Хронический умеренно выраженный активный колит.

Описанные морфологические изменения могут соответствовать ВЗК. (мкб К 52.3)

24.01.25 проведен контроль КТ ОГК, ОБП, малый таз.

Заключение: по сравнению с КУ от 3.12.24 — отмечается появление очагов уплотнения в S8-S10 левого легкого (один из которых является ранее определяемым очагом, размеры которого увеличились); увеличение отдельных перикардально-диафрагмальных лимфоузлов.

Референс результатов визуализации проведен в НМИЦ ДГОИ 24.01.25

Заключение: ОГК: в динамике от 03.12.2024 появление «свежих» очагов и увеличение ранее визуализируемого очага в нижней доле левого легкого.

ОБП, таз: в динамике от 03.12.24 признаки воспалительных изменений толстокишечника и ограниченного скопления жидкости в полости малого таза

17.02.25 выполнено ПЭТ КТ всего тела.

1. На момент исследования накопление РФЛП в л/узлах не превышает накопление в паренхиме печени; тяжистые уплотнения в легких с низкой метаболической активностью; при сравнении с ПЭТ КТ от 10.10.2024 — положительная динамика; максимальная активность по Deauville 3 баллов; 2. патологический компонент по брюшине в малом тазу с

повышенной метаболической активностью, очаговое повышенное накопление РФЛП в большом сальнике, брыжейке тонкой кишки, левом латеральном канале вероятнее всего воспалительного генеза; 3. очаговое накопление РФЛП в субсегментарной артерии S10 правого легкого с неоднородным распределением рентгенконтрастного препарата в ее просвете — может соответствовать тромбу.

19.02.25 Ребенок консультирован гематологом ФГБУ НМИЦ ДГОИ. Заключение: у девочки 15 лет классическая лимфома Ходжкина, нодулярный склероз стадия IVB с неадекватным метаболическим ответом после 2х блоков, получила 6 блоков химиотерапии в соответствии с протоколом EuroNetPHL. В настоящий момент тяжесть обусловлена выраженной белково-энергетической недостаточностью (потеря около 20% массы тела), наличием высокой илеостомы, нейропатией. По данным обследования, регистрируется метаболическая ремиссия.

27.02.25 проведена операция: Лапаротомия. Закрытие илеостомы. Формирование тонко-тонкокишечного анастомоза.

На сегодняшний день общее состояние девочки стабильное, обусловлено течением п/о периода, объемом проведенного оперативного вмешательства, энтеральной недостаточностью. Уровень сознания — ясное. Болевой синдром не беспокоит. Зрачки OD=OS, фотореакция живая, содружественная. Кожные покровы смуглые, чистые от сыпи, умеренно влажные. Тургор и эластичность тканей сохранён. ПЖК истончена, распределена равномерно. Дистальные отделы конечностей теплые на ощупь. Видимые слизистые физиологической окраски, умеренно влажные, язык у корня обложен белым налётом. Температура на момент осмотра 36,6\*С, не лихорадит. Дыхание ритмичное, спонтанное, кислородонезависимое, ЧД 17-19/мин, SpO<sub>2</sub> 98-99%. Аускультативно: дыхание жесткое, несколько ослаблено в базальных отделах слева и справа, хрипов нет. Центральная гемодинамика стабильная: ЧСС 90-85/мин, удовлетворительного наполнения. АД 109/73/93 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот в объеме не увеличен, симметричный, не вздут. Энтерально: выпила 450 мл воды. При пальпации живот умеренно болезненный в области п/о шва, месте закрытия стомы. Шов после срединной лапаротомии обработан бетедином. Перистальтика кишечника активная. Печень, селезенка пальпаторно не увеличены. Стул самостоятельный. Тошноты, рвоты нет  
Показатели периферической крови в пределах нормы. Биохимические параметры в коррекции не нуждаются.

Заключение: у девочки 16 лет лимфома Ходжкина, IV стадии, с поражением легких.. После 2 блока отмечался неадекватный метаболический ответ. Получила 6 блоков по протоколу EuroNetPHL На фоне лечения развилась БЭН. После 6 блока развилась кишечная непроходимость, наложена илеостома (22.01.25).

17.02.25 проведен контроль ПЭТ. Динамика положительная.

27.02.25 проведено закрытие илеостомы. Операция прошла без осложнений.

Девочка консультирована в ФГБУ НМИЦ ЛГОИ им. Д. Рогачева. 05.03.2025 получено заключение. **Учитывая высокие риски облучения, рекомендовано проведение консолидации с применением препарат Брентуксимаб ведотин 1,8 мг/кг в/в кап каждые 3 недели (2 флакона на одно введение) — 4 введения. Всего 8 флаконов по 50 мг.**

Лечащий врач

Заведующий отделением



Филимоненкова В.А.

Усаченко В.П.

