

При помощи анализа маргинальных распределений средних значений ФВ ЛЖ установлено, что у пациентов с первичным ИМ вероятность ПИМ имеет тенденцию к быстрому росту по мере снижения ФВ ЛЖ, достигая 96 % при уменьшении ФВ ЛЖ до 20 %, что показывает важность скрининга этого показателя для возможного предотвращения ПИМ.

Заключение. В результате нашего исследования установлено, что РИМ возникает в среднем у 5 % пациентов с индексным ОИМ, а летальность больных при этом составляет 62 %. Более половины пациентов погибали от острой сердечной недостаточности (кардиогенный шок, отек легких и т.д.). Отсутствие значительных различий в клинико-анамнестических параме-

трах между больными с рецидивирующим и не-рецидивирующим ОИМ не позволяет нам отнести эти факторы к числу четких предикторов, способствующих развитию данного осложнения ОИМ. Статистический анализ не позволил выявить достаточно признаков и факторов, манифестирующих возникновение РИМ (кроме низкой ФВ ЛЖ). Очевидно, что для этого, вероятно, необходимы какие-то другие методологические подходы. Тем не менее проблема РИМ с учетом неблагоприятной эпидемиологической ситуации остается актуальной и требует дальнейшего изучения. К факторам, способствующим развитию ПИМ, можно отнести наличие в анамнезе стенокардии напряжения, ХСН и низкую ФВ ЛЖ.

DOI 10.52727/2078-256X-2022-18-3-274-276

Клинический случай развития артериальных и венозных тромбоэмболических событий у пациентки с легким течением COVID-19

И.В. Пономаренко, И.А. Сукманова, Н.Г. Хорев, О.В. Демчук

*ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул, Россия
КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», г. Барнаул, Россия*

Пандемия COVID-19 резко повысила риск венозных и артериальных тромбоэмболических событий у многих пациентов [1]. Связь между COVID-19 и коагулопатией привлекает внимание как клиницистов, так и фундаментальных ученых. Текущие клинические данные показывают, что как тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), так и тромбоз глубоких вен являются наиболее часто отмечаемыми тромботическими событиями при COVID-19 [2]. Интересно, что риск венозной тромбоэмболии остается высоким у госпитализированных пациентов, несмотря на антикоагулянтную профилактику [3–6].

Приводим данные собственного наблюдения.

Пациентка И., 37 лет, переведена в инфекционный госпиталь КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» из ЧУЗ Клиническая больница «РЖД Медицина» (г. Барнаул) с новой коронавирусной инфекцией (ПЦР-верифицированной) после оперативного лечения – тромбэктомия из подколенной артерии (ПА), тibiоперонеального ствола (ТПС), передней большеберцовой артерии (ПББА) слева.

Из анамнеза: сердечно-сосудистые заболевания ранее отрицает. В анамнезе длительный прием оральных контрацептивов. В течение 10 дней до госпитализации отмечает повышение температуры тела до субфебрильных значений, слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, учащенное сердцебиение,

боли в левой нижней конечности. С данными жалобами самостоятельно обратилась в инфекционный госпиталь городской больницы № 5, где по результатам дополнительного обследования диагностирована тромбоэмболия левой подколенной артерии, острая ишемия левой нижней конечности IIa степени. По компьютерной томографии органов грудной клетки данных за инфильтративный процесс в легких не выявлено, забран материал для выполнения ПЦР РНК коронавируса SARS-CoV-2 (COVID-19). Направлена в отделение сосудистой хирургии ЧУЗ Клиническая больница «РЖД Медицина» г. Барнаул для оперативного лечения. В экстренном порядке проведена тромбэктомия из ПА, ТПС и ПББА слева. Послеоперационный период протекал без осложнений. Восстановлен магистральный кровоток по артериям. В дальнейшем переведена в инфекционный госпиталь КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» (АККД) в связи с подтверждением наличия РНК коронавируса SARS-Cov-2 (COVID-19).

При поступлении в КГБУЗ АККД жалобы на выраженную одышку при минимальной физической нагрузке, слабость, учащенное сердцебиение.

При объективном осмотре: Рост 180 см. Масса тела 100 кг. Индекс массы тела 30,9 кг/м². Температура тела 37,5 °С. Частота дыхательных

движений 24 в мин. Сатурация 93 %. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 130 ударов в мин. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Состояние больной средней степени тяжести. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны. В легких перкуторно легочный звук, аускультативно дыхание везикулярное, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. Границы сердечной тупости не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Левая нижняя конечность незначительно отечна после оперативного лечения, асептическая повязка чистая, сухая. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

На электрокардиограмме регистрировалась синусовая тахикардия с ЧСС 137 ударов в мин. Нагрузка на правое предсердие. Q-III, S-I.

По лабораторным данным при поступлении отмечалось повышение содержания D-димеров более 5 мкг/мл/ФЭЕ, концентрация СРБ 98 мкг/л, тропонина I 0,084 нг/мл, лейкоцитоз до 14,8 тыс. По результатам развернутого гемостаза диагностирована гиперфибриногенемия, повышение уровня растворимых фибрин-мономерных комплексов, угнетение XIIa-зависимого фибринолиза.

По данным эхокардиографии (ЭХОКГ): левое предсердие (ЛП) – 38 мм, левый желудочек (ЛЖ): конечно-диастолический размер (КДР) – 47 мм, конечно-систолический размер (КСР) – 32 мм, фракция выброса (ФВ) по Тейхольцу – 59,9 %, фракция укорочения (ФУ) – 31,9 %, аорта на уровне синусов Вальсальвы – 40 мм, правый желудочек (ПЖ) – 37 мм, правое предсердие (ПП) увеличено, 57 Ч 47 мм, межжелудочковая перегородка (МЖП) – 8 мм, задняя стенка левого желудочка (ЗСЛЖ) – 8 мм. Масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) – 142 г. Индекс ММЛЖ (ИММЛЖ) – 64 г/м². Относительная толщина стенки (ОТС) – 0,340. Систолическое давление в ПЖ 59 мм рт. ст. Заключение: Небольшое увеличение ЛП. Небольшое снижение сократимости ЛЖ. Небольшая митральная регургитация. Небольшое расширение основания аорты. ПП и ПЖ увеличены. Выраженная трикуспидальная регургитация. Умеренная легочная гипертензия. Открытое овальное окно 3,7 мм с право-левым сбросом.

Проведена мультиспиральная компьютерная томография легких с контрастированием, по результатам которой диагностирована двусторонняя ТЭЛА. При ультразвуковом исследовании вен нижних конечностей выявлены признаки тромбоза передней большеберцовой вены и малой подкожной вены справа. Консилиумом

принято решение воздержаться от тромболитической терапии с учетом недавнего оперативного лечения, высокого риска кровотечения, обильных менструаций на момент поступления.

Согласно временным методическим рекомендациям по профилактике, диагностике и лечению COVID-19 [7] пациентка получала лечение: фавипиравир 800 мг 2 раза в день 10 дней, ривароксабан 15 мг 2 раза, бисопролол 2,5–5,0 мг, кислородотерапию. На фоне терапии отмечена положительная динамика – нормализация температуры тела, купирование одышки, сердцебиения. По лабораторным данным отмечено снижение уровня лейкоцитов до 6,4 тыс, СРБ – до 3,3 мкг/л, Д-димера до 2,260 мкг/млФЭС, РНК коронавируса SARS-CoV-2 (COVID 19) в динамике не выявлено.

По ЭХОКГ через 7 дней: ЛП – 42 мм, ЛЖ: КДР – 56 мм, КСР – 36 мм, ФВ по Тейхольцу – 64 %, ФУ – 35,7 %, аорта на уровне синусов Вальсальвы – 40 мм, ПЖ – 25 мм, ПП не увеличено, МЖП – 9 мм, ЗСЛЖ – 9 мм. ММЛЖ – 232 г. ИММЛЖ – 105 г/м². ОТС – 0,321. Систолическое давление в ПЖ – 31 мм рт. ст. Заключение: Небольшое увеличение ЛП. Небольшое увеличение ЛЖ. Минимальная митральная регургитация. Небольшое расширение основания аорты. ПП увеличено. Небольшая трикуспидальная регургитация.

Пациентке выставлен диагноз: Новая коронавирусная инфекция COVID-19 (ПЦР-верифицированная), легкое течение. Сопровождающий: ТЭЛА промежуточно-высокого риска (PESI – 77 баллов). Острая дыхательная недостаточность 1–0 степени (сатурация 92–97 %). Оксигенотерапия 11–17.11.21. Умеренная легочная гипертензия. Острый тромбоз малой подкожной вены и вен голени справа. Острый тромбоз подколенной артерии, тibiоперонеального ствола и передней большеберцовой артерии слева, ишемия IIa степени. Состояние после тромбэктомии от 10.11.21 г. Открытое овальное окно 3,7 мм. Ожирение I-й степени (ИМТ 30,9 кг/м²).

Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 12-й день с рекомендациями на амбулаторный этап.

Обсуждение. Представлен клинический случай артериального и венозного тромботических синдромов у пациентки с COVID-19. Несмотря на легкое течение коронавирусной инфекции, получены жизнеугрожающие тромботические осложнения, которые спровоцированы наличием у пациентки дополнительных факторов риска тромбоза (ожирение, прием оральных контрацептивов), что свидетельствует о взаимодействии данных факторов у пациентов с

COVID-19. Учитывая данный клинический случай, пациенты с представленными факторами риска должны быть отнесены в группу высокого риска тромботических осложнений, ввиду чего необходима ранняя профилактика тромботических осложнений независимо от степени тяжести течения COVID-19 еще на амбулаторном этапе. Коррекция модифицированных факторов риска, а также раннее начало терапии прямыми антикоагулянтами необходимо для уменьшения риска тромбоэмболических синдромов у данной категории пациентов.

Литература

1. Mohammad A.M.Ali, Sarah A. Spinler. COVID-19 and thrombosis: From bench to bedside. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 2021; 31 (3): 143–160. doi: 10.1016/j.tcm.2020.12.004
2. Hanff T.C., Mohareb A.M., Giri J., Cohen J.B., Chirinos J.A. Thrombosis in COVID-19. *Am. J. Hematol.*, 2020; 95 (12): 1578–1589. doi: 10.1002/ajh.25982
3. Lodigiani C., Iapichino G., Carenzo L., Cecconi M., Ferrazzi P., Sebastian T., Kucher N., Studt J.D., Sacco C., Bertuzzi A., Sandri M.T., Barco S., Humanitas C.-T.F. Venous and arterial thromboembolic complications in COVID-19 patients admitted to an academic hospital in Milan, Italy. *Thromb. Res.*, 2020; 191: 9–14. doi: 10.1016/j.thromres.2020.04.024
4. Litjens J.F., Leclerc M., Chochois C., Monsallier J.M., Ramakers M., Auvray M., Merouani K. High incidence of venous thromboembolic events in anticoagulated severe COVID-19 patients. *J. Thromb. Haemost.*, 2020; 18 (7): 1743–1746. doi: 10.1111/jth.14869
5. Cui S., Chen S., Li X., Liu S., Wang F. Prevalence of venous thromboembolism in patients with severe novel coronavirus pneumonia. *J. Thromb. Haemost.*, 2020; 18 (6): 1421–1424. doi: 10.1111/jth.14830
6. Poissy J., Goutay J., Caplan M., Parmentier E., Duburcq T., Lassalle F., Jeanpierre E., Rauch A., Labreuche J., Susen S., Lille I.C.U.H.C.-G. Pulmonary Embolism in Patients With COVID-19: Awareness of an Increased Prevalence. *Circulation*, 2020; 142 (2): 184–186. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047430
7. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 14 (27.12.2021).

DOI 10.52727/2078-256X-2022-18-3-276-277

Сравнительный анализ клинико-анамнестических показателей у пациентов с ОКС и COVID-19 с ожирением и нормальной массой тела

Е.А. Сафонова¹, И.А. Сукманова^{1, 2}, А.К. Санаева¹

¹ КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», г. Барнаул, Россия

² ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет», Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Цель: изучить клинико-анамнестические показатели у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) и COVID-19, имеющих ожирение и нормальную массу тела.

Материал и методы. В исследование включены 163 пациента с подтвержденным ОКС (ОКСспST, ОКСбпST) и COVID-19, находившихся на лечении в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер». В зависимости от наличия ожирения пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 60 пациентов с ОКС и COVID-19, имеющих ожирение (ИМТ — $34,2 \pm 0,5$ кг/м²), их средний возраст составил $64,4 \pm 1,3$ года. Во вторую группу включены 103 пациента с ОКС и COVID-19 без ожирения (ИМТ — $24,9 \pm 0,4$), средний возраст — $68,8 \pm 0,9$ года. У всех обследованных проводились оценка жалоб, анамнеза, объективного статуса, измерение гемодинамических и антропометрических показателей, применялись стандартные лабораторные и инструментальные методы исследования, выполнялись электрокардиография, эхокардиография и коронароангиография.

диография, эхокардиография и коронароангиография.

Результаты. Исследуемые группы были сопоставимы по гендерному составу, в обеих группах большинство (75 %) были лица мужского пола. В группе с ожирением больные были более молодого возраста ($64,4 \pm 1,3$ года против $68,8 \pm 0,9$ года, $p = 0,005$). В обеих группах было примерно одинаковое количество пациентов с ИМспST: в группе с ожирением — 28 (46,7 %), без ожирения — 47 (45,6 %), $p = 0,898$, и ИМбпST: в основной группе — 17 (28,3 %), без ожирения — 29 (28,1 %), $p = 0,981$, нестабильную стенокардию в группе с ожирением имели 15 (25 %), без ожирения — 27 (26,2 %) пациентов, $p = 0,864$. Выявлено, что ИМ в анамнезе одинаковой частотой имели пациенты первой и второй групп — 27 16 (26,7 %) vs 36 (35 %), $p = 0,274$. Сахарный диабет 2 типа чаще встречался у пациентов первой группы, чем второй: 23 (38,3 %) vs 19 (18,4 %), $p = 0,005$, по наличию ХСН 2А статистически значимого