



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

Урванцева Елена Борисовна, 14.01.1981 г.р.

Находилась в блоке ХТ и ТКМ при онкологических и аутоиммунных заболеваниях с 23.11.21 по 09.12.21.

Основное заболевание: Рассеянный склероз, вторично-прогрессирующее течение (достоверный по критериям McDonald 2017 год). EDSS 4,5. Аферез ПГСК от 02-03.12.2021 г. ($0,95 \cdot 10^6/\text{кг}$ CD34+).

Стаж заболевания составляет 11 лет. В 2010 г. на фоне полного благополучия отметила эпизоды несистемного головокружения; терапевтом по месту жительства данные жалобы трактовались в рамках артериальной гипотензии. В 2011 году отметила присоединение слабости в нижних конечностях, шаткость походки, изменение подчёрка, подергивание мышц левой половины лица. Рекомендовано выполнение МРТ головного мозга, где выявлены очаги демиелинизации. Направлена в ГЦРС по месту жительства, где диагностирован РРРС. Инициирована терапия ПИТРС 1 линии (копаксон). В 2012 году ухудшение состояния в виде появления дрожания головы. В 2014 году зафиксировано очередное обострение в виде появления тремора в правой верхней конечности при движениях, с постепенным прогрессированием до невозможности удержания предметов в руке. В связи с неэффективностью выбранной терапии (копаксон), в 2015 году было принято решение о смене терапии ПИТРС на высокодозные интерфероны (инфибета). В период до 2019 года отмечает отрицательную динамику состояния в виде присоединения тремора в левой верхней конечности, нарастания тремора головы (2017 год) и нарастания тремора в верхних конечностях с присоединением тремора верхней половины туловища (2019 год). В связи с этим в мае 2019 года проходила стационарное лечение в ИМЧ РАН, где в ходе лечения отмечена положительная динамика, рекомендовано возобновление терапии ПИТРС (инфибета). В 2020 году отмечает прогрессирование симптомов, нарастание тремора головы, туловища, конечностей, в связи с чем было принято решение о переходе на 2 линию ПИТРС (Окрелизумаб). В 2021 году на фоне применения анти-В-клеточной терапии отмечает прогрессирование дрожательных феноменов, присоединение слабости в левой нижней конечности при длительной физической нагрузке, подволакивание левой стопы при ходьбе.

Госпитализирована в отделение химиотерапии и ТКМ ПСПбГМУ для эскалации терапии после проведения мобилизации и афереза ПГСК. С 28.11 по 03.12.2021 г. в рамках мобилизации ГСК проводилась стимуляция Г-КСФ филграстимом $10 \text{ мкг}/\text{кг}/\text{сутки}$:

02.12.2021 г. проведен первый сеанс афереза ПГСК: забрано $0,62 \cdot 10^6/\text{кг}$ CD45+CD34+;

03.12.2021 г. проведен второй сеанс афереза ПГСК: забрано $0,33 \cdot 10^6/\text{кг}$ CD45+CD34+.

За два дня афереза ПГСК суммарно было забрано и криоконсервировано $0,95 \cdot 10^6/\text{кг}$ CD45+CD34+.

Принимая во внимание неудовлетворительную клеточность трансплантата по итогам двух попыток афереза, пациентка консультирована директором НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой д.м.н., профессором Кулагиным А.Д., 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-аутоТГСК.

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

Стоимость процедуры ВИСТ-аутоТГСК с аферезом ПГСК согласно реестра ПСПбГМУ остается прежней (1.300.000 руб.).

Рекомендовано:

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

22.12.2021 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.

