

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Adult obstructive sleep apnoea / A. Jordan, D. McSharry, A. Malhotra // *Lancet*. – 2014. – Vol. 383, N 9918. – P. 736-747.
2. ATS Statement: Guidelines for the Six — Minute Walk Test // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* — 2002. — Vol. 166. — P. 111–117.
3. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure / P. Ponikowski, A. Voors, S. Anker [et al.]. // *Eur. Heart J.* – 2016. – Vol. 37. – P. 2129–2200.
4. Gladden J. Heart failure with preserved ejection fraction / J. Gladden, W. Linke, M. Redfield // *Eur. J. Physiol.* – 2014. – Vol. 466, N 6. – P. 1037-1053.
5. International Classification of Sleep Disorders 2 and American Academy of Sleep Medicine Practice Parameters for Central Sleep Apnea / M. Mansukhani, B. Kolla, K. Ramar [et al.] // *Sleep Med. Clinics*. – 2014. – Vol. 9, N 1. – P. 1-11.
6. Masked Hypertension and Morning Blood Pressure Surge in Patients with Obstructive Sleep Apnea Syndrome / S. Miyata, A. Noda, H. Otake [et al.] // *Journal of Sleep Disorders: Treatment and Care*. – 2016. – № 05(01). Режим доступу: [http://www.scitechnol.com/peer-review/masked-hypertension-and-morning-blood-pressure-surge-in-patients-with-obstructive-sleep-apnea-syndrome-DEbH.php?article\\_id=4614](http://www.scitechnol.com/peer-review/masked-hypertension-and-morning-blood-pressure-surge-in-patients-with-obstructive-sleep-apnea-syndrome-DEbH.php?article_id=4614).
7. Wang Zhang. Obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) and hypertension: Pathogenic mechanisms and possible therapeutic approaches / Wang Zhang, Liang-yi si // *Upsala J. Medical Sciences*. – 2012. – Vol. 117, N 4. – P. 370-382.

## REFERENCES

1. Jordan A, McSharry D, Malhotra A. Adult obstructive sleep apnoea. *The Lancet*. 2014;383(9918):736-47. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60734-5
2. ATS Statement. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2002;166(1):111-7. doi: 10.1164/ajrcem.166.1.at1102
3. Ponikowski P, Voors A, Anker S, Bueno H, Cleland J, Coats A, Falk V, González-Juanatey J, Harjola V, Jankowska E, Jessup M, Linde C, Nihoyannopoulos P, Parissis J, Pieske B, Riley J, Rosano G, Ruilope L, Ruschitzka F, Rutten F, van der Meer P. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*. 2016;37(27):2129-200.
4. Gladden J, Linke W, Redfield M. Heart failure with preserved ejection fraction. *Pflügers Archiv – European Journal of Physiology*. 2014;466(6):1037-53. doi: 10.1007/s00424-014-1480-8
5. Mansukhani M, Kolla B, Ramar K. International Classification of Sleep Disorders 2 and American Academy of Sleep Medicine Practice Parameters for Central Sleep Apnea. *Sleep Medicine Clinics*. 2014;9(1):1-11.
6. Miyata S, Noda A, Otake H, Yasuda Y. Masked Hypertension and Morning Blood Pressure Surge in Patients with Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *J Sleep Disor: Treat Care* 5:1; 2016. doi: 10.4172/2325-9639.1000168
7. Zhang W, Si L. Obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) and hypertension: Pathogenic mechanisms and possible therapeutic approaches. *Upsala Journal of Medical Sciences*. 2012;117(4):370-82. doi: 10.3109/03009734.2012.707253



УДК 614:253.2-055:616-006.44-036

**І.В. Василевська**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
кафедра сімейної медицини ФПО  
(зав. – д. мед. н., доц. І.Л. Височина)  
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна  
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»  
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine  
e-mail: [simed.dnepr@gmail.com](mailto:simed.dnepr@gmail.com)

**Ключові слова:** неходжкінська лімфома, фебрильна нейтропенія, медичний супровід онкологічних хворих, клінічне спостереження

**Key words:** non-Hodgkin's lymphoma, febrile neutropenia, medical support of cancer patients, clinical observation

[https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.1\(part2\).126934](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.1(part2).126934)

## НЕХОДЖКІНСЬКА ЛІМФОМА В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ (клінічне спостереження)

**Реферат. Неходжкінська лимфома в практиці сімейного лікаря (клінічне спостереження). Василевська І.В.** Представлено клінічне спостереження по проблемі встановлення онкологічного діагнозу сімейним лікарем, маршрута направлення к лікарю-онкологю для проведення специфічного лікування з подальшою роботою в бригадній команді та медичним супроводом в міжкурсовий період хіміотерапевтичного лікування з метою запобігання та своєчасного усунування побічних ефектів та ускладнень.

**Abstract. Non-Hodgkin's lymphoma in the practice of the family doctor (clinical observation). Vasylevska I.V.** There is presented a clinical observation on the problem of establishing an oncological diagnosis by a family doctor, the route to a doctor-oncologist for specific treatment with subsequent work in the brigade team and medical support during the course of chemotherapy for the prevention and timely elimination of side effects and complications.

Проблема лікування хворих на лімфоми – одна з найактуальніших у сучасній онкогематології. Неходжкінські лімфоми - онкологічне захворювання, яке виникає в лімфоїдних клітинах паростків кровотворення. Неходжкінська форма захворювання більш поширена, ніж ходжкінська; фахівці розподіляють її за кодом МКБ-10 на С82 фолікулярну і С83 дифузну лімфому, кожна з них розподіляється ще на кілька підкласів (дифузна В-клітинна; фолікулярна; клітин мантийної тканини; Беркїтта; периферична Т-клітинна; шкірна Т-клітин) [3]. Кількість пацієнтів з лімфомою, які перебували на обліку в Національному канцер-реєстрі України на кінець 2011 р., становила 27 413 (12520 з неходжкінської лімфомою та 14893 – лімфома Ходжкіна) [1].

Для представлення клінічного випадку діагностики та наступного ведення неходжкінської лімфоми отримане інформована згода пацієнта для можливості цієї публікації.

У грудні 2017 р. на кафедрі сімейної медицини ФПО ДЗ «ДМА» звернувся хворий Ш., 48 років, зі скаргами на значну слабкість, втрату маси тіла до 10 кг за декілька місяців, утруднення ковтання.

З анамнезу уточнено, що оскільки пацієнт вважав себе здоровою людиною, то під наглядом сімейного лікаря не знаходився. Перші ознаки захворювання з'явилися ще 5 місяців тому у вигляді періодичного порушення ковтання на тлі стресових ситуацій, що сам хворий розцінив як прояви гастро-езофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ).

Згідно з алгоритмом обстеження недослідженої диспепсії з наявністю симптомів «немотивована прогресуюча втрата маси тіла» та «прогресуюча дисфагія», які належать до симптомів «червоних прапорів» («тривожних ознак») (Наказ МОЗ від 03.08.2012 № 600 УКП первинної медичної допомоги «Диспепсія») [2], пацієнту терміново було призначено ФЕГДС з біопсією, яку виконано на другий же день в одному з приватних медичних центрів міста з отриманням

висновку про захворювання шлунка з переходом на стравохід.

Хворий був консультований хірургом для визначення можливості хірургічного лікування, за рекомендацією якого одразу ж було виконане комп'ютерне дослідження органів грудної та черевної порожнини, яке виявило ст кардіального відділу шлунку з поширенням на нижню третину стравоходу, малу і велику кривизну, з інфільтрацією лівої ніжки діафрагми, з неможливістю виключення проростання в селезінку, лівий наднирник, з поширенням на ліву нирку, мтс у лімфатичні вузли середостіння, за очеревинні лімфовузли, ознаки лівостороннього гідротораксу. Такий висновок виключав варіант хірургічного лікування.

Після виконання повторного ФЕГДС з відеозаписом пацієнт був оглянутий у консультативній поліклініці ДЗ "Інститут гастроентерології НАМН України", де консилиумом спеціалістів ендоскопістів та патоморфологів було висловлено припущення про наявність аденокарциноми. Обстеження продовжено на базі онкологічного центру КЗ «МБКЛ № 4 ДОР». Розглядалися варіанти діагнозів гастроаденокарциноми, гастроінтестинальної стромальної пухлини шлунка та лімфоми. Дослідження онкомаркерів РЕА (<0,20 нг/мл), СА-19-9 (4 нг/мл) та СА-72-4 (2,52 од/мл) виключило аденокарциному. В ендоскопічному відділенні цього ж лікувального закладу було проведено вже третє ФЕГДС дослідження, під час якого вдалось здійснити глибокий забір біопсійного матеріалу, що дозволило провести якісне імуногістохімічне дослідження та верифікувати дифузну В-клітинну крупноклітинну лімфому, негермогенний (non-GSB) тип.

Таким чином, наполегливе обстеження терміном понад місяць допомогло встановити остаточний діагноз та приступити до специфічного досить складного хіміотерапевтичного лікування за стандартною схемою (R-СНОР), яка передбачає 6-8 курсів.

Сімейним лікарям необхідно знати, що в міжкурсові періоди хіміотерапії такі хворі знаходяться під їх наглядом. У цей час можливі прояви побічних ефектів хіміотерапії, які дуже тяжко перебігають. Одним зі складних проявів є злаякісна фебрильна нейтропенія (загрозливий стан, раптово і гостро розвивається у хворих зі зниженням числа циркулюючих у крові абсолютної кількості нейтрофілів нижче 500 на кубічний мм) з клінічними проявами різкої слабкості, підйомів температури вище 38°C, проливного поту, тахікардії, гіпотензії, що потребує диференційної діагностики з інфекційними та серцево-судинними захворюваннями. Крім того, можливі системні ураження, пов'язані з імуносупресією (ентероколіти, тромбози, ураження слизових оболонок та ін.) Необхідно регулярно виконувати дослідження загального аналізу крові (3-5-7-9 день), оскільки можливе критичне зниження лейкоцитів, для запобігання якого використовують гормонотерапію та колонієстимулюючі препарати (філстим, грастим, теваграстим, зарсіо та ін.), а також знати показання для скерування таких пацієнтів до стаціонарного лікування. Напередодні наступного курсу хіміотерапії призначають біохімічне дослідження (печінковий комплекс) та ЕКГ.

#### ВИСНОВКИ

1. Сімейний лікар повинен здійснювати щорічний моніторинг стану здоров'я всіх осіб, які знаходяться в нього на обліку, та інформувати

пацієнтів, що зверталися за медичною допомогою, про необхідні дії під час перших проявів погіршення стану.

2. Чітке виконання алгоритму обстеження хворих відповідно до чинної нормативної документації дозволяє в короткий термін верифікувати діагноз неходжкінської лімфоми та своєчасно скерувати пацієнтів до лікаря-онколога.

3. Лікарі загальної практики – сімейні лікарі під час протипухлинного лікування хворих повинні сприяти виконанню рекомендацій спеціалістів, працювати в бригадній команді з онкологами та вузькими спеціалістами, здійснювати медичний супровід для діагностики можливих ускладнень, своєчасного їх усунення та забезпечення належної паліативної допомоги.

4. Розгляд цього клінічного випадку зумовлений бажанням акцентувати увагу щодо зазначеної проблеми та ґрунтується на базі наказу МОЗ України від 08.10.2013 № 866 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при неходжкінських лімфомах та лімфомі Ходжкіна», Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Неходжкінські лімфоми та лімфома Ходжкіна», де чітко прописано, що лікарі загальної практики – сімейні лікарі відіграють ключову роль в організації раннього (своєчасного) виявлення лімфом.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Неходжкінські лімфоми та лімфома Ходжкіна: Наказ МОЗ України від 08.10.2013 № 866

2. Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги "Диспепсія": Наказ МОЗ України від 03.08.2012 № 600

3. <http://limfamed.ru/bolezni/nehodzhinskie/limfoma-cto-eto-takoe.html>

### REFERENCES

1. [Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 08.10.2013 N 866 "Nehodzhkinsky lymphoma and Hodgkin's lymphoma"]. 2013.

2. [Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 03.08.2012 N 600 Unified clinical protocol of primary care "Dyspepsia"]. 2012.

3. [Internet]. Available from: <http://limfamed.ru/bolezni/nehodzhinskie/limfoma-cto-eto-takoe.html>

