

Л.Т. Шимановская¹, Е.Н. Мисюрина^{1,2}, Е.А. Барях^{1,2,3,4}, Е.И. Желнова^{1,2}, Т.С. Чуднова^{1,2}, О.Л. Кочнева¹,
Е.Н. Зотина^{1,2}, К.В. Яцков¹, З.Ю.Мутовина¹, В.В. Паршин¹, Т.А. Астрелина⁵
**ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ПАЦИЕНТА
СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С ОСТРЫМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ**

¹ГБУЗ ГКБ №52ДЗМ

²Первый МГМУ им.И.М.Сеченова Минздрава России, Москва

³ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»
МЗ РФ, Москва

⁴ФГАОУ ВО "Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет
им. Н.И. Пирогова" МЗ РФ, Москва

⁵ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва

Контактное лицо: Астрелина Татьяна Алексеевна: t_astrelina@mail.ru

Резюме

Новая коронавирусная инфекция с тяжелым острым респираторным синдромом-2 (SARS-CoV-2) появилась в декабре 2019 года в Китае и быстро распространилась по всему миру, вызвав пандемию. Наиболее уязвимыми перед вирусом оказались пациенты с иммунодефицитами, кардиальной патологией, сахарным диабетом. По международным данным уровень инфицирования у онкологических пациентов выше, чем у населения в целом [1]. Наличие у больных онкологических и гематологических заболеваний значительно усугубляло течение коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 (COVID-19).

Согласно зарубежным данным более 80% гематологических пациентов нуждались в госпитализации, у 50% из них имелось тяжелое течение заболевания. Около 15% пациентов из данной когорты по тяжести состояния нуждались в лечении и наблюдении в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), а показатели летальности составляли от 30% до 40% [2]. В пандемию коронавирусной инфекции COVID-19 проведение специфического противоопухолевого лечения у гематологических больных стало одной из сложных задач. Как правило, гематологические заболевания, такие как острый лейкоз, требуют безотлагательного начала противоопухолевого лечения, так как отсрочка его начала потенциально усугубляет прогнозы для жизни больного.

Однако, выбирая ту или иную тактику химиотерапевтического воздействия и сроки его начала, необходимо оценить все риски и ожидаемую пользу для пациента с учетом его возраста, возможной длительной персистенции вируса, большой вероятности присоединения вторичной бактериальной/грибковой инфекции на фоне миелотоксической аплазии костномозгового кроветворения, декомпенсации сопутствующих заболеваний на фоне COVID-19 у пациентов старшей возрастной группы.

В данной статье представлен клинический пример течения коронавирусной инфекции COVID-19 у пожилого пациента с острым миелоидным лейкозом, рассмотрена диагностическая и лечебная тактика в условиях пандемии.

Ключевые слова: острый миелоидный лейкоз, коронавирусная инфекция SARS-CoV-2, COVID19, пациент старшей возрастной группы, генно-инженерная биологическая терапия

Для цитирования: Шимановская Л.Т., Мисюрина Е.Н., Барях Е.А., Желнова Е.И., Чуднова Т.С., Кочнева О.Л., Зотина Е.Н., Яцков К.В., Мутовина З.Ю., Паршин В.В., Астрелина Т.А. Опыт лечения коронавирусной инфекции COVID-19 у пациента старшей возрастной группы с острым миелоидным лейкозом // Клинический вестник ФМБЦ им. А.И. Бурназяна 2024. №3. С. 57–62
DOI: 10.33266/2782-6430-2024-3-57-62

L.T. Shimanovskaya¹, E.N. Misyurina^{1,2}, E.A. Baryakh^{1,2,3,4}, E.I. Zhelnova^{1,2}, T.S. Chudnova^{1,2}, O.L. Kochneva¹,
E.N. Zotina^{1,2}, K.V. Yatskov¹, Z.Yu.Mutovina¹, V.V. Parshin¹, T.A. Astrelina⁵

Intrapulmonary Percussion Ventilation in a Patient with an Extremely Experience in the Treatment of Coronavirus Infection Covid-19 in an Older Patient with Acute Myeloid Leukemia

¹Moscow City Clinical Hospital 52, Moscow, Russia

²Sechenov First Moscow State Medical University Russia, Moscow

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, Moscow, Russia

⁴Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

⁵International Office, State Research Center - Burnasyan Federal Medical Biophysical Center
of Federal Medical Biological Agency, Moscow, Russia

Contact person: Astrelina Tatyana Alekseevna: t_astrelina@mail.ru

Abstract

The novel severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) emerged in December 2019 in China and quickly spread throughout the world, causing a pandemic. The most vulnerable to the virus were patients with immunodeficiencies, cardiac pathology, and diabetes mellitus. According to international data, the infection rate in cancer patients is higher than in the general population [1]. The presence of cancer and hematological diseases in patients significantly aggravated the course of coronavirus infection SARS-CoV-2 (COVID-19).

According to foreign data, more than 80% of hematological patients required hospitalization, 50% of them had a severe course of the disease. About 15% of patients from this cohort required treatment and observation in the intensive care unit (ICU) due to the severity of their condition, and mortality rates ranged from 30% to 40% [2]. During the COVID-19 coronavirus pandemic, carrying out specific antitumor treatment in hematological patients has become one of the challenging tasks. As a rule, hematological diseases, such as acute leukemia, require immediate initiation of antitumor treatment, since delaying its initiation potentially worsens the patient's prognosis.

However, when choosing one or another tactic of chemotherapy and the timing of its initiation, it is necessary to evaluate all the risks and expected benefits for the patient, taking into account his age, possible long-term persistence of the virus, the high probability of secondary bacterial/fungal infection against the background of myelotoxic aplasia of bone marrow hematopoiesis, decompensation of associated diseases due to COVID-19 in patients of the older age group.

This article presents a clinical example of the course of coronavirus infection COVID-19 in an elderly patient with acute myeloid leukemia, and discusses diagnostic and treatment tactics in a pandemic.

Keywords: acute myeloid leukemia, SARS-CoV-2 coronavirus infection, COVID19, patient of an older age group, genetic engineering biological therapy

For citation: Shimanovskaya LT, Misyurina EN, Baryakh EA, Zhelnova EI, Chudnova TS, Kochneva OL, Zotina EN, Yatskov KV, Mutovina ZYu, Parshin VV, Astrelina TA. Experience in the Treatment of Coronavirus Infection Covid-19 in an Older Patient with Acute Myeloid Leukemia. A.I. Burnasyan Federal Medical Biophysical Center Clinical Bulletin. 2024.3:57-62. (In Russian) DOI: 10.33266/2782-6430-2024-3-57-62

Введение

Новая коронавирусная инфекция с тяжелым острым респираторным синдромом-2 (SARS-CoV-2) появилась в декабре 2019 года в Китае и быстро распространилась по всему миру. Наиболее уязвимыми перед вирусом оказались пациенты с иммунодефицитами, кардиальной патологией, сахарным диабетом. По международным данным уровень инфицирования у онкологических пациентов выше, чем у населения в целом [1]. Наличие у больных онкологических и гематологических заболеваний значительно усугубляло течение коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 (COVID-19).

Согласно зарубежным данным более 80% гематологических пациентов нуждались в госпитализации, у 50% из них имелось тяжелое течение заболевания. Около 15% пациентов из данной когорты по тяжести состояния нуждались в лечении и наблюдении в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), а показатели летальности составляли от 30% до 40% [2]. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 марта 2020 года объявила о пандемии COVID-19. Коронавирусная инфекция, ассоциированная SARS-CoV-2, стала проблемой мирового масштаба для общественного здравоохранения ввиду высокой вирулентности, внушительного процента смертности населения. Как показал мировой и отечественный опыт, наибольшая летальность от COVID-19 была у пожилых пациентов с тяжелой коморбидностью, а также иммунокомпрометированных больных [3]. В пандемию коронавирусной инфекции COVID-19 проведение специфического противоопухолевого лечения у гематологических больных стало одной из сложных задач. Как правило, гематологические заболевания, такие как острый лейкоз, требуют безотлагательного

начала противоопухолевого лечения, так как отсрочка его начала потенциально усугубляет прогнозы для жизни больного.

Пациенты онкологического и онкогематологического профиля с сопутствующей коронавирусной инфекцией имели крайне неблагоприятный прогноз [4]. По литературным данным наиболее тяжелое течение COVID-19 наблюдалось при остром миелоидном лейкозе (ОМЛ), агрессивных лимфомах и плазмоклеточных дискразиях [5, 6].

Ведение данной когорты пациентов в условиях пандемии COVID-19 стало одной из сложных задач. Так, исследователи Mei Hong и соавторы отметили чрезвычайно высокую летальность (> 50%) у пациентов с гематологическими заболеваниями, в особенности длительное время пребывающих в инфекционных стационарах [7]. Европейская гематологическая ассоциация опубликовала результаты одного из крупнейших многоцентровых исследований, посвященных коронавирусной инфекции COVID-19 у взрослых пациентов с острым миелоидным лейкозом. Летальный исход от коронавирусной инфекции в данной когорте был зарегистрирован у 20% пациентов. У пациентов, получивших противоопухолевое лечение по поводу острого лейкоза менее чем за три месяца до инфицирования SARS-CoV-2, зарегистрирована более высокая летальность вследствие коронавирусной инфекции COVID-19 [8]. Наиболее прогностически неблагоприятная группа была представлена пожилыми больными [8]. Исследователями сделан вывод, что более высокий риск неблагоприятного исхода в пандемию COVID-19 наблюдался у пациентов с впервые выявленным ОМЛ в сравнении с пациентами, находящимися в ремиссии заболевания. Больные с ОМЛ, получившие две и более предшествующие

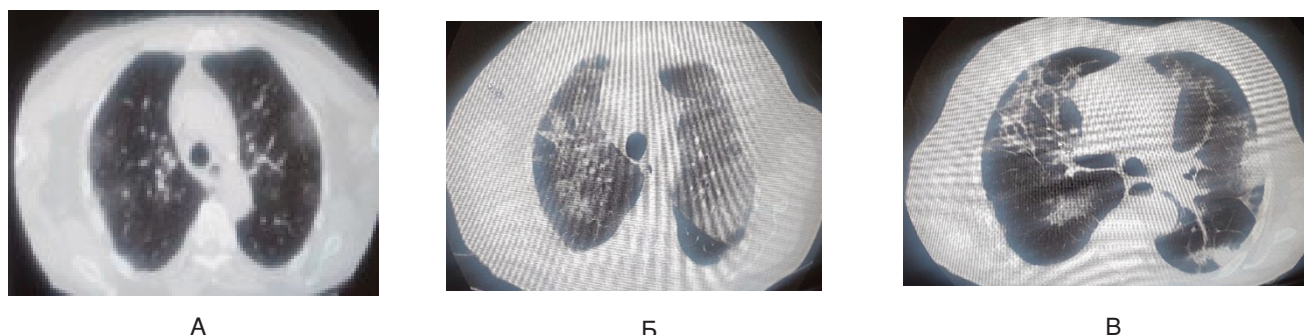


Рис. 1. Динамика КТ ОГК за период госпитализации

Fig. 1. Dynamics of CT of OGK during the period of hospitalization

- А. Компьютерная томография органов грудной клетки 1 степени при поступлении
 A. Computed tomography of the chest organs 1st degree upon admission
 Б. Компьютерная томография органов грудной клетки 2 степени на 17 сутки
 B. Computed tomography of the chest organs 2 degrees for the 17th day
 В. Компьютерная томография органов грудной клетки 3 степени. на 10 сутки
 C. Computed tomography of the chest organs of the 3rd degree. for 10 days

линии противоопухолевой терапии также показали более высокую госпитальную летальность [9].

В настоящее время остается актуальной проблема летальности пожилых пациентов с ОМЛ. Причинами этому служат коморбидность больных, зачастую вторичный генез гемобластоза (вторичный ОМЛ), токсичность противоопухолевой терапии, развитие тяжелых инфекционных осложнений на фоне глубокого вторичного иммунодефицита.

Цель данной публикации продемонстрировать собственный опыт успешного лечения коронавирусной инфекции COVID-19 у пожилого пациента с ОМЛ в период разных «волн» пандемии.

Описание клинического случая

Пациент Я., 77 лет, с 21 декабря 2020 года проходил лечение в отделение гематологии химиотерапии ГБУЗ ГКБ №52 ДЗМ («COVID-19 стационар») с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией методом ПЦР, ассоциированной с SARS-CoV-2, двусторонней полисегментарной пневмонией, дыхательной недостаточностью (ДН) I степени.

Больной был коморбиден: кардиальная патология, хроническая почечная недостаточность, злокачественное новообразование предстательной железы, миелодиспластический синдром (верифицирован в 2012г.).

При поступлении предъявлял жалобы на выраженную слабость, повышение температуры тела до 38,5°C в течение недели, присоединение одышки, сухой кашель. Объективно состояние пациента оценивалось как средней степени тяжести, что обусловлено выраженным интоксикационным синдромом, фебрильной лихорадкой, (ДН) (сатурация (SpO₂) на атмосферном воздухе в покое составила 92%). Тяжесть состояния пациента оценивалась по шкале NEWS (от англ. National Early Warning Score) в 6 баллов [10].

В анализах крови обращали на себя внимание лейкоцитоз, абсолютная лимфопения, тромбоцитопения 4 степени, высокие уровни С-реактивного белка (СРБ) и фибриногена (табл. 1).

По результатам компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК) были выявлены

Таблица 1

Динамика лабораторных показателей крови за период госпитализации
 Dynamics of laboratory blood parameters during the period of hospitalization

Показатели	Референсные значения	Единицы измерения	1 сутки	7 сутки	14 сутки	День выписки
Гемоглобин	130,0-160,0	г/л	138,0	126,0	114,0	104,0
Тромбоциты	100,0-400,0	10 ⁹ /л	13,0	23,0	11,0	38,0
Лейкоциты	4,0-9,0	10 ⁹ /л	19,0	18,0	16,0	7,9
Нейтрофилы	2,0-7,5	10 ⁹ /л	8,3	7,3	6,2	5,4
Лимфоциты	1,2-3,0	10 ⁹ /л	0,7	0,19	4,61	2,64
ЛДГ	0-248	Ед/л	199,0	577,0	364,0	173,0
СРБ	0,0-6,0	мг/л	60,0	3,5	0,9	0,0
Ферритин	20,0-250,0	мкг/л	104,0	153,0	100,0	104,0
Прокальцитонин	0-0,49	нг/мл	0,5	0,6	0,05	0,02
Фибриноген	2,76-4,71	г/л	5,8	2,1	1,9	2,0
D-димер	0-232,0	нг/мл	175,0	376,0	138,0	121,0

Примечания: ЛДГ – лактатдегидрогеназа, СРБ – С-реактивный белок

Notes: LDH – lactate dehydrogenase, CRP – C-reactive protein

двусторонние немногочисленные зоны уплотнения по типу «матового стекла» различной протяженности, расположенные периваскулярно (рис. 1). Таким образом, у пациента выявлены рентгенологические признаки вирусной инфекции COVID-19, легкой (1 степени КТ-степени тяжести).

В первый день поступления в стационар по результатам клинических, лабораторно-инструментальных данных активного течения коронавирусной инфекции COVID-19 с целью купирования синдрома цитокинового шторма был однократно введен парентерально этанерцепт (энбрел) в дозе 100 мг. Учитывая высокий риск присоединения бактериального инфицирования на фоне вторичного иммунодефицита проводилась антибактериальная терапия: амоксициллин/сульбактам в дозе 1,5 г 3 раза в сутки внутривенно. Несмотря на проводимое лечение у пациента сохранялись клинические и лабораторные признаки гиперцитокинемии коронавирусной инфекции COVID-19: фебрильная лихорадка, прогрессирование ДН, нарастание уровней ЛДГ и СРБ.

На 3-и сутки госпитализации решением врачебной комиссии была инициирована терапия тоцилизумабом (актемра) в дозе 200 мг внутривенно.

На 5-е сутки госпитализации к терапии добавлены глюкокортикостероиды с противовоспалительной целью (дексаметазон 20 мг 1 раз в сутки внутривенно в течение 4 дней, с последующим снижением дозы до полной отмены). Учитывая наличие у пациента глубокого вторичного иммунодефицита для пассивной иммунизации была проведена трансфузия патогенредуцированной плазмы CovResc в объеме 300 мл. При динамическом наблюдении отмечался дальнейшее увеличение ЛДГ и нарастание ДН (инсуффляция O₂ средними потоками).

На 6-е сутки госпитализации ввиду отсутствия положительного эффекта от проводимой терапии, был повторно введен тоцилизумаб в дозе 200 мг внутривенно. Учитывая проводимую терапию генно-инженерными биологическими препаратами, пациенту неоднократно осуществлялся контроль посевов из стерильных локусов, эмпирически проводилась эскалация антибактериальной терапии. Несмотря на глубокую тромбоцитопению, наличие потребности в регулярных трансфузиях концентрата тромбоцитов, больному проводилась антикоагулянтная терапия в профилактических дозах для предупреждения развития ТМА-подобного синдрома (тромботическая микроангиопатия) на фоне активного течения коронавирусной инфекции COVID-19.

Таблица 2

Динамика результатов лабораторных исследований к SARS-CoV-2
Dynamics of laboratory test results for SARS-CoV-2

Лабораторные исследования	5 сутки	12 сутки	17 сутки
ПЦР SARS-CoV-2	Положительный	Отрицательный	Отрицательный
Антитела к COVID-19	IgM: 0,88 (<2) IgG: 1.35 (<10)	-	IgM: 19,87 (<2) IgG: 181,78 (<10)

На 6-е сутки госпитализации в связи с нарастанием ДН, требовавшей начала высокопоточной кислородно-воздушной оксигенация (Hi-Flow) пациент был переведен в ОРИТ.

На 9-е сутки госпитализации больному проводилась неинвазивная вентиляция легких в течение 7 дней.

На 15-е сутки госпитализации на фоне иммунодефицита у пациента развился сепсис, вызванный *Burkholderia cerasia*, который успешно регрессировал в результате комбинированной антибактериальной терапии: меропенем в дозе 1,0 г 4 раза в сутки, цефтазидим в дозе 2,0 г 3 раза в сутки, триметоприм/сульфаметоксазол в дозе 480 мг по 2 таблетки 3 раза в сутки.

На 21 сутки госпитализации состояние пациента стабилизировалось: наблюдалась тенденция к регрессу ДН (оксигенотерапия проводилась низкими потоками кислорода), нормализовалась температура тела, снизились показатели маркеров напряженности системного воспалительного ответа. При переводе в линейное отделение состояние пациента расценивалось как средней степени тяжести, оценка тяжести по шкале News соответствовала 4 баллам. Для оценки эффективности терапии коронавирусной инфекции COVID-19 были выполнены исследования: ПЦР-мазок из рото-и носоглотки на SARS-CoV-2 (отрицательный результат), КТ ОГК (положительная динамика по пневмонии) (табл. 2).

На 25 сутки госпитализации пациент в стабильном состоянии выписан на амбулаторное долечивание под наблюдение врачей-специалистов.

Таким образом, стационарное лечение больного от COVID-19 заняло почти месяц.

За период госпитализации больному проводилась оценка статуса гематологического заболевания. При цитологическом исследовании костного мозга выявлено 12,8% бластных клеток. С учетом возраста пациента показано начало химиотерапии малыми дозами цитарабина. Однако в данной клинической ситуации от начала противоопухолевого лечения было решено воздержаться в связи с тяжелым течением COVID-19. Спустя 1,5 месяца от начала коронавирусной инфекции пациенту был проведен курс химиотерапии малыми дозами цитарабина (LD-AraC) с достижением костномозговой ремиссии заболевания.

Через 3 месяца от начала коронавирусной инфекции у пациента диагностирован рецидив заболевания.

Спустя 4 месяца от начала коронавирусной инфекции был проведен курс терапии: азациитидин

Таблица 3

Динамика лабораторных показателей крови
Dynamics of laboratory blood parameter

Показатели	Референсные значения	Единицы измерения	1 сутки	7 суток	День выписки
Гемоглобин	130,0-160,0	г/л	47,0	83,0	87,0
Тромбоциты	100,0-400,0	$10^9/л$	4,0	17	20
Лейкоциты	4,0-9,0	$10^9/л$	4,9	0,9	2,4
Нейтрофилы	2,0-7,5	$10^9/л$	0,0	0,8	1,0
Лимфоциты	1,2-3,0	$10^9/л$	4,9	0,1	1,4
ЛДГ	0-248	Ед/л	121,0	151,0	107,0
СРБ	0,0-6,0	мг/л	83,7	45,0	8,0
Прокальцитонин	0-0,49	нг/мл	0,09	0,08	0,0
Фибриноген	2,76-4,71	г/л	7,78	5,67	4,0
D-димер	0-232,0	нг/мл	171,0	176,0	136,0

(AZA) и венетоклак (VEN) с достижением костно-мозговой ремиссии острого лейкоза.

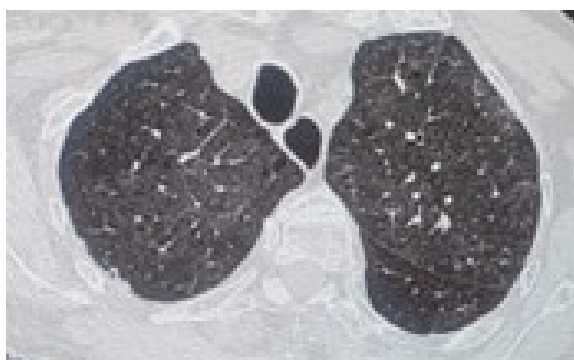
Через 1 год 4 месяца от начала коронавирусной инфекции (спустя 1 год после начала курса терапии: азацитидин и венетоклак) в связи с потерей ответа на противоопухолевую терапию проведена смена терапии: VEN + LD-AraC.

Через 1 год 6 месяцев от начала коронавирусной инфекции пациент повторно был госпитализирован в отделение гематологии и химиотерапии ГБУЗ ГКБ №52 ДЗМ (COVID-19 стационар) в связи с развитием повторным заражением новой коронавирусной инфекции, ассоциированной SARS-CoV-2, подтвержденной ПЦР. При поступлении больной предъявлял жалобы на выраженную общую слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, появление сухого кашля, стойкое повышение температуры тела до 38,2°C в течение 3 дней. Состояние пациента была расценена как средней степени тяжести. Тяжесть состояния обусловлена интоксикационным синдромом, фебрильной лихорадкой. Оценка тяжести состояния пациента по шкале NEWS соответствовала 5 баллам. В результатах лабораторных исследований отмечался агранулоцитоз, тяжелая анемия, тромбоцитопения 4 степени,

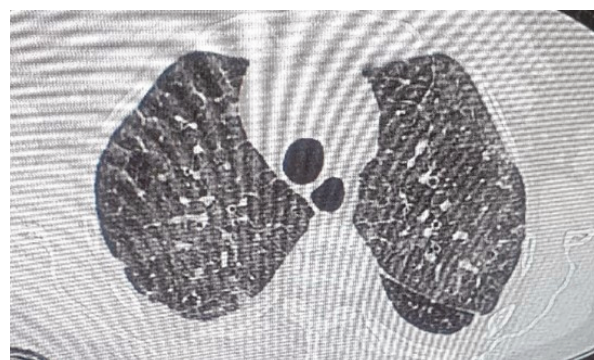
высокие уровни СРБ и фибриногена (табл. 3). По данным КТ ОГК патологических изменений не было выявлено (рис. 2).

С первых суток начала повторной коронавирусной инфекции проводилась противовирусная терапия ремдесивиром в дозе 200 мг в первые сутки, в дозе 100 мг/сут в последующие дни (№5). К терапии были добавлены противомикробные препараты в связи с высоким риском присоединения вторичной бактериальной флоры на фоне агранулоцитоза.

Через 1 месяц после начала повторной коронавирусной инфекции, учитывая высокий риск прогрессирования коронавирусной инфекции COVID-19 в тяжелую стадию, пациенту введены моноклональные антитела: тиксагевимаб в дозе 300 мг + цилгавимаб в дозе 300 мг (Эвушелд) однократно подкожно. При динамическом наблюдении отмечались клинические и лабораторные признаки прогрессирования коронавирусной инфекции COVID-19 (табл. 4). Спустя 5 суток решением ВК по назначению таргетной и биологической терапии было рекомендовано введение анакинры в дозе 400 мг подкожно. На фоне терапии отмечалась разнонаправленная динамика в состоянии пациента в виде нормализации температуры



А



Б

Рис.2. Динамика КТ ОГК за период госпитализации

Fig. 2. Dynamics of CT of OGK during the period of hospitalization

А. Компьютерная томография органов грудной клетки при поступлении

A. Computed tomography of the chest organs upon admission

Б. Компьютерная томография органов грудной клетки (интерстициальные изменения в легких)

B. Computed tomography of the chest organs (interstitial changes in the lungs)

Таблица 4

Динамика результатов лабораторных исследований к SARS-CoV-2
Dynamics of laboratory test results for SARS-CoV-2

Лабораторные исследования	4 сутки	10 сутки	16 сутки
ПЦР SARS-CoV-2	положительный	отрицательный	отрицательный
Антитела к COVID-19	IgM: 2,37 (< 2) IgG: 397 (< 10)	IgM: 10,34 (< 2) IgG: 554 (< 10)	-

тела, значимого снижения уровня СРБ, но развития ДН I степени. Через 4 суток на контрольной КТ ОГК признаков поражения легочной ткани при COVID-19 не наблюдалось, однако, были выявлены инфильтративные изменения патогномичные для пневмоцистной пневмонии (рис. 2). На фоне проведенной эмпирически терапии ко-тримоксазолом в дозе 960 мг 3 раза в день внутривенно далее перорально (курс лечения 3 недели) отмечены регресс ДН и нормализация температуры тела. Обращало на себя внимание прогрессирующее лейкоцитоз и нарастание СРБ. При обследовании в крови был обнаружен вирус 6 типа герпеса человека. Учитывая иммунокомпроментированный статус пациента, высокий риск развития генерализованной герпетической инфекции, была проведена терапия ганцикловиром в дозе 500 мг в/в 2 раза в сутки в течение недели. Через неделю пациент был выписан из стационара с полным регрессом ДН, нормализацией маркеров системной воспалительной реакции, восстановлением числа лейкоцитов, лимфоцитов, положительной рентгенологической динамикой по пневмонии.

Заключение

Таким образом, описан клинический случай течения и успешного лечения коронавирусной ин-

фекции COVID-19 в период разных «волн» пандемий у пациента старшей возрастной группы с ОМЛ на фоне глубокого иммунодефицита на этапе «до» и «на фоне» противоопухолевого лечения с отображением клинической, лабораторной и инструментальной динамики, терапевтической тактики в зависимости от смен лечебных парадигм COVID-19 согласно Временным методическим рекомендациям: «Профилактика, диагностика и лечение COVID-19». Данное клиническое наблюдение демонстрирует целесообразность отсрочки начала противоопухолевой терапии у пожилых пациентов с ОМЛ и активным течением COVID-19 до стабилизации состояния. Данная категория пациентов характеризуется высокой уязвимостью перед коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2, тяжелым и затяжным течением, отсутствием стойкого постковидного иммунитета. Доконтактная профилактика моноклональными антителами и вакцинация являются основным арсеналом в предотвращении инфицирования и тяжелого течения коронавирусной инфекции, длительной персистенции вируса. Однако, не следует считать наличие инфекции, вызванной коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2 противопоказанием к началу химиотерапии у пациентов с гемобластомами. Необходим персонализированный подход в конкретной клинической ситуации.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Y.J., Ouyang W., Chua M.L.K., Xie C. SARS CoV-2 Transmission in Patients with Cancer at a Tertiary Care Hospital in Wuhan. China. JAMA Oncol. doi: 10.1001/jamaoncol. 2020.
2. Regalado-Artamendi I., Jimenez-Ubieto A., Hernandez-Rivas J.A., et al. Risk Factors and mortality of COVID-19 in Patients with Lymphoma: a Multicenter Study. HemaSphere. 2021;5;3:e538. DOI: 10.1097/HS9.0000000000000538
3. Dai M., et al. Patients with Cancer Appear more Vulnerable to SARS-CoV-2: a Multicenter Study During the COVID-19 Outbreak. Cancer Discov. 2020;10:783–791.
4. Liang W., Guan W., Chen R., Wang W., Li J., Xu K., et al. Cancer Patients in SARS-CoV-2 Infection: a Nationwide Analysis in China. Lancet Oncol. 2020;21;3:335-7. DOI: 10.1016/S1470-2045(20)30096-6
5. Garcia-Suarez J., de la Cruz J., Cedillo A., et al. Impact of Hematologic Malignancy and Type of Cancer Therapy on COVID-19 Severity and Mortality: Lessons from a Large Population-Based Registry Study. J. Hematol. Oncol. 2020;13;1:133. DOI: 10.1186/s13045-020-00970-7.
6. Passamonti F., Cattaneo C., Arcaini L., et al. Clinical Characteristics and Risk Factors Associated with COVID-19 Severity in Patients with Haematological Malignancies in Italy: a Retrospective, Multicentre, Cohort Study. Lancet Haematol. 2020;7;10:e737–45. DOI: 10.1016/S2352-3026(20)30251-9
7. COVID-19 Lessons from Wuhan. Hematology.org URL <https://www.hematology.org/covid-19/covid-19-lessons-from-wuhan>.
8. Marchesi F., Salmanton-Garcia J., Emarah Z., et al. COVID-19 in Adult Acute Myeloid Leukemia Patients: a Long-Term Followup Study from the European Hematology Association Survey (EPI-COVIDEHA). Haematologica. Haec. 2023;108;1:22-33. DOI: 10.3324/haematol.2022.280847 PMID: 35545919
9. Cai J., Sun W., Huang J., Gamber M., et al. Indirect Virus Transmission in Cluster of COVID-19 Cases. Wenzhou. China. 2020. Emerg Infect Dis. 2020;26;6: 1343-1345. DOI: 10.3201/eid2606.200412 PMID: 32163030.
10. Шкала NEWS | Code Blue URL <https://codeblue.ru/calcs/NEWS>.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Участие авторов. Статья подготовлена с равным участием авторов.

Поступила: 13.06.2024. Принята к публикации: 11.07.2024.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Financing. The study had no sponsorship.

Contribution. Article was prepared with equal participation of the authors.

Article received: 13.06.2024. Accepted for publication: 11.07.2024