



Первый Санкт-Петербургский  
государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова

**Коваль Владимир Владимирович, 01.08.1990. г.р.**

Находился в блоке ХТ и ТКМ при онкологических и аутоиммунных заболеваниях с 06.07 по 22.07.2022.

**Основное заболевание:** Рассеянный склероз, первично-прогрессирующее течение (достоверный по критериям McDonald 2017 год). EDSS 2,0. Аферез ПГСК от 20.07.2022 г. ( $0,29 \cdot 10^6/\text{кг}$  CD34+).

Стаж заболевания составляет 2 года. В 2020 году на фоне полного благополучия стал отмечать ощущение «дрожжи» в нижних конечностях, отметил появление тяжести в нижних конечностях при длительной ходьбе. За медицинской помощью сразу не обратился, какого-либо лечения не получал. В 2021 году отмечает ухудшение состояния в виде присоединения «дрожжи» в туловище, верхних конечностях. С февраля 2022 года отметил нарастание тяжести в ногах, что привело к сокращению продолжительности непрерывной ходьбы до 20 минут, в связи с чем самостоятельно выполнил МРТ головного мозга (09.02.2022 г.), где выявлено более 10 перивентрикулярных, 1 юксткортикальный, 3 инфратенториальных очага соответствующие характеристикам воспалительной демиелинизации. Консультирован неврологом в ГЦРС 02.03.2022 г., рекомендовано дообследование с целью постановки диагноза. 14.03.2022 г. пациенту проведена диагностическая люмбальная пункция, по результатам которой определен 2 патологический тип синтеза олигоклонального IgG, отмечено повышение основного белка миелина в ЦСЖ до 8,54 нг/мл ( $N < 1,0$ ), а также свободных лямбда- (1,02 мкг/мл) и каппа-цепей (0,80 мкг/мл) в ЦСЖ. Выполнил МРТ спинного мозга с контрастным усилением от 16.03.2022 г., где выявлена картина интрамедуллярных очагов демиелинизации в спинном мозге на уровне C1-C2, C4, C5-C7, Th1-Th2, Th11-Th12, вне обострения. Диагностирован ППРС. На момент осмотра сохраняются жалобы на «дрожание» нижних конечностей и тяжесть в ногах.

Госпитализирован в отделение химиотерапии и ТКМ ПСПбГМУ для проведения мобилизации и афереза ПГСК. В рамках хемомобилизации ГСК 08.07.2022 г. в/в введен циклофосфамид  $4000 \text{ мг}/\text{м}^2$  (8000 мг), перенес удовлетворительно. С 13.07 по 21.07.2022 г. в рамках мобилизации ГСК проводилась стимуляция Г-КСФ филграстимом 5 мкг/кг/сутки. 20.07.2022 г. проведен сеанс афереза ПГСК: забрано  $0,29 \cdot 10^6/\text{кг}$  CD45+CD34+. 21.07.2022 г. по результатам количественного определения ГСК в периферической крови – 4,08 кл/мкл.

Учитывая недостаточное количество CD34+ в периферической крови на фоне продолжающейся мобилизации ГСК от повторной попытки проведения афереза ПГСК в данную госпитализацию было принято решение отказаться, ввиду нецелесообразности.

Принимая во внимание неудовлетворительную клеточность трансплантата по итогам афереза, принято решение о проведении дополнительного афереза гемопоэтических стволовых клеток через 1-2 месяца, на фоне предшествующей хемомобилизации ГСК с применением плериксафора с последующим обсуждением вопроса о возможности проведения ВИСТ-аутоПГСК.

По причине отсутствия на снабжении клиник федерального подчинения препарата плериксафор пациенту, вероятно, следует приобрести его в частном порядке перед следующей госпитализацией.

Стоимость процедуры ВИСТ-аутоПГСК с аферезом ПГСК согласно реестра ПСПбГМУ остается прежней (1.400.000 руб.).

Рекомендовано:

- госпитализация в блок ХТ и ТКМ ориентировочно через 1-2 месяца для проведения мобилизации (на плериксафоре) и афереза ПГСК.

25.07.2022 г.

Руководитель отделения химиотерапии и ТКМ при онкологических и аутоиммунных заболеваниях, доцент кафедры неврологии ПСПбГМУ им. И.П.Павлова, к.м.н.

Полушин А.Ю.

