

ХРОНИЧЕСКИЙ ЛИМФОЛЕЙКОЗ, ИНДУЦИРОВАННЫЙ ПОВТОРНОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Н. А. Романова — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры терапии с курсами кардиологии, функциональной диагностики и гериатрии, доцент, кандидат медицинских наук; **Т. Е. Липатова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующая кафедрой терапии с курсами кардиологии, функциональной диагностики и гериатрии, доцент, доктор медицинских наук; **М. А. Кутина** — ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина, Саратов», заведующая терапевтическим отделением; **Т. В. Хайбекова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры терапии с курсами кардиологии, функциональной диагностики и гериатрии, доцент, кандидат медицинских наук; **С. С. Паршина** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, профессор кафедры терапии с курсами кардиологии, функциональной диагностики и гериатрии, доцент, доктор медицинских наук.

CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA INDUCED BY REPEATED CORONAVIRUS INFECTION (CLINICAL CASE)

N. A. Romanova — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Associate Professor at the Department of Therapy with Courses in Cardiology, Functional Diagnostics and Geriatrics, Associate Professor, PhD; **T. E. Lipatova** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Head of the Department of Therapy with Courses in Cardiology, Functional Diagnostics and Geriatrics, Associate Professor, DSc; **M. A. Kutina** — Clinical Hospital "RZD-Medicine, Saratov", Head of the Therapeutic Department; **T. V. Khaybekova** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Associate Professor at the Department of Therapy with Courses in Cardiology, Functional Diagnostics and Geriatrics, Associate Professor, PhD. **S. S. Parshina** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Professor at the Department of Therapy with Courses in Cardiology, Functional Diagnostics and Geriatrics, Associate Professor, DSc.

Дата поступления — 16.08.2021 г.

Дата принятия в печать — 10.09.2021 г.

Романова Н. А., Липатова Т. Е., Кутина М. А., Хайбекова Т. В., Паршина С. С. Хронический лимфолейкоз, индуцированный повторной коронавирусной инфекцией (клинический случай). Саратовский научно-медицинский журнал 2021; 17 (3): 566–568.

Представлен клинический случай (с данными обследования и лечения) хронического В-лимфолейкоза, выявленного у пациентки с артериальной гипертензией и возникшего на фоне неоднократно перенесенной новой коронавирусной инфекции. Сделан вывод о необходимости проведения более тщательного контроля за общим анализом крови и состоянием лимфоузлов у лиц с коронавирусной инфекцией.

Ключевые слова: хронический В-лимфолейкоз, новая коронавирусная инфекция, лимфоузлы, артериальная гипертензия.

Romanova NA, Lipatova TE, Kutina MA, Khaybekova TV, Parshina SS. Chronic lymphocytic leukemia induced by repeated coronavirus infection (clinical case). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2021; 17 (3): 566–568.

The article presents a clinical case (with examination and treatment data) of chronic B-lymphocytic leukemia, detected in arterial hypertension patient, and induced by multiple new coronavirus infection. It is concluded that it is necessary to conduct more careful monitoring of the general blood test and the state of the lymph nodes in persons with coronavirus infection.

Key words: chronic B-lymphocytic leukemia, new coronavirus infection, lymph nodes, arterial hypertension.

Введение. В течение более полутора лет в мире регистрируется пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19). На основании проведенных исследований выделяют следующие клинические и морфологические маски COVID-19: сердечную, мозговую, кишечную, почечную, печеночную, диабетическую, тромбозмоблическую (при тромбозмоблии легочной артерии), септическую (при отсутствии бактериального или микотического сепсиса), микроангиопатическую (с системной микроангиопатией), кожную [1]. Кроме того, по данным статистики, при коронавирусе обнаруживаются изменения в общем анализе крови. Так, у 83% пациентов выявляется лимфопения, у некоторых же пациентов регистрируется лимфоцитоз, который проходит самостоятельно, однако требует обследования для установления точной причины его появления [2]. Имеются сообщения о диагностике новой коронавирусной инфекции у больных хроническим лимфолейкозом [3–5]. Случая, подобного представленному, мы не нашли в доступной литературе.

Цель: обратить внимание лечащих врачей на возможность снижения иммунитета у пациентов с новой коронавирусной инфекцией, что может повлечь за собой возникновение (активацию) заболеваний,

при которых нарушается иммунная система, в частности заболеваний кроветворной системы, таких как хронический В-лимфолейкоз, выявленный у нашей больной.

Получено согласие на публикацию данных из истории болезни.

Описание клинического случая. Больная Р. 63 лет поступила в терапевтическое отделение (март 2021 г.) с жалобами на головную боль, повышение артериального давления (АД) до 200 и 120 мм рт. ст., сердцебиение, одышку смешанного характера при минимальной нагрузке, отеки нижних конечностей, общую слабость. Из анамнеза выяснено, что АД повышается в течение 33 лет («комфортное» АД 135 и 90 мм рт. ст.), отеки ног и одышка (при подъеме на 2-й этаж) в течение 23 лет, усиление одышки последние 7 месяцев (с июля 2020 г.), с этого же времени отмечает перебои в работе сердца. Перенесла холецистэктомию в возрасте 51 года, операцию по поводу узловатого зоба щитовидной железы (в 52 года), принимает L-тироксин 75 мкг/сут; страдает язвенной болезнью желудка в течение 11 лет (в настоящее время ремиссия), хроническим панкреатитом. Наблюдается терапевтом по месту жительства, получает лечение гипотензивными, мочегонными препаратами, сердечными гликозидами. Семь месяцев назад (июль 2020 г.) перенесла новую коронавирусную инфекцию среднетяжелого течения, подтвержденную положительным ПЦР-тестом, осложненную двусто-

Ответственный автор — Липатова Татьяна Евгеньевна
Тел.: +7 (903) 3280128
E-mail: lipatova.t@inbox.ru

ронной полисегментарной пневмонией; лечилась в стационаре, выписана с улучшением; при выписке: пневмония рентгенологически разрешилась. При выписке обращало на себя внимание наличие в общем анализе крови выраженного лейкоцитоза с лимфоцитозом, даны рекомендации повторить общий анализ крови через 3–5 дней и провести консультацию гематолога в амбулаторных условиях, что не было сделано (пациентка уехала на дачу, к врачам не обращалась).

Спустя 2,5 месяца (октябрь 2020 г.) у больной появились кашель, одышка при физической нагрузке. При компьютерной томографии (КТ) органов грудной полости (ОГП) выявлены участки уплотнения легочной ткани в виде «матового стекла» с нечеткими неровными контурами с участками консолидации легочной паренхимы, легочный рисунок усилен и сгущен за счет пневмосклеротического компонента, что, по заключению врача кабинета КТ, может соответствовать пневмонии вирусной этиологии, в т.ч. COVID, среднетяжелой степени, КТ-2 (45% паренхимы легких). Помимо этого, обнаружена медиастинальная лимфаденопатия (паратрахеальные лимфоузлы до 11 мм в поперечнике, бифуркационные до 19 мм, аортопульмонального окна до 13 мм, парааортальные до 10 мм). Пациентка вновь госпитализирована с диагнозом: «Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус не идентифицирован, средней степени тяжести. Осложнение: двусторонняя полисегментарная пневмония средней степени тяжести, дыхательная недостаточность I степени».

За время пребывания в инфекционном отделении у больной развилось нарушение сердечного ритма в виде фибрилляции предсердий, которое не купировалось антиаритмическими препаратами. С целью урежения сердечного ритма назначены сердечные гликозиды. На фоне проведенной терапии состояние улучшилось, при рентгенографическом исследовании органов грудной клетки отмечена положительная динамика – «повышение пневматизации легочной ткани с обеих сторон за счет уменьшения интенсивности и объема инфильтративных изменений в патологически измененных сегментах, легочный рисунок диффузно усилен»; при выписке в общем анализе крови лейкоцитов $7,8 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов 63%, лимфоцитов 31%, моноцитов 6%, СОЭ 5 мм/ч.

В феврале 2021 г. пациентка отметила повышение температуры до 38°C , вызван врач из поликлиники. Выявлен положительный ПЦР-тест на COVID-19, пневмония не обнаружена. Лечилась амбулаторно. В анализах крови (в ноябре 2020 г. и феврале 2021 г.) выявлялись антитела SARS-CoV-2 М и G. В связи с ухудшением самочувствия (повышение АД, появление отеков на нижних конечностях, усиление одышки при незначительной физической нагрузке, учащение сердцебиения), которое связала с перенесенной инфекцией, госпитализирована в терапевтическое отделение при наличии отрицательного ПЦР-теста. При поступлении состояние средней тяжести, питание избыточное, индекс массы тела $49 \text{ кг}/\text{м}^2$.

В общем анализе крови выявлены лейкоцитоз с лимфоцитозом, увеличение СОЭ: эритроцитов $4,74 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 143 г/л, цветовой показатель 0,88; тромбоцитов $289,0 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитов $18,4 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилов 3%, нейтрофилов 39%, лимфоцитов 52%, моноцитов 6%, СОЭ 32 мм/ч.

Общий анализ крови в динамике: эритроцитов $5,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 153 г/л, цветовой показатель 0,87; тромбоцитов $274,0 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитов $17,3 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилов 1%, нейтрофилов 31%, лимфоцитов 64%, моноцитов 4%, СОЭ 13 мм/ч.

Общий анализ мочи: мутная, желтая, соли – аморфные ураты, значительное количество, pH 5,0, удельный вес 1030, белка нет, лейкоцитов 20–25 в п/зр.

Биохимический анализ крови: аспаратамино-трансфераза 19,0 ед./л, аланинаминотрансфераза 18,5 ед./л; С-реактивный белок 21,28 мг/л; креатинин 96,0 мкмоль/л; глюкоза сыворотки крови 4,5 ммоль/л; калий 4,08 ммоль/л; натрий 139,1 ммоль/л; протеины 72,7 г/л; альбумины 45,0 г/л; креатинфосфокиназа (КФК) 236,5 ед./л; МВ-фракции КФК 56,2 ед./л; лактатдегидрогеназа 236,5 ед./л; щелочная фосфатаза 326,0 ед./л; гамма-глутамилтранспептидаза 65,5 ед./л; билирубин общий 20,8 мкмоль/л; билирубин прямой 3,0 мкмоль/л; холестерин общий 4,4 ммоль/л; триглицериды 1,52 ммоль/л. Исследование гормонального профиля: прокальцитонин — 0,002 нг/мл; тиреотропный гормон 0,7 ме/л, Т4 63,0 нмоль/л, АТ к ТПО 4 ед./л.

Скорость клубочковой фильтрации составила 57 мл/мин/1,73 м².

На ЭКГ: фибрилляция предсердий (ФП) с числом желудочковых сокращений (ЧЖС) в среднем 82 удара (уд.) в 1 минуту, единичная желудочковая экстрасистола.

Суточное мониторирование ЭКГ: регистрировалась постоянная форма ФП с ЧЖС в среднем 94 уд. в 1 минуту; днем 103 уд. в 1 минуту (от 54 уд. в 1 мин в покое до 163 уд. в 1 мин при бытовой физической нагрузке), ночью 81 уд. в 1 минуту (от 57 до 128 уд. в 1 мин). Эктопическая активность желудочков выше нормы все время исследования: всего выявлено 3083 одиночных полиморфных экстрасистол (двух морфологических типов с преобладанием одного) до 240 в 1 час, 48 парных моно- и полиморфных экстрасистол 4b-градации. Обнаружено 3 паузы RR длительностью до 2156 мс. На фоне ФП достоверно выявить ишемические смещения сегмента ST невозможно. В течение суток наблюдалось удлинение скорригированного QT-интервала в течение 15% времени.

Эхокардиография: выявлены признаки атеросклеротического поражения аорты и фиброзных структур сердца без значимого нарушения функции клапанов, небольшая дилатация левого предсердия, гипертрофия левого желудочка (ЛЖ) небольшой степени, диастолическая дисфункция миокарда по псевдонормальному типу. Фракция выброса ЛЖ 65%. Признаки сердечной декомпенсации в покое отсутствуют.

Дуплексное сканирование общих сонных артерий: патологии не выявлено.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы: состояние после операции.

УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь удален, холедох не расширен; диффузные изменения печени, поджелудочной железы; нефроптоз справа, рубцовая деформация левой почки на границе верхнего и среднего сегментов, уплотнение синусов почек, конкременты не выявлены. Селезенка не увеличена.

Дуплексное сканирование вен нижних конечностей: признаки тромбоза магистральных вен отсутствуют.

КТ ОГП: признаки хронического бронхита. Единичная эмфизематозная булла и кальцинат верхней доли правого легкого. Петрификаты корня левого легкого. По сравнению с исследованием от октября 2020 г. отмечена положительная динамика в виде исчезновения инфильтрации легочной ткани и уменьшения размеров лимфоузлов средостения.

УЗИ лимфоузлов: шейные лимфоузлы не увеличены, не изменены, размерами справа до $0,9 \times 0,4 \text{ см}$,

слева 0,8x0,4 см с ровными четкими контурами и выраженной кортикомедулярной дифференцировкой, с типичным кровотоком у ворот; подмышечные лимфоузлы размерами справа до 1,5x0,7 см, слева 1,8x0,7 см повышенной экзогенности по типу жировой дистрофии; паховые лимфоузлы размерами справа до 1,5x0,6 см, слева 1,7x0,7 см повышенной экзогенности по типу жировой дистрофии.

Выставлен диагноз: «1) ИБС: аритмический вариант. Артериальная гипертензия III стадии, риск 4; 2) реконвалесцент новой коронавирусной инфекции от февраля 2021 г.».

Сопутствующий диагноз: «Ожирение III степени. Послеоперационный гипотиреоз, медикаментозный эутиреоз. Холецистэктомия в 2009 г. Нефроптоз справа. Рубцовая деформация левой почки. Осложнение: ХСН II А (III ФК). Гипертонический криз. Постоянная мерцательная аритмия, нормосистолическая форма, EHRA II. Частая одиночная желудочковая экстрасистолия».

Проводилось лечение следующими препаратами: гипотензивными (лозартан, бисопролол); улучшающими обменные процессы в миокарде (калий-магневая смесь, кардионат); гиполипидемическими (аторвастатин); антиальдостероновыми (спиронолактон); диуретиками (торасемид); сердечными гликозидами (дигоксин); антиагрегантами (ривароксабан).

Учитывая длительное стойкое повышение уровня лейкоцитов, лимфоцитов, лимфоаденопатию, рецидивирующую новую коронавирусную инфекцию в анамнезе, проведена консультация гематолога поликлиники для исключения лимфопролиферативного заболевания. Предварительный диагноз: «Лимфопролиферативное заболевание. Хронический лимфолейкоз?». Рекомендована консультация в клинике гематологии.

Выписана под наблюдение участкового врача в связи с улучшением состояния по терапевтическому статусу. В клинике гематологии установлен диагноз: «В-хронический лимфолейкоз, впервые выявленный». Здесь наблюдается по настоящее время.

Обсуждение клинического случая. Особенности течения заболевания в данном случае: трижды (по анамнезу) перенесенная (персистирующая?)

коронавирусная инфекция в связи с наличием сниженного иммунитета (выявлен В-хронический лимфолейкоз [3]); возникновение нарушения сердечного ритма (мерцательная аритмия, экстрасистолия), что не исключает поражение сердечной мышцы коронавирусной инфекцией [1].

Заключение. Необходимо более тщательный контроль за общим анализом крови и состоянием лимфоузлов у лиц с перенесенной коронавирусной инфекцией, особенно повторной, во избежание несвоевременной диагностики гематологического заболевания в связи со снижением иммунной защиты у указанной группы пациентов.

Конфликт интересов не заявляется.

References (Литература)

1. Interim methodological recommendations: Prevention, diagnosis and treatment of new coronavirus infection (COVID-19): Version 11 (07.05.2021). URL: static-0.minzdrav.gov.ru. Russian (Временные методические рекомендации: Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19): Версия 11 (07.05.2021). URL: static-0.minzdrav.gov.ru).
2. The effect of Covid on immunity/Euromed Clinic. URL: <https://euromed.ru/news/vliyanie-kovida-na-immunitet/...> Russian (Влияние ковида на иммунитет/Евромед клиника. URL: <https://euromed.ru/news/vliyanie-kovida-na-immunitet/...>).
3. Xiang-Hong J, Kenneth IZ, Ke-Hua P, et al. COVID-19 in a patient with chronic lymphocytic leukaemia. J Lancet Haematol 2020; 7: e351–2.
4. Baryakh EA, Kochneva OL, Misyurina EN, et al. Maintenance oncohematological patients and new coronavirus infection: experience of the City Clinical Hospital №52. Journal of Modern Oncology 2020; 22 (2): 74–8. Russian (Барях Е.А., Кочнева О.Л., Мисюрин Е.Н. и др. Ведение онкогематологических больных с новой коронавирусной инфекцией: опыт Городской клинической больницы №52. Современная онкология 2020; 22 (2): 74–8. DOI: 10.26442/18151434.2020.2.20207).
5. Poddubnaya IV, Tumian GS, Trofimova OP, et al. Features of management of oncohematological patients in the context of the COVID-19 pandemic. Journal of Modern Oncology 2020; 22 (3): 45–58. Russian (Поддубная И.В., Тумян Г.С., Трофимова О.П. и др. Особенности ведения онкогематологических пациентов в условиях пандемии COVID-19. Современная онкология 2020; 22 (3): 45–58. DOI: 10.26442/18151434.2020.3.200152).

УДК 616.12–007.2–053.1:616.126-002-022-06:616.411–002.3] -07–08 (045)

Клинический случай

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ, РАЗВИВШИЙСЯ НА ФОНЕ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА И ОСЛОЖНЕННЫЙ БЕССИМПТОМНЫМ АБСЦЕССОМ СЕЛЕЗЕНКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Н.А. Романова — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры терапии с курсами кардиологии, функциональной диагностики и гериатрии, доцент, кандидат медицинских наук; **Т.В. Поварова** — ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина, Саратов», заведующая кардиологическим отделением; **Т.В. Хайбекова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры терапии с курсами кардиологии, функциональной диагностики и гериатрии, доцент, кандидат медицинских наук; **С.С. Паршина** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского», профессор кафедры терапии с курсами кардиологии, функциональной диагностики и гериатрии, доцент, доктор медицинских наук.

INFECTIOUS ENDOCARDITIS WITH CONGENITAL HEART DISEASE AND COMPLICATED BY ASYMPTOMATIC SPLEEN ABSCESS (CLINICAL CASE)

N.A. Romanova — Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Associate Professor at the Department of Therapy with Courses in Cardiology, Functional Diagnostics and Geriatrics, Associate Professor, PhD; **T.V. Povarova** — Clinical Hospital "RZD-Medicine, Saratov", Head of the Cardiology Department; **T.V. Khaybekova** — Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Associate Professor at the Department of Therapy with Courses in Cardiology, Functional Diagnostics and Geriatrics, Associate Professor, PhD; **S.S. Parshina** — Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Professor at the Department of Therapy with Courses in Cardiology, Functional Diagnostics and Geriatrics, Associate Professor, DSc.

Дата поступления — 16.08.2021 г.

Дата принятия в печать — 10.09.2021 г.