

## КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ • CLINICAL OBSERVATIONS

### СУБЛЕЙКЕМИЧЕСКИЙ МИЕЛОЗ, ОСЛОЖНЕННЫЙ АМЕБНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

УДК: 616-006.448-06

Федоренко Д.А., Левчук А.Л.

#### SUBLEUKEMIC MYELOSIS, COMPLICATED BY AMEBIC PNEUMONIA

Fedorenko D.A., Levchuk A.L.

В клинику гематологии поступил 67-летний пациент со следующими клиническими проявлениями: анемия, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, синдром интоксикации, спленомегалия. В анализе крови отмечено снижение гемоглобина до 22 г/л, повышение количества тромбоцитов до  $800 \times 10^9/\text{л}$ , гипоальбуминемия.

При сборе анамнеза было установлено, что в 2005 году больному был поставлен диагноз сублейкемического миелоза, в верхней доле правого легкого выявлено образование неясного генеза. Морфологическая верификация образования не проводилась, изменения в легких трактовались как вероятное специфическое лейкоэмическое поражение.

Предшествующая терапия включала противоопухолевое лечение – гидреа, реаферон, заместительную гемотрансфузионную терапию.

Несмотря на проводимое лечение, заболевание прогрессировало: нарастала анемия, интоксикационный синдром, было отмечено увеличение образования в верхней доле правого легкого.

В клинике гематологии и клеточной терапии им. А.А. Максимова больному был поставлен предварительный диагноз:

**Основное заболевание:** сублейкемический миелоз, развернутая стадия.

**Осложнения основного заболевания:** анемия тяжелой степени, вторичный иммунодефицит, образование в S3 верхней доли правого легкого.

Дифференциальный диагноз по поводу образования в легком проводили между лейкоэмическим поражением, второй опухолью и локализованной инфекцией.

При выполнении компьютерной томографии были изучены топография и размеры (8,2x10,8x10,9 см) образования в верхней доле правого легкого. При 3-D реконструкции обследована пораженная область объемом 340 см<sup>3</sup>, не участвующая в акте дыхания.

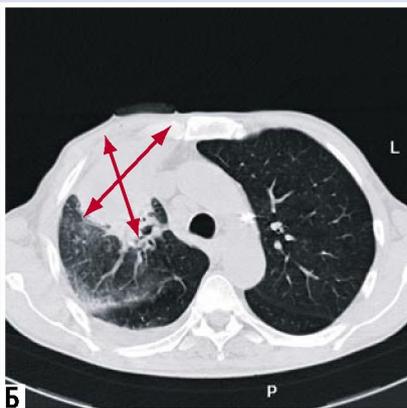
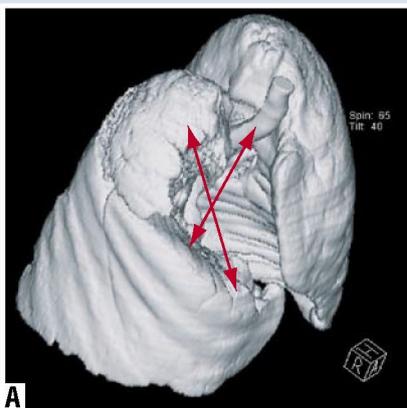


Рис. 1. А, Б. КТ органов грудной клетки (максимальные размеры указаны стрелкой)

Этапы диагностики с целью верификации природы образования включали посев мокроты, бронхоальвеолярный лаваж – патологических изменений выявлено не было. Больному выполнена чрескожная пункционная биопсия с последующим цитологическим исследованием, выявившим клетки, похожие на простейшие. Для верификации диагноза материал был направлен в специализированную лабораторию ММА им. И.М. Сеченова, где после протозоологического исследования был выставлен диагноз амёбного поражения легких.

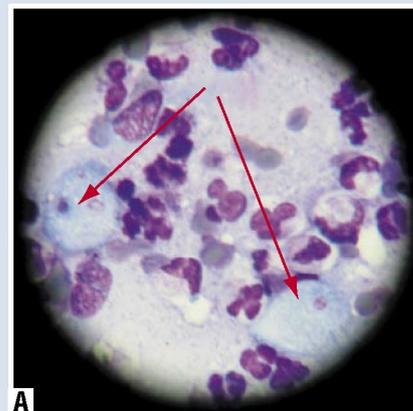


Рис. 2. А, Б. Цитологическая картина биоптата из образования в верхней доле правого легкого *Entamoeba histolytica* (показана стрелкой)

Следует отметить отрицательный эпидемиологический анамнез больного и отсутствие поражений желудочно-кишечного тракта и печени.

В результате дообследования в клинике гематологии и клеточной терапии им. А.А. Максимова был поставлен окончательный диагноз:

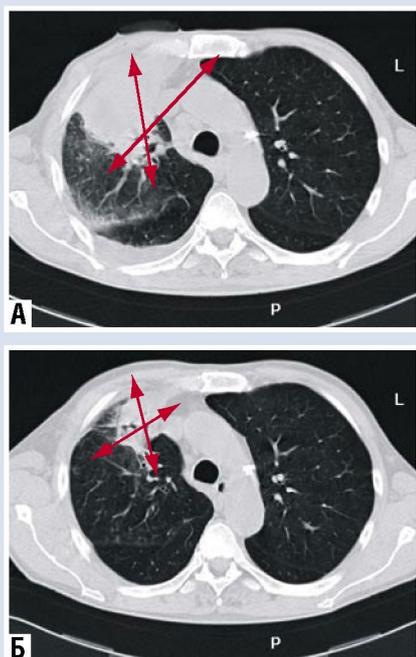
**Основное заболевание:** сублейкемический миелоз, развернутая стадия.

**Осложнения основного заболевания:** анемия тяжелой степени, вторичный иммунодефицит, внекишечный амебиаз, амебная пневмония в S3 правого легкого.

План лечения больного включал 2 этапа:

– I этап: терапия амебиаза – метронидазол (750 мг x 3 раза в день – 3 мес.); заместительная гемотранфузионная терапия.

– II этап: коррекция вторичных гематологических проявлений сублейкемического миелоза (на фоне химиорезистентности) – спленэктомия.

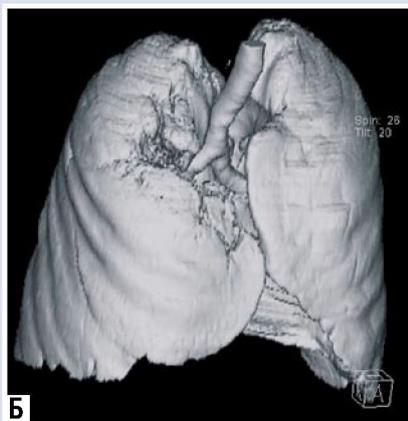
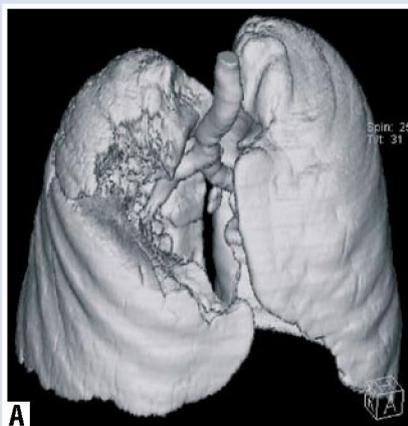


**Рис. 3.** КТ органов грудной клетки: А – До лечения (8,2x10,8x10,9 см); Б – После лечения (2,5x3,7x4,8 см)

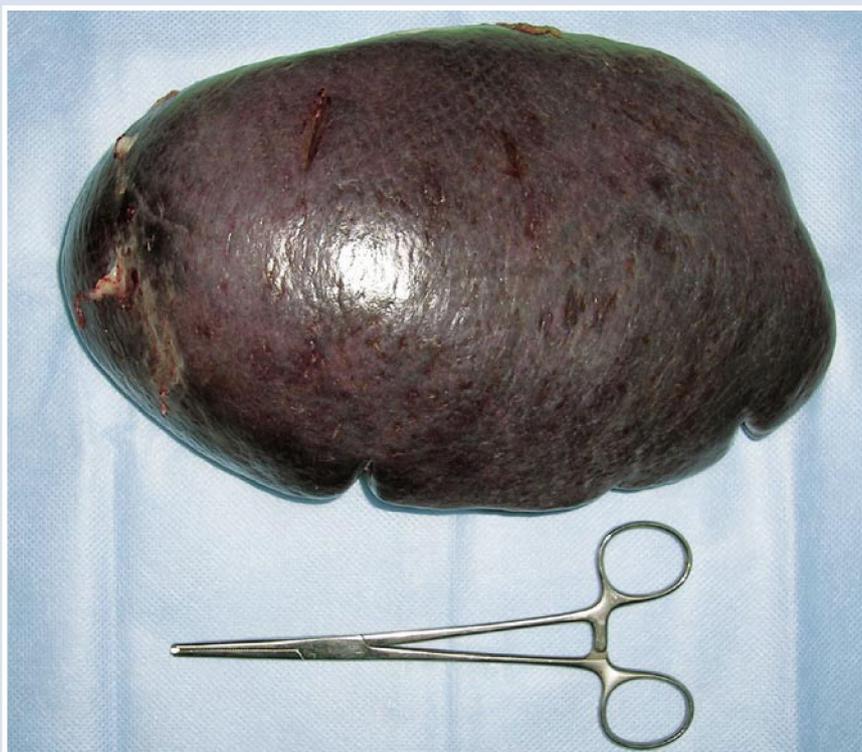
При контрольном обследовании после 3 мес. лечения с помощью компьютерной томографии зафиксировано значительное уменьшение размеров образования. При 3-D-реконструкции установлено уменьшения объема пораженной области в 5 раз.

Разрешение амебной пневмонии и успешная заместительная гемотранфузионная терапия позволили перейти к реализации задачи второго этапа лечения, в соответствии с которой, больному была выполнена спленэктомия на 2-м хирургическом отделении Пироговского Центра. Макропрепарат удаленной селезенки представлен на Рис. 5.

При обследовании через 3 мес. после спленэктомии зарегистрировано улучше-



**Рис. 4.** 3-D-реконструкция: А – до лечения ( $V=340 \text{ см}^3$ ). Б – после лечения ( $V=70,3 \text{ см}^3$ )



**Рис. 5.** Макропрепарат удаленной селезенки (21,0x9,2 см)

ние общесоматического статуса больного и положительная динамика ряда лабораторных показателей: повышение уровня гемоглобина до 98 г/л, снижение числа тромбоцитов до  $532 \times 10^9/\text{л}$ , нормализация уровня альбумина.

В большинстве случаев хронические лейкозы сопровождаются вторичным иммунодефицитом, локальными и системными инфекционными осложнениями. Однако внекишечный амебиаз относится к исключительным явлениям при данном виде патологии.

### Контактная информация

Федоренко Д.А.  
Национальный медико-хирургический Центр  
им. Н.И. Пирогова  
105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, 70  
den\_f76@mail.ru