

Conflict of interest. All authors declare that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

Corresponding author. Beisenbayeva Zarina A., NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty. E-mail: zarina_beysenbay@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-2206-9845>.

Contribution of the authors. All authors have made an equal contribution to the development of the concept, implementation, processing of results and writing of the article. We declare that this material has not been published before and is not under consideration by other publishers.

Financing. Absent.

Article submitted: 16.11.2022.

Accepted for publication: 25.11.2022.

УДК: 661.24-002.17
МРНТИ: 76.29.30.

DOI: 10.24412/2790-1289-2022-4-6771

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

^{*1}Л.С. Багланова, ¹В.Ж. Кудабаяева, ¹М.К. Тундыбаева,

¹А.Т. Маншарипова, ¹К.А. Зординова, ¹И.Н. Ибрагимова, ²Г.К. Исакова

¹НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, Алматы

²ГКП на ПХВ «Городской кардиологический центр», Казахстан, Алматы

Аннотация

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – одно из самых распространенных, быстро прогрессирующих болезней сердечно-сосудистой системы с наиболее неблагоприятным прогнозом во многих странах. В мире приблизительно 2% взрослого населения страдают от сердечной недостаточности; в большинстве случаев — это люди старше 70 лет. Приблизительно половина из них имеют фракцию выброса левого желудочка (ФВЛЖ) менее 50% [1; 2]. По итогам крупных эпидемиологических и рандомизированных исследований можно увидеть, что годовая смертность в этой популяции остается высокой, достигая 60% среди пациентов с III-IV функциональными классами (ФК). По разным данным, от 1 до 4% случаев экстренной госпитализации среди взрослых имеет место в связи с сердечной недостаточностью и несомненно в каждом случае возможна недооценка состояния в связи со сложностями в диагностике [3; 4].

Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) – одно из заболеваний, приводящее к тяжелым формам сердечной недостаточности; оно длительное время может протекать бессимптомно, несмотря на наличие объективных (эхокардиографических) признаков дилатации желудочков и нарушения их функции [9]. Чаще всего, первые клинические проявления болезни связаны с сердечной декомпенсацией, застоем крови в малом, а затем и в большом кругах кровообращения и снижением сердечного выброса [10; 11].

В данном сообщении представлено описание клинического случая дилатационной кардиомиопатии у 39-летнего молодого пациента.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, молодой возраст, ДКМП.

Введение. ХСН является очень важной медицинской и социальной проблемой, связанной с основными системными задачами здравоохранения в большинстве стран всего мира, так как этот синдром продолжает встречаться часто, невзирая на большой прогресс в лечении и диагностике. По данным статистики, более 26 миллионов человек во всем мире, то есть 1-2% людей имеют ХСН. [1; 5]. На первый взгляд, кажется, что это не так много, но если говорить о людях старше 40 лет, то в этой возрастной категории распространенность сердечной недостаточности уже 5-6%, а в категории населения старше 60 лет – около 10%. [5]. При этом, распро-

страненность тяжелого течения в стадии декомпенсации сердечной недостаточности достигает 2% случаев [6; 7; 8]. Согласно крупным Российским эпидемиологическим исследованиям, распространенность сердечной недостаточности у населения в целом составляет 7%, а у людей старше 90 лет настоящий показатель достигает до 70% [6; 7]. В Казахстане, по данным статистики, 4% населения страдают от ХСН. Тем не менее, только 55 000 пациентов зарегистрированы по РК [2]. Кроме того, число пациентов с данной патологией в последние десятилетия увеличилось в 1,7 раза. В ближайшем будущем проблема будет только обостряться: частота и распространенность

сердечной недостаточности продолжает быстро прогрессировать из-за увеличения продолжительности жизни населения [8; 11]. В современном мире новые достижения кардиологии и кардиохирургии могут спасти жизни этих пациентов.

Вашему вниманию предлагаем клинический случай молодого пациента с дилатационной кардиомиопатией, осложнённой хронической сердечной недостаточностью.

Цель исследования: Выявление и изучение особенностей течения хронической сердечной недостаточности у молодого пациента с дилатационной кардиомиопатией.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациента с окончательным диагнозом: Дилатационная кардиомиопатия, находившегося на стационарном лечении в ГКП на ПХВ «Городской кардиологический центр» (ГКЦ) 3 кардиологическом отделении. Функциональные методы исследования проведены в диагностическом отделении ГКЦ. Использованы эпидемиологические, клинические, параклинические методы исследования и анализ базы данных по пациенту, согласно принципам доказательной медицины. Обсуждение результатов клинического течения заболевания проводилось в соответствии с текущими научными взглядами на это заболевание.

Клинический случай. Пациент О., уроженец Алматинской области, 39 лет. Поступил с жалобами на давящие боли в груди длительностью 10-15 минут, без четкой связи с физической нагрузкой, одышку в покое и при небольшой нагрузке (подъем на второй этаж), ощущение учащенного сердцебиения, выраженную слабость.

Из анамнеза заболевания известно, что пациент состоит на Д учете в поликлинике по месту жительства по поводу ДКМП, ППС. Недостаточность МК 2-3 ст. ХСН с резко сниженной ФВ (30%). Регулярно принимает неселективный бета-адреноблокатор, сердечные гликозиды, комбинацию сакубитрил и валсартана, спиронолактон, торасемид, ацетилсалициловую кислоту. Последнее стационарное лечение два месяца назад в областной больнице с диагнозом: ДКМП, декомпенсация. ППС: недостаточность МК 2-3 ст. ОЛЖН (отек легких) от 25.09.2022. ХСН со сниженной ФВ (30%), ФК III по NYHA. ЦВЗ. ДЭП 1-2 степени смешанного генеза. Со слов пациента в 2020г был выставлен диагноз ИБС: ПИМ (по данным ЭХОКГ), на руках подтверждения и выписки нет.

Данное ухудшение состояния в течение 3-х дней, с вышеуказанными жалобами обратился в диагностическое отделение ГКЦ, откуда с результатами исследований и объективным статусом направлен на госпитализацию. Пациент госпитализирован в экстренном порядке.

Возможные причины ухудшения состояния: неограниченное употребление жидкости и соли, не регулярный прием назначенной терапии.

Общее состояние при поступлении расценено как тяжелое за счет сердечной недостаточности. Сознание ясное. Умеренный акроцианоз носогубного треугольника. Кожные покровы бледные, сухие, чистые. Рост - 168 см вес - 78 кг. ИМТ - 27,46 кг/м². Дыхание через нос, свободное. ЧДД 20 в мин. Сатурация 93% без оксигенотерапии. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, там же выявляются единичные влажные хрипы.

Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 100/70 мм. рт. ст., ЧСС 85 в мин. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см от края реберной дуги. Умеренная пастозность голеней.

Лабораторно-инструментальные исследования: ИФА на ВИЧ и маркеры гепатитов отрицательные. ОАК и ОАМ – показатели в пределах допустимой нормы; Troponin I 0.006 нг/мл, в динамике показатели не нарастают. Показатель BNP 185.9 нг/мл; в коагулограмме умеренная гипокоагуляция, показатель Д-Димер 1200.0 нг/мл; общий холестерин – 2,4 ммоль/л; триглицериды – 0,57 ммоль/л; ЛПВП – 1,39 ммоль/л; ЛПОНП – 0,26; ЛПНП – 0,75 ммоль/л; коэффициент атерогенности – 0,7. Мочевина 3.86 ммоль/л; Креатинин 90.25 мкмоль/л; СКФ по CKD-EPI 92 мл/мин/1,73м².

По данным ЭКГ: ЭОС резко отклонена влево. Отрицательный зубец Т в v3-v6, III. Перегрузка и гипертрофия левого предсердия. ЭхоКГ при поступлении - Стенка аорты не изменена. Створки клапанов уплотнены, раскрытие не ограничено. Дилатация левых отделов сердца. Сферическая форма ЛЖ. Гипокинез верхушечных сегментов и верхушки ЛЖ. Диффузный гипокинез остальных сегментов ЛЖ. В области верхушки образование пристеночное, неравномерной эхоплотности, фиксированное, размерами 1,1*0,9 см с участками лизиса - тромб. ФВ 26% по Симпсону, ПЖ в норме. Регургитация на ТК 0-1 ст, МК 1 ст, СДЛА 29 мм.рт.ст. Эхокардиограмма в динамике на 8 сутки: КДР 7,6см, КСР 6,1см, ФВ по Тейхольцу 32%, 365гр масса миокарда ЛЖ. Гиподискинез МЖП. Диффузный гипокинез всех стенок ЛЖ. Дессинхрония стенок ЛЖ. Сферическая форма ЛЖ. В области верхушки образование пристеночное, неравномерной эхо плотности, фиксированное, размерами 0,8*0,6 см с участками лизиса – тромб. ФВ по Симпсону 31%, КДО 266мл. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки стоя 12 ч 25 мин D - 31,5 см. Ширина сосудистого пучка - 46 мм. Объем циркулирующей крови – не увеличен Сог: L - 17,1 см, Т - 15,3 см, cti - 48% Гемодинамика малого круга кровообращения – не нарушена. В ребрах и ключицах костно-деструктивных изменений не выявлено. Легочные поля - без очаговых и инфильтративных теней. Легочной рисунок - усилен и обогащен за счет диффузного интерстициального фиброза. Корни - не расширены, структурные. Синусы – свободной жидкости в передних отделах синуса не отмечается. Сог: тень сердца не увеличена Аорта: плотная. Ультразвуковое исследование плевральных полостей: в плевральных полостях свободная жидкость не обнаружена.

Пациенту проведена коронарная ангиография с использованием двух катетеров: тип коронарного кровотока – правый. LAD: без обструктивных поражений, кровоток удовлетворительный TIMI III. Сx: без обструктивных поражений, кровоток удовлетворительный TIMI III. RCA: без обструктивных поражений, кровоток удовлетворительный TIMI III. Пациент осмотрен аритмологом: учитывая данные ЭХОКГ ФВ 26% по Симпсону. Диффузный гипокинез всех сегментов ЛЖ. КДР 7,6см, КДО 266мл. С целью первичной профилактики внезапной сердечной смерти, рекомендована имплантация ICD. Но пациент от предложенного оперативного лечения отказался.

Выставлен диагноз: Дилатационная кардиомиопатия. Тромб ЛЖ. Хроническая сердечная недостаточность со сниженной ФВ 26% по Симпсону III функциональный класс (ФК) согласно классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (НЮНА). ОЛЖН (отек легких) от 25.09.2022.

В схему лечения пациента подключен варфарин по схеме, учитывая наличие тромба в ЛЖ, комбинация сакубитрил и валсартана, «петлевые» диуретики, бета-адреноблокаторы, дапаглифлозин, ингибиторы протонной помпы.

Пациент на стационарном лечении находился в течение 10 суток, в динамике на фоне проведенной комплексной терапии, отмечено улучшение состояния в виде уменьшения проявлений сердечной недостаточности. Учитывая наличие у пациента, выраженного кардиодилатационного синдрома, по данным коронарографии, отсутствие стенотических изменений, нормальные показатели липидного спектра, молодой возраст пациента, наиболее вероятным рассматривается у пациента О. наличие дилатационной кардиомиопатии. Диагноз - перенесенный инфаркт миокарда сомнительный. Пациенту показано эндоваскулярное хирургическое лечение для предотвращения внезапной коронарной смерти с имплантацией ICD. К сожалению, от предложенного оперативного лечения пациент отказался.

Выводы: Представленный клинический случай характеризует особенности течения дилатационной кардиомиопатии у молодого пациента с выраженной хронической сердечной недостаточностью. Главная диагностическая сложность, возникшая при постановке диагноза – вероятность перенесенного инфаркта миокарда в 2020 году. Хотелось бы отметить неверную диагностическую интерпретацию диагноза инфаркта миокарда, который является весьма сомнительным, исходя из данных обследования.

На сегодня терапия ДКМП довольно затруднительна и состоит из высокотехнологичных методов эндоваскулярного лечения хронической сердечной недостаточности и имплантацией ресинхронизирующего устройства по показаниям или устройства ICD для предотвращения внезапной смерти, а также в оперативном вмешательстве – трансплантации сердца.

К сожалению, в описанном сообщении хотелось бы отметить низкую приверженность пациента к терапии, а также недооценку пациентом своего состояния, отказ от оперативного лечения.

Список литературы:

1. Бокерия Л.А., Неминуший Н.М., Постол А.С. Кардиальная ресинхронизирующая терапия. Формирование показаний и современные подходы к повышению эффективности метода // Комплексные проблемы кардиальных сосудистых заболеваний. 2018. №3. С.102 – 116 [Bokerija L.A., Neminiushij N.M., Postol A.S. Kardial'naja resinhronizirujushhaja terapija. Formirovanie pokazanij i sovremennye podhody k povysheniju jeffektivnosti metoda // Kompleksnye problemy kardial'nyh sosudistyh zabolevanij. 2018. №3. S.102 – 116].

2. Беркинбаев С.Ф., Джунусбекова Г.А., Исабекова А.Х., Мусагалиева А.Т., Кошумбаева К.М., и др. Новые возможности в терапии острой и хронической сердечной недостаточности (итоги исследования "Крылья", Республика Казахстан) // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. Выпуск № 2. 2014. – С.52-58 [Berkinbaev S. F., Dzhunusbekova G.A., Isabekova A.H., Musagalieva A.T., Koshumbaeva K.M., i dr. Novye vozmozhnosti v terapii ostroj i hronicheskoj serdechnoj nedostatochnosti (itogi issledovanija "Krylja", Respublika Kazakhstan) // Kardiologija i serdechno-sosudistaja hirurgija. Vypusk № 2. 2014. – S.52-58].

3. Raatikainen M.J., Arnar D.O., Merkely B., Nielsen J.C., Hindricks G., Heidbuchel H., Camm J. Devices and Interventional Electrophysiological Procedures in the European Society of Cardiology Countries: 2017 Report from the European Heart Rhythm Association // Europace. - 2017. - №19. – P.111 – 190.

4. Raatikainen M.J. Pekka, Arnar D.O., et al. A Decade of Information on the Use of Cardiac Implantable Electronic Devices and Interventional Electrophysiological Procedures in the European Society of Cardiology Countries: 2017 Report from the European Heart Rhythm Association. – Boston, 2017. – P.148.

5. Фомин И.В. Эпидемиология хронической сердечной недостаточности в Российской Федерации. / В кн. Хроническая сердечная недостаточность Агеев Ф. Т. и соавт. / М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2010. - С. 7 – 77 [Fomin I.V. Jependimologija hronicheskoj serdechnoj nedostatochnosti v Rossijskoj Federacii. / V kn. Hronicheskaja serdechnaja nedostatochnost' Ageev F. T. i soavt. / M.: GJeOTAR-Media. - 2010. - S. 7 – 77].

6. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность. Российское кардиологическое общество. Национальное общество специалистов по заболеваниям миокарда и сердечной недостаточности. Общество специалистов по сердечной недостаточности. 2019. – 137 с [Klinicheskie rekomendacii. Hronicheskaja serdechnaja nedostatochnost'. Rossijskoe kardiologicheskoe obshhestvo. Nacional'noe obshhestvo specialistov po zabolevanijam miokarda i serdechnoj nedostatochnosti. Obshhestvo specialistov po serdechnoj nedostatochnosti. 2019. – 137 s].

7. Клинические рекомендации по проведению электрофизиологических исследований, катетерной абляции и применению имплантируемых антиаритмических устройств/Всероссийское науч. о-во специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции (ВНОА); (разраб.: Ревিশвили А.Ш. и др.). – Москва, 2017. - 702 с [Klinicheskie rekomendacii po provedeniju jelektrofiziologicheskix issledovanij, kateternoj abljacii i primeneniju implantiruemyh antiaritmicheskix ustrojstv/Vserossijskoe nauch. o-vo specialistov po klinicheskoi jelektrofiziologii, aritmologii i kardiostimuljacii (VNOA); (razrab.: Revishvili A.Sh. i dr.). – Moskva, 2017. - 702 s].

8. Юрченко И.В., Сабыров Г.С., Абдильдина З.Ж., Сабырбаева Р.А., Сейсенбаева Г.Т., Баймуканова К.Х., Кульманбетова Ф.К., Жабдыкбай Н.Ж., Таубаева А.А., Алиева Ж.Н., Казакова Г.Н. Здоровье населения Ре-

спублики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2018 году // Статистический сборник. - Нур-Султан, 2019. - С.324 [Jurchenko I.V., Sabyrov G.S., Abdil'dina Z.Zh., Sabyrbaeva R.A., Seisenbaeva G.T., Bajmukanova K.H., Kul'manbetova F.K., Zhabdykbaj N. Zh., Taubaeva A.A., Alieva Zh.N., Kazakova G.N. Zdorov'e naselenija Respubliki Kazahstan i dejatel'nost' organizacij zdravoohraneniya v 2018 godu // Statisticheskij sbornik. - Nur-Sultan, 2019. - С.324].

9. Pluess M., Daeubler G., Dos Remedios C.G., et al. Adaptations of cytoarchitecture in human dilated cardiomyopathy // Biophys. Rev. – 2015.- № 7. – P. 25-32.

10. Stolfo D., Merlo M., Pinamonti B., et al. Early improvement of functional mitral regurgitation in patients with idiopathic dilated cardiomyopathy // Am. J. Cardiol. – 2015. – Vol. 115, № 8. – P. 1137-1143.

11. Theresa A McDonagh, et al., 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC, European Heart Journal, 2021; ehab368, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>.

СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІМЕН АСҚЫНҒАН ДИЛЯТАЦИЯЛЫҚ КАРДИОМИОПАТИЯСЫ БАР ЖАС НАУҚАСТЫҢ АҒЫМЫНЫҢ, ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ ЖӘНЕ ЖҮРГІЗУ ТАКТИКАСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ (КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ)

^{*1} Л.С. Багланова, ¹ В.Ж. Кудабасева, ¹ М.К. Тундыбаева,
¹ А.Т. Маншарипова, ¹ К.А. Зординова, ¹ И.Н. Ибрагимова, ² Г.К. Искакова
¹ «Қазақстан – Ресей медициналық университеті» МЕМБМ, Қазақстан, Алматы
² ШЖҚ ММК «Қалалық кардиологиялық орталық», Қазақстан, Алматы

Түйінді

Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі (СЖЖ) - көптеген елдерде ең қолайсыз болжамы бар жүрек-қан тамыр жүйесінің ең жиі кездесетін, тез үдемелі ауруларының бірі. Дүние жүзінде ересек тұрғындардың шамамен 2% жүрек жеткіліксіздігінен зардап шегеді; көп жағдайда бұл 70 жастан асқан адамдар және олардың жартысына жуығы сол жақ қарыншаның шығару фракциясы (ШФ) 50%-дан аз [1; 2]. Ірі эпидемиологиялық және рандомизацияланған зерттеулердің нәтижелеріне сүйене отырып, III-IV (ФК) функционалдық кластары бар науқастар арасында бұл популяциядағы бір жылдық өлім-жітімнің 60%-ға дейін қаншалықты жоғары болып қалатынын көруге болады. Әртүрлі дереккөздерге сәйкес, ересектер арасында жедел ауруханаға жатқызу жағдайларының 1-ден 4% -ға дейін жүрек жеткіліксіздігінен туындайды және сөзсіз әр жағдайда диагноз қоюдағы қиындықтарға байланысты жағдайды жете бағаламауы мүмкін [3; 4].

Дилятациялық кардиомиопатия (ДКМП) жүрек жеткіліксіздігінің ауыр түрлеріне әкелетін аурулардың бірі болып табылады; ол қарыншаның кеңеюінің объективті (эхокардиографиялық) белгілерінің болуына және функциясының бұзылуына қарамастан ұзақ уақыт бойы симптомсыз болуы мүмкін [9]. Көбінесе аурудың алғашқы клиникалық көріністері жүректің кеңеюімен, кіші, содан кейін үлкен қан айналым шеңберінде іркілістің, және жүректің шығарылуының төмендеуімен байланысты болады [10; 11].

Бұл есепте 39 жастағы жас науқастың дилятациялық кардиомиопатияның клиникалық жағдайының сипаттамасы берілген.

Қан айналымы жеткіліксіздігінің қайталануын байқау, диагностикалық іздеудің күрделілігі.

Кілт сөздер: созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, жастық шақ, ДКМП.

MANAGEMENT TACTICS OF A YOUNG PATIENT WITH DILATED CARDIOMYOPATHY COMPLICATED BY CHRONIC CARDIAC INSUFFICIENCY (CLINICAL CASE)

^{*1} Lyazat Baglanova, ¹ Venera Kudabaeva, ¹ Meiramgul Tundybaeva,
¹ Almagul Mansharipova, ¹ Karamyat Zordinova, ¹ Indira Ibragimova,
² Gauhar Iskakova

¹ NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

² GKP on the PCV «City Cardiology Center», Kazakhstan, Almaty

Summary

Chronic heart failure (CHF) is one of the most common, rapidly progressive diseases of the cardiovascular system with the most unfavorable prognosis in many countries. In the world, approximately 2% of the adult population suffer from heart failure; in most cases, these are people over 70 years old and approximately half of them have a left ventricular ejection fraction (LVEF) of less than 50% [1; 2]. According to the results of large epidemiological and randomized studies, one-year mortality in this population remains high, reaching 60% among patients with functional classes III-IV (FC). According to various data, from 1 to 4% of cases of emergency hospitalization among adults occur due to heart failure and, undoubtedly, in each case, an underestimation of the condition is possible due to difficulties in diagnosis [3; 4].

Dilated cardiomyopathy (DCMP) is one of the diseases that leads to severe forms of heart failure; it can be asymptomatic for a long time, despite the presence of objective (echocardiographic) signs of ventricular dilation and impaired function [9]. Most often, the first clinical manifestations of the disease are associated with cardiac decompensation, stagnation of blood in the small and then in the large circulatory circles and a decrease in cardiac output [10; 11].

This report describes a clinical case of dilatational cardiomyopathy in a 39-year-old young patient. Observation of repeated recurrences of circulatory insufficiency, complexity of diagnostic search.

Key words: chronic heart failure, young age, dilated cardiomyopathy.

Конфликт интересов. Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Корреспондирующий автор. Багланова Лязат Сайлаубеовна, НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», докторант 1 года обучения по специальности 8D10102 – «Медицина», Казахстан, г. Алматы. E-mail: Lyazat.begaidaro@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3880-5798>.

Вклад авторов. Все авторы внесли равноценный вклад в разработку концепции, выполнение, обработку результатов и написание статьи. Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

Финансирование. Отсутствует.

Статья поступила: 7.11.2022.

Принята к публикации: 21.11.2022.

Conflict of interest. All authors declare that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

Corresponding author. Baglanova Lyazat S., NEI «Kazakh-Russian Medical University», doctoral student of 1-year study in the specialty 8D10102 – «Medicine», Kazakhstan, Almaty. E-mail: Lyazat.begaidaro@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3880-5798>.

Contribution of the authors. All authors have made an equal contribution to the development of the concept, implementation, processing of results and writing of the article. We declare that this material has not been published before and is not under consideration by other publishers.

Financing. Absent.

Article submitted: 7.11.2022.

Accepted for publication: 21.11.2022.

УДК: 616-006.61
МРНТИ: 76.29.43: 76.29.49.

DOI: 10.24412/2790-1289-2022-4-7174

РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ. СЛОЖНЫЙ ПАЦИЕНТ

* М.Е. Сафаргалиев, Б.Т. Джамбулова, А.Д. Нысанбаев

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, Алматы

Аннотация

Статья описывает клинический случай выявления рака мочевого пузыря и шейки матки при беременности, с быстро прогрессирующим течением и локальным поражением нескольких систем организма.

Несмотря на доступность различных методов диагностики (компьютерная томография, обзорная экскреторная урография, пункции под УЗИ-контролем, МРТ), распознавание данной патологии весьма затруднительно ввиду отсутствия патогномоничных признаков.

Дальнейшие мероприятия по улучшению диагностики, по всей видимости, должны носить углубленный характер онконастороженности.

Ключевые слова: рак шейки матки, рак мочевого пузыря, беременность, гидронефроз, кесарево сечение.

Рак мочевого пузыря при беременности встречается довольно редко и каждый случай имеет свои особенности. International Network of Cancer, Infertility and Pregnancy зарегистрировала у беременных 8 случаев рака мочевого пузыря, диагностированных в период с 1999 по 2017 год, а в литературе сообщалось 10 случа-

ях рака мочевого пузыря в период с 2004 по 2019 год. Наиболее распространенными симптомами рака мочевого пузыря была гематурия (66%). Запущенные стадии рака имели худший прогноз; 3 из 7 пациентов с известным наблюдением умерли в течение 15 месяцев после постановки диагноза [1].