

3. COVID-19-ассоциированный артериальный тромбоз/ Неъматзода О, Гаибов АД, Калмыков ЕЛ и др.//Вестник Авиценны. - 2021. - 23(1). - С 85-94.
4. Potential Effects of Coronaviruses on the Cardiovascular System: A Review/M. Madjid, P. Safavi-Naeini, S.D. Solomon, et al./ JAMA Cardiol. Published online March 27, 2020.
5. Панченко Е.П., Балахонова Т.В., Данилов Н.М. Диагностика и лечение тромбоэмболии легочной артерии: клинические рекомендации Евразийской ассоциации кардиологов для практических врачей. Евразийский кардиологический журнал. - 2021- С 44-77.
6. Mahmoud B. Malas et al. Thromboembolism risk of COVID-19 is high and associated with a higher risk of mortality: A systematic review and meta-analysis. - Lancet 1- 2020.
7. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2021.

Сведения об авторах

Г.Р. Садыева – врач-пульмонолог

П.К. Цаплина – студент

Е.В. Прасолова – студент

В.А. Миронов – доктор медицинских наук, профессор

Information about the authors

G.R. Sadyeva – pulmonologist

P.K. Tsaplina – student

E.V. Prasolova – student

V.A. Mironov – Doctor of Science (Medicine), Professor

УДК: 616.155.392.2

ОСТРЫЙ ЛИМФОБЛАСТНЫЙ ЛЕЙКОЗ, IVB (ЛЕЙКОЗ/ЛИМФОМА БЁРКИТТА) НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ COVID-19: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Елизавета Андреевна Сакрюкина¹, Анна Валерьевна Акимова², Вячеслав Львович Думан³

^{1,2,3}ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Екатеринбург, Россия

¹sakryukina@mail.ru

Аннотация

Введение. Описываются клинические случаи возникновения серьезных осложнений у пациентов с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) на фоне ВИЧ-инфекции при заражении COVID-19. **Цель исследования** - выявить взаимосвязь осложнений у пациентов с ОЛЛ на фоне ВИЧ-инфекции при заражении НКВИ. **Материалы и методы.** Клинический случай пациентки с ОЛЛ, IVB (лейкоз/лимфомаБёркитта) на фоне ВИЧ-инфекции новой коронавирусной инфекцией. **Результаты.** Проанализирован случай госпитализации пациентки с ОЛЛ, IVB (лейкоз/лимфомаБёркитта) на фоне

ВИЧ-инфекции и НКВИ, рассмотрена эффективность терапии и динамика повреждения легких и возникновения осложнений. **Обсуждение.** Онкологические пациенты более восприимчивы к инфекциям из-за системного иммуносупрессивного состояния, вызванного злокачественными новообразованиями и противоопухолевой терапией. **Выводы.** Пациенты, получающие химиотерапию и инфицированные любыми вирусными инфекциями, подвержены риску серьезных осложнений. **Ключевые слова:** коронавирусная инфекция, острый лимфобластный лейкоз, ВИЧ-инфекция, лимфомаБёркитта.

ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA, IVB (LEUKEMIA/BURKITT'S LYMPHOMA) WITH HIV INFECTION AND COVID-19 INFECTION: CLINICAL CASE.

Elizaveta A. Sakryukina¹, Anna V. Akimova², Vyacheslav L. Duman³
^{1,2,3}Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

¹sakryukina@mail.ru

Abstract

Introduction. Clinical cases of serious complications in patients with acute lymphoblastic leukemia (ALL) on the background of HIV infection with COVID-19 infection are described. **The aim of the study** - identify the interaction of complications in patients with ALL on the background of HIV infection with COVID-19 infection. **Materials and methods.** A clinical case of a patient with ALL, IV B (leukemia/ Burkitt's lymphoma) on the background of HIV infection and new coronavirus infection. **Results.** The case of hospitalization of the patient with ALL and NKVI was analyzed, the effectiveness of the therapy and the dynamics of lung injury and complications. were considered. **Discussion.** Oncological patients are more susceptible to infections due to a systemic immunosuppressive state caused by malignant neoplasms and antitumor therapy. **Conclusions.** Patients receiving chemotherapy and infected with any viral infections are at risk of serious complications.

Keywords: coronavirus infection, acute lymphoblastic leukemia, HIV-infection, Burkitt's lymphoma.

ВВЕДЕНИЕ

Острый лимфобластный лейкоз — злокачественное заболевание системы кроветворения, характеризующееся неконтролируемой пролиферацией незрелых лимфоидных клеток (лимфобластов)[1].

ЛимфомаБёркитта – опухоль высокой степени злокачественности, относящаяся к группе неходжкинскихлимфом. Первичный очаг может локализоваться не только в лимфоузлах, но и в различных органах и тканях. Характерен агрессивный местный рост и быстрое метастазирование опухоли [2].

Отмечается стойкая взаимосвязь между химиотерапией, проведенной в течение предшествующих 14 дней, и тяжелыми последствиями инфекции COVID-19. Хотя эти данные ограничены, можно утверждать, что у пациентов с

активной формой COVID-19 противоопухолевая терапия должна быть отложена, так как продолжение лечения может привести к дальнейшей иммуносупрессии [3].

Согласно международным рекомендациям, все специфическое противоопухолевое лечение у онкологических и гематологических пациентов с COVID-19 приостанавливается, включая таргетную терапию и химиотерапию. Лечение возобновляется, когда тест на COVID-19 будет отрицательным [4].

Цель исследования – выявить взаимосвязь осложнений у пациентов с ООЛ на фоне ВИЧ-инфекции при заражении COVID-19.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был описан и проанализирован клинический случай пациентки с острым лимфобластным лейкозом, IVB (лейкоз/лимфомаБёркитта) на фоне ВИЧ-инфекции и НКВИ. На основе добровольного информированного согласия пациентки использованы методы сбора жалоб, анамнеза, терапевтического осмотра, анализа данных медицинской документации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентка К., 34 года, доставлена в неотложном порядке в ГКБ №40 06.11.2021 переводом из ОКБ №1 с жалобами на кашель с прозрачной мокротой, повышение температуры тела до 37,6°C, общую слабость. Из анамнеза известно, что с 2012 г. установлен диагноз ВИЧ-инфекции. Уровень CD4 от 05.10.2021 – 167. С сентября 2021 г. диагностирован острый лимфобластный лейкоз, IVB (лейкоз/лимфомаБёркитта) с поражением желудка (Рисунок 1). С 25.10.2021 находилась на лечении в отделении гематологии, химиотерапии и трансплантации костного мозга (онкогематологии и ТКМ) ОКБ№1. С 27.10 по 31.10.21 г. проведён курс паллиативной химиотерапии винкристином, адриабластином, эндоксаном и этопозидом (ПХТ СНОЕР). В связи с контактом пациентки по COVID-19 от 05.11.2021 г. курс ПХТ прерван. 05.11.2021 появился кашель, подъем температуры до 38,5°C. Взят мазок на COVID-19 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) — положительный от 06.11.2021. Сделана компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки 06.11.2021 - поражение легких 6%: единичные двусторонние, субплевральные уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла», в том числе с консолидацией (Рисунок 2).

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная, влажная. Тургор снижен. Лимфоузлы шейные, подчелюстные увеличены, температура тела 37,6 °С. При аускультации: дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. SpO₂=97% на кислороде. Гемодинамика стабильная. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД 110/70 мм рт.ст. ЧСС 80 уд/мин. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 12(2)х10х9 см. Селезенка 8х9см. Диурез, стул в норме.

ЭКГ: синусовый ритм. ЧСС 78 уд/мин.

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения паренхимы печени, размеры долей 129 и 57 мм, площадь селезенки 38 см². Гепатоспленомегалия. Лимфаденопатии не выявлено.

Был выставлен диагноз: ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний (4Б стадия), высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) с 10.2021 г. Острый лимфобластный лейкоз, IVB (лейкоз/лимфомаБёркитта), с поражением лимфоузлов шеи, аксиллярных, забрюшинного пространства, брюшной полости, малого таза, левого легкого, плевры справа, печени, поджелудочной железы, желудка, кишечника, костного мозга, костей скелета (с сентября 2021 г.)

Программа лечения лимфомыБеркиттас 4 последовательными блоками А-С-А-С (ЛБ-М-04) (Блок А) от октября 2021 г., улучшение. Прогрессия от 25.10.2021 г. (гиперлейкоцитоз, опухоль в брюшной полости). Нейролейкоз с вовлечением глазодвигательных нервов. Курс СНОЕР с 27.10.2021 по 31.10.2021 гг. Агранулоцитоз. Апластическая анемия тяжелой степени тяжести. Тромбоцитопения тяжелой степени тяжести.

Новая коронавирусная инфекция SARS-COVID-19, вирус идентифицирован (06.11.2021), двусторонняя интерстициальная пневмония КТ-1 (6%).

Назначена терапия: ацикловир 500 мг 3 раза в день внутривенно (в/в), цефипим 2000 мг 2 раза в день в/в, флуконазол 200 мг 1 раз в день в/в, омепразол 20 мг 2 раза в сутки, микстура от кашля 1 ст.л. 3 раза в сутки внутрь. Кислородная поддержка при необходимости. Продолжить прием Филграстима по 300 мкг п/к 1 р/д, до уровня нейтрофилов 1000/мкл в общем анализе крови. При уровне гемоглобина (Hb) менее 80 г/л – заместительные трансфузии эритроцитарной взвеси по 2 дозы через день, до уровня гемоглобина 90-100 г/л. При уровне тромбоцитов менее $20 \times 10^9/\text{л}$ – заместительные трансфузии тромбоконцентратов.

По результатам обследования в общем анализе крови выявлена панцитопения (эритроциты $3,03 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты $0,20 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты $69 \times 10^9/\text{л}$), лимфоцитопения (лимфоциты $0,10 \times 10^9/\text{л}$), анемия тяжелой степени тяжести (гемоглобин 77 г/л). В биохимическом анализе крови: мочевины 13,5 ммоль/л, креатинин 106 мкмоль/л, С-реактивный белок 111,7 мг/л, лактатдегидрогеназа 532 Ед/л. В общем анализе мочи: протеинурия 0,30 г/л, эритроцитурия 25 мг/л. При бактериологическом анализе мочи: выделены *Enterococcus faecium* 10^3 КОЕ/мл.

Рекомендовано скорректировать ранее проведенную терапию. После отмены цефипима назначен бисептол 480 мг 1 раз в день per os, тиенам 1000 мг 4 раза в день в/в, дексаметазон 12 мг 2 раза в день в/в, ацикловир 500 мг 3 раза в день в/в, Флуконазол 200 мг 1 раз в день в/в.

На фоне терапии состояние пациентки улучшилось. Она провела в инфекционном стационаре 14 дней, после чего в удовлетворительном состоянии с отрицательным ПЦР-мазком была переведена обратно в ОКБ №1 для дальнейшего лечения острого лимфобластного лейкоза.

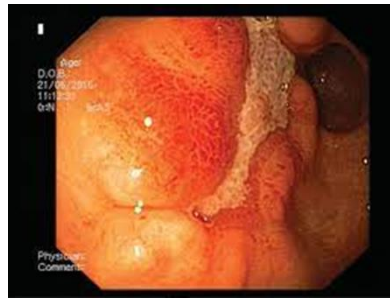


Рис. 1. Эндоскопическая картина желудка: лимфома Беркитта

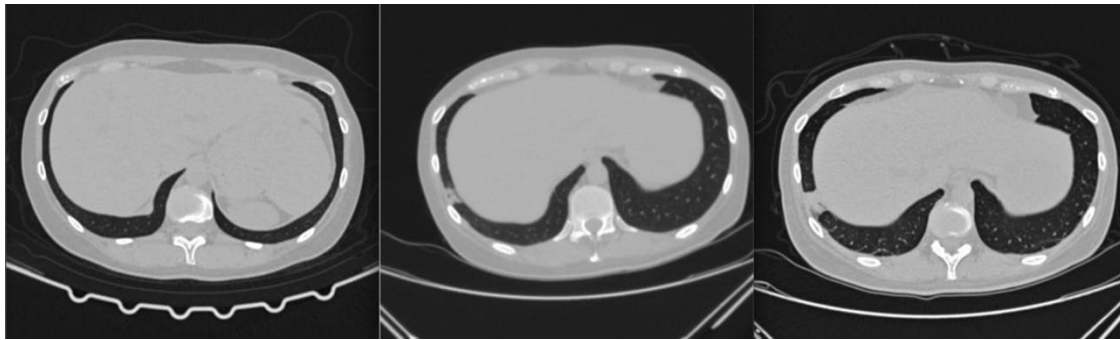


Рис. 2. КТ ОГК от 25.09.21, 26.10.21, 06.11.21. Отрицательная динамика интерстициальной пневмонии, появление ателектаза справа

ОБСУЖДЕНИЕ

Онкологические пациенты более восприимчивы к инфекциям из-за системного иммуносупрессивного состояния, вызванного злокачественными новообразованиями и противоопухолевой терапией. Многие виды лекарственного лечения (химиотерапия) вызывают лейкопению (осложняясь в некоторых случаях фебрильной нейтропенией) и лимфопению. Некоторые лекарства непосредственно повышают риск инфекций, оказывая иммуносупрессивное действие (например, mTOR ингибиторы).

Также в опасности пациенты, находящиеся на активном лечении любого типа рака, и пациенты, которым проведена трансплантация костного мозга. Под активным лечением обычно понимают хирургическое вмешательство, лучевую терапию, химиотерапию.

Лимфопения является распространенным признаком у пациентов с COVID-19 и может быть критическим фактором, связанным с тяжестью заболевания и смертностью.

ВЫВОДЫ

1. Пациенты, получающие химиотерапию и инфицированные любыми вирусными инфекциями, подвержены риску серьезных осложнений, таких как пневмония, острый респираторный дистресс-синдром, дыхательная недостаточность.

2. При ведении онкологических пациентов, зараженных COVID-19, должны учитываться модифицируемые параметры: индивидуальный риск инфицирования, тяжесть и распространенность онкологического процесса, сопутствующие заболевания, возраст и персонализированный подход в схемах лечения. В сложившейся ситуации врачу необходимо тщательно взвешивать

коэффициент риска/пользы при проведении хирургического, лекарственного (нео)адьювантного и паллиативного лечения у онкологических пациентов.

3. Вакцинация пациентов с заболеванием крови, в особенности с вовлечением лейкоцитов/лимфоцитов противопоказана.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Клинические рекомендации. Острые лимфобластные лейкозы. Год утверждения 2020. – 120 с.
2. Клинические рекомендации. Агрессивные нефолликулярные лимфомы – диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома, первичная медиастинальная В-клеточная лимфома, лимфома Беркитта. Год утверждения 2020. – 102 с.
3. P. Grivas et al. Association of clinical factors and recent anticancer therapy with COVID-19 severity among patients with cancer: a report from the COVID-19 and Cancer Consortium. *Annals of Oncology*. - 2021.
4. You B, Ravaud A, Canivet A, et al. The official French guidelines to protect patients with cancer against SARS-CoV-2 infection. *The Lancet Oncology*. - 2020.

Сведения об авторах

Е.А. Сакрюкина – студент

А.В. Акимова – кандидат медицинских наук, доцент

В.Л. Думан – доктор медицинских наук, доцент

Information about the authors

E. A. Sakryukina – student

A.V. Akimova – Candidate of Science (Medicine), Associate Professor

V. L. Duman – Doctor of Science (Medicine), Associate Professor

УДК: 616-08-039.73

ПРИМЕНЕНИЕ КРЕАТИНФОСФАТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПЕРИОД ПОСТГОСПИТАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Дмитрий Андреевич Семькин¹, Вадим Петрович Михин²

^{1,2}ФГБОУ «Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

¹dimass_2111@mail.ru

Аннотация

Введение. Многочисленные клинические исследования подтвердили целесообразность использования цитопротекторов в качестве адьювантной терапии при ХСН и инфаркте миокарда в остром периоде и в периоде реабилитации. **Цель исследования** – определить влияние креатинфосфата (КФ) на толерантность к физической нагрузке, систолическую и диастолическую функции левого желудочка у больных перенесших инфаркт миокарда с подъемом ST в период постгоспитальной реабилитации. **Материалы и методы.** В исследовании выполнено открытое рандомизированное клиническое исследование эффективности креатинфосфата в комплексной терапии больных