

Эхокардиографические критерии сердечной асинхронии: 1) время пресистолической аортальной задержки (интервал от начала QRS до волны выброса в аорту) > 140 мс; 2) межжелудочковая задержка более 40 мс; 3) поздняя активация задней стенки левого желудочка. Дополнительные критерии (не обязательные, но желательные): 1) синусовый ритм; 2) митральная регургитация эксцентричным потоком II-III ст.; 3) незначительная дилатация фиброзного кольца мит-

рального клапана; 4) легочная гипертензия не более 50 мм рт.ст. Противопоказания: септические состояния; онкологические заболевания IV стадии; тяжелые психические заболевания; острые инфекции; терминальная печеночно-почечная недостаточность. В силу недоступности пересадки сердца в нашей стране сердечная ресинхронизирующая терапия — это единственная надежда на продление жизни и улучшение ее качества у больных с выраженной ХСН.



I.V. Tishina, V.M. Loifman, N.N. Glonina

PREVENTION OF ANTHRACYCLINE CARDIOMYOPATHY

Khabarovsk Krai Teaching Hospital №1, Khabarovsk

И.В. Тишина, В.М. Лойфман, Н.Н. Глони́на

К ПРОФИЛАКТИКЕ АНТРАЦИКЛИНОВОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Краевая клиническая больница №1, г. Хабаровск

Кардиотоксический эффект антрациклинов (доксорубицин, даунорубицин, митоксантрон, идарубицин) в виде антрациклиновой кардиомиопатии (АК) и сердечной недостаточности (СН) в настоящее время не вызывает сомнений. У больных острым лейкозом, вследствие непродолжительного срока их жизни, развитие АК раньше редко устанавливалось. На фоне увеличения продолжительности жизни у 80% больных через несколько недель или месяцев после достижения полной ремиссии опухоли развивается и прогрессирует СН.

Важным фактором в развитии АК является доза. При кумулятивной дозе > 400 мг/м² СН регистрируется у 3% больных, > 500 мг/м² — в 7%, и > 700 мг/м² — в 18% случаев. Общая критическая доза доксорубицина, способная вызвать СН, может быть гораздо ниже общепринятой 550 мг/м², а именно < 300 мг/м². Контроль дозы антрациклинов и фракции выброса

левого желудочка является средством профилактики развития АК. Препараты отменяют при снижении фракции выброса левого желудочка на 10% или при снижении менее 50%. Применение пролонгированной инфузии антрациклинов и лекарственных форм в липосомных капсулах уменьшает риск кардиотоксического эффекта. Лечение АК проводят антиоксидантами, сердечными гликозидами, антагонистами кальция, β-блокаторами. Новым кардиопротектором является кардиаксан, снижающий образование комплексов доксорубицин — железо и свободных радикалов железа. Вводится одновременно с введением антрациклинов. Прогноз АК неблагоприятный, лечение сходно с таковым при СН. Пациенты, получающие антрациклины, должны периодически проходить ЭХО-КГ. Ранниестораживающие признаки следует считать основанием для прекращения такой химиотерапии.

