

СТРЕССОВАЯ (ТАКОЦУБО) КАРДИОМИОПАТИЯ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Полянская А.В.¹, Кузнецова Н.Б.², Хидченко С.В.¹, Апанасович В.Г.¹,
Мархоцкий Я.Л.³, Чиж К.А.¹, Сиденко В.М.¹

¹ГУО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

²ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь

³ГУО «Белорусский государственный университет культуры и искусств»
г. Минск, Республика Беларусь

Стрессовая (Такоцубо) кардиомиопатия (СКМП) (стресс-индуцированная кардиомиопатия, амфороподобная кардиомиопатия, «синдром разбитого сердца») - приобретенная кардиомиопатия, характеризующаяся преходящей дисфункцией левого желудочка (ЛЖ) при эмоциональном или физическом стрессе, клинически и электрокардиографически напоминающая острый коронарный синдром. Она возникает преимущественно у женщин постменопаузального периода без признаков ишемической болезни сердца и характеризуется относительно благоприятным прогнозом.

Кардиомиопатия Такоцубо была описана японскими исследователями в 90-х годах XX века. Ее название возникло в связи с тем, что сердце при этом заболевании по форме напоминает специальное приспособление для ловли осьминогов в виде горшка с круглым дном и узким горлышком. В Японии СКМП выявляется у 1,7-2,2% пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС). В европейских странах распространенность СКМП среди всех пациентов с ОКС, подвергнутых ангиографии, достигает 2-3%. Во всех исследованиях обнаружено значительное превалирование женщин в возрасте, в среднем, 58-75 лет.

Факторами риска СКМП являются эмоциональный стресс (смерть или тяжелое заболевание близких, публичное выступление, финансовые потери, переезд на новое место жительства, получение неблагоприятных известий), физический или химический стресс (хирургические процедуры, обострение тяжелых заболеваний, сильная боль, приступы эпилепсии, применение наркотиков, патология эндокринной системы

(тиреотоксикоз, феохромоцитомы). Важным фактором риска СКМП у женщин является менопауза.

В этиопатогенезе выделяют стресс, увеличение активности симпатoadреналовой системы, снижение парасимпатического тонуса, коронарораспазм, коронарная микроваскулярная дисфункция, «катехоламиновое оглушение» миокарда, преходящая дисфункция ЛЖ. При благоприятных условиях мышца сердца восстанавливает свою функциональную активность.

Кардиомиопатия Такоубо чаще встречается в зимний сезон.

Клинические проявления СКМП многообразны: наблюдается повышенная потливость, тахикардия или брадикардия, клиника ОКС (боли в левой половине грудной клетки и одышка), кардиогенного шока, симптомы расстройства мозгового кровообращения (тошнота, рвота, головокружение, потеря сознания).

Электрокардиографическими (ЭКГ) признаками СКМП являются следующие: подъем сегмента ST, в грудных отведениях инверсия зубца T, патологический зубец Q, удлинение интервала QT, нарушения ритма (синусовая брадикардия, фибрилляция предсердий, желудочковая тахикардия). Но у большинства пациентов подъем сегмента ST отсутствует. Через непродолжительное время ЭКГ-картина возвращается к исходной, но иногда отрицательные зубцы T сохраняются несколько месяцев. В отличие от острого инфаркта миокарда (ОИМ) для СКМП характерна конкордантность изменений зубца T и сегмента ST.

На эхокардиограмме при СКМП обнаруживаются гипокинез или акинез средних или апикальных сегментов ЛЖ, снижение фракции выброса в острой стадии с последующим повышением до нормальных значений, в среднем, к 18 дню заболевания.

При коронароангиографии выявляется отсутствие гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий.

При СКМП отмечается умеренное повышение концентрации кардиоспецифического фермента тропонина T в плазме крови с максимальным его уровнем через 24 часа. Повышение биомаркеров повреждения миокарда выражено в меньшей степени, чем при ОИМ, и не соответствует тяжести быстро развивающихся нарушений локальной сократимости миокарда при этом заболевании. Уровень маркера дисфункции желудочков мозгового натрийуретического пептида в плазме крови всегда повышен, а уровни норадреналина, адреналина и допамина в плазме крови при СКМП в острой стадии у 75% пациентов были существенно выше, чем при ОИМ или остановке сердца.

Осложнения встречаются у каждого пятого пациента с СКМП. Это - пристеночное тромбообразование, кардиогенный шок, остановка сердца,

отек легких, разрыв миокарда, внезапная смерть, кардиоэмболический инсульт, нарушения ритма и проводимости и перикардит.

Прогноз при этом заболевании благоприятный.

У 95% пациентов наблюдается полное восстановление функции ЛЖ в течение 4 недели, а у трети пациентов - уже в стационаре, к концу первой недели.

Риск рецидивов при СКМП составляет 2-10%.

Летальность при СКМП достигает 1 %.

Терапия СКМП включает применение аспирина, внутривенное введение гепарина и использование бета-адреноблокаторов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или блокаторов рецепторов ангиотензина II. Пациентам с постоянной дисфункцией ЛЖ показаны мочегонные средства.

В лечении и профилактике рецидивов СКМП используют длительную терапию бета-адреноблокаторами с альфа-адренергической активностью (карведилол). В определенных ситуациях могут быть назначены антикоагулянты.