

Кардіоонкологія

Перикардіальний випіт як перший прояв онкологічного захворювання: клінічний випадок

О.В. Назаренко, О.О. Солов'юк

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Перикардіальний випіт має мультиваріабельну етіологію, а тактика ведення пацієнтів визначається, перш за все, захворюванням та, зокрема, порушеннями гемодинаміки і ризиком розвитку тампонади серця.

Мета – на прикладі клінічного випадку висвітлити проблему диференційної діагностики перикардіального випоту у пацієнтів похилого віку.

Результати. Пацієнтка К., 1946 року народження, 10.04.24 госпіталізована до кардіологічного відділення Миської лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги м. Запоріжжя зі скаргами на задишку при незначному фізичному навантаженні та у спокої, серцебиття, загальну слабкість. З анамнезу відомо, що хвора більше 10 років страждає на цукровий діабет 2 типу, гіпертонічну хворобу. Впродовж 5 років – ІХС, постійна форма фібриляції передсердь, серцева недостатність (СН) зі збереженою функцією лівого шлуночка (ЛШ). Постійно приймає бета-блокатори, інгібітори АПФ, статини, діуретики, пероральні антикоагулянти, цукрознижувальні засоби.

Погіршення стану за 2 тижні до госпіталізації – посилення та прогресування задишки. При проведенні ехокардіографії (ЕхоКГ) 8.04.24 був виявлений значний гідроперикард (діастаз листків за задньою стінкою ЛШ (ЗСЛШ) до 2–2,5 см). Дані фізикального огляду при госпіталізації – серцеві тони приглушені, аритмічні, незначна гепатомегалія, пастозність гомілок. АТ 120/80 мм рт ст, ЧСС 114/хв. ЧД 18/хв, SpO₂ – 96 %. ЕКГ: фібриляція передсердь, тахіформа, ознаки значного перикардіального випоту – зниження вольтажу QRS комплексу в усіх відведеннях. Лабораторні дослідження: незначний лейкоцитоз (10,4·10⁹/л), гіперглікемія (14 ммоль/л), підвищення рівня білірубину (26 ммоль/л), АлАТ (0,8 ммоль/год·л), ЛПНЩ (3,6 ммоль/л) та тропоніну I (1,3 нг/мл).

Проводилася інтенсивна діуретична терапія СН – антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів (еплеренон) в комбінації з петльовими діуретиками в/в та перорально (торасемід). У хворої спостерігалась добра відповідь на лікування – зменшилася

задишка, зросла толерантність до фізичних навантажень. АТ був стабільним в межах 120–140/80 мм рт ст, ЧСС зменшилася до 65–70 уд./хв. Однак при проведенні повторної ЕхоКГ 15.04.24 збільшився об'єм перикардіального випоту з початковими ознаками тампонади серця: діастаз листків перикарду за ЗСЛШ до 5 см, «плаваюче серце», колапс правого шлуночка. Фракція викиду ЛШ збережена (57 %). Нижня порожниста вена не розширена (1,79 см, колапс на вдиху більше 50 %). Легка легенева гіпертензія (сistolічний тиск в легеневій артерії 36 мм рт. ст.).

Пацієнтка була переведена до торакального відділення, 17.04.24 проведена фенестрація перикарда, евакуйовано 1,2 л серозної рідини. Результати цитологічного дослідження перикардіального випоту: білок 14,5 г/л, проба Рівальта позитивна; атипів клітини ймовірно метастатичного походження з ознаками ядерного та клітинного поліморфізму, вакуолізацією цитоплазми. Після проведення антибактеріальної і протизапальної терапії пацієнтка була направлена до онколога для подальшого лікування.

Тампонада серця зустрічається у 60 % хворих з неопластичними, туберкульозними перикардитами і є абсолютним показанням для невідкладного дренування за допомогою перикардіоцентезу або перикардіотомії. Діагноз ґрунтується на клінічній картині та фізикальних даних, підтверджених ЕхоКГ. Особливістю клінічного випадку є відсутність у пацієнтки класичних ознак тампонади серця – розширення яремної вени, артеріальна гіпотензія та парадоксальний пульс, що вказує на поступове накопичення рідини. У хворої мав місце підгострий перебіг тампонади серця з класичними ознаками СН – задишка, периферичні набряки, загальна слабкість. Помилкова оцінка цих симптомів як проявів затримки рідини та діуретична терапія можуть прискорити розвиток тампонади серця шляхом зниження тиску наповнення шлуночків.

Висновки. Ексудативний перикардит може бути першим проявом онкологічного захворювання, тому в ситуації значного перикардіального випоту, що накопичується, слід виключити його злоякісний генез. У пацієнтів з масивним перикардіальним випотом вкрай важливим є ранній ехокардіографічний моніторинг, що дозволяє вчасно виявити таке ускладнення, як тампонада серця. Швидка диференційна діагностика має велике терапевтичне та прогностичне значення для пацієнтів.