

Перевод с немецкого на русский язык

Университетская клиника города Мюнстера

Клиника и поликлиника медицины детей и подростков

Детская гематология и педиатрия

Директор: Профессор университета доктор медицинских наук Х.Юргенс

Альберт-Швайцериштрассе, Кампус 1, здание A1,

48149 Мюнстер, Германия

Тел.: +49 (0)251 83-0 (регистратура)

Для передачи лечащему врачу
в ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачёва»
Минздрава России

Мюнстер, 13.05.2013 г.

Пациент: Мелехин Сергей, род. 04.12.1996 г., проживает в России по адресу:

Диагнозы:

- лимфома Ходжкина, нодулярный склероз, II В (диагноз поставлен в октябре 2012 г.);
- состояние после 2-ух курсов полихимиотерапии согласно протоколу OEPA и 4-ох курсов по программе COPDAC;
- состояние после биопсии правых аксиллярных лимфатических узлов в августе и октябре 2012 г.;
- состояние после дренирования правой плевральной области в декабре 2012 г.;
- тромбоз брахиоцефальных вен с обеих сторон в ноябре 2012г.

Уважаемая коллега, уважаемый коллега,

Сообщаем Вам о вышеназванном пациенте, находившемся в нашей клинике в сопровождении своей матери для планирования и проведения лучевой терапии при известном диагнозе лимфомы Ходжкина.

Результаты осмотра :

Подросток в возрасте 16 лет и 3 месяца, в хорошем общем состоянии, ожирение, синдром Кушинга.. Рост 174 см, вес тела 85 кг. Кожные покровы на лице с угревой сыпью, на теле стрии, в остальном — кожные покровы без особенностей, без кожных сыпей и петехий. Лёгкие с обеих сторон вентилируются нормально, без хрипов. Сердечный ритм в норме, без шумов. Живот мягкий, печень и селезёнка не увеличены, насколько это возможно определить при ожирении, безболезненны при пальпации. Лимфатические подмышечные, под- и надключичные, паховые и шейные узлы не увеличены.

Заключение позитронно-эмиссионной томографии, совмещённой с мультисрезовой спиральной компьютерной томографией.

Дата проведения обследования: 11.04.2013 г.

Препарат, активность: 309 МБк Fluor-18- Deoxyglukose- PET

Средние SUV печени как пограничное значение : 2,4

FDG-PET всего тела (от мочки уха до верхней трети бедра), компьютерная томография с внутривенным введением йодосодержащего, не ионного контрастного вещества.

Заключение проводилось в сравнении с результатами предыдущих обследований (последние от 20.03.2013).

Шея:

Физиологическое накопление препарата в области окологлоточного кольца Вальдаера, у основания языка и глотки.

Хорошая пневматизация гайморовых пазух.

Единичные шейные лимфатические узлы, слева наблюдается один экземпляр с распространением в подмышечную область, 8 x 9 мм в диаметре (Ira 3/29) и небольшим накоплением препарата.

Грудная клетка:

Подмышечные лимфатические узлы с обеих сторон без особенностей.

Известное объёмное образование верхнего средостения значительно уменьшилось по сравнению с предыдущими обследованиями и в настоящее время находится в подмышечной области, 35 x 39 мм (Ima 8/43). Верхняя полая вена полностью сдавливается вышеописанным мягкотканым образованием. Имеет место тромбоз верхней полой вены, а также тромбоз центральных отделов яремной и левой подключичной вены. Венозный отток осуществляется за счет развитых коллатералей, контрастное вещество, введённое в правую руку проходит по передней стенке грудной полости через V. Azygos и нижнюю полую вену.

Данное объёмное образование имеет низкий уровень накопления препарата, почти на уровне с окружающими его мягкими тканями (Ima 294/34)

Увеличения лимфатических узлов в средостении и корнях лёгких не выявлено.

В правой плевральной полости определяется свободная жидкость, а также рубцовые изменения паренхимы лёгкого и недостаточная вентиляция в передних отделах паренхимы правого лёгкого. Без признаков очаговых злокачественных изменений в тканях лёгких. Повышенное накопление препарата в области передней грудной стенки справа до максимальных показателей SUV до 4,4 (Ima 292/7). Немного увеличенное накопление препарата в области перехода костно-хрящевой ткани 10-го левого ребра с максимальным показателем SUV до 4,7 (Ima 292/11).

Без признаков свободной жидкости в перикардиальной сумке. Сердце имеет правильную форму и размеры, компенсаторное соотношение вентилируемости и кровоснабжения лёгких.

Брюшная полость:

Все органы брюшной полости, насколько об этом позволяет судить данное обследование, без изменений. Передняя добавочная селезёнка размером 7 x 8 мм (Ima 3/165), все забрюшинные и мезентериальные лимфатические узлы не увеличены и без изменений.

Паховые и тазовые лимфатические узлы без изменений.

Скелет:

Костных деструктивных изменений не выявлено. Известная склеротическая средняя линия правой ключицы (Ima 8/20). Вся костная ткань выглядит соответственно возрасту. Без признаков очаговых изменений костной ткани. Небольшой остеом в теле L3 позвонка размером 2 x 4 мм (Ima 3/218).

Заключение:

По сравнению с исследованием от 20.03.2013 динамика выражается в значительном уменьшении размеров образования верхнего средостения справа и увеличении размера шейного лимфатического узла слева. В настоящее время в нём наблюдается низкий уровень

накопления препарата . Уменьшение количества свободной жидкости в правой плевральной полости.

Повышенное накопление препарата вдоль костальной плевры справа и правой стенки грудной клетки, а также увеличение активности метаболизма в области костно-хрящевого перехода 10-го левого ребра.

В целом, мы наблюдаем частичную ремиссию при морфологическом наличии опухолевого образования и метаболически — почти полную ремиссию.

Дальнейший тромбоз верхней полой вены, сдавление ее вышеописанным мягкотканым образованием а также тромбоз центральных отделов яремной и левой подключичной вены.

Ультразвуковое обследование сосудов шеи (от 15.04.2013):

Правая и левая подключичные вены полностью проходимы. Брахиоцефальные вены справа и слева, а также верхняя полая вена не визуализируются.

Правая внутренняя яремная вена : визуализируется гладкий пристеночный тромб, прикреплен к задней стенке вены, (приблизительно 3 мм в ширину и 2 см в длину) Левая внутренняя яремная вена полностью проходима, в нижней трети определяется небольшое пристеночное уплотнение. По сравнению с предыдущим исследованием отмечается положительная динамика. Наличие пристеночного тромба в нижнем регионе правой яремной вены без нарушения кровотока.

Электрокардиография (от 15.04.2013):

левый тип, синусовый ритм, временные интервалы в норме, без признаков гипертрофии стенок, без признаков экстрасистолы, без признаков аритмии.

Эхокардиография (15.04.2013):

Situs solitus. Нормальные вентрикуло-артериальные соединения. Нижняя и верхняя полые вены не визуализируются и не могут быть исследованы. Нормальные пропорции сердца.

Левый желудочек: нормальных размеров, нормальная систолическая функция, фракция выброса крови свободна. Ламинарный кровоток над трикуспидальным аортальным клапаном: с макс. скоростью 1,2 м/сек. Правильное расположение левой коронарной артерии, правая коронарная артерия не визуализируется. Дуга аорты недостаточно визуализируется при 2-Д исследовании, при цветном доплеровском картировании: ламинарный кровоток с макс. скоростью 1,4 м/сек.

Межкамерная перегородка интактна. Митральный клапан: без признаков стеноза и недостаточности. Без признаков открытого артериального протока.

Правый желудочек нормального размера, фракция выброса крови свободна.
Над пульмональным клапаном и пульмональными артериями : ламинарный кровоток с макс. скоростью 0,9 м/сек. Трикуспидальный клапан : без признаков стеноза или недостаточности.
Правое и левое предсердия не расширены. Без признаков дефекта межпредсердной перегородки
Перикард: без признаков жидкости в плевральной полости.
М- Модус: LA 31mm, Ao 31 mm, LVed 48 mm, FS 33%, IVS 9 mm, LVPW 9 mm

Лабораторные обследования:

Общий анализ крови (07.05.2013):

лейкоциты: 2,99 000/ μ л., гемоглобин: 12,5 g/dl, тромбоциты: 194000/ μ л.

Серологическое обследование крови:

натрий: 139 mmol/l (132 -145);
калий : 4,35 mmol/l (3,5 — 4,8);
кальций : 2,41 mmol/l (2,10 — 2,65);
неорганический фосфат: 4,30 мг/дл (3,0 -5,4);
глюкоза : 83 мг/дл (60 -100);
мочевая кислота : 5,9 мг/ дл (3,6 — 6,5);
мочевина: 12 мг/дл (<24);
креатинин :0,5 мг/дл (0,6 — 0,9);
билирубин (общий) : 1,1 мг/дл (<1,2);
GOT :16 U/l (10 – 50);
GPT: 27 U/l (10- 50);
Gamma – GT :14 U/l (<19);
щелочной фосфатазы :133 U/l (<300);
LDH: 326 U/l (120 -300);
Фосфат в моче: 76,6 мг/дл, креатинин: 134,5 мг/дл.

Специальное исследование свёртывания крови :

Протромбиновое время (ПТВ) : 48,9%,INR: 1,44 АЧТВ : 34,8 сек, фибриноген: 435 мг/дл.

Терапия:

Сергей обратился в нашу клинику для планирования и проведения лучевой терапии при известном диагнозе лимфомы Ходжкина. На Родине он прошёл лечение 2-мя курсами полихимиотерапии согласно протоколу ОЕРА и 4-мя курсами по программе COPDAS.

После проведения консилиума по результатам терапии дома и заключениям ПЭТ-КТ в нашей клинике, мы решили начать лучевую терапию. Более подробно о проведении и результатах лучевой терапии вы можете узнать из заключительного эпикриза коллег из отделения радиологии.

В целом Сергей хорошо переносил лучевую терапию, он жаловался на небольшие затруднения при глотании. Изменения кожных покровов не наблюдались.

С начала терапии в нашей клинике мы, в виду тромбоза брахиоцефальных вен, отменили приём варфарина. Так как приём этого препарата длился уже 6 месяцев и показатели свёртывания крови (INR) не были в пределах нормы, мы решили прекратить дальнейший приём варфарина.

В выписываем Сергея в удовлетворительном состоянии и рекомендуем в дальнейшем, через 6 недель пройти контрольное исследование крови и полное обследование (ЭКГ/ ЭХО, КТ грудной клетки и УЗИ брюшной полости и лимфатических узлов). Также необходимо провести комплексную диагностику свёртывания крови.

Медикаментозное лечение: котримоксазол (Cotrimoxazol) 3 x неделю.

Вес мальчика при выписке: 85 кг.

С уважением,

Профессор университета доктор медицины Х. Юргенс (директор клиники)

Доктор медицины, специалист по детской онкологии и гематологии С. Таракс