

# ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ РАННЬОЇ АНТРАЦИКЛІНОВОЇ КАРДІОТОКСИЧНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Скрипник І.М., Маслова Г.С., Лиманець Т.В.

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Рання антрациклінова кардіологічна токсичність (АКТ) може проявлятися у вигляді безбольової ішемії міокарда (ББІМ). Наявність ішемічної хвороби серці (ІХС) є доведеним фактором потенціювання АКТ у кумулятивній дозі (КД) 550 мг/м<sup>2</sup> за доксорубіцином. Несвоєчасне лікування гострої АКТ сприяє розвитку хронічної АКТ із формуванням тяжкої серцевої недостатності, яка може бути резистентною до лікування.

**Мета** - виявлення особливостей клінічної картини та змін біоелектричної активності міокарда як ранніх проявів АКТ у хворих на гострі лейкемії (ГЛ) на фоні малих КД антрациклінових антибіотиків (АА) 100 мг/м<sup>2</sup> за доксорубіцином з урахуванням супутньої ІХС.

**Матеріали і методи.** Обстежено 28 хворих на ГЛ (вік 16-72 рр., чоловіки/жінки 17/11 осіб). Залежно від наявності супутньої ІХС хворі розподілялись на 2 групи: I (n= 16) - хворі на ГЛ без супутньої ІХС; II (n=12) — хворі на ГЛ із супутньою ІХС. Хворі згідно протоколів отримували ПХТ, які включали АА. Оцінку скарг пацієнтів і даних стандартної ЕКГ проводили двічі: перед ПХТ і при КД АА за доксорубіцином до 100 мг/м<sup>2</sup> (в I групі (82,7 ± 10,9) мг/м<sup>2</sup>, в II групі - (78,1 ± 6,4) мг/м<sup>2</sup>, p > 0,05) через 24 години після завершення введення АА.

**Результати.** До ПХТ задишка при фізичному навантаженні турбувала 9 (56,25 %) хворих I групи та 11 (91,6 %) пацієнтів II групи. Серцебиття, відчуття перебоїв в роботі серця відмічали 4 (25 %) хворих I групи і 6 (50 %) - II групи. ЕКГ-зміни виявлено в I групі: у 9 (56,25%) пацієнтів у вигляді синусової тахікардії і в II групі у 7 (58,3 %) хворих синусова тахікардія, у 4 (33,3 %) пацієнтів - зниження процесів реполяризації, у 7 (58,3 %) - ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. Через 24 години після завершення введення АА скарги на задишку при фізичному навантаженні турбували 2 (12,5 %) пацієнтів I групи і 7 (58,3 %) хворих II групи. Відчуття серцебиття та перебоїв в роботі серця зафіксовано тільки в II групі у 5 (41,6 %) пацієнтів. ЕКГ-зміни виявлено у 6 (37,5 %) пацієнтів I групи (на фоні синусової тахікардії мало місце подовження інтервалу Q-T у 2-х пацієнтів, депресія

сегменту ST у 1-го, зниження вольтажу QRS у 3-х хворих) та у 10 (83,3 %) пацієнтів II групи (на фоні синусової тахікардії виявлено подовження інтервалу Q-T у 6-ти, депресію сегмента ST у 4 ти, зниження вольтажу QRS у 6-ти).

**Висновки.** Ранні прояви АКТ характеризуються безбольовою ішемією міокарда, порушеннями біоелектричної активності міокарда у вигляді синусової тахікардії, подовження інтервалу Q-T, депресією сегменту ST, зниженням вольтажу комплексу ОКК ІХС є фактором ризику розвитку АКТ на фоні низької КД АА 100 мг/м' за доксорубіцином.