

# СЛУЧАЙ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТКИ С НЕХОДЖКИНСКОЙ ЛИМФОМОЙ

Пялина О.О., 442А группа,  
научный руководитель Хостелиди С.Н.,  
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия.



## Актуальность

В последние годы увеличилась распространенность ПП у ВИЧ-негативных пациентов. У ВИЧ-негативных больных пневмоцистная пневмония протекает более остро, с быстрым нарастанием дыхательной недостаточности, более частым развитием спонтанного пневмоторакса и других осложнений, а также более высокой летальностью (30-50%).

Цель этого сообщения – привлечь дополнительное внимание врачей к данной когорте больных для своевременной диагностики и терапии ПП.

## Методы

Представлен клинический случай пневмоцистной пневмонии, у пациентки с неходжкинской лимфомой. Для постановки диагноза пневмоцистоза использовали критерии EORTC/MSG (Европейской организации по изучению и лечению рака/ группы исследующей микозы Национального института аллергологии и инфекционных заболеваний (NIAID) США) 2020 г.

## Описание клинического случая

Пациентка Ч. 37 лет, госпитализирована 01.02.2021 на отделение онкогематологии №1 ЛОКБ с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, головокружение при физической нагрузке и в вертикальном положении, головные боли и тошноту, онемение стоп, выраженную общую слабость. Данные жалобы отмечала с 29.01.2021 г. Самостоятельно принимала анальгетики с кратковременным клиническим эффектом. При измерении сатурации pO<sub>2</sub>-83%. Обратилась к врачу по месту жительства и была направлена в ЛОКБ.

В июле 2017 г. - диагностировали фолликулярную лимфому со смешанным типом роста, Grade 3a. В октябре 2017 г. - диагностировали неходжкинскую лимфому (НХЛ) IIIA степени с вовлечением шейных, подмышечных, паховых, бедренных, медиастинальных, абдоминальных, парааортальных, подвздошных л/узлов. С 24.10.17 г. провели 3 курса полихимиотерапии (ПХТ) R-COP, но в связи с недостаточным эффектом от проводимого лечения (сохранились увеличенные в размерах бедренные лимфоузлы) с декабря 2017 г. провели ПХТ R-CHOP, по результатам которой была достигнута частичная ПЭТ-негативная ремиссия. С марта 2018 г. до августа 2019 г. больная получала инфузии ритуксимаба. С мая 2020 г. - появление отеков и увеличение шейных лимфоузлов.

## Описание клинического случая

В июле 2020 г. выявили анасарку, асцит, генерализованную лимфоаденопатию, в связи с чем экстренно госпитализировали. 04.08.2020 г. ввели ритуксимаб и далее провели курс циторедуктивной терапии COP с положительным эффектом (уменьшение лимфоаденопатии, уменьшения анасарки и одышки).

В постцитостатическом периоде появился кашель, одышка, нарастающая слабость, повышение температуры тела до 39.0 С (10.08.2020 г.). По данным ПЦР выявили новую коронавирусную инфекцию COVID-19. На КТ легких: двусторонняя внебольничная пневмония (60% поражения). Госпитализация в инфекционное отделение ЛОКБ с 12.08.2020 г. по 13.10.2020 г. Получала антибиотики (левофлоксацин, цефепим), антимикотики (флуконазол), инфузионную терапию, антикоагулянты, глюкокортикостероиды (дексаметазон по схеме) и однократно тоцилизумаб 14.08.2020. С 15.08.2020 по 29.09.2020 находилась в ОРИТ. 03.09.2020 диагностировали катетерассоциированный сепсис, обусловленный *Acinetobacter baumannii* и *Candida auris*, инфекционно-токсический шок. Проводили антибиотикотерапию (имепинем), антимикотическую терапию (вориконазол), инфузионную терапию, антикоагулянты. С 05.10.2020 посевы крови и ЦВК были отрицательные. Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

В декабре 2020 г. больной продолжили лечение лимфомы: провели 3 курса ПХТ G-CVP (обинутузумаб, циклофосфан, винкристин, преднизолон) с клиническим эффектом (уменьшение размеров периферических узлов более чем на 50%). В январе 2021 г. больную выписали из стационара в удовлетворительном состоянии. Данная госпитализация через неделю после выписки, в связи с острым ухудшением состояния.

При осмотре - состояние средней тяжести. Сознание ясное. Лимфоузлы увеличены до 1-2 см. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое, в средних и нижних отделах с обеих сторон — крепитация. ЧДД - 24 в минуту. Пульс ритмичный. Тоны сердца ясные. ЧСС-120 ударов в минуту, АД-105/60 мм рт.ст. Дыхание самостоятельное затрудненно, одышка уменьшается при подаче увлажненного кислорода.

При поступлении в крови: лейкоциты 4,01\*10<sup>9</sup>/л, нейтрофилы-41.9%, лимфоциты - 38.7% ; АСТ-48 Ед/л, общий белок-58.4 г/л, СРБ-8.76 мг/л, ЛДГ-541 Ед/л. Исследование pO<sub>2</sub> - 21 мм рт.ст. Оксиметрия sO<sub>2</sub>- 26%. При неоднократном обследовании маркеры ВИЧ не обнаружены.

## Описание клинического случая

На КТ органов грудной полости (01.02.2021 г): двусторонние интерстициальные изменения обоих лёгких (как проявление полисегментарной пневмонии на фоне существовавших пневмофиброзных изменений), выраженная отрицательная динамика по сравнению с данными от 14.01.2021 г. (рис. 1).

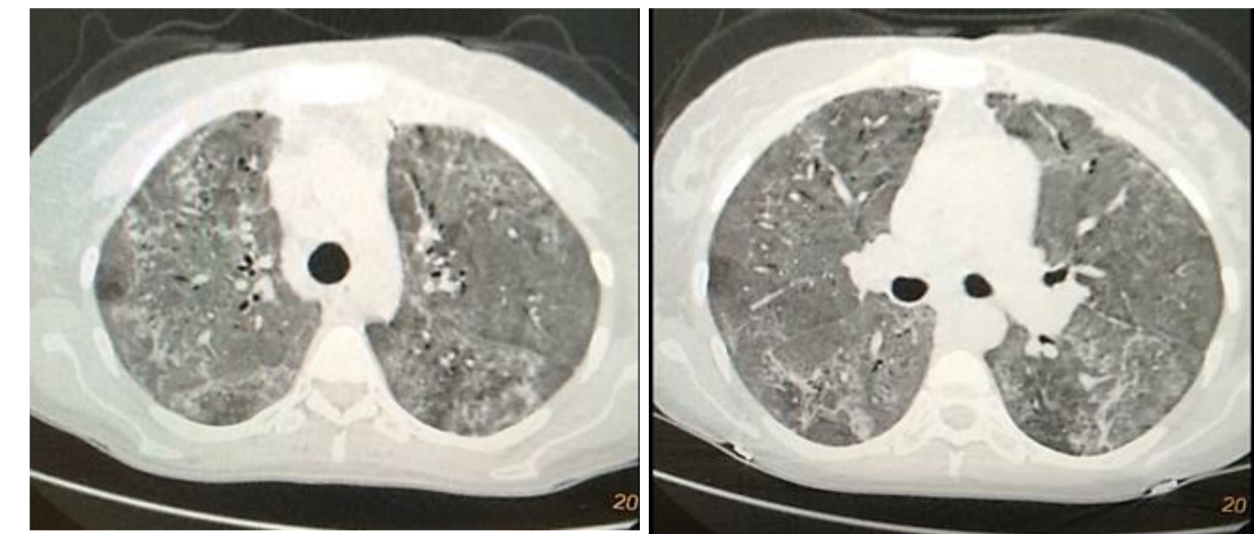


Рис.1. КТ органов грудной полости от 01.02.2021

На основании клинической симптоматики, лабораторных данных и инструментального обследования заподозрили пневмоцистную пневмонию и начали терапию ко-тримоксазолом в дозе 15 мг/кг/сутки внутривенно капельно с клиническим эффектом в первые же сутки (уменьшение одышки, снижение потребности в O<sub>2</sub>).

При исследовании БАЛ (03.02.2021): тест на гатактоманнан отрицательный (индекс оптической плотности 0.3), тест на *Pneumocystis jirovecii* – положительный.

По данным иммунограммы: CD4+ - 3,326 (72%), В-лимфоциты (CD19+CD3-) - 0,009↓, NK (естественные киллеры) (CD3-CD56+) - 0,032↓. Таким образом, диагноз пневмоцистная пневмония был подтвержден и лечение ко-тримоксазолом было продолжено в прежней дозе до 21 дня. По данным КТ – частично восстановление пневматизации обоих легких с уменьшением плотности интерстициальных изменений, увеличенные аксиллярные и внутригрудные лимфатические узлы.

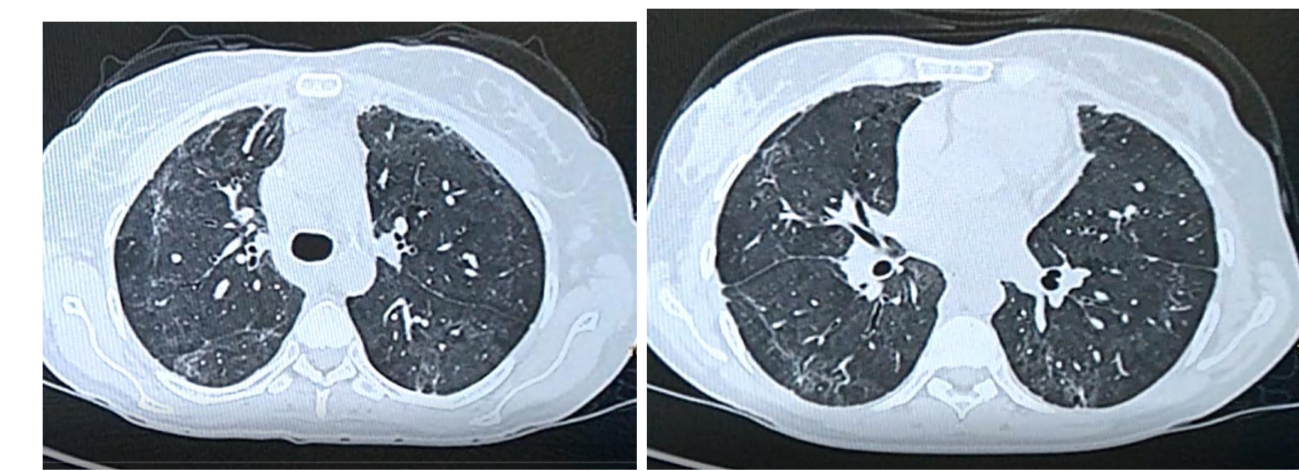


Рис.2. КТ органов грудной полости от 11.02.2021

## Выводы

Представленный клинический случай, демонстрирует, что у больных неходжкинской лимфомой может развиваться пневмония, обусловленная *Pneumocystis jirovecii*, на фоне проводимой цитостатической терапии, что требует большей настороженности врачей, а также рассмотрение вопроса о возможном назначении первичной профилактики пневмоцистоза у больных НХЛ в период иммуносупрессивной терапии.