

Клинический случай COVID-19 у пациента с лимфомой Ходжкина

Д. А. Малашенко¹, <https://orcid.org/0009-0001-1528-1189>, Daha_@inbox.ru

Ж. Б. Понежева², <https://orcid.org/0000-0002-6539-4878>, doktorim@mail.ru

А. Н. Турапова², <https://orcid.org/0000-0002-2893-0854>, alyaspid@gmail.com

Е. П. Родионов^{1, 3}, <https://orcid.org/0000-0002-3852-8877>, dr.rodionov@gmail.com

А. А. Плоскирева², <https://orcid.org/0000-0002-3612-1889>, Scopus: 56848285800, antonina@ploskireva.com

М. А. Магомедов^{4, 5}, <https://orcid.org/0000-0002-1972-7336>, mma16@bk.ru

Н. Г. Бурда⁶, <https://orcid.org/0000-0002-3987-9986>, burda1971@mail.ru

И. И. Цветаев¹, <https://orcid.org/0009-0006-0139-6571>, tsvetaev@hotmail.com

Т. А. Трубина¹, <https://orcid.org/0009-0000-4784-1788>, trubina.t@gmail.com

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы Государственная клиническая больница имени С. П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы; 125284, Россия, Москва, 2-й Боткинский проезд, 5

² Федеральное бюджетное учреждение науки Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора; 111123, Россия, Москва, ул. Новогиреевская, 3а

³ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения Российской Федерации; 125993, Россия, Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1

⁴ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, 1

⁵ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы Государственная клиническая больница № 1 имени Н. И. Пирогова Департамента здравоохранения города Москвы; 119049, Россия, Москва, Ленинский проспект, 8

⁶ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского; 129110, Россия, Москва, ул. Щепкина, 61/2

Резюме

Введение. В настоящее время инфекция, вызванная вирусом *SARS-CoV-2*, является одной из самых актуальных проблем инфекционной патологии. Общее число заболевших новой коронавирусной инфекцией в Российской Федерации превысило 22 млн, из которых более 398 тысяч случаев завершились летальным исходом. На борьбу с пандемией коронавируса были брошены все ресурсы здравоохранения, что сказалось на качестве медицинской помощи для пациентов с другими заболеваниями. За время пандемии накоплены данные об особенностях течения инфекции COVID-19, клинические проявления которой вариабельны: от бессимптомного течения до развития массивного поражения легких и острого респираторного дистресс-синдрома. Факторами риска тяжелого течения COVID-19 являются возраст старше 60 лет, коморбидный фон, в том числе иммунодефицитные состояния. Онкогематологические заболевания ассоциированы с наивысшим риском смерти от COVID-19. Особенную опасность представляет развитие инфекции COVID-19 в интервале времени менее 14 дней от проведения курса противоопухолевой терапии. Лимфома Ходжкина представляет собой локализованную или диссеминированную пролиферацию клеток лимфоретикулярной системы, которая может поражать лимфатические узлы, селезенку, печень или костный мозг. Вследствие прогрессирующей недостаточности клеточного и гуморального иммунитета основной патологии, а также подавляющего иммунный ответ лечения такие пациенты имеют высокий риск заражения *SARS-CoV-2*, тяжелого течения. **Цель работы.** В представленной статье описан клинический случай COVID-19 с развитием тяжелого респираторного дистресс-синдрома на фоне критического поражения легочной ткани у иммуносупрессивного пациента.

Результаты. Описана динамика состояния пациента на фоне респираторной поддержки, приведены лабораторные показатели на фоне лечения. Несмотря на высокую летальность среди пациентов с онкогематологией в связи с ранее проведенной иммуносупрессивной и токсической терапией, исход заболевания у данного пациента являлся благоприятным благодаря своевременному выявлению *SARS-CoV-2*, госпитализации в стационар, а также корректной тактике лечения пациента.

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция COVID-19, лимфома Ходжкина, острый респираторный дистресс-синдром. **Для цитирования:** Малашенко Д. А., Понежева Ж. Б., Турапова А. Н., Родионов Е. П., Плоскирева А. А., Магомедов М. А., Бурда Н. Г., Цветаев И. И., Трубина Т. А. Клинический случай COVID-19 у пациента с лимфомой Ходжкина. Лечащий Врач. 2023; 7-8 (26): 99-104. <https://doi.org/10.51793/OS.2023.26.8.015>

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Clinical case of COVID-19 in a patient with Hodgkin's lymphoma

Darya A. Malashenko¹, <https://orcid.org/0009-0001-1528-1189>, Daha_@inbox.ru

Zhanna B. Ponezheva², <https://orcid.org/0000-0002-6539-4878>, doktorim@mail.ru

Aleksandra N. Turapova², <https://orcid.org/0000-0002-2893-0854>, alyaspid@gmail.com

Evgeny P. Rodionov^{1,3}, <https://orcid.org/0000-0002-3852-8877>, dr.rodionov@gmail.com

Antonina A. Ploskireva², <https://orcid.org/0000-0002-3612>, Scopus: 56848285800, antonina@ploskireva.com

Marat A. Magomedov^{4,5}, <https://orcid.org/0000-0002-1972-7336>, mma16@bk.ru

Natalia G. Burda⁶, <https://orcid.org/0000-0002-3987-9986>, burda1971@mail.ru

Ivan I. Tsvetaev¹, <https://orcid.org/0009-0006-0139-6571>, tsvetaev@hotmail.com

Tatyana A. Trubina¹, <https://orcid.org/0009-0000-4784-1788>, trubina.t@gmail.com

¹ State Budgetary Healthcare Institution of the City of Moscow S. P. Botkin State Clinical Hospital of the Department of Health of the City of Moscow; 5 2nd Botkinskiy Proezd, Moscow, 125284, Russia

² Federal Budgetary Institution of Science Central Research Institute of Epidemiology of Rospotrebnadzor, Russian Inspectorate for the Protection of Consumer Rights and Human Well-Being; 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russia

³ Federal State Budgetary Educational Institution of Additional Professional Education Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2/1 b. 1 Barrikadnaya str., Moscow, 125993, Russia

⁴ Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education N. I. Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 1 Ostrovityanova str., Moscow, 117997, Russia

⁵ State Budgetary Healthcare Institution of the City of Moscow N. I. Pirogov State Clinical Hospital No. 1 of the Department of Health of the City of Moscow; 8 Leninsky Prospekt, Moscow, 119049, Russia

⁶ State Budgetary Healthcare Institution of the Moscow Region Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirovsky; 61/2 Shchepkina str., Moscow, 129110, Russia

Abstract

Background. At present, infection caused by the *SARS-CoV-2* virus is one of the most urgent problems of infectious pathology. The total number of cases of a new coronavirus infection in the Russian Federation exceeded 22 million, of which more than 398 thousand cases were fatal. All resources of the healthcare organizations around the world were thrown into the fight against the coronavirus pandemic, which affected the quality of medical care for patients with other diseases. During the pandemic, data have been accumulated on the peculiarities of the course of COVID-19 infection, the clinical manifestations of which are variable: from an asymptomatic course to the development of massive lung damage and acute respiratory distress syndrome. Risk factors for severe COVID-19 are age over 60 years, comorbid background, including immunodeficiency conditions. Oncohematological diseases are associated with the highest risk of death from COVID-19. A particular danger is the development of COVID-19 infection in a time interval of less than 14 days from the course of antitumor therapy. Hodgkin's lymphoma is a localized or disseminated proliferation of cells of the lymphoreticular system, which can affect the lymph nodes, spleen, liver or bone marrow. Due to the progressive insufficiency of cellular and humoral immunity of the underlying pathology, as well as suppressing the immune response of treatment, such patients have a high risk of infection with *SARS-CoV-2*, severe course.

Objective. The present article describes a clinical case of COVID-19 with the development of severe respiratory distress syndrome against the background of a critical lesion of the lung tissue in an immunosuppressive patient.

Results. The dynamics of the patient's condition against the background of respiratory support is described, and laboratory parameters during treatment are given. Despite the high mortality among patients with oncohematology, in connection with the previous immunosuppressive and toxic therapy, the outcome of the disease in this patient was favorable due to the timely detection of *SARS-CoV-2*, hospitalization in the hospital, as well as the correct tactics of treating the patient.

Keywords: COVID-19, Hodgkin's lymphoma, acute respiratory distress syndrome.

For citation: Malashenko D. A., Ponezheva Zh. B., Turapova A. N., Rodionov E. P., Ploskireva A. A., Magomedov M. A., Burda N. G., Tsvetaev I. I., Trubina T. A. Clinical case of COVID-19 in a patient with Hodgkin's lymphoma. *Lechaschi Vrach.* 2023; 7-8 (26): 99-104. <https://doi.org/10.51793/OS.2023.26.8.015> (In Russ.)

Conflict of interests. Not declared.

Пандемия COVID-19, унесшая миллионы жизней, остается одной из основных проблем в области здравоохранения на протяжении последних лет. Общее число заболевших новой коронавирусной инфекцией (НКИ) превысило 680 млн, в том числе в Российской Федерации – свыше 22 млн, из которых более 398 тысяч случаев завершились летальным исходом [1]. Клинические проявления COVID-19 варьируют

от бессимптомного течения до развития массивного поражения легких и острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) [2-4]. Развитие острой дыхательной недостаточности (ОДН) у пациентов с COVID-19 приводит к росту потребности в кислородной поддержке. Факторами риска развития ОДН, по данным исследования, являются мужской пол, возраст старше 60 лет, сопутствующая патология – сахарный диабет (СД), онкологические

заболевания и иммунодефицитные состояния [5].

Непростая ситуация складывается среди гематологических пациентов, так как во всех регистрах онкогематологические и гематологические заболевания ассоциированы с наивысшим риском смерти от COVID-19. Группа таких пациентов имеет высокий риск заражения *SARS-CoV-2* с перспективой тяжелого течения вследствие характера основной патологии и лечения, подав-

ляющего иммунный ответ. У пациентов данной категории в 2-3 раза чаще встречается тяжелое течение НКИ, смертность составляет около 20% [6-8].

Клинический случай

Пациент Ф., 36 лет, поступил в приемное отделение ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ) по скорой медицинской помощи (СМП) 23.09.2021 г. с жалобами на общую слабость, малопродуктивный кашель, одышку при незначительной физической нагрузке.

При поступлении осмотрен ответственным реаниматологом, выявлена десатурация до 79%, частота дыхательных движений (ЧДД) – 25 в минуту, выраженный цианоз лица и шеи, температура тела – 38,7 °С, гемодинамика стабильная, артериальное давление (АД) – 156/84 мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) – 108 ударов в минуту. По тяжести состояния принято решение о немедленном переводе пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Из анамнеза известно, что пациент переведен из частного медицинского центра, где проходил лечение по поводу НКИ с двусторонней полисегментарной пневмонией. Со слов пациента, заболел он остро 16.09.2021 г., когда впервые отметил повышение температуры до 39 °С и анксию. 19.09.2021 г. обратился в частный медицинский центр, где при обследовании выявлены положительный экспресс-тест на COVID-19 и двусторонняя пневмония (25-50% поражения) по данным компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК). Пациенту назначили антибактериальную (Роцефин – 2,0 г + азитромицин – 500 мг в сутки) и антикоагулянтную (Клексан – 0,8 мл подкожно 1 раз в сутки) терапию, глюкокортикостероиды (ГКС дексаметазон – 24 мг в сутки). Проводилась низкопоточная оксигенация через лицевую маску с потоком 15 л в минуту. Несмотря на проводимую терапию состояние пациента ухудшалось, нарастала ДН в виде десатурации (SpO₂ – 80-84%) на прежних параметрах респираторной поддержки, в связи с чем переведен в ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ для дальнейшего лечения и обследования.

Из анамнеза жизни следует, что пациент страдает лимфомой Ходжкина III AS стадии с поражением шейных узлов и средостения. Ремиссия составляет 7 лет. Аллергологический анамнез не отягощен. Инфекционные забо-

левания, контакт с инфекционными больными отрицает. Выезд за пределы территории постоянного проживания за последние 6 месяцев отрицает. Не вакцинирован от НКИ.

При поступлении в ОРИТ состояние расценивалось как тяжелое за счет ДН. Шкала динамической оценки органной недостаточности (SOFA) – 5 баллов. Система классификации острых функциональных и хронических изменений в состоянии здоровья II (APACHE II) – 9 баллов. Оценка степени тяжести пневмонии по шкалам SMART-COP и CURB-65 – по 1 баллу, PADUA – 2 балла, NEWS – 7 баллов, GCS – 15 баллов. Сознание ясное, ориентирован в пространстве и времени, собственной личности. Отмечался цианоз кожных покровов. Температура тела – 39,8 °С. Пациент уложен в prone-позицию, начата респираторная поддержка – высокопоточная оксигенация с параметрами FiO₂ – 90%, скоростью потока – 80 литров в минуту. Динамика респираторных показателей на протяжении госпитализации представлена на рис. 1. ЧДД – 26 в минуту, SpO₂ –

93%. Респираторный индекс – 212. АД – 178/85 мм рт. ст. По монитору: ритм синусовый, отмечается тахикардия, ЧСС – 101 уд./мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

При лабораторном обследовании выявлены выраженные лейкоцитоз и лимфопения, С-реактивный белок (СРБ) – 103 мг/л, значимое повышение уровней лактатдегидрогеназы (ЛДГ), ферритина, интерлейкина-6 (ИЛ-6). Динамика респираторных показателей на протяжении госпитализации представлена на рис. 1. Динамика лабораторных показателей на протяжении госпитализации представлена на рис. 2 и в табл. 1 и 2.

При проведении КТ ОГК 23.09.2021 г. выявлены участки уплотнений легочной ткани по типу матового стекла с признаками ретикулярных изменений (в правом легком – 85%, в левом – 90%), слева в нижней доле в базальных сегментах зона консолидации в виде присоединения бактериальной флоры (КТ4).

Пациенту назначена биологическая (левилимаб – 324 мг подкожно, затем

Таблица 1
Динамика параметров биохимического анализа крови [таблица составлена авторами] / Dynamics of parameters of biochemical blood analysis [table compiled by the authors]

Дата	СРБ, мг/л	ЛДГ, ЕД/л	Ферритин, мг/л	ИЛ-6, пг/мл	Креатинин, мкмоль/л	Мочевина, мкмоль/л
23.09	103	953	1440	158	68	6,2
24.09	52,3	1000	1246	83,6	65	5,7
25.09	125,6	729	1107	45,2	280	20,4
27.09	6,37	758	1670	31,7	272,5	21,9
30.09	0,86	554	870	22,4	173	24,2
04.10	0,82	509	412	18,7	129	15,4
07.10	0,73	479	403	12,4	122	10,8
12.10	0,43	423	322	5,8	106	6,2

Таблица 2
Динамика некоторых параметров коагулограммы [таблица составлена авторами] / Dynamics of some parameters of the coagulogram [table compiled by the authors]

Дата	АЧТВ, сек	Д-димер, мг/л	Фибриноген, г/л
23.09	34,3	2493	6,09
24.09	31,1	593	7,3
25.09	29,3	6217	4,8
27.09	30,2	2493	4,17
30.09	31,4	2517	4,07
04.10	31,6	1845	4,24
07.10	27	1296	2,8
12.10	33,9	741	3,3



Рис. 1. Динамика респираторных показателей [составлено авторами] / Dynamics of respiratory indicators [compiled by the authors]

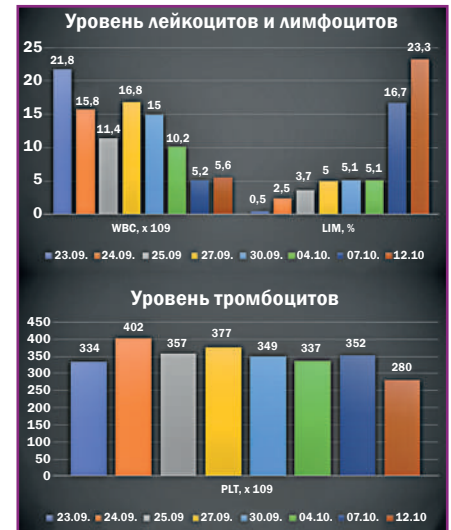


Рис. 2. Динамика уровней тромбоцитов, лейкоцитов и лимфоцитов [составлено авторами] / Dynamics of platelet, leukocyte and lymphocyte levels [compiled by the authors]

повторное введение левелимаба — 648 мг внутривенно), противовирусная (ремдесивир — 200 мг 1 раз в сутки), антикоагулянтная (эноксапарин натрия — 8000 анти-ХА МЕ 2 раза в сутки) терапия, ГКС (в первые сутки дексаметазон — 12 мг, затем — 8 мг в сутки).

На вторые сутки госпитализации отмечалась отрицательная динамика за счет нарастания клиники церебральной ДН. По уровню сознания — умеренное оглушение, по Шкале комы Глазго (ШКГ) — 13 баллов, что соответствует состоянию глубокой оглушенности. Оценки по шкалам SOFA — 6, APACHE II — 23, NEWS — 12 баллов. Отмечается гипоксическая энцефалопатия с проявлением выраженного психомоторного возбуждения. По шкале RASS — +3 балла. Двигательного дефицита нет. Пациент в положении пронапозиции. Кожные покровы цианотичные, наблюдается их мраморность. Температура тела — 38,9 °С. Произошла стойкая десатурация до 74%, ЧДД — 45 уд./мин, снижение респираторного индекса до 126.

Пациент переведен на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) аппаратом «Mindrey» в режиме APRV с параметрами НРАР — 30 мбар, T_{нрар} — 5 сек, LРАР — 0 мбар, T_{лрар} — 0,5 сек, FiO₂ — 80%, на этом фоне SpO₂ — 98-99%. Гемодинамика нестабильная, начато непрерывное введение симпатомиметиков: норадrenalин — 0,7 мкг/кг/в мин. По монитору: синусовая тахикардия, ЧСС — 112 уд./мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Диурез сохранен. Каждые 6 часов происходил контроль артериальных газов крови, выявляе-

но нарастание гиперкапнии (pCO₂ — 78 мм рт. ст.), снижение индекса оксигенации до 86,4 и сатурации — до 85%. Комплаенс легких равен 17. Было принято решение о смене режима ИВЛ и углублении медикаментозной седации. Выбран режим ИВЛ — ViPAP с параметрами вентиляции FiO₂ — 80%, РЕЕР — 9 мбар, V — 550 мл/мин, F — 18/мин, Thigh — 1,4 с. При контрольном исследовании артериальных показателей кислотно-щелочного состояния крови отмечались уменьшение гиперкапнии (pCO₂ — 61 мм рт. ст.) и подъем сатурации до 94%.

На 6-й день нахождения в реанимационном отделении после стабилизации состояния прекращено проведение медикаментозной седации. Положение пациента — пронапозиция. SOFA — 6, APACHE II — 24. Уровень сознания — глубокая оглушенность. Пациент полностью дезориентирован. Пытается выполнять простые команды. Отмечается реакция на болевой раздражитель. Фотореакция сохранена. Кожные покровы физиологической окраски, теплые, нормальной влажности. Температура тела — 37,9 °С. Продолжается ИВЛ с параметрами СРАР: Ps — 14 мбар, FiO₂ — 50%, РЕЕР — 9 мбар, SpO₂ — 92-94%. Гемодинамика стабильная. АД — 145/78 мм рт. ст. По монитору отмечается синусовая тахикардия, ЧСС — 95 уд./мин. Питание по назогастральному зонду усваивает. Живот мягкий, безболезненный. Диурез по уретральному катетеру сохранен. Темп диуреза — более 50 мл в час. Произведена коррекция антибактериальной терапии согласно резуль-

татам бактериального посева мокроты (*Klebsiella pneumoniae* — 10⁶ КОЕ/мл): имипенем (0,5 г) + циластатин (0,5 г) 4 раза в сутки внутривенно инфузوما- том, линезолид — 600 мг 2 раза в сутки внутривенно капельно. Также с учетом результатов бактериального посева мочи (*Candida albicans* 10* КОЕ/мл) добавлены антимикотические препараты (каспофунгин — 70 мг внутривенно 1 раз в сутки с последующей эскалацией дозировки до 50 мг в сутки).

В последующие дни наблюдения в условиях реанимации пациент оставался стабильным, отмечалась положительная динамика. На 10-е сутки пациент переведен с ИВЛ на низкопоточную респираторную поддержку увлажненным кислородом через лицевую маску с потоком 6-8 л/мин. Десатурации не наблюдалось. По данным КТ ОГК отмечается положительная динамика картины полисегментарной двусторонней вирусно-бактериальной пневмонии (КТ2-3).

04.10.2021 г. пациента перевели в терапевтическое отделение в состоянии средней степени тяжести для дальнейшего лечения. SOFA — 0, APACHE II — 8, ШКГ — 15 баллов. Ориентирован во времени, собственной личности и пространстве. Дыхание самостоятельное, через естественные дыхательные пути с подачей увлажненного кислорода с потоком 6-8 л/мин. На этом фоне ЧДД — 18 в мин, SpO₂ — 95%. Гемодинамика стабильная. АД — 133/75 мм рт. ст. По монитору отмечается синусовый

ритм, ЧСС – 74 уд./мин. Питание самостоятельное. Живот мягкий, безболезненный. Удален уретральный катетер. Диурез самостоятельный, сохранен.

08.10.2021 г. при ультразвуковом исследовании (УЗИ) вен верхних конечностей выявлены признаки неокклюзирующего тромбоза правой внутренней яремной вены (ВЯВ) с флотацией фрагмента тромба. По данным УЗИ глубоких вен нижних конечностей на протяжении всей госпитализации признаков патологии не выявлено на момент осмотра.

На фоне терапии была достигнута положительная динамика. КТ ОГК от 11.10.2021 г. – фаза полного регресса воспалительных изменений. 12.10.2022 г. пациент выписан из стационара под наблюдение специалистов поликлиники по месту жительства.

После окончания лечения состояние удовлетворительное. NEWS – 1, SOFA – 0, APACHE II – 6 баллов. Не лихорадит. Сознание ясное, ориентирован во времени, собственной личности и пространстве. Менингеальных и очаговых неврологических симптомов нет.

Кожные покровы физиологической окраски, теплые, нормальной влажности. Тургор кожи сохранен. Температура тела – 36,8 °С. Дыхание самостоятельное, на атмосферном воздухе, ЧДД – 16 в мин, SpO₂ – 96%. Индекс оксигенации – 358. Гемодинамика стабильная. АД – 142/78 мм рт. ст. По монитору отмечается синусовый ритм, ЧСС – 76 уд./мин. Питание самостоятельное. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, обычной формы, при пальпации безболезненный. Перистальтика выслушивается, газы отходят. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено, моча желтого цвета.

Пациент выписан с диагнозом:

Основной: U07.1 Новая коронавирусная инфекция COVID-19, вызванная вирусом SARS-CoV-2, вирус идентифицирован (подтвержден лабораторным тестированием независимо от тяжести клинических признаков или симптомов), полимеразная цепная реакция положительная от 23.09.21 г., 25.09.2021 г.

Фоновый: гипертоническая болезнь 2-й стадии, 3-й степени, риск сердечно-сосудистых осложнений – 4.

Осложнения: двусторонняя полисегментарная вирусно-бактериальная пневмония (степень поражения – КТ4). Острый респираторный

дистресс-синдром. ИВЛ с 24.09.2021. Интоксикационный синдром. Неокклюзирующий тромбоз правой ВЯВ без признаков флотации.

Сопутствующий: лимфома Ходжкина III AS стадии с вовлечением шейных узлов и средостения. Состояние после полихимио- и лучевой терапии на средостение. Ремиссия на протяжении 7 лет.

Даны рекомендации: витамины, муколитики, гепатопротекторы, а также антикоагулянтная терапия (ривароксабан – 15 мг по 1 таблетке *per os* трижды в сутки в течение двух недель, затем по 20 мг утром в течение трех месяцев, далее – решение вопроса о необходимости продления применения антикоагулянтной терапии. Контроль КТ ОГК через 3 месяца, ультразвуковая доплерография сосудов внутренней яремной вены справа через 1 месяц, наблюдение терапевта, гематолога, ангиохирурга по месту жительства.

Описанный клинический случай отражает развитие тяжелых осложнений на фоне COVID-19 у пациента Ф., 36 лет, с лимфомой Ходжкина в качестве основной патологии. Несмотря на высокую летальность среди пациентов с онкогематологическими заболеваниями в связи с ранее проведенной иммуносупрессивной и токсической терапией, исход заболевания у данного пациента был благоприятным. Это достигнуто путем своевременного выявления SARS-CoV-2, госпитализации больного в стационар для пациентов с НКИ, диагностики осложнений, терапией, начатой в необходимые сроки, обозначенные Временными методическими рекомендациями. Все это в совокупности позволило выбрать правильную тактику ведения данного пациента. ■

Информированное согласие

При проведении исследования было получено информированное согласие пациентов или их родителей либо законных представителей.

Вклад авторов:

Авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.

Contribution of authors:

All authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

Литература/References

1. Worldometers.info [Internet]. American Library Association. COVID19 Coronavirus Pandemic [updated 2022, June 02; cited 2021, August 14. Available from:

<https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>.

2. Агейкин А. В., Усенко Д. В., Горелов А. В. и соавт. Патогенетические особенности формирования и прогрессирования поражения сердца при COVID-19. Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2022. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/epidem.2022.12.2.20-7>. [Ageykin A. V., Usenko D. V., Gorelov A. V., et al. Pathogenetic features of the formation and progression of heart damage in COVID-19. Epidemiologiya i infektsionnyye bolezni. Aktual'nyye voprosy. 2022. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/epidem.2022.12.2.20-7> (In Russ.)]
3. Huang C. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in wuhan, China. Lancet. 2020; 15-21 (10223): 497-506.
4. Yang R., Gui X., Xiong Y. Comparison of clinical Characteristics of patients with asymptomatic vs symptomatic coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. JAMA Netw Open. 2020; 3: e2010182.
5. Grasselli G., Pesenti A., Cecconi M. Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy: Early Experience and Forecast during an Emergency Response. JAMA. 2020; 323: 1545-1546. DOI: 10.1001/jama.2020.4031.
6. Даниленко А. А., Шахтарина С. В., Фалалева Н. А. COVID-19 у пациентов с онкогематологическими заболеваниями. Клиническая онкогематология. 2021; 14 (2): 220-224. DOI: 10.21320/2500-2139-2021-14-2-220-224. [Danilenko A. A., Shakhhtarina S. V., Falaleeva N. A. COVID-19 in patients with oncohematological diseases. Klinicheskaya onkogematologiya. 2021; 14 (2): 220-224. DOI: 10.21320/2500-2139-2021-14-2-220-224. (In Russ.)]
7. Giannakoulis V. G., Papoutsis E., Siempos I. I. Effect of cancer on clinical outcomes of patients with COVID-19: A meta-analysis of patient data. JCO Glob Oncol. 2020; 6: 799-808. Link, Google Scholar.
8. Lunski M. J., Burton J., Tawagi K., et al. Multivariate mortality analyses in COVID-19: Comparing patients with cancer and patients without cancer in Louisiana. Cancer. 2021; 127: 266-274. Crossref, Medline, Google Scholar.

Сведения об авторах:

Малашенко Дарья Александровна, врач отделения анестезиологии и реанимации № 78 Центра анестезиологии и реанимации Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы Государственная клиническая больница имени С. П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы; 125284, Россия, Москва, 2-й Боткинский проезд, 5; Daha_@inbox.ru

Понежева Жанна Бетовна, д.м.н., заведующая клиническим отделом

инфекционной патологии Федерального бюджетного учреждения науки Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора; 111123, Россия, Москва, ул. Новогиреевская, 3а; doktorim@mail.ru

Турапова Александра Николаевна, младший научный сотрудник клинического отдела инфекционной патологии Федерального бюджетного учреждения науки Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора; 111123, Россия, Москва, ул. Новогиреевская, 3а; alyaspid@gmail.com

Родионов Евгений Петрович, к.м.н., доцент кафедры анестезиологии и неотложной медицины Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения Российской Федерации; 125993, Россия, Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1; анестезиолог-реаниматолог, руководитель анестезиолого-реанимационного центра Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы Государственная клиническая больница имени С. П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы; 125284, Россия, Москва, 2-й Боткинский проезд, 5; dr.rodionov@gmail.com

Плоскирева Антонина Александровна, д.м.н., профессор Российской академии наук, заместитель директора по клинической работе Федерального бюджетного учреждения науки Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора; 111123, Россия, Москва, ул. Новогиреевская, 3а; antonina@ploskireva.com

Магомедов Марат Адессович, к.м.н., доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии факультета дополнительного профессионального образования Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, 1; заместитель главного врача по urgentной помощи Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы Государственная клиническая больница № 1 имени Н. И. Пирогова Департамента здравоохранения горо-

да Москвы; 119049, Россия, Москва, Ленинский проспект, 8; mma16@bk.ru
Бурда Наталия Геннадьевна, заведующая отделением реанимации и интенсивной терапии № 2 Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского; 129110, Россия, Москва, ул. Щепкина, 61/2; burda1971@mail.ru

Цветаяев Иван Игоревич, заведующий отделением анестезиологии и реанимации № 78 Центра анестезиологии и реанимации Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы Государственная клиническая больница имени С. П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы; 125284, Россия, Москва, 2-й Боткинский проезд, 5; tsvetaev@hotmail.com

Трубина Татьяна Анатольевна, врач отделения анестезиологии и реанимации № 78 Центра анестезиологии и реанимации Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы Государственная клиническая больница имени С. П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы; 125284, Россия, Москва, 2-й Боткинский проезд, 5; trubina.t@gmail.com

Information about the authors:

Darya A. Malashenko, Doctor of the Department of Anesthesiology and Resuscitation No. 78 of the Center of Anesthesiology and Resuscitation at the State Budgetary Healthcare Institution of the City of Moscow S. P. Botkin State Clinical Hospital of the Department of Health of the City of Moscow; 5 2nd Botkinskiy Proezd, Moscow, 125284, Russia; Daha_@inbox.ru

Zhanna B. Ponezheva, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Clinical Department of Infectious Pathology at the Federal Budgetary Institution of Science Central Research Institute of Epidemiology of Rosпотребнадзор; 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russia; doktorim@mail.ru

Alexandra N. Turapova, Junior Researcher of the Clinical Department of Infectious Pathology at the Federal Budgetary Institution of Science Central Research Institute of Epidemiology of Rosпотребнадзор; 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russia; alyaspid@gmail.com

Evgeny P. Rodionov, MD, Associate Professor of the Department of Anesthesiology and Emergency Medicine at the Federal State Budgetary Educational Institution of Additional Professional Education Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation;

2/1 b. 1 Barrikadnaya str., Moscow, 125993, Russia; anesthesiologist-resuscitator, Head of the Anesthesiology and Resuscitation Center at the State Budgetary Healthcare Institution of the City of Moscow S. P. Botkin State Clinical Hospital of the Department of Health of the City of Moscow; 5 2nd Botkinskiy Proezd, Moscow, 125284, Russia; dr.rodionov@gmail.com
Antonina A. Ploskireva, Dr. of Sci. (Med.), Professor of the Russian Academy of Sciences, Deputy Director for Clinical Work of the Federal Budgetary Institution of Science Central Research Institute of Epidemiology of Rosпотребнадзор, 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russia; antonina@ploskireva.com
Marat A. Magomedov, MD, Associate Professor of the Department of Anesthesiology and Resuscitation of the faculty of additional professional education at the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education N. I. Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 1 Ostrovityanova str., Moscow, 117997, Russia; Deputy Chief Physician for Urgent Care of the State Budgetary Healthcare Institution of the City of Moscow N. I. Pirogov State Clinical Hospital No. 1 of the Department of Health of the City of Moscow; 8 Leninsky Prospekt, Moscow, 119049, Russia; mma16@bk.ru

Nataliia G. Burda, Head of the Intensive Care Unit No. 2 at the State Budgetary Healthcare Institution of the Moscow Region Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirov; 61/2 Shchepkina str., Moscow, 129110, Russia; burda1971@mail.ru

Ivan I. Tsvetaev, Head of the Department of Anesthesiology and Resuscitation No. 78 of the Center of Anesthesiology and Resuscitation at the State Budgetary Healthcare Institution of the City of Moscow S. P. Botkin State Clinical Hospital of the Department of Health of the City of Moscow; 5 2nd Botkinskiy Proezd, Moscow, 125284, Russia; tsvetaev@hotmail.com

Tatyana A. Trubina, Doctor of the Department of Anesthesiology and Resuscitation No. 78 of the Center of Anesthesiology and Resuscitation at the State Budgetary Healthcare Institution of the City of Moscow S. P. Botkin State Clinical Hospital of the Department of Health of the City of 5 2nd Botkinskiy Proezd, Moscow, 125284, Russia; trubina.t@gmail.com

Поступила/Received 18.06.2023

Поступила после рецензирования/Revised 28.06.2023

Принята в печать/Accepted 07.07.2023