

Лекарственно - индуцированный вторичный амилоидоз

Кадысева Э.Р.¹, Шикалева А.А.², Нигмедзянова А.З.¹, Кулагина Л.Ю.¹, Максимов М.Л.²

¹ – ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ», Казань

² – КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Казань

Для цитирования:

Кадысева Э.Р., Шикалева А.А., Нигмедзянова А.З., Кулагина Л.Ю., Максимов М.Л. Лекарственно-индуцированный вторичный амилоидоз // *Фармакогенетика и фармакогеномика*. – 2018. – № 2. – С. 52–53.

DOI: 10.24411/2588-0527-2018-10027

Введение

Одними из многочисленных функций врача клинического фармаколога являются контроль проведения фармакотерапии, а также диагностика неблагоприятных побочных реакций лекарственных препаратов в лечебно-профилактическом учреждении. На данный момент очень актуальна борьба с полипрагмазией в медицинских учреждениях в условиях реальной клинической практики. Более 40 лет в клинической практике используется амиодарон (Кордарон) – лекарственный препарат из группы производных бензофурана с уникальным спектром фармакологических свойств

Цель

Цель настоящей работы – клинический разбор развития вторичного амилоидоза на фоне приёма препарата амиодарон.

Клинический случай

Больной Ш., 65 лет. В октябре 2012 г. появляются жалобы на боли в пояснице, в крестце, ограничение движения в поясничном отделе позвоночника. Выставлен диагноз люмбагия. Назначено сразу 3 препарата НПВС: Диклофенак 5,0 в/м, затем в таблетках, Найз 100 мг 2 раза в день, Вольтарен гель для местного применения. В августе 2013 г. появляются жалобы на нарушение сердечного ритма, после проведения профилактического осмотра направлен к кардиологу. Выставляется диагноз ИБС, желудочковая экстрасистолия с эпизодами тригеминии. Делается первое назначение амиодарона по 1 таблетке 3 раза в день. Появилась импотенция и не понимая её причину, пациент принимал различные средства для лечения эректильной дисфункции, которые вероятно, приводили к усугублению нарушения ритма, по поводу чего он увеличивал дозу амиодарона самостоятельно до 2 таблеток 3 раза в день. В апреле 2018 г. у больного появились жалобы на запоры продолжительностью до 6 дней. Гастроэнтерологом ставится диагноз хронический колит с запорами, дивертикулез толстого кишечника, рефлюкс-эзофагит. Назначается фармакотерапия – Разо (Рабепразол) 20 мг утром, Викаир (Аира корневища + Висмута субнитрат + Крушины ольховидной кора + Магния карбонат + Натрия гидрокарбонат) 1 таблетка 4 раза в день на стакан воды, Маалокс (Алгелдрат + Магния гидроксид) 1 упаковка 2 раза в день, Сорбит 2 ст. л. на стакан воды. В июле 2018 г. выявляются жалобы на выраженную слабость, пониженное давление, частое сердцебиение, снижение массы тела на 10 кг за 1 месяц, продолжающиеся запоры. В надпочечниках по спиральной РКТ гетерогенная инфильтрация. Выставляется диагноз: аутоиммунный тиреоидит с гипотиреозом. Назначен L-тироксин 50 мкг по 1 таблетке 1 раз в день. В ноябре 2018 г. пациент госпитализируется в стационар с критически низким артериальным давлением, общий белок крови резко снизился до ~30 мг/л за счёт нефротического синдрома (большая потеря белка с мочой без поражения почек, с нормальными показателями креатинина).

Обсуждение

Биопсия слизистой прямой кишки не подтвердила амилоидоз. Но по результатам биопсии кожи амилоид подтвердился. Приём Амиодарона был прекращён в июле 2018 г., когда артериальное давление достигло критически низких отметок. Выведение Амиодарона после приёма внутрь осуществляется в 2 фазы: начальный период – 4–21 ч, во второй фазе $T_{1/2}$ – 25–110 дней (в среднем 20–100 дней), через кишечник кумулируется

85–95 % препарата. Есть импотенция, поражение щитовидной железы, есть изменения в лёгких, энцефалопатия с пирамидными симптомами, миопатия. Учитывая побочные реакции лекарственных препаратов, которые пациент получал на протяжении всего периода заболевания, то устанавливается связь между нежелательными побочными реакциями препаратов и полипрагмазией.

Литература

1. *Клиническая фармакология* / под ред. Кукеса В.Г., Сычева Д.А. — 5-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015.
2. *Клиническая фармакология. Общие вопросы клинической фармакологии: практикум: учебное пособие* / под ред. В.Г. Кукеса, Д.А. Сычев, Л.С. Долженкова, В.К. Прозорова. — М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
3. *Клиническая фармакология по Гудману и Гилману* / под общ. ред. А.Г. Гилмана. — М.: Практика; 2006.
4. Катцунг Б. *Базисная и клиническая фармакология* (в 2-х томах). 2-е издание // — М.: Бином, 2009.
5. *Клиническая фармакология: национальное руководство* / под ред. Ю.Б. Белоусова, В.Г. Кукеса, В.К. Лепихина, В.И. Петрова. — М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014.
6. *Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике: мастер-класс: учебник* / В. И. Петров. — М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015.
7. В.С. Моисеев, Ж.Д. Кобалава, С.В. Моисеев *Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией: рук. для врачей* / под ред. В.С. Моисеев. — М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008.

Клинический случай гипергомоцистеинемии и рекуррентного депрессивного расстройства

Касьянов Е.Д., Мазо Г.Э.

ФГБУ «Национальный Медицинский Исследовательский Центр по Психиатрии и Неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Для цитирования:

Касьянов Е.Д., Мазо Г.Э. Клинический случай гипергомоцистеинемии и рекуррентного депрессивного расстройства // *Фармакогенетика и фармакогеномика*. — 2018. — № 2. — С. 53–54. DOI: 10.24411/2588-0527-2018-10028

Описание пациента

Женщина 30 лет страдала рекуррентным депрессивным расстройством. Перенесла несколько депрессивных эпизодов с меланхолической структурой (подавленное настроение, ангедония, сниженный аппетит, диссомнические явления по типу ранних пробуждений) длительностью до 4–5 мес. с не полными ремиссиями.

Тип вмешательства (лечение до персонализации)

В виде лечения получала эсциталопрам в дозе 20 мг/сут. Ранее принимала сертралин, дулоксетин в средних терапевтических дозах. Аугментации не применялись.

Показания к персонализации

Ответ на терапию антидепрессантами всегда был частичным, оставались резидуальные симптомы в виде ангедонии, инсомнии и анергии. После спортивной травмы по назначению невролога получала курс витаминов группы В, после чего почувствовала значительное улучшение в своём психическом состоянии (были заподозрены расстройства, связанные с метаболизмом витаминов группы В).

Тип персонализации

Пациентка была отправлена на биохимический анализ для установления уровня концентраций витаминов В₉ и В₁₂, а также гомоцистеина. По результатам был выявлен пониженный уровень фолиевой кислоты (витамин В₉) — 4,87 нмоль/л (р. з. 7,0–39,7 нмоль/л), а также повышенный уровень гомоцистеина — 14,30 мкмоль/л (р. з. 5–12 мкмоль/л). После чего пациентка была направлена на генетический анализ, где были выявлены полиморфизмы генов MTHFR(C677T) и MTR(A2756G), вовлечённые в метаболизм гомоцистеина.