

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СЕПТИЦЕМІЇ У ХВОРОГО НА МІЕЛОДИСПЛАСТИЧНИЙ СИНДРОМ

Резюме. У роботі наведено клінічний випадок пацієнта, який проходив лікування у центрі гематології та хіміотерапії гемобластозів як відомих та менш вивчених патогенетичних ланок мієлодиспластичного синдрому.

Ключові слова: мієлодиспластичний синдром, діагностичні дослідження, лікування, рекомендації.

Актуальність. Внаслідок гетерогенності природи мієлодиспластичного синдрому (МДС) пацієнти з цією патологією мають різну тривалість життя та варіабельну ймовірність трансформації в гостру лейкемію. Незважаючи на тривале дослідження, причини виникнення хвороби та фактори, що сприяють її прогресії, залишаються до кінця не з'ясованими [4, 6]. Як наслідок, недостатньо інформативними є запропоновані прогностичні системи, які не дозволяють чітко оцінити перебіг МДС та вибрати оптимальну лікувальну тактику. Залишається актуальним пошук нових прогностичних маркерів, що відображають патогенез окремих підтипів цього неоднорідного захворювання і можуть в перспективі покращити показники відповіді на лікування та виживання хворих.

Пацієнт Х. 1940 року народження перебував на стаціонарному лікуванні у центрі гематології та хіміотерапії гемобластозів з 12.06.2017 по 27.06.2017.

Поступив зі скаргами на виражену загальну слабкість, головокружіння, підвищення температури до 39 °С, болі і набряк лівої гомілки, короткочасну втрату свідомості, нудоту, рвоту.

Анамнез захворювання. Погіршення стану два дні після того, як з'явилися вищевказані скарги. Пацієнт проживає за містом, на дачі. В кінці травня відпочивав на термальному курорті м. Берегово. Поступив на обстеження і стаціонарне лікування.

З анамнезу життя відомо про зміни в аналізах крові – зниження числа лейкоцитів, тромбоцитів, гемоглобіну з 2014 р. У 2015 р. вперше пройшов огляд гематологом поліклініки – обстежувався для виключення вірусних

гепатитів: Anti HCV (антитіла гепатиту) – негативний, ПЛР (полімеразна ланцюгова реакція) гепатиту С якісний – РНК (рибонуклеїнова кислота) гепатиту С не виявлено. Також проведено дослідження на інші види дефіцитних анемії: феритин 105 (норма), фолієва кислота 7,9 (норма), ціанокобаламін (вітамін В₁₂) – 264 (норма) і комплексне онкообстеження: ГФС (гастрофіброскопія), КФС (колонофіброскопія), ПСА (простатоспецифічний антиген) – 2,9 (норма), даних про паранеопластичний процес у той період не виявлено. В травні 2017 р. був на обстеженні в центрі гематології та хіміотерапії гемобластозів, де було проведено цитохімічне дослідження – виявлено підозру на МДС. За даними молекулярно-генетичного дослідження лабораторії Др. Рьодгера від 22.05.2017, делеція 5q не виявлена. ІХГ (імунохроматографічні) дослідження трепан-біопсії здухвинної кістки в роботі від 12.06.2017.

Об'єктивний стан. При поступанні стан важкий, положення в ліжку пасивне у зв'язку з вираженим больовим синдромом у лівій гомілці. Шкірні покриви бліді, чисті. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені. Температура 39 °С. ЧД (частота дихання) 22 за хв. АТ (артеріальний тиск) 120/80 мм рт. ст. ЧСС (частота серцевих скорочень) 110 уд/хв. Серцеві тони приглушені, ритмічні. Акцент II тону на аорті, систолічний шум на верхівці. Аускультативно над легеньми дихання везикулярне. Хрипів не чути. Живіт доступний пальпації. *Hepar end Lien* не збільшені. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Фіз. відправлення в нормі.

Ліва гомілка збільшена в об'ємі за рахунок набряку, гаряча та болюча при пальпації. В ділянці внутрішньої поверхні лівого гомілково-ступневого суглоба новоутворення, 1 см у діаметрі.

За час перебування в стаціонарі пацієнт був комплексно обстежений на предмет паранеопластичного процесу, септичного стану. У зв'язку з цим встановлено діагноз: МДС, варіант рефрактерної анемії важкого ступеня. Ускладнення основного діагнозу: септицемія – етіологічний чинник *Pasteurella canis*, бактеріологічний висів крові від 12.06.2017. Імунодефіцитне порушення на тлі критичної лейкопенії.

Код за МКХ (міжнародна класифікація хвороб): D46.0 ЦВХ (цереброваскулярна хвороба): дискуляторна, дисметаболічна, гіпоксична енцефалопатія II ст. Наслідки перенесеного ГПМК (гостре порушення мозкового кровообігу) у ВББ (ліва гемісфера) мозочка, за даними МРТ (магнітно-резонансна томографія) головного мозку від 12.06.2017. ЦАС (церебрастенічний синдром). Хронічний холецистит, стан нестійкої ремісії. ГУН (гостре ураження нирок) від 11.06.2017, клас II, преренальна форма, поліурична стадія. Гіперплазія простати I ст. Полінейропатія нижніх кінцівок. ПТФС (постромбофлебітичний синдром) глибоких вен нижніх кінцівок. Функціонує қава-фільтр. Лівобічний гонартроз. Ушкодження латерального меніска лівого колінного суглоба.

Діагностичні дослідження

Передімплантаційна генетична діагностика (ПГД) № 17SP015687 від 29.05.2017 *CSD Health Care*: кістковий мозок нормоклітинний, морфологічні зміни підозрілі на ураження МДС. Для верифікації діагнозу необхідне імуногістохімічне дослідження.

Імуногістохімічне дослідження (ІГХД) № 17SP021209 від 27.06.2017 *CSD Health Care*: морфологічні зміни в кістковому мозку та дані ІГХД свідчать на користь МДС з надлишком бластів, враховуючи дуже високу кількість клітин, позитивних на CD34 та CD117, не можна виключити трансформацію у гострий лейкоз, для верифікації діагнозу необхідний під-

рахунок кількості бластів у пунктаті кісткового мозку.

Електрокардіограма (ЕКГ) від 12.06.2017: синусова тахікардія, 92 уд./хв, одинична передсердна Ех. Лівोगрама. Порушення провідності по передній гілці лівої ніжки п. Гіса. Переважання потенціалів ЛШ (лівого шлуночка). Помірні дифузні зміни в міокарді.

ЕКГ від 15.06.2017: ритм синусовий, нерегулярний, зареєстрована одинична суправентрикулярна екстрасистола. В порівнянні з ЕКГ від 12.06.2017 відзначається сповільнення ЧСС, в іншому без суттєвої динаміки.

ЕКГ від 19.06.2017: ритм синусовий, нерегулярний, зареєстрована одиночна суправентрикулярна екстрасистола. В порівнянні з ЕКГ від 15.06.2017 без суттєвої динаміки.

Ехокардіографія серця (ЕхоКГ) від 12.06.2017: аортосклероз, помірні склеродегенеративні зміни стулок АК (аортального клапана), незначне підвищення градієнта тиску на АК, помірні склеродегенеративні зміни стулок МК (мітральний клапан), ТК (трикуспідальний клапан), регургітація на ТК, МК I-II ст., АК, КЛА мінім., нерізде розширення ЛП (лівого передсердя), незначне потовщення стінок ЛШ, локальних порушень скоротливості не виявлено, глобальна скоротлива функція ЛШ збережена, незначне підвищення тиску в ЛА (легеневій артерії) (тиск в ЛА біля 40 мм рт. ст.).

Дуплексне сканування артерій та вен нижніх кінцівок від 12.06.2017: нерізде стенозуюче ураження стінки артерій НК (нижніх кінцівок) (стенози стегново-підколінних сегментів по ЗСА (задня стегнова артерія) до 35% з обох боків, по ПА до 30% з обох боків) на фоні ангіопатії змішаного генезу. Дистальний кровотік компенсований. Поверхневі та глибокі вени правої НК прохідні (компресія їх повна, безболісна). Зліва ЗСВ (загальна стегнова вена) і ПСВ (поверхнева стегнова вена) у верхній 1/3 зліва прохідні (компресія їх повна, безболісна), починаючи з середньої 1/3 ПСВ, ПВ (підколінна вена), ЗВГВ (застійні вогнища глибоких вен), просвіт виповнений гіперехогенними тромботичними масами з наявним пристінковим кровотоком (компресія неповна, безболісна на рівні стегна та болісна, починаючи з підколінної ділянки). Описані зміни з найбільшою імовірні-

стю відповідають ПТФС (посттромбофлебітичний синдром) глибоких вен лівої НК. Ознаки ХВН (хронічна венозна недостатність). Ознаки набряку м'яких тканин гомілок, більше лівої. Кісти обох підколінних ямок.

Дуплексне сканування артерій та вен нижніх кінцівок від 22.06.2017: обстеження в динаміці за скороченим протоколом. Поверхневі та глибокі вени правої НК прохідні (компресія повна, безболісна). Зліва ЗСВ і ПСВ у верхній 1/3 зліва прохідні (компресія повна, безболісна), починаючи з середньої 1/3 ПСВ, ПВ, ЗВГВ, просвіт виповнений гіперехогенними тромботичними масами з наявним пристінковим кровотоком (компресія неповна, безболісна на рівні стегна та болісна, починаючи з підколінної ділянки). Ознаки набряку м'яких тканин гомілок, більше лівої. В порівнянні з дослідженням від 12.06.2017 без суттєвої динаміки.

МРТ головного мозку від 12.06.2017: МР-ознаки: кістозна трансформація (післяінсультна) в лівій гемісфері мозочка, дисциркуляторна енцефалопатія.

КТ (комп'ютерна томографія) органів грудної порожнини від 12.06.2017: вірогідно, мають місце наслідки запального процесу.

УЗД ОЧП (ультразвукове дослідження органів грудної порожнини), нирок від 12.06.2017: вірогідно, ознаки загострення хронічного холециститу, дифузні зміни паренхіми печінки, ознаки нефропатії.

УЗД ОЧП, нирок від 20.06.2017: ознаки нефропатії, двобічний малий гідроторакс.

УЗД м'яких тканин від 13.06.2017: найбільш вірогідно, ушкодження шкіри в проекції голеностопа може бути причиною виникнення флебіту глибоких вен гомілки, кіста Бейкера.

МРТ м'яких тканин гомілки від 14.06.2017: МР-ознаки додаткових утворів у м'яких тканинах гомілки не виявлено.

УЗД малого таза від 20.06.2017: гіперплазія передміхурової залози.

Результати аналізів

Загальний аналіз крові при поступанні від 12.06.2017: лейкоцити 0.5×10^9 /л, гемоглобін 93 г/л, еритроцити $2,46 \times 10^{12}$ /л, тромбоцити 47×10^9 /л.

Показники загального аналізу крові від 18.06 та 26.06.2017 (табл. 1).

Показники біохімічного аналізу крові від 12.06, 19.06 і 26.06.2017 (табл. 2).

Коагулограма від 12.06.2017: ПТІ (протромбінів індекс) 82%, тромбіновий час 19 сек., фібриноген плазми 4,22 г/л, етаноловий тест позитивний, бета-нафталовий тест 2+, INR (міжнародний індекс чутливості тромбопластину) 1.2.

Коагулограма від 14.06.2017: ПТІ 97%, тромбіновий час 18 сек., АЧТЧ (активований частковий тромбопластиновий час) 29 сек., фібриноген плазми 11,1 г/л, етаноловий тест позитивний, бета-нафталовий тест 4+, INR 1.04.

Коагулограма від 26.06.2017: ПТІ 101%, тромбіновий час 21 сек., АЧТЧ 24 сек., фібриноген плазми 2,66 г/л, етаноловий тест негативний, INR 0.99.

Глікемічний профіль від 13.06.2017: 12:00 – 6,4 ммоль/л, 17:00 – 5,8 ммоль/л, 21:00 – 6 ммоль/л.

RW (реакція Вассермана) від 12.06.2017: результат негативний.

Загальний аналіз сечі від 13.06.2017: 120,0, світло-жовтий, прозора, питома вага 1016, слабкокіслова, білок 0,05, глюкози не виявлено, еритроцити поодинокі в полі зору, лейкоцити 4–5 в полі зору, епітелій плоский у невеликій кількості.

Загальний аналіз сечі від 20.06.2017: 30,0, світло-жовтий, каламутна, питома вага м/с, слабкокіслова, білок 0,03, глюкози не виявлено, лейкоцити 0–2 в полі зору, епітелій плоский у невеликій кількості.

Біохімічне дослідження сечі від 19.06.2017: амілаза 306,4 о/л.

Біохімічне дослідження сечі від 20.06.2017: амілаза 297 о/л.

Група крові від 12.06.2017: В (III) резус позитивна.

Кислотно-лужний стан від 13.06.2017: рН 7,337, рСО₂ 46,1, рО₂ 21, ТСО₂ 21, НСО₃ 24,7, ВЕв-1,7, ВЕесf-1,3, SBC 21,7.

Прокальцитонін від 12.06.2017: 42,17 (норма < 0,5).

HBsAg (австралійський антиген) від 12.06.2017: 0,22 (< 1,0 – негативний).

Anti-HBcor IgM (антитіла до ядерного антигену класу IgM) від 12.06.2017: 0,06 (< 1,0 – негативний).

Таблиця 1

Показники	Результати від 18.06.2017	Результати від 26.06.2017	Одиниці	Норма
WBC (лейкоцити)	2,1	4,1	103/mm ³	4–9
RBC (еритроцити)	2,25	2,9	106/mm ³	3,9–5
HGB (гемоглобін)	81	104	g/dl	120–160
HCT (гемаокрит)	24	31	%	0,36–0,48
MCV (середній об'єм еритроцитів)	108	134	μm ³	80–97
MCH (середній вміст Нв в еритроциті)	–	–	Pg	26,5–33,5
MCHC (концентрація Нв в еритроциті)	–	–	g/dl	315–350
RDW (ширина розподілення еритроциту по об'єму)	–	–	%	10–15
PLT (тромбоцити)	64	134	103/mm ³	170–320
MPV (середній об'єм тромбоциту)	–	–	μm ³	6,5–11
PCT (тромбокрит)	–	–	%	0,1–0,5
PDW (ширина розподілення тромбоциту по об'єму)	–	–	%	10–18
Мієлоцити	1	–		
Паличкоядерні	16	3	%	1–6
Сегментоядерні	70	72	%	47–72
Еозинофіли	–	–	%	0,5–5
Базофіли	–	–	%	0–1
Лімфоцити	8	20	%	19–37
Моноцити	2	3	%	3–11
Плазматичні клітини	3	–		
ШОЕ (швидкість осідання еритроцитів)	73	52	мм/г	2–15

Anti-HBcor (вірус гепатиту В, загальні анти-тіла) від 12.06.2017: 0,11 (< 1,0 – негативний).

Anti-HCV (вірус гепатиту С) від 12.06.2017: 0,3 (< 0,9 – негативний).

Антитіла до ВІЛ (вірус імунодефіциту людини) від 12.06.2017: не виявлено.

Бактеріологічний висів крові від 12.06.2017: *Pasteurella canis*. Протокол дослідження з визначенням чутливості до препаратів додається.

Бактеріологічний висів крові від 19.06.2017: ріст м/о не виявлено.

Бактеріологічне дослідження виділень з носа від 12.06.2017: виявлено *Staphylococcus epidermidis*, помірний ріст.

Бактеріологічне дослідження виділень із зіву + чутливість до препаратів від 12.06.2017: протокол дослідження додається.

Бактеріологічне дослідження сечі від 13.06.2017: ріст мікроорганізмів не виявлено. Стул-тест на приховану кров від 15.06.2017: + (позитивний).

Бактеріологічне дослідження калу на мікрофлору від 15.06.2017: ріст патогенних бактерій родини кишкових не виявлено.

Імунограма з сироватковими імуноглобулінами G, A, M від 15.06.2017: протокол дослідження додається (табл. 3).

Бактеріологічне дослідження виділень з післяопераційної рани + визначення чутливості до препаратів від 16.06.2017: ріст мікроорганізмів не виявлено.

Результат ІГХ дослідження № 1324–1330; 1335–1336 від 22–23.06.2017: ІГХ дослідження свідчить на користь Саркоми Капоші.

Загальний аналіз крові від 27.06.2017: гемоглобін 112 г/л, еритроцити $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити $4,4 \times 10^9$ /л, тромбоцити 136×10^9 /л.

Рекомендації при госпіталізації лікаря ВБШМД (виїзної бригади швидкої медичної допомоги) від 12.06.2017: гострий тромбоз глибоких вен лівої гомілки. ЕКГ (електрокардіограма) – синусовий ритм, даних про гостре

Таблиця 2

Показники	Результат від 12.06.2017	Результат від 19.06.2017	Результат від 26.06.2017	Одиниці	Норма
Сироватка					
Загальний білок	56	56	57	г/л	65–85
Сечовина	10,9	13,3	8,9	ммоль/л	2,5–8,3
Креатинін	176	102	112	мкмоль/л	71–115
Сечова кислота	366	206	149	мкмоль/л	208–428
Калій	4,21	4,85	4,8	ммоль/л	3,5–5,5
Натрій	135	151	139	ммоль/л	132–155
Холестерин загальний	–	–	3,5	ммоль/л	3,6–5,2
Тригліцериди	–	–	1,03	ммоль/л	0,55–1,65
Білірубін загальний	45,5	17,7	15,5	мкмоль/л	8,6–20,5
Білірубін прямий	2,2	–	–	мкмоль/л	
Білірубін непрямий	43,3	17,7	15,5	мкмоль/л	
Амілаза	29	–	–	о/л	5–86
Лужна фосфатаза	83	97	99	о/л	100–290
АлАТ (аламінамінотрасфераза)	17	24	39	о/л	8–40
АсАТ (аспартагамінотрасфераза)	16	21	14	о/л	8–40
КФК	152	–	–	о/л	20–190
КФК МВ фр.	15	–	–	о/л	до 25
ГТПП (глутамилтрасфераза)	16	–	30	о/л	11–50
ЛДГ (лактатдегідрогеназа)	–	–	211	о/л	0–248
Сироваткове залізо	5,4	–	26,9	мкмоль/л	9,5–29,9
Са (кальцій загальний)	–	–	2,09	ммоль/л	2,02–2,6
Са ⁺⁺ (іонізований)	1	–	–	ммоль/л	0,85–1,25
Альбумін	37	31	34	г/л	38–51
Глюкоза	9,9	7,7	6,6	ммоль/л	3,6–6,2

Таблиця 3

Показники	Одиниці виміру	Величина	Норма
Імуноглобуліни	Ig G	г/л	10,63
	Ig A	г/л	3,48
	Ig M	г/л	0,62

порушення коронарного кровообігу і ТЕЛА (тромбоемболія легеневої артерії) не виявлено. Для достовірності чи виключення ТЕЛА рекомендовані рентгенографія органів грудної порожнини чи КТ органів грудної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням, консультація невропатолога, судинного хірурга.

Консультації спеціалістів

Невропатолог, 12.06.2017: дисциркуляторна дисметаболична гіпоксична енцефалопатія II–III ст. з вестибулоатаксічним синдромом, тромбоз глибоких вен лівої гомілки.

Рекомендовано:

МРТ головного мозку;

повторний огляд невропатолога після дообстеження.

Інфекціоніст, 12.06.2017: у пацієнта має місце тромбоз глибоких вен лівої нижньої кінцівки на фоні панцитопенії, хронічний панкреатит, стан загострення.

Рекомендовано:

бактеріологічний (БАК) висів мазка із зів, носа; БАК висів калу; БАК висів сечі; БАК висів крові на стерильність;

УЗД ОЧП, нирок, ЕхоКГ.

До лікування: враховуючи виражений палочкоядерний зсув, панцитопенію та ймовірність розвитку бактеріальних ускладнень, антибіотики широкого спектру (левофлоксацин 500 мг (100 мл) в/в крапельно), солеві розчини (трисіль, р-н Рінгера), під контролем діурезу. За необхідності повторна консультація.

Судинний хірург, 12.06.2017: у пацієнта ПТФС глибоких вен нижніх кінцівок, загострення. Функціонує кава-фільтр. Пацієнт не приймав призначену терапію (ксарелто 20 мг).

Рекомендовано:

ліжковий режим;

клексан 0,4 п/ш 2 рази на добу № 5, потім ксарелто 20 мг постійно;

еластичний трикотаж – панчохи II клас компресії;

УЗДГ контроль у динаміці.

Невропатолог, повторно 12.06.2017: ЦВХ: дисциркуляторна, дисметаболична, гіпоксична енцефалопатія II ст. Наслідки перенесеного ГПМК у ВББ (ліва гемісфера) мозочка, за даними МРТ головного мозку від 12.06.2017. ЦАС. Полінейропатія нижніх кінцівок.

Рекомендовано:

повторна консультація судинного хірурга.

Судинний хірург, повторно 12.06.2017: на момент огляду трактовано доплер, лікування судинної патології згідно з попередніми рекомендаціями.

Уролог, 12.06.2017: гіперплазія простати.

Рекомендовано:

загальний аналіз сечі;

контроль діурезу;

УЗО простати + V залишкової сечі;

у разі неможливості самостійного сечовипускання – катетеризація сечового міхура.

Нефролог, 12.06.2017: ГУН від 11.06.2017, преренальна форма, клас I.

Рекомендовано:

продовжити терапію, призначену судинним хірургом, гематологом, інфузійну терапію до 1000 мл, контроль діурезу, ЦВД, контроль лабораторних показників у динаміці.

Нейрохірург, 12.06.2017: даних про гостру вогнищеву симптоматику, що потребує нейрохірургічного лікування, на момент огляду не виявлено, хірургічне лікування не показано.

Рекомендовано:

спостереження невропатолога в динаміці.

Торакальний хірург, 13.06.2017: даних про гостру патологію ОГП не виявлено, ексудат відсутній.

Дерматолог, 13.06.2017: піогенна гранульома.

Рекомендовано:

ексцизійна біопсія з подальшим ПГД з метою виключення меланоми.

Хірург, 13.06.2017: гострий флеботромбоз глибоких вен лівої гомілки, загострення хронічного некалькульозного холециститу.

Рекомендовано:

інфузійна, дезінтоксикаційна терапія, АБ терапія;

спазмолітики;

УЗД контроль у динаміці;

за потреби повторний огляд.

Пульмонолог, 14.07.2017: на момент огляду лікуванню у пульмонолога не підлягає.

Рекомендовано:

враховуючи гіпоксемію, призначити кисневу терапію;

лікування основного захворювання.

Гастроентеролог, 14.06.2017: хронічний холецистит у стадії нестійкої ремісії.

Рекомендовано:

УЗД контроль, продовжити дезінтоксикаційну, антибіотикотерапію.

Судинний хірург, 14.06.2017: у пацієнта, за даними аналізів, ознаки розпаду тканин.

Враховуючи локальний набряк лівої гомілки, біль у м'язах лівої гомілки, відсутність набряку лівої стопи та стегна, наявність утвору лівої гомілки, рекомендовано:

МРТ м'яких тканин лівої гомілки для виключення лейосаркоми;

за можливості – біопсія утвору лівої гомілки для виключення неоплазми;

продовжити симптоматичну терапію.

Травматолог, 15.06.2017: лівобічний гонартроз, ушкодження латерального меніска лівого колінного суглоба.

Рекомендовано:

після стабілізації стану – дообстеження:

МРТ лівого колінного суглоба;

рентгенографія лівого колінного суглоба в 2-х проєкціях + під навантаженням + проба Розенберга;

подальша консультація ортопеда-травматолога з даними дообстеження.

16.06.2017 проведено ексцизійну біопсію шкіри внутрішньої поверхні лівого гомілко-ступневого суглоба. Матеріал відправлено на патогістологічне дослідження.

16.06.2017 консиліум у складі керівника центру гематології та хіміотерапії гемобластозів Л.В. Михальської, лікуючого лікаря О.В. Кіндракевич, інфекціоніста А.С. Біла-Попович, керівника центру судинної хірургії В.Б. Суботіна, керівника центру ендоскопічної та загальної хірургії І.В. Козаня, імунолога Л.С. Осіпова, лікаря ВІТ (еферентне) О.М. Яремчук, начмеда А.М. Строканя встановив: у пацієнта має місце септицемія (*Pasteurella canis*), на фоні основного МДС – триросткова цитопенія, імунодефіцит не порушений на тлі критичної лейкопенії. ПТФС глибоких вен нижніх кінцівок. Поліурична стадія преренальної гострої ниркової недостатності.

Рекомендовано продовжити лікування:

продовжити антибактеріальну терапію за схемою до 7 днів;

додати довенні імуноглобуліни 4 мл/кг 1 раз на 3 дні підряд або через день, 400 мл на введення;

метронідазол 250 мг 3 рази на добу *per os*;

флюконазол 100 мл на добу;

корекція антибактеріальної терапії після отримання результатів антибіотикограми;

БАК висів з місяця біопсії в ділянці гомілки.

Стоматолог, 16.06.2017: гострої патології на момент обстеження не виявлено.

Судинний хірург, 19.06.2017: в динаміці набряк зменшився, больовий синдром компенсований, поява висипань шкіри, вірогідно, пов'язана з інфекційним процесом.

Невропатолог, повторно 22.06.2017: стан пацієнта відносно задовільний, скарг не пред'являє, вогнищевої неврологічної патології не виявлено.

Діагноз: попередній. Лікування за листком призначень.

Судинний хірург, 26.06.2017: пацієнт переводиться на амбулаторне лікування.

Рекомендовано:

ксарелто 20 мг 1 таб. на день – 21 доба, потім 15 мг – 6 місяців;

еластичні гольфи II клас компресії;

УЗДГ контроль через 7 днів;

спостереження.

Нефролог, 27.06.2017: ГУН від 11.06.2017 клас II, преренальна форма, поліурична стадія.

Рекомендовано:

дієта стіл № 7;

канефрон 1 таб. 3 рази на добу;

нефрофіт 1 п. 2 рази на добу;

спостереження в динаміці.

Проведено лікування: дієта № 5, медрол 64 мг на добу після їжі (з 22.06), метронідазол 250 мг 3 рази на добу після їжі.

Внутрішньовенно крапельно: реосорбілакт 200,0, р-н Рінгера 400,0, оменакс 40 мг + NaCl 0,9% 50,0, солюмедрол 60,0 мг + NaCl 0,9% 200,0 (12.06–21.06), демопенем 1 гр + NaCl 0,9% 200,0 2 рази на добу о 8 і 20 год. (12.06–19.06), левофлоксацин 500,0 (19.06–26.06), інфлуган 50,0 при підвищенні температури > 38 °С, сода-буфер 100,0, флюконазол 100,0, левофлоксацин альбунорм 20% 100,0, біовен-моно 400,0 (17.06, 19.06, 21.06).

Внутрішньовенно струминно: гептрал 5,0.

Підшкірно: клексан 0,4 2 рази на добу о 10 і 22 год. (12.06–26.06), фраксипарин 0,8 (27.06), грастім 30 000 ОД, фуросемід 2,0.

Внутрішньом'язово: диклодев 3,0.

На фоні проведеної терапії стан пацієнта значно покращився, відзначено позитивну дина-

міку: зменшення набряку, відсутність болю, нормалізацію температури шкіри лівої гомілки, а також позитивні зміни в гемограмі від 27.06.2017: гемоглобін 112 г/л, еритроцити $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити $4,4 \times 10^9$ /л, тромбоцити 136×10^9 /л; нормалізація показників біохімічних проб.

Рекомендації:

нагляд терапевта, гематолога, судинного хірурга, нефролога, онколога за місцем проживання;

контроль гемограми 1 раз на 7 днів;

продовжити прийом медролу 64 мг на добу: 32 мг о 10 год. після їжі, 32 мг о 14 год. після їжі – 2 тижні, потім медрол 32 мг на добу – 2 тижні, корекція наступної дози медролу після консультації гематолога;

нольпаза 20 мг 2 рази на добу за 30 хв до їжі – ранок/вечір, під час прийому медролу;

аспаркам по 1 таб. 3 рази на добу після їжі, під час прийому медролу;

бісептол 960 мг о 15 год. після їжі – понеділок, середа, п'ятниця – 1 місяць;

ксарелто 20 мг 1 таб. на день – 21 доба, потім 15 мг – 6 місяців;

еластичні гольфи II клас компресії;

УЗДГ контроль через 7 днів з наступною консультацією судинного хірурга;

канефрон по 1 таб. 3 рази на добу – 1 місяць;

при збереженні поліурії – тест на вазопресин для виключення нецукрового діабету.

Рекомендації травматолога:

МРТ лівого колінного суглоба;

рентгенографія лівого колінного суглоба в 2-х проекціях + під навантаженням + проба Розенберга;

наступна консультація ортопеда-травматолога з даними дообстеження;

контроль імунограми із сироватковими імуноглобулінами А, G, М та контроль прокальцитоніну – 04.07.2017;

консультація онколога з приводу вперше виявленої саркоми Капоші з метою корекції лікування.

При контрольному огляді пацієнта через 7 днів:

загальний аналіз крові: прокальцитонін від 04.07.2017 – 0,184 (норма < 0,5);

сироваткові імуноглобуліни G, A, M від 04.07.2017 (табл. 4).

Таблиця 4

Показники	Одиниці виміру	Величина	Норма	
Імуноглобуліни	Ig G	г/л	12,09	7,5–15,45
	Ig A	г/л	2,04	1,25–2,5
	Ig M	г/л	1,92	0,65–1,65

Список використаних джерел

1. *Chromosomal lesions and uniparental disomy detected by SNP arrays in MDS, MDS/MPD, and MDS-derived AML* / L.P. Gondek, R. Tiu, C.L. O'Keefe et al. // *Blood*. – 2008. – № 111. – P. 1534–1542.
2. *Clinical relevance of bone marrow fibrosis and CD-34 positiv cell clusters in primary myelodysplastic syndrome* / M.G. Della Porta, L. Malcovati, E. Boveri et al. // *Clin Oncol*. – 2009. – № 27 (5). – P. 754–762.
3. *Correlation of Cytogenetic findings with morphology, clinical cours and prognosis in 2124 patients with MDS* / D. Haase, C. Steidl, J. Schanz et al. // *Blood*. – 2005. – № 106. – P. 787.
4. *Finch S.C.* Myelodysplastic syndromes (MDS): Summery, clinical and laboratory features, classification and prognosis / S.C. Finch // *Leukemia Insights*. – 2004. – P. 3–7.
5. *Immunohistochemical detection of VEGF in the bone marrow in patients with myelodysplastic syndromes correlation between VEGF expression and the FAB category* / F. Wimazal, M. Krauth, A.Vales et al. // *Leukemia and Lymphoma*. – 2006. – Vol. 47. – P. 451–460.
6. *Kulasekararaj A.G.* Recent advances in understanding the molecular pathogenesis of myelodysplastic syndromes / A.G. Kulasekararaj, A.M. Mohamedali, G.J. Mufti // *Brit Jour of Haematol*. – 2013. – № 162. – P. 587–605.
7. *Przyczyny smierci pacjentow z niskitgo ryzyka zespolami mielodysplastycznymi (LR-MDS) [електронний ре-сурс]*: Stella-Holowiecka B. – 2010. Режим доступу: http://hematoonkologia.pl/zespoly_mielodysplastyczne/news/id/223
8. *Suhardjia A.* Role of grows factors and their receptors in proliferation of microvascular endothelial cells / A. Suhardjia, H. Hoffman // *Microsc Res Tech*. – 2003. – N 60. – P. 70–75.
9. *Trauth B.C.* Cell death. Guid to Cell proliferation and Apoptosis methods / B. Trauth, J. Keeseey // *Mannheim: Boehringer Mannheim*. – 1995. – P. 34–62.
10. *Westwood N.B.* Apoptosis in myelodysplastic syndromes / N.B. Westwood, G.J. Mufti // *Curr. Hematol rep*. – 2003. – 2(3). – P. 186–192.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЕПТИЦЕМИИ У БОЛЬНОГО МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Л.В. Михальская, О.В. Киливник

Резюме. В работе приведен клинический случай пациента, который проходил лечение в центре гематологии и химиотерапии гемобластозов как известных и менее изученных патогенетических звеньев миелодиспластического синдрома.

Ключевые слова: миелодиспластический синдром, диагностические исследования, лечение, рекомендации.

Актуальность. Вследствие гетерогенности природы миелодиспластического синдрома пациенты с этой патологией имеют разную продолжительность жизни и вероятность трансформации ее в острую лейкемию. Несмотря на длительное исследование, причины возникновения болезни и факторы, способствующие ее прогрессии, остаются до конца не выясненными [4, 6].

Клинический случай. Пациент 1940 года рождения находился на стационарном лечении в центре гематологии и химиотерапии гемобластозов с 12.06.2017 по 27.06.2017.

Поступил с жалобами на выраженную общую слабость, головокружение, повышение температуры до 39 °С, боли и отек левой голени, кратковременную потерю сознания, тошноту, рвоту.

Рекомендации. Наблюдение терапевта, гематолога, сосудистого хирурга, нефролога, онколога по месту жительства. Контроль гемограммы 1 раз в 7 дней. Продолжать получать медрол 64 мг в день: 32 мг через 10 часов после еды, 32 мг через 14 часов после еды – 2 недели, затем 32 мг в день – 2 недели, коррекция последующей дозы медрола после консультации гематолога.

CLINICAL CASE OF SEPTICEMIA IN PATIENT WITH MYELOYDYSPLASTIC SYNDROME

L. Mykhalska, O. Kylivnyk

Resume. The clinical case of the patient, who was treated at the center of hematology and chemotherapy of hemoblastosis as well-known and less studied pathogenetic links of myelodysplastic syndrome, was presented in this work.

Keywords: myelodysplastic syndrome, diagnostic researches, treatment, recommendations.

Relevance. Due to the heterogeneity of the nature of the MDS, patients with this pathology have different survival rates and variability in the likelihood of transformation into acute leukemia. Despite a long study, the causes of the disease and the factors contributing to its progression remain unexplained [4, 6].

Clinical case. Patient was born in 1940, was hospitalized at the Center for Hematology and Chemotherapy of hemoblastosis 12.06.2017 to 27.06.2017.

Acted with complaints: the expressed general weakness, vertigo, temperature increase up to 39 °С, pain and edema of the left leg, short-term loss of consciousness, nausea, vomiting.

Recommendations. Supervision of the therapist, hematologist, vascular surgeon, nephrologist, oncologist at the place of residence. Gemogram control 1 time in 7 days. Continue to receive medole 64 mg per day: 32 mg in 10 hours after meals, 32 mg in 14 hours after eating – 2 weeks, then 32 mg per day – 2 weeks, correction of the subsequent dose of medole after consultation of the hematologist.

Рекомендовано до публікації:

канд. мед. наук, засл. лікар України І.С. М'ясний

Дата надходження рукопису: 26.03.2018

Михальська Лариса Василівна – лікар-гематолог, терапевт вищої категорії, керівник центру гематології та хіміотерапії гемобластозів КЛ «Феофанія» ДУС

03143, м. Київ, вул. Заболотного, 21

e-mail: hema@feofaniya.org

контактний телефон +380 (67) 769-96-60, факс (044) 259-60-02 (для кореспонденції)