

УДК 616.12

**СИНДРОМ РАЗБИТОГО СЕРДЦА
ИЛИ КАРДИОМИОПАТИЯ ТАКОЦУБО****Доронина Александра Юрьевна**

студент

Российский университет дружбы народов, Москва

author@apriori-journal.ru

Аннотация. Кардиомиопатия Такоцубо – это обратимая стресс-индуцированная патология, при которой развивается внезапное снижение сократимости миокарда. В данном обзоре будут рассмотрены история открытия, основные клинические проявления, диагностика, лечение и прогноз данного заболевания.

Ключевые слова: Такоцубо; кардиомиопатия; миокард.

BROKEN HEART SYNDROME OR TAKOTSUBO CARDIOMYOPATHY**Doronina Alexandra Yurievna**

student

Peoples` Friendship University of Russia, Moscow

Abstract. Takotsubo cardiomyopathy is a stress-induced reversible pathology with characterised by increased systolic dysfunction. In this review we will discuss the history of discovery, clinical findings, diagnostic, treatment and prognosis.

Key words: Takotsubo; cardiomyopathy; myocardium.

Кардиомиопатия Такоцубо, также известная как «Синдром разбитого сердца» или «Стресс-индуцированная кардиомиопатия» – это доброкачественная обратимая патология, характеризующаяся преходящей систолической дисфункцией желудочков, клинически проявляющееся как острый инфаркт миокарда (длительная давящая, сжимающая боль за грудиной, ЭКГ проявления, повышения маркеров некроза миокарда) при отсутствии видимой обструкции коронарных артерий [1].

В 1990-х годах 20-го столетия Доте с коллегами первыми описали кардиомипатию Такоцубо во время вентрикулографии левого желудочка, где сердце имело форму «такоцубо», или, что в переводе с японского означает «ловушка для осьминогов» [2]. В 2006 году Кардиомиопатия Такоцубо была официально отнесена к группе стресс-индуцированных кардиомиопатий [3]. В данной статье будут рассмотрены патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение данного заболевания.

Клинические проявления

Наиболее частыми клиническими проявлениями являются боль за грудиной (70-90 %). Менее частыми симптомами являются одышка (в 20 % случаев), отек легких, однако часто встречаются также остановка сердца, кардиогенный шок, желудочковые аритмии. Также отмечаются неспецифические симптомы, такие как синкопе, слабость, кашель. Часто провоцирующими факторами являются смерть близкого человека, публичное выступление, волнение, тревога, связанная с визитом к врачу. Другие ситуации встречаются менее часто, но также являются триггерным фактором КМП Такоцубо, которые включают в себя употребление кокаина, опиатов, стресс-тесты (с добутамином), тиреотоксикоз.

Кардиомиопатия Такоцубо диагностируют примерно у 1-2 % пациентов с элевацией сегмента ST на ЭКГ. Обычно это 60-75 летние женщины в постменопаузальный период, однако возраст может варьироваться от 10-91 лет, несмотря на то, что описанные в литературе случаи, выходя-

щие за рамки 60-75 лет единичны [2]. Клинически проявления синдрома Такоцубо схожи с острым инфарктом миокарда, однако ему предшествует тяжелый эмоциональный стресс, такой как смерть близкого, ссора или финансовые неурядицы. На ЭКГ данный синдром также «мимикрирует» под острый инфаркт миокарда передней стенки с подъемом или без подъема сегмента ST. S.W. Sharkey с коллегами проводили исследования, в котором брали 59 электрокардиограмм пациентов, у которых диагностировали кардиомиопатию Такоцубо. При поступлении 56 % этих пациентов имели подъем сегмента ST, в то время как 17 % пациентов имели инверсию зубца T, а 10 % имели зубец Q или изменения зубца R. Примечательно то, что 17 % этих пациентов имели нормальную ЭКГ [4].

В более чем 90 % случаев подъем сегмента ST бывает ассоциирован с удлинением интервала QT и преходящие зубцы Q в антеросептальных отведениях. Однако вначале от дифференцировать острый инфаркт миокарда от кардиомиопатии Такоцубо бывает затруднительно. Тем не менее, изменения на ЭКГ преходящие и в большинстве случаев исчезают в течение первых двух недель. R. Ogura с коллегами предполагают, что отсутствие реципрокных изменений на ЭКГ, отсутствие Q зубца T отношение подъема сегмента ST-в отведениях V 4-6 к подъему в V 1-3 > 1 могут быть высоко специфичными для кардиомиопатии Такоцубо [5]. Также имеет место повышение уровня кардиальных ферментов, однако их уровень ниже, чем при остром инфаркте.

Эхокардиография является необходимым методом для постановки диагноза. На ЭхоКГ выявляются гипокинез или акинез средних и апикальных сегментов ЛЖ, топически локализованные вне зоны распределения какой-либо одной коронарной артерии. Отмечается также снижение фракции выброса в острой стадии до 20-49 % с последующим повышением до 59-76 %, в среднем, к 18 дню от начала заболевания. Вторым важным критерием является вовлечение верхушки правого желу-

дочка. Данный критерий выявляется примерно у 1/4 обследованных пациентов [6].

Особенностью КТ является отсутствие гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий, которые могли бы объяснить указанные нарушения сократимости миокарда. Лишь около 10 % пациентов с КТ имеют незначительные изменения состояния коронарных артерий и максимальная их обструкция не превышает 75 %, в то время как среди пациентов с ОИМ распространённость нормальных коронарных артерий составляет всего 1-12 %. Маркеры некроза миокарда увеличиваются незначительно.

В настоящее время появились специальные критерии диагностики кардиомиопатии Такоцубо, так называемые «модифицированные критерии клиники Мейо» [7], которые должны включать все четыре следующих признака:

- 1) транзиторный гипокинез, дискинез или акинез средних сегментов ЛЖ с вовлечением верхушки или без такового, баллоноподобное расширение полости ЛЖ, не соответствующее зоне кровоснабжения одной коронарной артерии; желателен физический или психический травмирующий фактор, предшествующий развитию этого состояния;
- 2) отсутствие обструкции коронарной артерии или ангиографического свидетельства отрыва атеросклеротической бляшки;
- 3) появление изменений ЭКГ (любая элевация сегмента ST и/или инверсия зубца T) или незначительное повышение уровня тропонина);
- 4) отсутствие предшествующей травмы головы, внутричерепного кровоизлияния, гипертрофической кардиомиопатии, феохромоцитомы или миокардита.

Осложнения

Возраст, физические нагрузки повышают риск развития осложнений ТК, которые включают в себя: кардиогенный шок, отек легких [8], ХСН,

аритмии [9], разрыв ЛЖ [10], ишемический инсульт [11]. Смертность составляет 1 % [12].

Лечение

В настоящее время специфические методы лечения не разработаны. Пациент должен быть немедленно направлен на катетеризацию сердца для исключения ИБС. Рекомендуется иАПФ, аспирин, антиагреганты и антикоагулянты (клопидогрель, гепарин) для снижения риска тромбоэмболических осложнений, нитраты, и β -блокаторы. В случае развития сердечной недостаточности рекомендуются диуретики.

Четких критериев длительности терапии нет. Необходимо продолжить терапию до полного восстановления сердечной функции. ТК является доброкачественным заболеванием, в большинстве случаев заканчивающийся полным восстановлением функции ЛЖ через 2-4 недели после манифестирования симптомов [3].

Выводы

Несмотря на большое разнообразие современных методов диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, кардиомиопатия Такоцубо остается малоизученным заболеванием. Повышение частоты данного заболевания наблюдается у женщин в период постменопаузы, на фоне эмоционального стресса, клинически проявляющийся стенокардитической болью за грудиной, подъемом сегмента ST, и незначительным увеличением сердечных тропонинов. Характерны изменения на ЭХО-КГ, отсутствие изменений при ангиографии. Прогноз благоприятный, выздоровление наступает примерно через 2-4 недели после начала заболевания, однако необходима своевременная диагностика и лечение во избежание развития серьезных осложнений, таких как кардиогенный шок, ХСН, отек легких.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Gautam R. Patankar et al. Reverse takotsubo cardiomyopathy: two case reports and review of the literature //J. of Medical Case Reports. 2013 [Электронный ресурс]. Режим доступа:<http://www.jmedicalcasereports.com/content/7/1/84>
2. Gabriel C. Fernández-Pérez et al. Takotsubo Cardiomyopathy: Assessment With Cardiac MRI. DOI:10.2214/AJR.09.3369.
3. Spyridon K. et al. Takotsubo Cardiomyopathy: The «Broken Heart» Syndrome // Hellenic J. Cardiol. 2010. 51. P. 451-457.
4. Sharkey S.W. et al. Spectrum and significance of electrocardiographic patterns, troponin levels, and thrombolysis in myocardial infarction frame count in patients with stress (tako-tsubo) cardiomyopathy and comparison to those in patients with STelevation anterior wall myocardial infarction // Am. J. Cardiol. 2008. 101. P. 1723-1728.
5. Ogura R. et al. Specific findings of the standard 12-lead ECG in patients with «Takotsubo» cardiomyopathy: comparison with the findings of acute anterior myocardial infarction // Circ. J. 2003. 67. P. 687-690.
6. Sealove B.A., Tiyyagura S., Fuster V. Takotsubo cardiomyopathy // J. Gen. Intern. Med. 2008. Nov. 23 (11). P. 1904-1908.
7. Kawai S., Kitabatake A., Tomoike H. Guidelines for diagnosis of tako-tsubo (ampulla) cardiomyopathy // Circ. J. 2007. 71 (6). P. 990-992.
8. Connelly K.A., Maclsaac A.I., Jelinek V.M. Stress, myocardial infarction and the «tako-tsubo» phenomenon // Heart. 2004. 90 P. 52.
9. Tsuchihashi K. et al. Transient left ventricular apical ballooning without coronary artery stenosis: a novel heart syndrome mimicking acute myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. 2001. 38. P. 11-18.
10. Akashi Y.J. et al. Left ventricular rupture associated with Takotsubo cardiomyopathy // Mayo Clin. Proc. 2004. 79. P. 821-824.

11. Grabowski A., Kilian J., Strank C., Cieslinsk G., Meyding-Lamade U. Takotsubo cardiomyopathy: a rare cause of cardioembolic stroke // Cerebrovasc Dis. 2007. 24. P. 146-148.
12. Dhar S., Koul D., Subramanian S., Bakhshi M. Transient apical ballooning: sheep in wolves' garb // Cardiology in Review. 2007. 15. P. 150-153.