

Девяткова А. В.

КЛИНИЧЕСКИЕ, ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИИ COVID-19, ОСЛОЖНЕННОЙ МИОКАРДИТОМ

Научный руководитель канд.мед.наук, доц. Полянская А. В.

2-я кафедра внутренних болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. При инфекции, вызванной вирусом COVID-19, выявляются различные сердечно-сосудистые осложнения, в том числе, и миокардит. Существует несколько гипотез патогенеза миокардита: прямое повреждение кардиомиоцитов вирусом; тяжелое воспаление и цитокиновый шторм с перепроизводством воспалительных цитокинов; выработка аутоантител благодаря молекулярной мимикрии между вирусными антигенами и аутоантигенами, а также высвобождения аутоантигенов из инфицированных вирусом кардиомиоцитов.

Цель: оценить клинические, лабораторные и инструментальные данные пациентов при инфекции COVID-19, осложненной миокардитом

Материалы и методы. Материалом послужили истории болезни пациентов, находившихся на лечении в учреждении здравоохранения «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» и в учреждении здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска в 2022 -2023 годах. В исследование вошли 19 пациентов, из них 10 (64,6%) женщин и 9 (47,37%) мужчин. Средний возраст пациентов 64,3±9,2 года. Инфекция COVID-19 (U07.1) подтверждалась с помощью полимеразной цепной реакции. Диагноз миокардита, ассоциированного с инфекцией COVID-19 был выставлен на основании клинических, лабораторных данных, холтеровского мониторирования, эхокардиографии (Эхо-КГ) и магнитно-резонансной томографии сердца. Для статистической обработки использовалась программа Microsoft Office Excel 2022.

Результаты и их обсуждения. Диагноз миокардита был выставлен через 7-12 дней после постановки диагноза COVID-19, в среднем через 8,63±1,54 дней. Жалобы пациентов были следующие: слабость (у 100%), кашель (у 100%), чувство перебоев в работе сердца (у 78,95%), одышка (у 63,16%), боли в левой половине грудной клетки (у 63,16%), дискомфорт в грудной клетке (42,1%), головная боль (у 57,89%), боли в мышцах (у 52,63%), Выявлены следующие лабораторные изменения: С-реактивный белок составил, в среднем, 184,21±113,2 мг/л, тропонин I - 0,69±0,37 нг/мл, уровень Д-димера - 1209,53±855,95 нг/мл, уровень NT-proBNP - 791±418,63 пг/мл, прокальцитонина - 0,56±0,34 нг/мл, ферритина - 1221,55±802,58 мкг/л, количество лимфоцитов в плазме крови - 1,07±0,63*10⁹/л. У всех пациентов наблюдались нарушения ритма сердца и проводимости. По данным Эхо-КГ фракция выброса левого желудочка была снижена у 5 (26,3%) пациентов.

Выводы. 1.Острый миокардит, ассоциированный с COVID-инфекцией, выявлялся через 7-12 дней после постановки диагноза ковидной инфекции.

2.Жалобы пациентов при коронавирусной инфекции, осложненной миокардитом, отличались разнообразием, но чаще других были жалобы на слабость, кашель, чувство перебоев в работе сердца, одышку и боли в левой половине грудной клетки.

3.При коронавирусном миокардите отмечалось повышение уровня С-реактивного белка, тропонина, Д-димера, NT-proBNP, прокальцитонина, ферритина, а также снижение количества лимфоцитов в плазме крови, нарушения ритма сердца и проводимости (у всех пациентов), уменьшение фракции выброса левого желудочка по данным Эхо-КГ.