

Секция 9: Медицинские науки

Альмухамбетова Рауза Кадыровна

К.м.н., доцент, профессор кафедры внутренних болезней №2,

Казахский Национальный медицинский

университет им. С. Д. Асфендиярова,

Алматы, Республика Казахстан;

Ибрагимова Айна Атабековна

И.о.зав приемным отделением,

Городской кардиологический центр,

Алматы, Республика Казахстан;

Арубаева Гульжан Бахытовна

Ординатор приемного отделения,

Городской кардиологический центр,

Алматы, Республика Казахстан;

КАРДИОТОКСИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ПРЕПАРАТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Определение причины сердечной недостаточности (СН) - основной момент при постановке диагноза СН и принципиально важно при выборе терапии. Причинами СН чаще всего отмечают ИБС и артериальную гипертонию (АГ). Помимо них, этиологическими факторами могут быть: сахарный диабет, вирусные инфекции, алкогольная зависимость, химиотерапия (доксорубицин или трастузумаб), идиопатическая дилатационная кардиомиопатия и генетические нарушения. **Целью нашего исследования** явился анализ истории болезни больной К., 64 лет с диагнозом: *Состояние после комплексного лечения по поводу рака левой молочной железы (6 курсов комбинированной предоперационной химиотерапии + широкая секторальная резекция слева с лимфодиссекцией и 4 курса химиотерапии после операции). Состояние после имплантации*

искусственного кардиовертера дефибриллятора (ИКД) в декабре 2016 г. ХСН IIБ-III. IVФК (NYHA). Артериальная гипертензия 3 степени ФР 4. Тромбоэмболический синдром: Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии. Инфарктная пневмония правого легкого.

Материалы и методы. Анализ истории болезни: больная К., 64 лет, поступила в экстренном порядке в городской кардиологический центр (ГКЦ) с диагнозом: острый коронарный синдром.

Результаты и обсуждения. Жалобы при поступлении: на одышку в покое, усиливающуюся в горизонтальном положении, чувство нехватки воздуха, учащенное сердцебиение, тошноту, головокружение, снижение толерантности к физическим нагрузкам. Анамнез заболевания: ухудшение состояния в течение последних 6 месяцев после перенесенного лечения по поводу рака левой молочной железы (секторальная резекция с последующим курсом химиотерапии). Со слов больной, появились дискомфорт в области сердца, одышка при минимальной физической нагрузке. Через 3 месяца - стационарное лечение по поводу впервые выявленной стенокардии с нарушением ритма по типу экстрасистолии, класс по Лауну, стойкое удлинение QT интервала. При коронароангиографии: стенозы коронарных артерий до 50%. С целью первичной профилактики внезапной сердечной смерти (ВСС) был имплантирован ИКД Medtronic DRDDBC3D4 SNBWF 608734S. Артериальная гипертония в течение 4 лет, состояла на «Д» учете в поликлинике по месту жительства, наблюдение регулярное, максимальное повышение АД до 200/100 мм.рт.ст., АД при котором чувствует себя удовлетворительно 120/80 мм.рт.ст, базисной терапии придерживалась, последние 2 месяца отмечает склонность к артериальной гипотонии (АД 90/60-80/60 мм.рт.ст.). Данное ухудшение самочувствия в течение 4 суток до госпитализации, когда стали беспокоить и нарастать вышеуказанные жалобы, в связи с чем вызвала бригаду скорой медицинской помощи и доставлена в городской кардиологический центр (ГКЦ).

Объективно: положение-ортопноэ. Состояние: крайне тяжелое, обусловленное прогрессирующей сердечной и дыхательной недостаточностью. Сознание: ясное. Питание - удовлетворительное. Рост-163 см, вес-60 кг, ИМТ-22,6 м²/кг. Кожные покровы: цианотичные, влажные, холодные на ощупь. Акроцианоз. В левой молочной железе имеется послеоперационный рубец. При пальпации молочная железа и другие региональные зоны без особенностей. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеки стоп и пастозность голеней. Над легкими перкуторно: легочный звук по всем полям. ЧДД 24-25 в мин., аускультативно: везикулярное дыхание с жестковатым оттенком, ослабленное в нижних отделах, хрипы не выслушиваются. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - в 3 межреберье, левая - снаружи на 2,0 см от среднеключичной линии. Тоны приглушенные, ритм правильный АД 80/60 мм.рт.ст., пульс 115 в мин. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из - под края реберной дуги на 1-2 см.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования:

Общий анализ крови: без патологии. Биохимические анализы: общий белок 60 г/л, мочевины 16,7 ммоль/л, креатинин 81 мкмоль/л, клубочковая фильтрация 58 мл/сек.; глюкоза 6,1 ммоль/л, магний 0,82 ммоль/л, билирубин общий 58,2 мкмоль/л; билирубин прямой 41,7 мкмоль/л; АЛТ 3800Ме/л, АСТ 1090 Ме/л, Липидный спектр: холестерин 4,96 ммоль/л, ЛПВН 0,63 ммоль/л, ЛПНП 4,15 ммоль/л, триглицериды 0,93 ммоль/л, КОА 6,8, Риск ИБС 6,5. Высокочувствительный СРБ: 10,9 мг/л (до 5 мг/л). Коагулограмма: АПТВ 24,6 сек, ПВ 14,3 сек., ПИ 66,6%; Фибриноген А3,0 г/л., В-нафтол 2+, РФМК 21,0 мг%. Коагулограмма: АПТВ 28,1 сек, ПВ 14,8 сек., ПИ 58%; МНО 1,89; ПВб 24 сек., ПВк 14 сек., Фибриноген А3,1 г/л., В-нафтол 1+, РФМК 8,0 мг%. Кардиомаркеры: тропонин I hs 0,048ng/mL. (норма до 0,04 ng/mL) . Общий анализ мочи: без патологии.

ЭКГ: Синусовая тахикардия с ЧСС 110 в мин. Отклонение ЭОС влево. Дилатация левого предсердия. Блокада передне-верхнего разветвления левой ножки п. Гиса. Рубцовые изменения по передне-перегородочной стенке с захватом верхушки, по нижней стенке.

Рентгенограмма грудной клетки: Гемодинамика малого круга кровообращения – признаки выраженной легочной венозной гипертензии. Гиперволемия. В легких: В правой подключичной области определяется батарея ИКД с электродами. 2-сторонняя нижнедолевая застойная пневмония. Данных за пневмоторакс не выявлено. Тень сердца увеличена в объеме, влево, интенсивная. Аорта: плотная.

ЭхоКГ: Исследование на фоне тахикардии 111 в мин. Электрод ЭКС в правых отделах. Створки АК – уплотнены. Дилатация всех полостей. Дискинез МЖП. Акинез передних, передне-боковых сегментов. Выраженный гипокинез задних, задне-боковых сегментов. Сократительная функция обоих желудочков – резко снижена (ФВ по Симпсону 11%, TAPSE 0,7 см). Умеренная легочная гипертензия (сред. ДЛА 50 мм.рт.ст.). Регургитация на: МК 2 степени, АК – минимальная.

На компьютерной томографии, ангиопульмонографии: амбулаторно от 05.01.17г: Заключение: признаки тромбоэмболии сегментарных ветвей правой нижнедолевой и левой верхнедолевой легочной артерий, правосторонней инфаркт пневмонии, двустороннего экссудативного плеврита, перикардита, медиастинальной лимфаденопатии.

УЗИ органов брюшной полости: умеренные диффузные изменения паренхимы печени. Эхо-признаки хронического холецистита, хронического панкреатита, хронического воспалительного процесса обеих почек. Микролитиаз.

Было проведено лечение: согласно протокола диагностики и лечения МЗ РК «хроническая сердечная недостаточность» и «тромбоэмболия легочной артерии», а также кардиопротективные, антиаритмические

препараты, антибактериальная терапия. Несмотря на проводимую интенсивную терапию состояние больной оставалось тяжелым. На фоне нарастающей СН произошла остановка сердечной деятельности по типу фибрилляции желудочков. Интенсивная терапия, проводимая в полном объеме была безуспешна.

Таким образом, у нашей пациентки признаки СН появились после комплексной терапии по поводу С-г левой молочной железы StIIA(T2NxM0). Узловая форма (широкая секторальная резекция слева с лимфодиссекцией, 6 курсов химиотерапии с включением кардиотоксичного препарата доксорубицина). В экспериментальных работах доказан риск развития нарушений деятельности сердца после введения высоких доз доксорубицина и препаратов для лечения агрессивной онкопатологии. Причем, кардиотоксичность современных противоопухолевых препаратов является одним из многих, но, по-видимому, наиболее значимым побочным эффектом терапии, зачастую определяющим как качество жизни пациентов, находящихся в ремиссии, так и прогноз заболевания. В связи с чем возрастает риск развития и усугубления необратимых признаков СН. Кардиотоксическое действие обычно проявляется в течение 1-6 месяцев после начала лечения, и характеризуется рефрактерностью к проводимой терапии СН.

Литература:

1. Chia S., Gelmon . Современная онкология .2006, 4 . С.48-52
2. Vidal 2015. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в Казахстане. М.: Видаль Рус, 2015, 960 с ., С.369 .
3. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств(формулярная система) Выпуск XVI.-М.: «Эхо», 2015.- 1016 с., С. 779-780.