

	<b>ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА</b>
	<b>ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ 8-(3952)-728-771, добавочный 169, E-mail: <a href="mailto:irk.oncogem@mail.ru">irk.oncogem@mail.ru</a> ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ № 57605</b>

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента **Шамин Марк Валерьевич**

Пол: муж. - 1, жен. - 2, 4. Дата рождения: 16.02.2011г

Место регистрации: г. Иркутск, ул. Ржанова. д 45/1, кв. 54

Местность: городская - 1, сельская - 2.

**Находился на обследовании и лечении в отделении онкологии с 11.08.2025г по 25.08.2025г**

**Диагноз основной: ЗНО крыла подвздошной кости и тела слева (остеогенная саркома) T<sub>4</sub>, N<sub>1</sub>. M<sub>1</sub>, множественные метастазы в легкие, инвазия в мышцы и сосуды, II клиническая группа. C41.4**

**Осложнения лечения: Токсический (лекарственный) гепатит.**

**Сопутствующий: Носительн ЦВ-порт системы (от30.07.2025г).**

**Жалобы: на ноющую боль в левом бедре, нарушение походки.**

**Анамнез жизни:** Наблюдается дет. онкологом с марта 2013 г., был выставлен диагноз: Эмбриональная рабдомиосаркома. 07.03.2013г. в надлобковой области справа (место прилегания опухоли к передней брюшной стенке) проведена пункционная биопсия опухоли.

**ПГЗ №2467-73 - Эмбриональная рабдомиосаркома. (пересмотр препаратов и ИГХ в РОНЦ).**

С 12.03.2013г. проведено лечение по протоколу ДОРМС – 2006. Проведено 6 курсов химиотерапии, с соблюдением сроков и доз.

С 05.09.2014 получал лечение в НПЦ помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врождёнными заболеваниями нервной системы. Проведено 2 курса противорецидивной химиотерапии (голоксан, этопозид, карбоплатин, авастин. 22.10.2013 проведена операция- удаление опухоли малого таза. ПГЗ – эмбриональная рабдомиосаркома. Лечебный патоморфоз 1 ст. Проведено 2 курса адьювантной химиотерапии (винкристин, иринотекан, темодал, авастин). С 08.01 2014 ребёнок получал лечение в госпитале Северанс г. Сеул. Проведено ЛТ в СОД 44 Гр на опухоль. С 28.02.2014 - проведено 6 курсов химиотерапии (VDC) 17.07.2014 – удаление шовного материала из стенки мочевого пузыря. По окончании лечения проведено ПЭТ-КТ от 16.07.2014 – локальное поглощение ФДГ в шейке мочевого пузыря расценено как физиологическое накопление. МРТ от 29.05.2014 – динамики в левой латеральной стенке простатической уретре не обнаружено. 04.08.2014 выписан по месту жительства, под динамическое наблюдение. Был осмотрен в апреле 2015 г., далее наблюдался в Корее.

Боли в обеих ногах с начала апреля 2025г. Затем боль в правой ноге купировалась, сохранилась в левой. 21.05.2025г проведена R-графия обеих бедренных костей - Субкортикально по задней медиальной поверхности, в дистальном метафизе правой бедренной кости, визуализируется хорошо очерченный неправильной овальной формы очаг просветления неоднородной структуры, с четкой пограничной склеротической каймой, размером 5,9 x 0,8 x 1,1 см. Субкортикально по задней медиальной и латеральной поверхностям, в дистальном метафизе левой бедренной кости, визуализируются хорошо очерченные неправильной овальной формы очаги просветления неоднородной структуры, с четкой пограничной склеротической каймой, размером до 5,0 x 0,7 x 0,9 см. Субкортикально по задней латеральной поверхностям, в проксимальном метафизе левой большеберцовой кости, визуализируется слабо очерченный неправильной овальной формы очаг просветления неоднородной структуры, с нечеткой пограничной склеротической каймой, с ориентировочными размерами 2,5 x 0,7 x 0,6 см. Других изменений со стороны костей, образующих коленные суставы не выявлено. Мягкие ткани без особенностей.

**Заключение: Р-признаки неоссифицирующих фибром н/3 обеих бедренных костей и в/3 левой большеберцовой кости (синдром Джаффе-Кампаначчи?).**

В конце июня мальчик самостоятельно увидел шишку в проекции подвздошной кости слева. Проведена R-графия костей таза на базе ИМДКБ от 08.07.2025 г.: по контуру левой подвздошной кости в мягких тканях

юп. образование.

Осмотрен хирургом и ортопедом, с подозрением на объемное образование подвздошной кости слева направлен к дет. онкологу КДЦ ИГОДКБ и далее на госпитализацию в отделение онкологии для дообследования и проведение гистологической верификации опухоли. При первичном поступлении **локальный статус:** в левой подвздошной и ягодичной области в проекции крыла левой подвздошной кости пальпируется объемное образование размером до 10 см, костной плотности, не смещаемое, без четких границ. ограничение движения в левом т/бедр. суставе.

**Проведено было обследование:**

**УЗИ ОБП и МВС от 10.07. 2025г.** ПЕЧЕНЬ: не выходит из-под края реберной дуги, край ровный, структура однородная, эхогенность обычная. Желчные протоки не расширены. Сосудистый рисунок не изменен. В паренхиме 4,5,6,8 сегментов визуализируются гиперэхогенные образования размером от 0,45см до 0,8см, с четкими контурами, без четкой акустической тени. КВР 12,2см, d. v.P. 0,8см. В паренхиме правой почки, на границе верхнего и среднего сегментов визуализируется анэхогенное округлое образование до 0,8см, без кровотока при ЦДК. Подвижность почек в норме. МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ: наполнен, стенки утолщены до 0,36см, в просвете взвесь. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ\*:** Очаговые образования паренхимы печени. Киста правой почки. Лиелоэктазия слева. УЗ-признаки цистита.

**МРТ таза от 11.07.2025г На серии МР-томограмм, в левой половине костей таза определяется крупных размеров (см.ниже) массивная опухолевая масса, распространяющаяся в мышцы: выпрямляющие позвоночник, внутреннюю и наружную косые, левую подвздошно-поясничную, портняжную мышцы, приводящие мышцы бедра слева, левую наружную и внутреннюю запирательные мышцы, левый напрягатель широкой фасции бедра, левые малую, среднюю и большую ягодичные мышцы, левую грушевидную мышцу.**

Левая наружная подвздошная артерия и вена проходят на небольшом протяжении по внутреннему краю опухоли, с повышением сигнала от просвета сосудов в зоне прилегания.. Левые внутренние подвздошная артерия и вена проходят на небольшом протяжении по внутреннему краю опухоли, а затем проходят в структуре опухолевой массы, теряясь на ее фоне. Наружные контуры в зоне костных образований четкие, в зоне прилегания/инфильтративного роста в мышцы - нечеткие, неровные. Общие размеры образования составляют 13,2x10,2x17,2 см (ШxДxB), V=1204 см<sup>3</sup>. Опухолевая масса имеет относительно изоинтенсивный сигнал по отношению к мышцам на T1, имеет неоднородно высокий сигнал на T2 и STIR с изоинтенсивными включениями. В структуре опухоли определяются участки истинного ограничения диффузии высокий сигнал на DWI b=1400 и низкий на ADC-картах. В структуре опухоли не выявлено жировых участков. На постконтрастных сканах определяется неравномерное накопление контрастного средства.

В правой подвздошной кости визуализируется участок измененного МР-сигнала, низкий на T2, T2 STIR, T1, округлой формы, с четкими и ровными контурами, размером до 0,6 см. Участок с аналогичными сигнальными характеристиками определяется в межвертельной области левой бедренной кости, округлой формы, с четкими и ровными контурами, размером до 0,3 см. В правой ветви седалищной кости визуализируется участок измененного МР-сигнала, высокий на T2 и T2 STIR, низкий на T1, округлой формы, с четкими и ровными контурами, размером до 0,2 см. Патологических изменений со стороны остальных костных структур не выявлено. Вход в малый таз имеет овальную форму. Прямая кишка без видимых изменений, утолщения стенок и наличие новообразований не выявлено. Параректальная клетчатка не инфильтрирована. Мочевой пузырь обычного заполнения, содержимое его однородное и соответствует жидкости, оттеснен опухолевой массой и расположен в правой половине малого таза. Стенка мочевого пузыря в нижних отделах по задней левой поверхности неравномерно утолщена, толщиной до 1,1 см. В данной зоне определяется неравномерное уплотнение клетчатки (фиброзные изменения?). По нижней поверхности мочевого пузыря определяется выпячивание, размером около 0,9x1,1x1,3 см. В полости левого тазобедренного сустава определяется скопление жидкости, шириной до 0,6 см. Отмечается участки ограничения диффузии в пазовых лимфатических узлах слева. Паховые лимфатические узлы, овоидной формы, с четкими и ровными контурами, размером с двух сторон до 0,6 см.

**Заключение:** МР-картина ЗНО костей таза слева, с инвазии в окружающие мышцы, полость малого таза (саркома Юинга); нельзя исключить внутрисосудистую инвазию в левую наружную и внутреннюю подвздошные артерии, и вены. Умеренно выраженная левосторонняя паховая лимфаденопатия.

Простая костная киста правой седалищной кости. Эностоз правой подвздошной кости и межвертельной области левого бедра. Состояние после комплексного лечения опухоли мочевого пузыря (оперативного, лучевого и химиотерапевтического лечения). Дивертикул мочевого пузыря (?). Послеоперационные изменения (?) мочевого пузыря и паравезикальной клетчатки.

**МСКТ ОГК, ОБП и МТ от 15.07.2025г.** - Костные структуры и мягкие ткани грудной клетки без

особенностей.

Гемитораксы симметричны, легочные поля расправлены. В аникальных отделах обоих легких определяются тонкие линейные фиброзные тяжи, проходящие к плевре. В S2 правого легкого и S6 левого легкого визуализируются участки гиперденсивных включений, плотностью до 406 ед.Х., округлой формы, с четкими и ровными контурами, размером до 3,5 мм. В S2, S3, S6 правого легкого и S1/2 левого легкого визуализируются субплевральные узелки, округлой формы, с четкими и ровными контурами, размером до 0,2 см. В S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10 правого и S1/2, S5, S6, S8, S9, S10 левого легкого определяются очаги консолидации, полигональной формы, часть прилежит к диафрагме, крупные очаги с бугристыми контурами, меньшие с четкими и ровными контурами, размером от 0,6 см до 1,6 см; некоторые очаги в своей структуре содержат гиперденсивные включения (до 383 ед.Х.), размером до 0,2 см. В S8 правого легкого определяется крупный участок сниженной воздушности, прилежащий к диафрагме, неправильной геометрической формы, с четкими и бугристыми контурами, размером до 15,0x10,0 мм. Перифокально определяется снижение воздушности по типу «матового стекла» плотностью до 592 ед.Х. На постконтрастных сканах достоверно очаги консолидации не накапливают контрастный препарат, во все фазы сканирования плотностью до 22-31 ед.Х.

Печень с ровными контурами, в размерах не увеличена, неоднородной структуры, плотностью до 58 ед.Х. В правой доле печени в S7 и S8 визуализируются гиподенсивные участки, до 11-22 ед.Х., неправильной вытянутой формы, с четкими и ровными контурами, размером 0,3 см и 0,6 см соответственно. В других отделах паренхима равномерно накапливает контрастное вещество до 88 ед.Х. Забрюшинные лимфоузлы не увеличены, определяются в большом количестве брыжеечные до 0,5 см; парааортальные лимфатические узлы размером до 0,5 см, аортокавальные узлы размером до 0,4 см, подвздошно-колярные лимфоузлы размером до 0,5 см. Паховые лимфатические узлы размером с двух сторон до 0,4 см.

В верхнем сегменте правой почки визуализируется гиперденсивный очаг, округлой формы, с четкими и ровными контурами, размером до 1,1 см, плотностью во все фазы сканирования до 66 ед.Х. Паренхима толщиной 16 - 23 мм, без участков патологической денситометрии. Чашечно-лоханочный комплекс правой почки не расширен. Чашечки левой почки не расширены, не деформированы. В выделительной фазе контрастирования определяется горизонтальный уровень РКС в задних отделах лоханки, лоханка расширена до 1,6x2,2 см. Правый мочеточник контрастирован в средней трети, не расширен. Левый мочеточник не контрастирован. Паранефрий не изменен. Мочевой пузырь слабого наполнения, РКС в мочевом пузыре не определяется. По нижней поверхности мочевого пузыря определяется выпячивание, размером около 0,6x0,7x1,3 см. Справа, в стенке выпячивания определяется гиперденсивное включение, плотностью до 227 ед.Х., округлой формы, с четкими и ровными контурами, размером до 0,2 см. Определяется неравномерное утолщение задней-латеральной стенки мочевого пузыря слева, толщиной до 0,5 см. Прилегая к данному участку, определяется мягкотканый компонент, неправильной формы, без четкой дифференцировки со стенкой мочевого пузыря, размером до 1,5x2,6 см. Данный участок после внутривенного контрастирования плотностью в Ar=27 ед.Х., Ven=29 ед.Х., Pr=31 ед.Х. В других отделах кишки, в восходящей ободочной и поперечной ободочной кишке. В малом тазу скопления жидкостного содержимого не выявлено. Тазовые лимфоузлы не увеличены. Клетчатка по левому боковому каналу брюшной полости в средних отделах уплотнена. В других отделах жировая клетчатка брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза не инфильтрирована. Определяется зона патологической перестройки костной ткани левой подвздошной, седалищной, лонной костей. Вокруг левой подвздошной, седалищной, лонной костей, определяется мягкотканый компонент объемного образования, достаточно однородной структуры, полигональной формы, плотностью в нативную фазу до 28-38 ед.Х., общие размеры образования до 12,9x7,4x15,3 см, V=759,5 см<sup>3</sup>. В артериовенозные фазы образование с достаточно четкими и неровными контурами, плотностью в артериальную фазу до 57 ед.Х., в венозную фазу до 63 ед.Х., в отсроченную фазу до 58 ед.Х. Данное образование смещает структуры нижнего отдела брюшной полости и малого таза вправо. Образование интимно прилежит к мышцам, без четкой границы с ними: выпрямляющие позвоночник, внутреннюю и наружную косые, левую подвздошно-поясничную, портняжную мышцы, приводящие мышцы бедра слева, левую наружную и внутреннюю запирательные мышцы, левый напрягатель широкой фасции бедра, левые малую, среднюю и большую ягодичные мышцы, левую грушевидную мышцу. Ветви левой внутренней подвздошной артерии, проходящие рядом с образованием, теряются и не дифференцируются в терминальных отделах. На фоне мягкотканого компонента опухоли кости определяются остеолитические изменения, с разрушением кортикального слоя и наличием спикурообразной периостальной реакции. В толще прилежащих мягких тканей визуализируются массивные очаги обызвествления. В левой седалищной кости, по наружной поверхности, определяются костные выросты, толщиной до 8,0 см.

Визуализируются деформации S1-S3 позвонков, замыкательные пластинки узурированы. Позвонки S1-S3 и левый дугоотростчатый сустав L5-S1 с нечеткими и неровными контурами, неоднородной структуры с участками уплотнения (до 458 ед.Х.), в местах прилегания к опухолевому образованию без границ кортикальный слой не прослеживается. Справа, вдоль суставной поверхности илеосакрального сочленения определяются участки субхондрального склероза (до 290 ед.Х.), с участками периостальной реакции. Определяется дефект в задних дужках S1-S3 позвонков, шириной до 1,7 см.

В правой подвздошной кости визуализируется гиперденсивный участок, округлой формы, с четкими и ровными контурами, размером до 0,8 см. Аналогичные участки определяются в межвертельной области правой и левой бедренной кости, в большом бугре правой бедренной кости, округлой формы, с четкими и ровными контурами, размером справа до 0,2 см, слева до 0,4 см. В правой ветви седалищной кости визуализируется гиподенсивный участок (плотностью от 50-60 ед.Х.), неправильной формы, с четкими и ровными контурами, размером до 0,2 см. Патологических изменений со стороны остальных костных структур не выявлено. В остистом отростке Th2 позвонка, прилегая к левому контуру, визуализируется гиперденсивный очаг (до 683 ед.Х.), овоидной формы, с четкими и неровными контурами, размером до 0,9x0,5x0,7 см. Замыкательные пластинки тел Th11, Th11, Th12 позвонков с неровными контурами, с субхондральным склерозом, с участками интракорпорального внедрения межпозвонковых дисков, на глубину до 0,2 см. **Заключение: Состояние после комплексного лечения опухоли мочевого пузыря (оперативного, лучевого и химиотерапевтического лечения). Дивертикул мочевого пузыря (?) с кальцинатам в стенке. Послеоперационные изменения (?) мочевого пузыря и паравезикальной клетчатки. Осложненная киста правой почки. Пиелозктазия слева. Кистозные очаги S7 и S8 правой доли печени. ЗНО костей таза слева, с инвазии в окружающие мышцы, полость малого таза (саркома Юинга). Мультифокальное поражение легких (S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10 правого и S1/2, S5, S6, S8, S9, S10 левого легкого), множественные очаги консолидации (Mts?). Очаговое изменение S8 правого легкого (Mts?). Массивные участки обызвествления мягких тканей паравертебрально L5-S4 и вокруг образования. Кальцинаты S2 правого легкого и S6 левого легкого. Субплевральные узелки S2, S3, S6 правого легкого и S1/2 левого легкого (очажки пневмофиброза?). Умеренно выраженная левосторонняя паховая лимфаденопатия. Простая костная киста правой седалищной кости. Эностоз правой подвздошной кости, межвертельной области правого и левого бедра. Очаговое изменение в остистом отростке Th2 позвонка (эностоз?).**

**Остеосцинтиграфия от 16.07.2025г-** множественные очаги гиперфиксации препарата в костях таза слева. Отмечается диффузно повышенная фиксация препарата в подвздошной кости слева.

**16.07.2025г** с целью верификации гистологического диагноза проведена эксцизионной биопсии опухоли, трепанобиопсия костного мозга в условиях операционной под общим обезболиванием.

**16.07.2025г-** имплантация подкожной венозной порт системы.

**ПГЗ № 76119 - 76121** В биоптатах из крыла левой подвздошной кости микроскопическая картина остеогенной саркомы grade 3.

**№ 76557** Биоптат крыла правой подвздошной кости без признаков опухолевого поражения. Костный мозг представлен 3 ростками кроветворения, мегакариоциты в достаточном количестве.

**Блоки и стекла гистологических препаратов отправлены на пересмотр в НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева (отдел патоморфологии)-** результат в работе.

**После получения гистологического заключения, решением консилиума, согласно ФКР по данной патологии с 21.07.2025г** проведен 1-й блок химиотерапии для на  $S = 1,22 \text{ м}^2$ : Доксорубицин  $37,5 \text{ мг/м}^2 = 45 \text{ мг в/в}$ , капельно, за 24 часа, в 21-22.07.2025 дни; Цисплатин  $40 \text{ мг/ м}^2 = 49 \text{ мг в/в}$ , капельно, за 24 часа, в 21-23.07.2025г.

Получен результат пересмотра гистологического материала из НМИЦ ДГОИ им Д. Рогачева

**МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ** В доставленном материале определяются фрагменты кости с ростом солидной опухоли с некрозами и кровоизлияниями. Опухоль представлена полями из крупных полиморфных клеток с анаплазированными ядрами и обильной амфифильной цитоплазмой. В межклеточном пространстве прослеживается

патологический остеид. Встречаются фигуры митозов, в том числе патологических. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ** Конвенциональная остеосаркома, остеобластический вариант.

Поступает для продолжения протокола неoadьювантной химиотерапии.

**При поступлении общее состояние ср.** тяжелое, за счёт объемного образования левой подвздошной области, болевого синдрома нет. Температура тела 36,5 С. Телосложение нормостеническое. Вес  $32^{400} \text{ кг}$ , рост 157 см. **Соматический и неврологический статус без особенностей.**

**Локальный статус:** в левой подвздошной и ягодичной области в проекции крыла левой подвздошной кости альпирруется объемное образование размером до 10 см, костной плотности, не смещаемое, без четких границ. ограничение движения в левом т/бедр. суставе.

**! стационаре проведено обследование:**

**В ОАК:**

Дата	Эрх $10^{12}$ /л	Нв, г/л	Тр $\times 10^9$ /л	L $\times 10^9$ /л	Гранул	м/ц	Эоз	п/я	с/я	л/ф	мон	СОЭ
12.08.2025	4,07	111	581	4,51	1,56	2		1	31	57	9	49,7
20.08.2025	4,05	108	341	6,34	2,43			1	42	46	11	38
25.08.2025	3,97	106	393	8,06	4,55		2	3	57	37	1	25

**Биохимия:**

Показатель	Норма	12.08.2025	14.08.2025	21.08.2025	25.08.2025
АЛТ	0-42,0 ЕД/л	11,7	107,7	86,7	61,7
Альбумин	35-50 г/л	37,6	38,1	38,4	37,7
Амилаза	25-125 ЕД/л	28	30	35	63
АСТ	5-37,0 ЕД/л	14,7	109,7	73,8	32,4
Билирубин общий	3,4-20,5 мкмоль/л	3,1	6,8	7,4	2,4
Прямой билирубин	0 - 5 мкмоль/л	2,0	3,6	5,1	1,9
Глюкоза	3,5-6,2 ммоль/л	5,06	5,1	5,22	4,59
ЛДГ	0-332 ЕД/л	244	332	295	211
Мочевина	1,7-7,5 ммоль/л	2,8	3,4	3,7	4,6
Общий белок	60-80,0 г/л	62,1	62,8	62,2	60,0
Щелочная фосфатаза	150-350 ЕД/л	1298	1345	1258	1133
ГГТ	9-64 ЕД/л	21	46	56	47
Креатинин	21-65 мкмоль/л	27	30	29	34
СРБ	0,0-5,0 мг/л	37,13	29,46	20,96	12,57

**Группа крови от 12.08.2024- В(III) ССDee.**

**ОАМ в динамике без патологии.**

**ИФА на вирусные гепатиты от 01.08.2025.:** Hbs Ag - отр., антитела к ВГС (IgG - отр, IgM - отр.).

**Коагулограмма от 12.08.2025.-** ПВ 13,65 сек (12-18), ПВ по Квику - 75,94% (70-120), АПТВ - 35,2 сек (29-40), ТВ 15,76 сек (15-20), фибриноген 5,15 г/л (1,8-3,6), МНО 1,18.

**ЭКГ от 11.08.2025г. Заключение** Ритм синусовый с ЧСС = 91 - 113 уд. в 1 мин., ЧСС ср = 102 уд/мин., тахикардия, синусовая аритмия с дефицитом - 22 уд. в 1 мин. (21%) ЭОС- вертикальное положение.

Усиление электрических потенциалов миокарда обоих желудочков. Эл. альтернация зубцов. На вдохе - миграция суправентрикулярного водителя ритма.

**УЗИ ОБП и МВС от 12.08.2025г. ПЕЧЕНЬ:** не выходит из-под края реберной дуги, край ровный, структура однородная, эхогенность обычная. Желчные протоки не расширены. Сосудистый рисунок не изменен. **Дополнительных образований не выявлено.** КВР 12,0 см, d. v.P. 0,8см. **ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ:** 4,6\*1,8см, грушевидной формы, стенки ровные, тонкие.

Просвет свободный. **ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА:** обычной формы. Контуры чёткие, ровные, структура однородная, эхогенность нормальная. Размеры: головка - 1,3см, тело - 1,0см, хвост - 1,3см. **Дополнительных образований не выявлено.** **СЕЛЕЗЁНКА:** обычной формы, не выходит из-под края реберной дуги. Контуры чёткие, ровные, структура однородная, эхогенность нормальная. **Дополнительных образований не выявлено.** Размеры: 8,9\*5,4см, d v.L. 0,5см. **Внутрибрюшные лимфоузлы не визуализируются.** **Дополнительных образований и свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.** **ПОЧКИ:** расположены в типичном месте, форма не изменена, контуры чёткие, ровные. Слои дифференцируются достаточно. Эхогенность паренхимы нормальная. Чашечно-лоханочная система не расширена. Мочеточники не визуализируются. Размеры: правая 9,2\*3,6см, левая 9,7\*4,0см. Толщина паренхимы: справа 1,5-2,0см, слева 1,5-2,0см. В паренхиме правой почки, на границе верхнего и среднего сегментов визуализируется анэхогенное округлое образование до 0,8см, без кровотока при ЦДК. Подвижность почек в норме. **МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ:** наполнен, стенки ровные, в просвете взвесь. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ\*:** Мелкая киста правой почки.

Проведено лечение: ВБД, режим палатный. Меронем 3г в/в кап за 24ч 30-31.07.2025г.

**С 13.08.2025г согласно ФКР по данной патологии решено провести 2-й блок неоадьювантной химиотерапии для на S = 1,19 м<sup>2</sup>:**

**HD- Метотрексат 12 г/м<sup>2</sup> = 14000 мг, в/в, капельно, за 4 часа (HD-метотрексат 7000мг + Sol. Glucosae 5% 250,0ml \* 2 раза, за 2 часа каждый флакон), 13.08.2025 и 20.08.2025г..**

**Лейковорин 40 мг**, в/в, через 24 часа от начала введения метотрексата, каждые 6 часов, № 8.  
 Инфузионная терапия 3000 мл/м<sup>2</sup> (Sol. Glucosae 5% 1500,0ml + Sol. KCl 7,5% 105,0ml; Sol NaCl 0,9% 1500,0ml + Sol. NaHCO<sub>3</sub> 4% 210,0ml); лазикс 1,5 мл \* 2 р/сут, болюсно-ондансетрон 6 мг + Sol. Dimedroli 1% 1,0 ml + Sol. Dexamethasoni 1,0 ml + Sol. NaCl 0,9% 10,0ml; ондансетрон 14мг + Sol. Dimedroli 1% 1,0 ml + Sol. Dexamethasoni 1,0 ml + Sol. NaCl 0,9% 100,0ml в/в кап за 24 ч.; урсосан по 0,250г \* 1 р/д, на ночь, внутрь, ко-тримазол 480 мг \* 2 р/с 3 дн/нд (пн., ср., пт.) Контроль уровня метотрексата, начиная с 24-го часа, каждые 6 часов, до полного выведения метотрексата. Контроль рН мочи каждые 6 час. Венозный доступ - имплантируемая порт-система.

После восстановления показателей крови выписан на мед. паузу под наблюдение уч. педиатра.

**В контакте с инфекционными больными не был.**

**Рекомендовано:**

1. «Д» наблюдение по месту жительства. Домашний режим. Контроль ОАК 1 раз в нед.
2. Направить на МСЭ по месту жительства для присвоения статуса «ребенок-инвалид».
3. Мед. отвод от прививок. Проба Манту разрешена.
4. Противопоказаны все тепловые и физиопроцедуры, не парить в бане и сауне, не назначать иглорефлексотерапию.
5. Продолжить прием ко-тримазола по 480 мг \* 2 р/с 3 дня в неделю (пн., ср, пт) до следующей госпитализации.
6. Продолжить прием урсосана 250 мг \* 1 р/с на ночь р.ос. до следующей госпитализации.
7. Госпитализация в онкологическое отделение ГБУЗ ИГОДКБ для продолжения химиотерапии 27-28.08.2024г (оформить направление через ЕЦП по месту жительства). При себе иметь направление установленного образца, справку о контактах, анализ кала на я/глистов, соскоб на энтеробиоз, информацию о прививках от кори; данные о реакции Манту, Сопровождающему иметь при себе: ФЛГ, информацию о проф. прививки от кори.

С планом обследования и лечения ознакомлен(а).  
 Согласие подтверждаю.

подпись	расшифровка подписи
---------	---------------------

«25 » августа 2025г.

Основание: 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Лечащий врач	/	С. Ю. Умнова
Должность	подпись	расшифровка подписи
СОГЛАСОВАНО:		
/Заведующий отделением	/	С. Ю. Умнова
должность	подпись	расшифровка подписи
Заместитель главного врача	/	В. В. Альбот
должность	подпись	расшифровка подписи

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат: 401466121498157038070194174604562093  
 Владелец: Умнова Светлана Юрьевна  
 Действителен: с 07.03.2025 по 31.05.2026  
 ФИО: Умнова Светлана Юрьевна