

### Выписка

из истории болезни № 48392

реб. Горюшкина Дениса Валерьевича,  
15 лет (04.06.1992 г.р.),  
проживающего: г.Херсон,  
Комсомольский район,  
ул. Лавренева, 28, кв. 17

Находился на стационарном лечении в гематологическом отделении ДОКБ с 26.10.2007 по 06.11.2007.

Диагноз: Лимфогранулематоз II Бб, вариант нодулярного склероза.

Болеет в течение 2-х месяцев, когда появились жалобы на утомляемость, повышенную потливость, зуд кожи, увеличение лимфоузлов в надключичной области.

Объективно: при поступлении общее состояние тяжелое, самочувствие нарушено. Кожные покровы бледные, местами расчесы после изнуряющего зуда, зев спокоен. В правой надключичной области пальпируется конгломерат лимфоузлов, безболезненный, подпаян к окружающим тканям. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечные тоны ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2, селезенка (-).

#### Обследован:

Общий анализ крови:

Дата	Нв	Лейк.	Эритро.	Тромбоциты	СОЭ	э	п	с	л	м
27.10.07	129	5,2	4,0	220	18	2	1	64	25	8
05.11.07	137	10,7	4,3	274	6	1	1	68	22	8

Сахар крови – 3,3. Щелочная фосфатаза – 34,02.

Ионограмма: натрий – 141, калий – 4,07, хлорида – 109.

Билирубин – 13,2-11, АЛТ – 0,44, тимоловая – 4,0, мочевины – 6,2, креатинин – 62,0, ЛДГ – 118,8 Е/л. HbsAg от 29.10.07 – не обнаружен.

Общий белок – 68,3, альбумины – 38,1.

Протромбиновое отношение – 1,6, тромбиновое время – 16 сек., АЧТВ – 39 сек., фибрин плазмы – 3,77.

Группа крови: 0 (I) Rh (+) от 29.10.2007, анализ крови на RW от 27.10.2007 (-).

Цитограмма лимфоузла – клеточные элементы в состоянии деструкции.

УЗИ органов брюшной полости 05.11.2007 – патологии нет.

Рентгенограмма органов грудной клетки 26.10.2007 – 0,07 мзв – легочные поля без патологических теней, синусы свободны, сердце – норма. Плевро-диафрагмальное сращение слева (тень над ключицей справа – рукоятка грудины? Лимфоузел?

Аллерголог: Вазомоторный ринит. Тубинфицирование?

ЛОР-врач: Хронический тонзиллит, ремиссия. Вазомоторный ринит.

КТ ОГК от 31.10.07 – надключично справа – в мягких тканях – пузырьки воздуха и увеличенные лимфоузлы. В верхнем этаже переднего средостения определяются увеличенные лимфатические узлы сливного характера, 10-23 мм в диаметре. В паренхиме легких патологические образования не выявлены.

КТ шеи от 02.11.07 – в надключичной области справа определяется конгломерат увеличенных лимфоузлов 4,5 x 3,2 см.

КТ брюшной полости, скинтиграфия скелета не сделаны по техническим причинам, скинтиграфия в области не проводится.

Патолого-гистологическое заключение № 19193-19200 от 06.11.2007 – Лимфогранулематоз. Нодулярный склероз.

По желанию родителей ребенок направляется на консультацию в Центр радиационной защиты населения, свидетельство пострадавшего вследствие аварии на ЧАЭС прилагается.

*Вскрытие вирусом гепатита от 6.11.07 от  
СМВ - 99 ЯИ (N < 10 ЯИ), Тело УЗУ - 330 МЕР/мл  
от 8.11.07.*

Рекомендовано:

1. На комиссию ВКК – данное заболевание подлежит решению вопроса о социальном пособии согласно приказа МЗ Украины о 08.11.2001 № 454/471/516 Раздел XVIII, параграф 3, пункт 3.2. по МКБ-Х С 81.1 сроком до 18 лет.
2. Медотвод от прививок.
3. Обучение на дому.
4. Избегать контакта с инфекционными больными.
5. «Д» наблюдение участковым педиатром, онкогематологом ДОКБ.

В контакте с инфекционными больными не был.

Заместитель главного врача по медчасти

Заведующая отделением

Врач-ординатор



В.И.Тройнякова

В.Г.Редькина

М.А.Багрий

АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
 НАУКОВИЙ ЦЕНТР РАДІАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ  
 КЛІНІКА

м. Київ, пр. Перемоги 119, 121  
 відділення радіаційної гематології дитячого віку  
 телефон :451-82-90

виписка з медичної карти стаціонарного хворого № 1238

П.І.П: ГОРЮШКІН ДЕНИС ВАЛЕРІЙОВИЧ

ВІК: 04.06.92.

МІСЦЕ Мешкання: м.Херсон, вул. Лавриньова, буд. 28, кв.17.

ДАТА НАДХОДЖЕННЯ: 07.11.2007 ДАТА ВИПИСКИ: 28.11.2007

ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ

Основний: Лімфогранулематоз ІВ. Варіант нодулярного склерозу.

Ускладнення: не має

Супутні захворювання: Хронічний субкомпенсований тонзиліт. Хронічний риніт. Вегетосудинна дистонія пубертатного періоду. Фолікулярний кон'юнктивіт обох очей. Ангіодистонія сітківки обох очей. Хвороба Шлятера. Гострий панкреатит. Пропалс мітрального клапану І ступеню.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛАБОРАТОРИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

ГРУПА КРОВІ: 0(I) Rh (+) позитивний (від 08.11.2007)..

ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ(08.11.07): Ер  $5,07 \cdot 10^{12}/л$ , Нв 131 г/л, MCV 83,0 fg, Тр.  $341,0 \cdot 10^9/л$ , Лейк.  $9,0 \cdot 10^9/л$ , П/я 1 %, С/я 74 %, Лімф. 13 %, Моноц. 9%, Еоз 2%.

ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ(22.11.07): Ер  $4,65 \cdot 10^{12}/л$ , Нв 126 г/л, MCV 83,7 fg, Тр.  $314,0 \cdot 10^9/л$ , Лейк.  $4,6 \cdot 10^9/л$

ГІСТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КІСТКОВОГО МОЗКУ(16.11.07): В препараті кісткова тканина та кістковий мозок звичайної клітинності, в окремих ділянках незначно підвищеної Клітинний склад представлений всіма паростками кровотворення, відзначаються ділянки скупчення лімфоїдних клітин.

МІЄЛОГРАМА: (ВІД 07.11.2007): Кількість мієлокаріоцитів - 130,0 г/л, бластні клітини -0,2%, промієлоцити- 2,8%, мієлоцити - 7,4%, юні 2,2%, п/я.-10,6 %, с/я. -44,6%, баз.-0,6%, еоз -3,6%, лф.- 18,0%, мон.- 5,0%, пл.кл. -0,4%, еритробласти- 0,2%, нормоцити: базофільні -0,4%, поліхроматофільні - 1,8%, оксіфільні - 2,2%, усі еритроїдні - 4,6%, ф. макрофаги 7,0%, ретикулярні клітини 0,2% .

ВІДБИТКИ ТРЕПАНОБІОПСІЇ КІСТКОВОГО МОЗКУ: бластні клітини -1,4%, промієлоцити- 2,4%, мієлоцити - 9,0%, юні 6,0%, п/я.-15,0 %, с/я. -17,6%, баз.-0,2%, еоз -4,4%, лф.- 16,6%, мон.- 4,8%, еритробласти- 2,2%, нормоцити: базофільні -1,6%, поліхроматофільні - 7,6%, оксіфільні - 11,0%, усі еритроїдні - 22,4%, ретикулярні клітини 0,8%.

Заключення: При цитологічному дослідженні аспірата кісткового мозку та відбитків трепанобіопсії: визначається нормальна клітинність кісткового мозку, зберігається диференціація всіх паростків мієлопоєза. Специфічні клітини ЛГМ не виявлені.

БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ(08.11.07): Заг. Білок 78 г/л, ЛДГ 408 Од/л,КФК 107 Од/л, ГГТФ 24 Од/л, Тімол. проба 1,9 од., сечовина 4,7 ммоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, Білєрубббін заг. 9,0 ммоль/л, прямий 0,8 ммоль/л, АЛТ 12 од/л, АСТ 24 од/л, Лужна фосфотаза 382 мк кат/л, Холестерін заг. 3,2 ммоль/л.,Креатинін 69,7ммоль/л, А 55,0%, Г 45,0%, альфа 1-3,0%, альфа 2- 10,5%, бетта- 11,5%, гамма- 20,0%, білковий коеф. 1,22, сироваткове залізо 11,0 ммоль/л.

БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ(14.11.07): Заг. Білок 78 г/л, ЛДГ 408 Од/л,КФК 107 Од/л, ГГТФ 24 Од/л, Тімол. проба 1,9 од., сечовина 4,7 ммоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, Білєрубббін заг. 9,0 ммоль/л, прямий 0,8 ммоль/л, АЛТ 12 од/л, АСТ 24 од/л, Лужна фосфотаза 382 мк кат/л, Холестерін заг. 3,2 ммоль/л.,Креатинін 69,7ммоль/л, А 55,0%, Г 45,0%, альфа 1-3,0%, альфа 2- 10,5%, бетта- 11,5%, гамма- 20,0%, білковий коеф. 1,22, сироваткове залізо 11,0 ммоль/л.

14.11.07. На фоні поліхіміотерапії у хворого з'явилися явища гострого панкреатиту: нудота, блювота, підвищення рівня:  $\alpha$ -амілази сечі - 1593,6 Од/л,  $\alpha$ -амілази крові - 392,2 Од/л. Було призначено контрикал по 20 000 Од 2 рази на день, мезим-форте по по 1 табл. 3 рази на день Самопочуття покращилось. Рівень амілази крові та сечі нормалізувався ( $\alpha$ -амілаза сечі 34,5 Од/л, $\alpha$ -амілаза крові 15,2 Од/л. Продовження поліхіміотерапії з 21.11.07 згідно протоколу лікування.

ІМУНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ: IgA-1,86 г/л, IgG- 7,75 г/л, IgM-0,83 г/л, ЦІК 4,166 %- 21 од.опт. пл., ЦІК 7,2 %-118 од.опт. пл.

**АНТИІНФЕКЦІЙНИЙ ІМУНІТЕТ:** HBs AG – негативний, RW – негативний, анти-HCV загальний-негативний, Анти-Тохо Ig G – позитивний A=50 МО/л, анти-ЦМВ Ig G – позитивний A=2,1, Анти-ВПГ Ig G- негативний.

**БАКТЕРІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МАЗКУ ЗІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ЗІВУ ТА НОСА:**

Зів –помірний ріст .Str. viridans.

Ніс – мізерний ріст – St.epidermidis

**ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ СЕЧІ:** колір – світло-жовтий, прозорість – прозора, реакція – лужна, питома вага – 1026, сахар, ацетон –невиявлено, циліндри – не виявлено, лейкоцити –1-2-1 в п/з, епітелій плоский – одиничний в п/з, слиз +, солі – не виявлено.

**РЕЗУЛЬТАТИ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

**ЕКГ:** Ритм синусова аритмія, вертикальне положення е.в.с., вертикальна електрична позиція серця. Порушення проведення та сповільнення по ПНПГ. Помірні зміни міокарду з ознаками СРРШ.

**УЗД ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ:** Печінка: 134x56 мм, незбільшена, ехогенність тканини збережена, структура однорідна, малюнок зернистий, жовчні ходи вільні, воротна система не розширена 8 мм. Жовчний міхур подоовженої форми з перегином в сер/3 шийки, не збільшений 57x17 мм, стінка 2 мм. Підшлункова залоза потовщена 24x13x25 мм, ехогенність тканини збережена, структура однорідна. Вірсунгова протока не розширена, контур рівний. Селезінка: не збільшена, 116x44 мм, однорідна. Нирки: Права нирка 97x36 мм, паренхіма 17 мм., порожниста система не розширена, гіперехогенні включення по 1-2 мм. Поодинокі. Ліва нирка 109x37 мм, паренхіма 15 мм. Поодинокі гіперехогенні включення до 1-2 мм. Регіонарні лімфотичні вузли не виявлені.

**УЗД ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ:** залоза розташована у типовому місці, не збільшена, перешийок не стовщений 3 мм, капсула не ущільнена, контур чіткий, ехогенність не змінена, ехоструктура однорідна, права доля 51x13x12 мм, V- 3,87 см3, ліва доля 46x13x13 мм, V- 3,72 ,6)см3.

**УЗД СЕРЦЯ:** Протлапс передньої стулки мітрального клапану I ступеню. Камери серця не розширені. Скоротлива здатність міокарду добра (ФВ 64%). Гіпертрофії стінок ЛШ немає, Зон гіпо, і акінезу не виявлено. Діастолічної дисфункції немає.

**УЗД ЛІМФОТИЧНИХ ВУЗЛІВ:** Підщелепові ЛВ: Справа: 9x5 мм., Зліва 8x5 мм. Передньошийні ЛВ: справа 10x5мм., зліва: ЛВ не візуалізуються. Надключичні ЛВ: зліва: 19x10мм. ( кора 4 мм.), поруч 14x7мм. Надключичні ЛВсправа не візуалізуються Підключичні ЛВ зліва, справа не візуалізуються. Аксиллярні та пахові ЛВ зліва, справа не візуалізуються. Структура усіх лімфовузлів однорідна.

**РЕГ-ДОСЛІДЖЕННЯ:** Каротидний басейн: P/d-0,8 P/s-1,0. КА=20%.Рівень кровонаповнення змішаного типу.Венозний відтік епізодично затруднений. Тонус артаріальних судин зліва, справа від незначно підвищеного до помірно підвищеного. Дихальні проби- зниження тонусу.

**ЕЕГ:** Формується В-тип ЕЕГ. Зберігається велика кількість дифузної повідної активності. Ознаки дисфункції центральних вегетативних структур. Фональних змін немає. Судомна готовність не змінена.

**Консультації:** Лор - Хронічний субкомпенсований тонзиліт. Хронічний риніт.

Невролог – Синдром вегетативної дисфункції пубертатного періоду.

Хірург – вроба Шлятера.

Офтальмолог- Фолікулярний кон'юнктивіт обох очей. Ангіодістонія сітківки обох очей.

**ПРОВЕДЕНО ЛІКУВАННЯ:** Лікування за протоколом ЛГМ ВЕАСОР перший блок з 12.11.2007р., інфузійна та супроводжувальна терапія.

**РЕКОМЕНДАЦІЇ:**

1. Нагляд гематолога за місцем проживання.
2. Дієтотерапія стіл № 5.
3. Контроль загального аналізу крові 1 раз на 3 дні.
4. Преднізолон 29.11.- 20 мг на добу, 30.11. та 1.12 – 10 мг на добу та відміна 2.12.
- 5.Аспаркам по 1 табл. 3 рази на день.
6. Мезим-форте по 1 табл. 3 рази на день 5 днів.
7. Повторна госпіталізація у відділення для продовження курсу поліхіміотерапії 10.12.2007 р.

У КОНТАКТІ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРИМИ НЕ БУВ

ЛІКУЮЧИЙ ЛІКАР

(Дмітрієва К.Д.)

ЗАВІДУВАЧ ВІДДІЛЕННЯМ

(Кузнєцова О.Є.)

ЗАСТ. ГОЛОВ. ЛІКАРЯ

(Колос В.І.)



АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
 НАУКОВИЙ ЦЕНТР РАДІАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ  
 КЛІНІКА

м. Київ, пр. Перемоги 119, 121  
 відділення радіаційної гематології дитячого віку  
 телефон :451-82-90

виписка з медичної карти стаціонарного хворого № 1441

П.І.П: ГОРЮШКІН ДЕНИС ВАЛЕРІЙОВИЧ

ВІК: 04.06.92.

МІСЦЕ Мешкання: м.Херсон, вул. Лавриньова, буд. 28, кв.17.

ДАТА НАДХОДЖЕННЯ: 07.11.2007 ДАТА ВИПИСКИ: 28.11.2007

ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ

Основний: Лімфогранулематоз ІВ з ураженням правих надключичних та медіостенальних лімфотичних вузлів. Варіант нодулярного склерозу.

Ускладнення: не має

Супутні захворювання: Хронічний субкомпенсований тонзиліт. Вегетосудинна дістонія пубертатного періоду. Ангіодістонія сітківки обох очей. Хвороба Шлятера. Пропалс мігративного клапану І ступеню.

Хворий поступив у відділення для продовження поліхіміотерапії за протоколом ЛГМ ВЕАСОР ІІ блок, зі скаргами на втомлюваність, слабкість, сонливість.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛАБОРАТОРИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

ГРУПА КРОВІ: 0(I) Rh (+) позитивний (від 08.11.2007)..

ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ(10.12.07): Ер  $4,67 \cdot 10^{12}/л$ , Нв 131 г/л, MCV 83.7 fg, Тр.  $204,0 \cdot 10^9/л$ , Лейк.  $4,3 \cdot 10^9/л$  П/я 1 %, С/я 48 %, Лімф. 40 %, Моноц. 10%, Еоз 1%.

ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ(18.12.07): Ер  $4,22 \cdot 10^{12}/л$ , Нв 121 г/л, MCV 81.8 fg, Тр.  $195,0 \cdot 10^9/л$ , Лейк.  $5,2 \cdot 10^9/л$ .

БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ: Заг. Білок 64 г/л, Тімол. проба 1,7 од., сечовина 4,3 ммоль/л, глюкоза 4,2 ммоль/л, Білірубін заг. 14,4 ммоль/л, прямий 1,7 ммоль/л, АЛТ 18 од/л, АСТ 16 од/л, Холестерін заг. 4,1 ммоль/л, Креатинін 65,7 ммоль/л, сироваткове залізо 11,0 ммоль/л.

БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ(14.11.07): Заг. Білок 78 г/л, ЛДГ 408 Од/л, КФК 107 Од/л, ГГТФ 24 Од/л, Тімол. проба 1,9 од., сечовина 4,7 ммоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л. Білірубін заг. 9,0 ммоль/л, прямий 0,8 ммоль/л, АЛТ 12 од/л, АСТ 24 од/л, Лужна фосфатаза 382 мк кат/л, Холестерін заг. 3,2 ммоль/л, Креатинін 69,7 ммоль/л, А 55,0%, Г 45,0%, альфа 1-3,0%, альфа 2- 10,5%, бетта- 11,5%, гамма- 20,0%, білковий коеф. 1,22,  $\alpha$ -амілази крові - 13,9 Од/л,  $\alpha$ -амілази сечі - 109,2 Од/л.

ІМУНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ: IgA-2,39 г/л, IgG- 9,5 г/л, IgM-0,98 г/л, ЦІК 4,166 %- 8 од.опт. пл., ЦІК 7,2 %-109 од.опт. пл.

АНТИІНФЕКЦІЙНИЙ ІМУНІТЕТ: HBs AG – негативний, RW – негативний, анти-HCV загальний- негативний, Анти-Тохо Ig G – негативний, анти-ЦМВ Ig G – позитивний А=2,5, Анти- ВПГ Ig G- негативний.

БАКТЕРІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МАЗКУ ЗІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ЗІВУ ТА НОСА:

Зів –помірний ріст .Str. viridans.

Ніс – помірний ріст – St.epidermidis

ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ СЕЧІ: колір – світло-жовтий, прозорість – каламутна, реакція – лужна, питома вага – 1011, сахар, ацетон –невиявлено, циліндри – не виявлено, лейкоцити –0-1-2 в п/з, епітелій плоский – одиничний в п/з, слиз +, солі – аморфні фосфати.

РЕЗУЛЬТАТИ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

ЕКГ: Ритм синусова аритмія, вертикальне положення е.в.с., вертикальна електрична позиція серця. Порушення проведення та сповільнення по ПНПГ. Помірні зміни міокарду з ознаками СРРШ.

УЗД ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ: Печінка: 144x57 мм, збільшена, ехогенність тканини збережена, структура однорідна, малюнок строкаий, жовчні ходи вільні, воротна система не розширена 11 мм., капсула не потовщена, ущільнення стінок судин. Жовчний міхур збільшений після їжі 77x16 мм, стінка 2 мм. Підшлункова залоза потовщена 30x14x28 мм, ехогенність тканини збережена, структура не однорідна в ділянці хвоста за рахунок дрібних гіперехогенних включень. Вірсунгова протока не розширена, контур рівний. Селезінка: не збільшена, 117x38мм, однорідна. Нирки: Права нирка

103x35 мм, паренхіма 14 мм., порожниста система не розширена, гіперехогенні включення по 1-2 мм.. Ліва нирка 112x37 мм, паренхіма 15 мм. Поодинокі гіперехогенні включення до 1-2 мм.

**УЗД ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ:** залоза розташована у типовому місці, не збільшена, перешийок не стовщений 3 мм, капсула не ущільнена, контур чіткий, ехогенність не змінена, ехоструктура однорідна, права доля 47x15x14 мм, V- 4,72 см3, ліва доля 44x13x16 мм, V- 4,38см3.

**Консультації:**

Стоматолог: сімptomатичний гінгівіт.

**ПРОВЕДЕНО ЛІКУВАННЯ:** Лікування за протоколом ЛГМ ВЕАСОР другий блок з 10.12.2007р., інфузійна та супроводжувальна терапія.

У зв'язку з перервою у поліхіміотерапії, виписується до дому в стабільному стані, під нагляд гематолога за місцем проживання. Повторна госпіталізація 08.01.08.

**РЕКОМЕНДАЦІЇ:**

1. Нагляд гематолога за місцем проживання.
2. Дієтотерапія стіл № 5.
3. Контроль загального аналізу крові 1 раз на 3 дні.
4. Преднізолон 24.12-25.12-26.12- 40 мг на добу, 27.12-28.12-29.12. – 20мг на добу, 30.12-31.12-10 мг на добу та відміна 1.01.
5. Аспаркам по 1 табл. 3 рази на день.
6. Мезим-форте по 1 табл. 3 рази на день 5 днів.
7. Проведення рентгенографії органів грудної клітини. Комп'ютерної томографії органів грудної клітини. Комп'ютерної томографії правих надключичних лімфовузлів.
8. Повторна госпіталізація у відділення для продовження курсу поліхіміотерапії 08.01.2008 р.

У КОНТАКТІ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРИМИ НЕ БУВ

ЛІКУЮЧИЙ ЛІКАР \_\_\_\_\_ (Дмітрієва К.Д.)

ЗАВІДУВАЧ ВІДДІЛЕННЯМ \_\_\_\_\_ (Кузнєцова О.Є.)

ЗАСТ. ГОЛОВ. ЛІКАРЯ \_\_\_\_\_ (Колос В.І.)

**АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
НАУКОВИЙ ЦЕНТР РАДІАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ  
КЛІНІКА**

**м. Київ, пр. Перемоги 119, 121  
відділення радіаційної гематології дитячого віку  
телефон :451-82-90**

*виписка з медичної карти стаціонарного хворого № 26*

П.І.П: ГОРЮШКІН ДЕНИС ВАЛЕРІЙОВИЧ

ВІК: 04.06.92.

МІСЦЕ Мешкання: м.Херсон, вул. Лавриньова, буд. 28, кв.17.

ДАТА НАДХОДЖЕННЯ: 08.01.2008 ДАТА ВИПИСКИ: 18.01.2008

**ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ**

Основний: Лімфогранулематоз ІІБ з ураженням правих надключичних та медіостенальних лімфотичних вузлів. Варіант нодулярного склерозу.

Ускладнення: не має

Супутні захворювання: Хронічний субкомпенсований тонзиліт. Вегетосудинна дістонія пубертатного періоду.

Хворий поступив у відділення для продовження поліхіміотерапії за протоколом ЛГМ ВЕАСОР ІІІ блок, зі скаргами на втомлюваність, слабкість, сонливість.

**РЕЗУЛЬТАТИ ЛАБОРАТОРИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

**ГРУПА КРОВІ:** 0(I) Rh (+) позитивний (від 08.11.2007)..

**ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ(09.01.08):** Ер  $4,35 \cdot 10^{12}/л$ , Нв 120 г/л, MCV 85,7 fg, Тр.  $149,0 \cdot 10^9/л$ . Лейк.  $5,3 \cdot 10^9/л$ ,

**ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ(16.01.08):** Ер  $4,23 \cdot 10^{12}/л$ , Нв 119 г/л, MCV 82,0 fg, Тр.  $221,0 \cdot 10^9/л$ . Лейк.  $7,2 \cdot 10^9/л$ , сегм. 81%, моноц. 1%, лімф. 18%

**БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ:** Заг. Білок 60 г/л, Тімол. проба 2,1 од., сечовина 4,1 ммоль/л, глюкоза 4,2 ммоль/л, Білірубін заг. 13,1 ммоль/л, прямий 1,0 ммоль/л, АЛТ 14 од/л, АСТ 21 од/л, Холестерін заг. 3,8 ммоль/л, Креатинін 66,2 ммоль/л.

**ІМУНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ:** IgA-1,32 г/л, IgG-- 13,56 г/л, IgM-0,60 г/л, ЦІК 4,166 %- 26 од.опт. пл., ЦІК 7,2 %-144 од.опт. пл.

**АНТИІНФЕКЦІЙНИЙ ІМУНІТЕТ:** HBs AG – негативний, RW – негативний, анти-HCV загальний-негативний, Анти-Тохо Ig G – негативний, анти-ЦМВ Ig G – негативний, Анти- ВПГ Ig G-негативний.

**БАКТЕРІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МАЗКУ ЗІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ЗІВУ ТА НОСА:**

Зів –помірний ріст . St.epidermidis

Ніс – помірний ріст – St.epidermidis

**ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ СЕЧІ:** колір – світло-жовтий, прозорість – каламутна, реакція – лужна, питома вага – 1022, сахар, ацетон –невиявлено, циліндри – не виявлено, лейкоцити –2-3-2 в п/з, епітелій плоский – одиничний в п/з, слиз +, солі – аморфні фосфати.

**РЕЗУЛЬТАТИ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

**ЕКГ:** Ритм синусова аритмія зі схильністю до брадикардії, вертикальне положення е.в.с., Вогнищева блокада ПНП. Синдром ранньої реполяризації шлуночків. V3-V4 норадренергічного типу.

**УЗД ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ:** Печінка: 132x52 мм, збільшена, ехогенність тканини збережена. структура однорідна, малюнок строкай, жовчні ходи вільні, воротна система не розширена 8 мм. капсула не потовщена, ущільнення стінок судин. Жовчний міхур збільшений після їжі 87x24 мм. стінка 2 мм., зміщує поодинокій гіперехогенний завис. Підшлункова залоза потовщена 26x15x26 мм, ехогенність тканини збережена, структура не однорідна в ділянці хвоста за рахунок дрібних гіперехогенних включень. Вірсунгова протока не розширена, контур рівний. Селезінка: не збільшена. 118x47мм, однорідна. Нирки: Права нирка 105x40 мм, паренхіма 15 мм., порожниста система не розширена, гіперехогенні включення по 1-2 мм.. Ліва нирка 118x38 мм, паренхіма 15 мм. Поодинокі гіперехогенні включення до 1-2 мм.

**ПРОВЕДЕНО ЛІКУВАННЯ:** Лікування за протоколом ЛГМ ВЕАСОР третій блок з 10.01.2008р.. інфузійна та супроводжувальна терапія.

У ЗВ'ЯЗКУ З ПЕРЕРВОЮ У ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ, ВИПИСУЄТЬСЯ ДО ДОМУ В СТАБІЛЬНОМУ СТАНІ ПІД НАГЛЯД ГЕМАТОЛОГА ЗА МІСЦЕМ ПРОЖИВАННЯ. ПОВТОРНА ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ 11.02.08.

**РЕКОМЕНДАЦІЇ:**

1. Нагляд гематолога за місцем проживання.
2. Дієтотерапія стіл № 5.
3. Контроль загального аналізу крові 1 раз на 3 дні.
4. Преднізолон до 24.01- 68 мг на добу, 24.01-26.01 – 45мг на добу , 27.01-29.01-30 мг на добу . 30.01.02.- 20 мг на добу, 02.02—04-02 10 мг на добу, 05.02 – 5 мг на добу, та відміна 06.02.
5. Аспаркам по 1 табл. 3 рази на день.
6. Мезим-форте по 1 табл. 3 рази на день 5 днів.
7. Повторна госпіталізація у відділення для продовження курсу поліхіміотерапії 11.02.2008 р.

У КОНТАКТІ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРИМИ НЕ БУВ

ЛІКУЮЧИЙ ЛІКАР \_\_\_\_\_ (Дмитрієва К.Д.)

ЗАВІДУВАЧ ВІДДІЛЕННЯМ \_\_\_\_\_ (Кузнєцова О.Є.)

ЗАСТ. ГОЛОВ. ЛІКАРЯ \_\_\_\_\_ (Колос В.І.)



**АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
НАУКОВИЙ ЦЕНТР РАДІАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ  
КЛІНІКА**

**м. Київ, пр. Перемоги 119, 121  
відділення радіаційної гематології дитячого віку  
телефон :451-82-90**

*виписка з медичної карти стаціонарного хворого № 234*

П.І.П: ГОРЮШКІН ДЕНИС ВАЛЕРІЙОВИЧ

ВІК: 04.06.92.

МІСЦЕ МЕШКАННЯ: м.Херсон, вул. Лавриньова, буд. 28, кв.17.

ДАТА НАДХОДЖЕННЯ: 11.02.2008 ДАТА ВИПИСКИ: 12.03.2008

**ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ**

Основний: Лімфогранулематоз, нодулярний склероз, з ураженням правих надключичних та медіостенальних лімфотичних вузлів, ІІБ стадія.

Ускладнення: немає

Супутні захворювання: Гостра респіраторно-вірусна інфекція. Двубічна прикорнева пневмонія. Катаральний кон'юнктивіт обох очей. Ангіодистонія сітківки обох очей.

Хронічний субкомпенсований тонзиліт. Хронічний риніт. Невропатія нижніх кінцівок.

Сечосолевий діатез. Гострий геморой.

**РЕЗУЛЬТАТИ ЛАБОРАТОРИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

**ГРУПА КРОВІ:** 0(I) Rh (+) позитивний .

**ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ: ПРИ ВСТУПІ-** Ер  $4,62 \cdot 10^{12}/л$ , Нв 132 г/л, MCV 89,0 fg, Тр.  $285,0 \cdot 10^9/л$ , Лейк.  $6,6 \cdot 10^9/л$ , Пал.2%, Сег. 65%, Еоз.2%, Мон.15%, Лім. 16%.

**БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ:** Заг.білок 69 г/л, Тімол. проба 0,9 од., Сечовина 4,5 ммоль/л, Глюкоза 4,5 ммоль/л, Білірубін заг. 14,3 ммоль/л, прямий 1,4 ммоль/л, АЛТ 15 од/л, АСТ 22 од/л, Холестерін заг. 4,4 ммоль/л., Креатинін 72,7 ммоль/л, Лужна фосфатаза 168 О/л.

**ІМУНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ:** IgA-1,32 г/л, IgG- 10,85 г/л, IgM-0,60 г/л, ЦІК 4,166 % - 24 од.опт. пл., ЦІК 7,2 % - 96 од.опт. пл.

**АНТИІНФЕКЦІЙНИЙ ІМУНІТЕТ:** HBs AG – негативний, RW – негативний, анти-HCV загальний- негативний, Анти-Тохо Ig G – позитивний 32 МЕ/мл, анти-ЦМВ Ig G – негативний, Анти- ВПГ Ig G- негативний.

**БАКТЕРІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МАЗКУ ЗІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ЗІВУ ТА НОСА:**

Зів –помірний ріст v.flava.

Ніс – мізерний ріст – St.epidermidis

**ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ СЕЧІ:** колір – світло-жовтий, прозорість – сл. мутнз. реакція – лужна, питома вага – 1022, сахар, ацетон –н/в, циліндри – не виявлено, лейкоцити –0-0-1 в п/з, епітелій плоский – поод.в п/з, слиз +, солі н/в.

**РЕЗУЛЬТАТИ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

**ЕКГ:** Ритм синусова аритмія, вертикальне положення е.в.с., вогнищева блокада ПНПГ, помірні дисметаболичні зміни міокарда.

**УЗД ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ:** Печінка: 133x54 мм, збільшена, ехогенність тканини збережена, структура однорідна, малюнок строкаий, жовчні ходи вільні, воротна система не розширена 7 мм., капсула не потовщена, ущільнення стінок судин. Жовчний міхур збільшений, подовженої форми,зперегином в шийці, в н/3, (80x20мм), стінка 2 мм. неравномірно ущільнена. Підшлункова залоза потовщена 29x12x23 мм. ехогенність тканини збережена, структура неоднорідна за рахунок дрібних гіперехогенних включень. Вірсунгова протока не розширена, контур рівний. Селезінка: збільшена, 129x44мм, однорідна. Права нирка 108x34 мм, паренхіма 13 мм., ліва нирка 109x39 мм, паренхіма 15 мм. поодинокі гіперехогенні включення до 1-2 мм з обох сторін. Сечовий міхур: V-146 см3, стінка 3-4 мм, контур рівний, чіткий, вміщує множенний гіперехогенний завис, залишкова сеча не

визначається. Передміхурова залоза: 27x25x31 мм V-10,86 см<sup>3</sup>, не збільшена, ехогенність збережена, форма каштана, контур рівний, чіткий, структура однорідна, вогнищеві зміни не виявлені. Сіменні міхурці: зправа:32x10мм, зліва:23x10мм, не розширені.

**УЗД ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ:** розташована у типовому місці, незбільшена, перешийок не стовщений, капсула не ущільнена, контур чіткий, ехогенність не змінена, ехоструктура однорідна, права доля 51x14x13 мм V-4,44 см<sup>3</sup>, ліва доля 43x12x15мм V-3,70 см<sup>3</sup>.

**РЕНТГЕНОГРАФІЯ ОГП ВІД 18.02.08-** У прикорневих зонах з обох сторін визначається перібронхіальна та періваскулярна інфільтрація легневої ткани. Корні легень не розширені, слабоструктурні. Купола діафрагми чіткі, синуси вільні. Пороги серця не розширені. Заключення: Двубічна прикорнева пневмонія.

#### Консультації:

Окуліст - Катаральний кон'юнктивіт обох очей. Ангіодистонія сітківки обох очей.

ЛОР- Хронічний субкомпенсований тонзиліт.Хронічний риніт.

Невролог - Невропатія нижніх кінцівок вірогідно токсичного генезу. Неутримання сечі за периферичним типом?

Уролог – Сечо-солевий діатез.

Хірург - Гострий геморой.

**ПРОВЕДЕНО ЛІКУВАННЯ:** Лікування за протоколом ЛГМ ВЕАСОР четвертий блок, з 26.02.2008р., антибактеріальна, інфузійна та супроводжувальна терапія.

#### РЕКОМЕНДАЦІЇ:

1. Нагляд гематолога за місцем проживання.
2. Дієтотерапія стіл № 5.
3. Контроль загального аналізу крові 1 раз на 3 дні.
4. Преднізолон до 14.02.08- 30 мг на добу, 15.03-17.03.08 – 15мг на добу , 18.03.19.03.08-10 мг на добу , 20.03.08 – 5 мг на добу, та відміна 21.03.08, аспаркам по 1 табл. 3 рази на день.
5. МРТ грудної порожнини, МРТ брюшної порожнини та органів малого тазу.
6. За призначенням невролога:сомазіна(цитіколін) 2мл 3 рази на день 45 днів, інстенол-форте ½ таб. 3 рази на день 1 місяць, магне-В6 1 таб. 3 рази на день 1 місяць.
7. За призначенням уролога:сечогінний збір.
8. За призначенням хірурга: свічки з красавкою, детролакс 2таб. 2 рази на день 3 дні, 1 таб. 2 рази на день 3 дні, 1 таб. 2 рази на день 5 днів.
- 9.Повторна госпіталізація у відділення для продовження курсу поліхіміотерапії після отримання даних МРТ.

У КОНТАКТІ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРИМИ НЕ БУВ

ЛІКУЮЧИЙ ЛІКАР



Гончар Л.О.)

ЗАВДУВАЧ ВІДДІЛЕННЯМ

(Кузнєцова О.Є.)

ЗАСТ. ГОЛОВ. ЛІКАРЯ

(Колос В.І.)

**АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ**  
**НАУКОВИЙ ЦЕНТР РАДІАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ**  
**КЛІНІКА**  
**м. Київ, пр. Перемоги 119, 121**  
**відділення радіаційної гематології дитячого віку**  
**телефон :451-82-90**

*виписка з медичної карти стаціонарного хворого № 573*

П.І.П: ГОРЮШКІН ДЕНИС ВАЛЕРІЙОВИЧ

ВІК: 04.06.92.

МІСЦЕ МЕШКАННЯ: м. Херсон, вул. Лавриньова, буд. 28, кв.17.

ДАТА НАДХОДЖЕННЯ: 07.04.2008 ДАТА ВИПИСКИ: 09.04.2008

**ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ**

Основний: Лімфогранулематоз з ураженням лівих надключичних та медіостенальних лімфатичних вузлів, рецидив.

Ускладнення: немає

Супутні захворювання: Ангіодистонія судин очного дна.

**РЕЗУЛЬТАТИ ЛАБОРАТОРИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

**ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ:** Ер  $3,65 \cdot 10^{12}/л$ , Нв 109 г/л, MCV 88,2 фл, Тр.  $246,0 \cdot 10^9/л$ , Лейк.  $6,7 \cdot 10^9/л$ , М/ц 1%, Пал.1%, Сег. 77%, Еоз.1%, Мон.9%, Лім. 11%.

**БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ:** Заг.білок 64 г/л, Тімол. проба 0,6 од., Сечовина 4,9 ммоль/л, Глюкоза 4,5 ммоль/л, Білірубін заг. 6,8 ммоль/л, прямий 0,5 ммоль/л, АЛТ 14 од/л, АСТ 9 од/л, Холестерін заг. 3,8 ммоль/л., Креатинін 69,8 ммоль/л, Лужна фосфатаза 252 О/л, А-61,1 %, Г-38,9 %,  $\alpha$ 1-глоб.-2,3 %,  $\alpha$ 2-глоб.-13,8 %,  $\beta$ -глоб.-10,3 %,  $\gamma$ -глоб.-12,5 %, белк.к-т- 1,57.

**МІЄЛОГРАМА:** ВІД 09.04.2008: Кількість міелокаріоцитів - 130,0 г/л, бластні клітини -0,6%, промієлоцити- 1,6%, мієлоцити - 11,6%, юні 5,%, п/я.-10,2 %, с/я -38,8%, баз.-0,2%, еоз - 3,0%, лф.- 12,8%, мон.- 9,4%, пл.кл. -0,2%, еритробласти- 0,4%, нормоцити: базофільні -0,4%, поліхроматофільні - 1,2%, оксіфільні - 4,6%, всі еритроїдні - 6,6%, МГЦ 8/100 в п/з.

**ІМУНОФЕНОТИПОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КІСТКОВОГО МОЗКУ:** в роботі.

**ІМУНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ:** в роботі.

**АНТИІНФЕКЦІЙНИЙ ІМУНІТЕТ:** в роботі.

**ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ СЕЧІ:** колір - світло-жовтий, прозорість - сл. мутна, реакція - лужна, питома вага - 1018, цукор, ацетон - н/в, циліндри - не виявлено, лейкоцити -1-2 в п/з, епітелій плоский - поод.в п/з, слиз н/в, солі н/в.

**РЕЗУЛЬТАТИ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

**ЕКГ:** Ритм синусовий, вертикальне положення е.в.с., вертикальна електрична позиція серця, вогнешева блокада ПНПГ, помірні зміни міокарда.

**УЗД ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ:** Печінка: 142x60 мм, декілька збільшена, ехогенність тканини збережена, структура однорідна, малюнок строкатий, жовчні ходи вільні, воротна система не розширена 10 мм, ущільнення стінок судин ПС. Жовчний міхур збільшений, подовженої форми, з перегином в шийці та н/з (92x16мм), стінка 2 мм. Підшлункова залоза потовщена за рахунок хвоста 21x12x19 мм, ехогенність тканини збережена, структура декілька неоднорідна більше в ділянці хвоста за рахунок дрібних гіперехогенних включень. Вірсунгова протока не розширена, контур рівний. Селезінка: не збільшена 119x50мм, однорідна, селезіночна вена не розширена. Права нирка 101x37 мм, паренхіма 15 мм., ліва нирка 110x40 мм, паренхіма 15 мм. Поодинокі гіперехогенні включення до 1-2 мм з обох сторін. Регіональні лімфовузли не виявлені.

**УЗД ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ:** розташована у типовому місці, незбільшена, перешийок не створений, капсула не ущільнена, контур чіткий, ехогенність не змінена, ехоструктура однорідна, права доля 51x14x13 мм V-4,44 смЗ, ліва доля 43x12x15мм V-3,70 смЗ.

**УЗД ЛІМФОВУЗЛІВ.** Під щелепові: зправа -, зліва 7 мм та 9 мм, однорідні. Передньощийні: зправа -, зліва 12x5 мм, однорідні. Надключичні: зправа 13x7 мм, зліва 20x8 мм (кора 4 мм) 15x7 мм (кора 3 мм), однорідні. Підключичні: зправа, зліва – не візуалізуються.

**Консультації:**

Окуліст - Ангіодистонія сітківки обох очей.

**РЕКОМЕНДАЦІЇ:**

Направляється для госпіталізації у відділення гематології Обласної дитячої клінічної лікарні м. Херсон.

Згідно протокола ЛГМ показано повторну біопсію надключичних лімфовузлів, для вирішення питання про подальше лікування.

Нагляд гематолога за місцем проживання.

У КОНТАКТІ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРИМИ НЕ БУВ

ЛІКУЮЧИЙ ЛІКАР

(Гончар Л.О.)

ЗАВІДУВАЧ ВІДДІЛЕННЯМ

(Кузнєцова О.Є.)

ЗАСТ. ГОЛОВ. ЛІКАРЯ

(Колос В.І.)



Міністерство охорони здоров'я України

Найменування закладу 200 —р.  
Дитяча обласна клінічна лікарня

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

ФОРМА № 027/0

Затверджена МОЗ України

29 | 12 | 20 | 00 | р. № 3 | 6 | 9

ВИПISKA № 56107  
З МЕДИЧНОЇ КАРТИ АМБУЛАТОРНОГО (СТАЦІОНАРНОГО)  
ХВОРОГО (ПІДКРЕСЛИТИ)

- В \_\_\_\_\_  
(найменування і адреса закладу, куди направляється виписка)
- Киститум рязиатомной зячии
1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого Горюшки Дмитро Валерьевич
2. Дата народження 04.06.92  
(число, місяць, рік)
3. Домашня адреса Херсон, Комсомольський р-н, ул. Лавриньова 20
4. Місце роботи і рід занять не організовані. кв. 17.
5. Дати: а) амбулаторії: захворювання \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)  
направлення в стаціонар \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)  
б) в стаціонарі: надходження 10.04.08  
(число, місяць, рік)  
виписки або смерті (підкреслити) 18.04.08  
(число, місяць, рік)

6. Повний діагноз (основне захворювання, супутні захворювання та ускладнення):  
Діагноз: мієлодиспластичний синдром II ББ, нодулярний склероз.

Поступив с жалобами — на бледность кожных покровов, слабость, анжениый энити, зуркаючаю покровов, повышение температуры тела до 38°C

Результат обследования с об. х. о. т., обследования в докб, что подтверждает наличие подострого миелодиспластического синдрома в ф. о. т. — ЛГМ, нодулярный склероз / ПГЗ № 19193-19194  
Лечение в курсе химиотерапии по протоколу ВЕА COPP.

Объективно: состояние ребенка тяжелое, стабильное. Кожа бледная, без сыпи. Слизистые — бледной окраски. В подострой области живота — конгломерат узлов 2-3 см в д, матовый, болезненный. В нодулярной области — мелкие, матовые узелки, болезненные.  
Печень H1,0 см. Селезенка H.

7. Короткий анамнез, діагностичні дослідження, перебіг хвороби, проведене лікування, стан при направленні, при виписці Обстеження:

- 1) Об'єм еритроцитів -  $2. - 3.9 \cdot 10^{12}/л$ ,  $L - 11,2 \cdot 10^9/л$ ,  $Td - 234$   
кв. -  $138$  ч/л,  $СОЗ - 42$  мм/сек.  $\exists 0, П12, С/72, А/17, М/9.$
- 2) Сахар -  $3,3$  ммоль/л.
- 3) Число еритроцитів -  $0(I)$ ,  $Rh (+)$  от  $10.04.08.$
- 4) об'єм білків -  $74,5$  чл,  $глюбуліни - 42,5$  чл,  $клеточни - 77.$
- 5)  $\gamma$ -глобуліновое опіщення -  $199$ ,  $\gamma$ -глобуліновое  $ср -$   
 $ме - 18$ "АЦТВ -  $35$ ",  $фіблін - 30/6,66.$ ,  $РРМК (+).$
- 6) Білірубін -  $11-2-9$  ммоль/л,  $\beta$ -ліпопротеїни -  $59$   
 $АлТ - 94$ ,  $мималовое$   $крат - 2,0$  ер,  $моєвіца - 5,24.$
- 7)  $АЛТ - 267,9$  Е/л,  $Уелозное$   $фосфатаза - 752,8$  ммоль/л.
- 8)  $Na^+ - 142$ ,  $K^+ - 4,05$ ,  $Сг - 98.$
- 9) Об'єм еритроцитів мочи - без патології
- 10)  $квд$   $не$   $єр$ ,  $соскоб$   $на$   $жиробліз - не$   $обнаружены.$
- 11)  $ЭКГ$   $в$   $норме.$

11. IV. 08. - операція - білірубіна надкломозного  
лімфузла  $ср$   $39.$

ПГЗ № 11148-52 от 17. IV. 08. - лімфаденопатія  
вормати  $подручного$   $селез$   $39.$

лікувальні і трудові рекомендації

Редько не працює в Інституті різних  
типової  $зр$   $для$   $оперування$   $такими$   
 $рельєвними$   $лізими$   $и$   $верши$   $большо.$

В картках с  $информацией$   $об$   $об$   
 $не$   $єр.$

" 18. " IV. 2008 р.

Лікуючий лікар

Редько В.  
(підпис)



**АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
НАУКОВИЙ ЦЕНТР РАДІАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ  
КЛІНІКА**

**м. Київ, пр. Перемоги 119, 121**

**відділення радіаційної гематології дитячого віку**

**телефон :451-82-90**

*виписка з медичної карти стаціонарного хворого № 650*

П.І.П: ГОРЮШКІН ДЕНИС ВАЛЕРІЙОВИЧ

ВІК: 04.06.92.

МІСЦЕ МЕШКАННЯ: м.Херсон, вул. Лавриньова, буд. 28, кв.17.

ДАТА НАДХОДЖЕННЯ: 21.04.2008 ДАТА ВИПИСКИ: 10.06.2008

**ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ**

Основний: Лімфогранулематоз ІІБ з ураженням правих надключичних та медіостенальних лімфотичних вузлів. Варіант нодулярного склерозу, первинно рефрактерна форма.

Ускладнення: не має

Супутні захворювання: Астено-невротичний синдром. Неврозоподібне порушення сну.

Ангіодістонія сітківки обох очей.

**РЕЗУЛЬТАТИ ЛАБОРАТОРИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

**ГРУПА КРОВІ:** 0(I) Rh (+) позитивний (від 22.04.2008)..

**ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ(25.04.08):** Ер  $3,76 \cdot 10^{12}/л$ , Нв 112 г/л, MCV 84,9 fg, Тр.  $235,0 \cdot 10^9/л$ , Лейк.  $9,45 \cdot 10^9/л$ .

**ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ (08.06.08):** Ер  $2,89 \cdot 10^{12}/л$ , Нв 78 г/л, MCV 84,0 fg, Тр.  $106,0 \cdot 10^9/л$ , Лейк.  $9,37 \cdot 10^9/л$ .

**БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ(06.06.08):** Заг. Білок 53 г/л,Тімол. проба 0,8 од., сечовина 2,7 ммоль/л, глюкоза 4,3 ммоль/л, Білірубін заг. 8,0 ммоль/л, прямий 0,7 ммоль/л, АЛТ 16 од/л, АСТ 21 од/л, Холестерін заг. 3,5 ммоль/л, Креатинін 65,2 ммоль/л, ГГТП 14 од/л, ЛДГ 363 ОД, лужна фосфатаза 227 ммоль/л, амілаза 15,9 ммоль/л.

**ІМУНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ:** Анти лейкоцитарні антитіла: лейкоаглютиніни- негативні, лейколізини – 20% ( норма до 13%). Антитромбоцитарні антитіла: тромбоанглютиніни – негативні, тромболізини 10%.

**ІМУНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ:** IgA-1,86 г/л, IgG– 15,00 г/л, IgM-0,98 г/л, ЦІК 4,166 %- 17 од.опт. пл., ЦІК 7,2 %-103 од.опт. пл.

**АНТИІНФЕКЦІЙНИЙ ІМУНІТЕТ:** HBs AG – негативний, RW – негативний, анти-HCV загальний-негативний, Анти-Тохо Ig G – негативний, анти-ЦМВ Ig G – позитивний A=194, Анти- ВПГ Ig G-позитивний A=2,24.Вірус Епштейн-Барр NA IgG ( хронічна фаза) – позитивний 29 УО/мл.

**БАКТЕРІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МАЗКУ ЗІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ЗІВУ ТА НОСА:**

Зів –помірний ріст .Str. viridans, помірний ріст плісневих грибів.

Ніс – помірний ріст – St.epidermidis, помірний ріст плісневих грибів

**ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ СЕЧІ:** колір – світло-жовтий, прозорість – прозора, реакція – лужна, питома вага – 1018, сахар, ацетон –невиявлено, циліндри – не виявлено, лейкоцити 1-1 в п/з, епітелій плоский – одиничний в п/з, слиз +.

**РЕЗУЛЬТАТИ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

**ЕКГ:** Ритм синусова аритмія, вертикальне положення е.в.с., вертикальна електрична позиція серця. Порушення проведення по ПНПГ. Перевага б/п ЛШ. Помірні зміни міокарду.

**УЗД ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ:** Печінка: 141x61 мм, декілька збільшена, ехогенність тканини збережена, структура однорідна, маюнок строкаий, жовчні ходи вільні, воротна система не розширена 8 мм., капсула не потовщена, ущільнення стінок судин. Жовчний міхур збільшений, декілька подовжений 73x17 мм, з перегином в шийці, стінка 2 мм. Підшлункова залоза потовщена 31x13x22 мм, ехогенність тканини збережена, структура не однорідна за рахунок дрібних гіперехогенних включень. Вірсунгова протока не розширена, контур рівний. Селезінка: збільшена, 126x47мм, однорідна. Селезінкова вена 7 мм. Нирки: Права нирка 102x30 мм, паренхіма 12 мм., порожниста система не розширена, гіперехогенні включення по 1-2 мм.. Ліва нирка 113x38 мм, паренхіма 13 мм. Поодинокі гіперехогенні включення до 1-2 мм.

**УЗД ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ:** залоза розташована у типовому місці, не збільшена, перешийок не стовщений 3 мм, капсула не ущільнена, контур чіткий, ехогенність не змінена, ехоструктура однорідна, права доля 49x13x13 мм, V- 3,96 см3, ліва доля 47x10x16 мм, V- 3,6см3.

УЗД лімфатичних вузлів ( 30.05.08): Підщелепні: зправа: 8x4мм., 7x8 мм., зліва не візуалізуються. Передньошийні: не візуалізуються. Надключичні: зправа 6x4 мм., зліва 16x10, 12x7 мм. Підключичні зправа не візуалізуються. Зліва 16x8мм. Підмишкові не візуалізуються. Пахові зправа 12x6мм., зліва 8x5 мм.

Рентгенографія ОГП( 24.04.08): Порівняно з дослідженням від 18.02.08 динамікса слабо позитивна, в прикореневих зонах посилення легеневого малбнку за рахунок пере бронхіального компоненту.

*Консультації:*

*Невролог:* Астено-невротичний синдром. Неврозоподібне порушення сну.

*Окуліст:* Ангіодистонія сітківки обох очей.

**ПРОВЕДЕНО ЛІКУВАННЯ:** проведено 2 курса ESHAP 25.04.08-30.04.08; 21.05.08- 25.05.08 та мобілізацію та колекцію стовбурових клітин периферійної крові для аутологічної трансплантації стовбурових клітин периферичної крові в умовах Київського центру трансплантації кісткового мозку, антибактеріальна, протівірусна та протигрибкова, симптоматична та інфузійна терапія, трансфузія препаратів крові.

Дитина направляється у відділення трансплантації кісткового мозку КЦТКМ для наступної аутологічної трансплантації стовбурових клітин периферичної крові.

У КОНТАКТІ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРИМИ НЕ БУВ

ЛІКУЮЧИЙ ЛІКАР

(Дмітрієва К.Д.)

ЗАВДУВАЧ ВІДДІЛЕННЯМ

(Кузнєцова О.Є.)

ЗАСТ. ГОЛОВ ЛІКАРЯ

(Колос В.І.)





Горюшкин Денис Валерьевич, 04.06.1992 г/р.

Адрес: г.Херсон, ул.Лавринева, д.28, кв.17.

Дата поступления: 10.06.08.

Группа крови: O(I), Rh положительный.

HBsAg –отр. от 19.06.08., анти HCV- отриц. от 19.06.08, CMV IgG пол от 19.06.08., HSV-1 Ig G пол. от 19.06.08, HSV-2 Ig G- отр. от 19.06.08.; RW- отр. от 17.06.08., ВИЧ а/г - отр. от 17.06.08.

Диагноз. *Лимфогранулематоз, II-Бст., вариант нодулярного склероза, с поражением л/у надключичной области справа, медиастинальных. Первично-рефрактерная форма. Состояние после высокодозовой химиотерапии и аутотрансплантации СКПК (17.06.08г.)*

Манифестация заболевания с осени 2007г., когда увеличились периферические л/у, появился кожный зуд, субфебрилитет. 30.10.07г. произведена биопсия надключичного л.у. справа, ПГЗ № 19193-19200: лимфогранулематоз, вариант нодулярного склероза. Инициальная КТ ОГК от 31.10.07г.: «надключично справа в мягких тканях - пузырьки воздуха и увеличенные л/узлы. В верхнем этаже переднего средостения определяются увеличенные л. узлы сливного характера, диаметром 10-23мм». КТ шеи от 2.11.07: «в надключичной области справа определяется конгломерат увеличенных л.узлов 4,5\*3,2 см». Первичная химиотерапия состояла из 4 блоков ВЕАСОРР и была проведена в сроки с ноября 07 г. по март 08 г.

После второго блока проводилась контрольная КТ ОГК. Заключение: «на серии КТ ОГК в различных режимах визуализации без контрастного усиления - увеличенных видимых групп л/узлов не определяется». За период терапии перенес о. пневмонию?

После 4-го блока начал лихорадить, увеличились шейные л/узлы. Контрольная КТ ОГК выполнена после четвертого блока ВЕАСОРР (4.04.08 г): «в сравнении с КТ ОГК от 26.12.07 г. отрицательная динамика в сторону увеличения некоторых групп л/у (бифуркационные до 2 см)». 11.04.08 г. проведена повторная биопсия надключичного л/узла справа, ПГЗ от 17.04.08г. № 11148-52: лимфогранулематоз, вариант нодулярного склероза.

Консультирован в КЦТКМ. Учитывая неблагоприятный прогноз пациенту предложена ВДХТ с поддержкой аутотрансплантацией СКПК. С 25.04 по 25.05.08г. получил химиотерапию второй линии - два блока ESHAP в отделении детской гематологии клиники НЦРМ. Коллекция СКПК была выполнена после второго блока ESHAP.

Оценка статуса заболевания перед ВДХТ не проводилась.

Высокодозовая терапия: «*CEAM*» проведена с 10.06 по 15.06.08г. Сопроводительная терапия: ципрофлоксацин, бисептол, герпевир, флюконазол.

Аутологичная трансплантация СКПК - 17.06.2008 г.

Суммарно введено: MNC/кг -  $1,6 \cdot 10^8$ , CD34+/кг -  $18,23 \cdot 10^6$ .

В посттрансплантационном периоде наблюдалась энтеропатия 1-2 ст. по шкале ВОЗ. Получал сульперазон в связи с фебрильной нейтропенией. Восстановление числа нейтрофилов более 500/мкл на день +13, тромбоциты ниже 20 тыс/мкл не снижались. Получил 2 трансфузии эр. массы.

Дата выписки: 03.07.08 г. на день +16. Состояние при выписке удовлетворительное, признаки трёхлинейного восстановления гемопоэза.

Анализы при выписке:

Анализ крови общий 03.07.08: лейкоциты -  $2,2 \cdot 10^9$ /л., гемоглобин - 97 г/л, эритроциты -  $3,45 \cdot 10^{12}$ /л., тромбоциты -  $218 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 17 мм/час.

Биохимия крови 03.07.08: общий белок - 54,9 г/л, билирубин- 7,0 мкмоль/л, глюкоза - 4,9 ммоль/л, мочевины - 2,6 ммоль/л, креатинин - 55,4 мкмоль/л, АЛТ -18 Ед/л, АСТ - 32 Ед/л, альбумины- 32,6 г/л.

Ан. мочи общий 03.07.08 г.: сахар- нет, белок - нет, рН 6,5, лейкоциты 2-4 в п/зр, эпителий переходный незначит. к-во, эритроциты неизменен.0-1 в п/зр, бактерии единичн. в п/зр.

Рекомендации:

- a. наблюдение онколога по месту жительства; осмотры в КЦТКМ 1 раз в пол года.
- b. контроль анализов крови раз в 2 недели в течение первых двух мес, затем раз в месяц до полугода;
- c. контрольная томография через 5 недель после дня трансплантации и решение вопроса об объеме последующей лучевой терапии;
- d. консультация радиолога и лучевая терапия рекомендована на вовлеченные зоны с редукцией дозы на 20%;
- e. бисептол 720 мг 2 раза в день 2 дня в неделю (напр., вторник, суббота) с 8.07.08 до дня +100;
- f. соблюдать диету и рекомендации по выписке.

Контактные телефоны: (044) 452-34-91, 451-22-20

Врач

Коренькова И.С.

Зав. отделением

Караманешт Е.Е.

Главный врач

Хоменко В.И.



**ВИШІСКА**

из истории болезни № 60494  
реб Горюшкин Денис Валерьевич,  
16лет, (04.06.92)  
Херсонская обл., Комсомольский р-н,  
г. Херсон, ул.Лавренива 28 кв. 17

УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
ХЕРСОНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ  
АДМІНІСТРАЦІЇ  
**ХЕРСОНСЬКА ДИТЯЧА  
ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ**

находится на стационарном лечении в гематол. отделении ДОКБ с 18.07.08 и по 30.08.08  
№ \_\_\_\_\_ Диагноз: Лимфогранулематоз с поражением левых надключичных и медиастинальных  
лимфоузлов. Вариант нодулярного склероза. Первично – рефрактерная форма. Состояние  
после высокодозовой химиотерапии и аутотрансплантации СКПК (17.06.08)

**Жалобы** при поступлении: на отечность лица, мышечные боли в конечностях.

**Из анамнеза:** болеет с сентября – октября 2007г., когда появились жалобы на утомляемость, повышенную потливость, зуд кожи, увеличение л/у надключичной области  
Обследован в ДОКБ, на КТ: признаки увеличения л/у в над-, подключичной области и верхнем этаже переднего средостения. 30.10.07 - биопсия надключичного л/у справа. Патгистологическое заключение № 19193 – 19200 от 06.11.2007: Лимфогранулематоз. Нодулярный склероз. С 07.11.2007 по 04.04.2008 ребенок получал химиотерапию по схеме ВЕАСОРР. На фоне лечения отмечена отрицательная динамика: лихорадка, увеличение шейных л/у клинически и на контрольных КТ. 11.04.08 проведена повторная биопсия надключичного л/у. Гистологически подтверждена первично – рефрактерная форма заболевания. Консультирован в КЦТКМ, предложена ВДХТ с поддержкой аутотрансплантации с СКПК. После проведенной ВДХТ, проведена аутологичная трансплантация СКПК 17.06.08. с рекомендацией последующей лучевой терапией на вовлеченные зоны.

**При осмотре** - состояние ребенка тяжелое, истощен, бледен, снижен аппетит, эмоционально лабилен. Периферические лимфоузлы и паренхиматозные органы не увеличены.

**Обследован:**

*Группа крови:* 21.07.08. 0(I), Rh(+).

*Коагулограмма-* ПТИ-1,19; тромбиновое время-17 сек; АЧТВ-36 сек; фибрин плазмы- 25/5,55; РФМК-(+)положит, щелочная фосфотаза – 1685 нмоль/л

*Миелограмма № 89 (23.03.08)-* без патологии

*Функциональные пробы печени:*

Аст	Билирубин	Липопротеиды	Тимоловая проба
0,5 Е/л	14-2-12	22	4,0

*Ионограмма:* калий - 3,41 ммоль/л, натрий – 135ммоль/л, хлориды-106ммоль/л

*Протеинограмма* – общий белок – 73 г/л, альбумины- 40,6 г/л, креатинин – 73 ммоль/л

*Гемограмма:*

дата	Гемоглобин	Эр	лейкоциты	тр	соз	э	п	с	л	М	бласты
18.07	115	3,5	3,1	193	10	2	1	46	36	12	3
28.08.	106	2.46	2.1	55	6	0	1	50	45	4	

*Сахар крови* – 5,0 ммоль/л

*Анализ мочи и кала* – без патологии..

КТ ОГК от 25.07.08 – положительная динамика в сторону уменьшения количества и размеров узлов средостения. Определяется единичные паратрахеальные и парааортальные лимфоузлы до 2 – 3 мм.

Лечение: преднизолон 2т. 2р/день (08.08 по 25.08), бисептол 1\2т. 2р, осетрон 1т 2р/день, креон, курс ТГТ 38Гр на надключичные и л/у средостения

Рекомендовано

- Наблюдение участкового педиатра, онкогематолога ДОКБ.
- Медотвод от прививок на 5 лет с целью установления диагноза.

В контакте с инфекционными больными не был.

Заведующая отделением

В.Г.Редькина



-----25/07/2008----- ХОМКДЦ ----- 13:16 --958521-----  
Документ выдан в Каб. N 115 врач Панченко Д. И.

Ф.И.О.: Горюшкин Денис Валерьевич  
Дата рождения: 04/06/1992 ( возраст 16 ), Пол: м  
Адрес: Херсонская обл. Комсомольский р-н г.(с.) Херсон  
ул.Лавренева 28 17  
Профессия: \_\_\_\_\_ Гр.учета: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* < КТ ОГК (код 1071) > \*\*\*\*\*

2.0 мЗв На серии контрольных КТ ОГП в различных режимах визуализации без контрастного усиления - в сравнении с предыдущим КТ исследованием от 04-04-2008г. КТ картина с положительной динамикой в сторону уменьшения количества и размеров л/узлов средостения. Определяются единичные л/узлы - паратрахеальные и параортальные 2-3 мм в d .

Просвет трахей , главных и долевого бронхов прослеживается на всех уровнях, сохранен .

Паренхима легких без патологических образований .

В плевральных полостях жидкость не выявлена .

Видимые костные структуры без деструктивных изменений .

выполнено в каб. 115 25/07/2008 Панченко Д. И.



МОЗ України  
Управління охорони здоров'я  
Херсонської облдержадміністрації.

**ОБЛАСНИЙ  
ОНКОЛОГІЧНИЙ  
ДИСПАНСЕР**

26/VII 2008 р.

№ 300

м. Херсон  
Белінського, 6, тел. 22-51-08

**ДОВІДКА**

гр. - Торощинський Д.В.

районний

знаходився (лась) на стаціонарному лікуванні в радіологічному відділенні Херсонського обласного онкологічного диспансеру з

« 22 » VII 2008 р.

по « 26 » VII 2008 р.

з приводу Міжнародного протоколу лікування раку шийки матки.

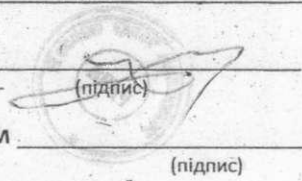
Хворому (ій) була проведена Програма лікування раку шийки матки.  
Доз 20 ГР 2000 - 330 ГР №19  
Метастазування - селів - сирок 10287  
Доз 20 ГР - 4000 - 400 ГР №20  
Базиліома селів - сирок 7212  
Доз 20 ГР 2000 - 330 ГР №18.

Результати гістологічного дослідження 1434 - карцинома.

Данні об'єктивного дослідження Визначено сучасне лікування раку шийки матки.  
Результати лікування раку шийки матки.  
Лікування раку шийки матки.

Лік. лікар (підпис)

Зав. відділенням (підпис)



Доктор мед. наук  
В.М.М.

находится на стационарном лечении в гематологическом отделении ДОКБ с 04.09.08 и по

№ 19.09.08 200 р.

№ Диагноз: Лимфогранулематоз с поражением левых надключичных и медиастинальных лимфоузлов. Вариант нодулярного склероза. Первично – рефрактерная форма. Состояние после высокодозовой химиотерапии и аутотрансплантации СКПК (17.06.08)

**Жалобы** при поступлении: на отечность лица, мышечные боли в конечностях.

**Из анамнеза:** болен с сентября – октября 2007г., когда появились жалобы на утомляемость, повышенную потливость, зуд кожи, увеличение л/у надключичной области. Обследован в ДОКБ, на КТ: признаки увеличения л/у в над-, подключичной области и верхнем этаже переднего средостения. 30.10.07 - биопсия надключичного л/у справа. Патгистологическое заключение № 19193 – 19200 от 06.11.2007: Лимфогранулематоз. Нодулярный склероз. С 07.11.2007 по 04.04.2008 ребенок получал химиотерапию по схеме ВЕАСОРР. На фоне лечения отмечена отрицательная динамика: лихорадка, увеличение шейных л/у клинически и на контрольных КТ. 11.04.08 проведена повторная биопсия надключичного л/у. Гистологически подтверждена первично – рефрактерная форма заболевания. Консультирован в КЦТКМ, предложена ВДХТ с поддержкой аутотрансплантации с СКПК. После проведенной ВДХТ, проведена аутологичная трансплантация СКПК 17.06.08. с рекомендацией последующей лучевой терапией на вовлеченные зоны.

**При осмотре** - состояние ребенка тяжелое, истощен, бледен, снижен аппетит, эмоционально лабилен. Периферические лимфоузлы и паренхиматозные органы не увеличены.

**Обследован:**

Группа крови: 04.09.08. 0(I), Rh(+).

Коагулограмма- ПТИ-0,94; тромбиновое время-19 сек; АЧТВ-37 сек; фибрин плазмы-2.66; РФМК-(-)отр.

Функциональные пробы печени:

Аст	Билирубин	Липопротеиды	Тимоловая проба
0,28 Е/л	13-2-11	24	4,0

Ионограмма: калий - 4,21 ммоль/л, натрий – 136ммоль/л, хлориды-96ммоль/л

Протеинограмма – общий белок – 73 г/л, альбумины- 40,6 г/л, креатинин – 73 ммоль/л

Гемограмма:

дата	Гемоглобин	Эр	лейкоциты	тр	соз	э	п	с	л	М	бласты
04.09	103	3,2	1,4	131	27	0	0	17	26	7	
13.09	98	3,1	2.5	58	7	3	1	51	41	4	

Сахар крови – 4,1 ммоль/л

Анализ мочи и кала – без патологии..

КТ ОГК от 25.07.08 – положительная динамика в сторону уменьшения количества и размеров узлов средостения. Лимфатические узлы более 10 мм в d не выявлены.

Лечение: бисептол 1\2т. 2р (11.09 по 13.09), осетрон 1т 2р\день, креон, солумедрол 250в\в, альбумин, риктас, транзекс

Рекомендовано:

- Наблюдение участкового педиатра, онкогематолога ДОКБ.
- Медотвод от прививок на 5 лет со дня установления диагноза.
- Обучение на дому, избегать контакта с инфекционными больными, осмотр через 10 дней, консультация в центре радиозащиты населения.

В контакте с инфекционными больными не был.

Заведующая отделением

В.Г.Редькина



Діагноз: Лимфогранулематоз (пораження лу, левих надключичних и медиастенальних). Нодулярний склероз.

Находится на стац. лечения в гематологическом отделении с 02.10.2008 по 28.10.08

**Жалобы:** на повышение температуры тела до 37.7, повышенную утомляемость, вялость, плохой аппетит и сон.

**Из анамнеза:** болен с сентября – октября 2007г., когда появились жалобы на утомляемость, повышенную потливость, зуд кожи, увеличение лу надключичной область. Обследован в ОДКБ, на КТ: признаки увеличения лу в над-, подключичной области и верхнем этаже переднего средостения. 30.10.07 – биопсия надключичного лу справа. Патогистологическое заключение №19193 – 19200 от 06.11.2007: Лимфогранулематоз. Нодулярный склероз. С 07.11.2007 по 04.04.2008 ребенок получал химиотерапию по программе ВЕАСОРР. На фоне лечения отмечена отрицательная динамика: лихорадка, увеличение шейных лу клинически и на контрольных КТ. 11.04.08 проведена повторная биопсия надключичного лу. Гистологически подтверждена первично – рефрактерная форма заболевания. Консультирован в КЦТКМ, продолжена ВДХТ с поддержкой аутотрансплантации с СКПК. После проведенной ВДХТ, проведена аутологичная трансплантация СКПК 178.06.08 с рекомендацией последующей лучевой терапией на вовлеченные зоаны.

**При осмотре** - состояние ребенка тяжелое, самочувствие нарушено. Вялый. Кожа и слизистые бледноватые. Алопеция. Дыхание везикулярное. Деятельность сердца ритмичная, систолический шум .Печень (+)1; селезенка не пальпируется. Пальпируются периферические лимфоузлы на шее до 0.7-0.8см.

**Обследован:**

**Группа крови:** 03.10.08. I(0), резус - положительный (+).

	RBC	HGB	PLT	COE	WBC	э	п	с	л	м
01.10	3.2	95	160	4	2.6	2	1	38	53	6
09.10	2.02	83	90	9	2.7	1	2	32	61	4
16.10	1.88	83	81	9	3.0	0	2	73	21	4
23.10	2.27	98	119	8	3.3	0	1	50	41	8

**Коагулограмма:** протромбиновый индекс-1.25, тромбиновое время-18", АЧТВ-35", фибрин плазмы-1.77, РФМК- полож.

**Функциональные пробы печени:**

	Alt	Билирубин	Липопротеиды	Тимоловая проба
03.10.08	0.3Е/л	14-2-12	23	4.0

**Ионограмма:** хлориды- 103ммоль/л, натрий-136ммоль/л, калий-3.84ммоль/л. HBsAg – отр от 3.10.08, РМП – отр. от 03.10.08

**Протеинограмма** – общий белок – 67.2 г/л, альбумины- 35.0 г/л, креатинин – 62 ммоль/л

**Сахар крови** – 3.9 ммоль/л **Анализ мочи и кала** – без патологии.

УЗИ брюшной полости и почек(06.10.08) – эхопатологии не обнаружено.

**Лечение:** аспаркам, осетрон, нистатин, альмагель, галстене, фоматидин, *ранитидин, мотилак*

**Рекомендовано:** *мониторинг в гематологии, нефрологии, гастроэнтерологии, педиатрии*

- Наблюдение участкового педиатра, онкогематолога ДОКБ.

- Медотвод от прививок на 5 лет со дня установления диагноза.

- показано обследование инициальных очагов на КТ. *пост обследование 2 КТ*

*настроит все*

В контакте с инфекционными больными не был.

Заведующая отделением



*В.Г.Редькина*

Выписка  
из истории болезни №66437  
Горюшкин Денис Валерьевич  
16 лет 5 мес (04.06.92)  
Херсон, Комсомольский р-н.,  
ул.Лавренева 28 кв.17

Диагноз: Лимфогранулематоз (поражения л/у, левых надключичных и медиастенальных). Нодулярный склероз. Первично - рефрактерная форма. Состояние после высокодозовой терапии и аутотрансплантации СКПК (17.06.08) Рецидив. Острая двусторонняя пневмония. Носовое кровотечение.

Находится на стационарном обследовании и лечении в гематологическом отделении с 18.11.2008 по 14/01/09

**Жалобы:** на повышение температуры тела до 39, повышенную утомляемость, вялость, плохой аппетит и сон, потливость, головные боли, покашливание.

**Из анамнеза:** болеет с сентября – октября 2007г., когда появились жалобы на утомляемость, повышенную потливость, зуд кожи, увеличение л/у надключичной области. Обследован в ОДКБ, на КТ: признаки увеличения л/у в над-, подключичной области и верхнем этаже переднего средостения. 30.10.07 – биопсия надключичного л/у справа. Патогистологическое заключение №19193 – 19200 от 06.11.2007: Лимфогранулематоз. Нодулярный склероз. С 07.11.2007 по 04.04.2008 ребенок получал химиотерапию по программе ВЕАСОРР. На фоне лечения отмечена отрицательная динамика: лихорадка, увеличение шейных л/у клинически и на контрольных КТ. 11.04.08 проведена повторная биопсия надключичного л/у. Гистологически подтверждена первично – рефрактерная форма заболевания. Консультирован в КЦТКМ, продолжена ВДХТ с поддержкой аутотрансплантации с СКПК. После проведенной ВДХТ, проведена аутологичная трансплантация СКПК 17.06.08 с рекомендацией последующей лучевой терапией на вовлеченные зоны. С 18.07 по 30.08.08 получил лучевую терапию на надключичную область и лимфоузлы средостения.

**При осмотре** – состояние ребенка тяжелое, самочувствие нарушено. Вялый. Кожа и слизистые бледноватые. Дыхание везикулярное. Деятельность сердца ритмичная, систолический шум. Печень (+)1; селезенка не пальпируется. Пальпируется лимфоузел в подмышечной области слева до 1,2-1,5 см.

#### Обследован:

**Группа крови** 19.11.08. I(0), резус – положительный (+).

	RBC	HGB	PLT	COE	WBC	э	п	с	л	м
19.11	3.2	98	172	34	5.6	4	2	70	14	10
26.11	2.02	106	182	59	6.0	10	1	62	27	10
09/01	2,4	84	62	65	7,8	1	1	63	28	7

**Коагулограмма:** протромбиновый индекс-1.25, тромбиновое время-18'', АЧТВ-35'', фибрин плазмы-1.77, РФМК- полож.

**Функциональные пробы печени:**

	Alt	Билирубин	Липопротеиды	Тимоловая проба
19.11.08	0.36	16-3-13	26	2.5

**Ионограмма:** хлориды- 102ммоль/л, натрий-139ммоль/л, калий-3.19 ммоль/л. HBsAg – отр от 19.11.08, РМП – отр от 19.11.08

**Протеинограмма** – общий белок – 62.9 г/л, альбумины- 36.0 г/л, креатинин – 64 ммоль/л  
**Сахар крови** – 4.6 ммоль/л **Анализ мочи и кала** – без патологии.

**УЗИ брюшной полости и почек** (20.11.08) – эхопатологии не обнаружено.

**КТ ОГК от 26.1.08** – отрицательная динамика, определяется множество лимфоузлов верхнего этажа переднего средостения диаметром от точечных до 1,2 см. Единичные парааортальные - до 1,9 см. Паратрахеальные лимфоузлы диаметром до 1,9 см. Бифуркационные – до 0,9 см. появились зоны парамедиального пневмофиброза с обеих сторон слева.

**Рентгенограмма ОГК от 10.12.08** – тени органов средостения расширены в в/3, контуры нечеткие, рисунок усилено во внутренних зонах до теней., синусы свободны.

**Рентгенограмма ОГК от 02.01.09** (0,16 мзв) – тень средостения расширена, интенсивные тени слева в ср/поле.



Консультация ЛОР – носовое кровотечение.

Консультация пульмонолога – острая двусторонняя пневмония.

Консультирован в Центре радиационной защиты населения, рекомендован курс химиотерапии по схеме GEM ( гемзар или цитогем 2 г 1,8 дни, винорельбин 30 мг 1, 8 дни), дексаметазон 30 мг в сутки 1-4 дни

На фоне лечения цитопенический синдром – лейкопения, тромбоцитопения, носовые кровотечения, пневмония.

Лечение: мотилиум, креон, анзап, фосфалюгель, аналгин, дексаметазон 30 мг в сутки цитогем 2.0 4-5.12.09, 11-12.12.08, клацид, гентамицин, нитромицин, трописетрон, винорельбин 42 мг №2, солу-медрол, лопракс. Ванкомицин, дифлюкан, этамзилат, бисептол, рантак, сульперазон, граноцит, хилак, , линекс, аспаркам, орошение зева ингалиптом, ингаляции., свежемороженая плазма №5, эритроцитарная масса №6, альбумин.

Рекомендовано:

-Наблюдение участкового педиатра, гематолога, наблюдение в кабинете КИЗ (переливание продуктов крови)

-Мед.отвод от прививок

-Обучение на дому

-Продолжить: преднизолон 1тх2 раза в день, аспаркам 1 т х3 раза в день, амброксол 1 т х 3 раза в день, АЦЦ 1 пор х 3 раза в день, отвар отхаркивающих трав, ингаляции, постуральный массаж, **адекватный двигательный режим!!!**.

-Осмотр через неделю.

- при  $t > 38,5^{\circ}$  - аспирин 0,5 х 2р в сутки, не контактен. *1,3 боли, можно парацетамол*

Заведующая отделением

В.Г.Редкина