

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ОСНОВНЫЕ ТРИГГЕРЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОГОДИЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ТАКОЦУБО

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Семенова Марина Ивановна

E-mail: semenova_marina-15@mail.ru

Научный руководитель: Пономаренко Ирина Владимировна, к.м.н., ассистент кафедры кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии с курсом ДПО

Ключевые слова: синдром такоцубо, триггерные факторы, сократимость миокарда ЛЖ

Актуальность

Синдром такоцубо (СТ) – транзиторная дисфункция левого желудочка (ЛЖ), как правило, с баллоноподобным расширением верхушки и/или среднего отдела ЛЖ [1]. Распространенность СТ среди пациентов с острым коронарным синдромом составляет 1-3% [1]. Провоцирующими факторами являются эмоциональная или физическая нагрузка, а также их комбинация. Иногда триггерный фактор у пациента выявить не удастся [1]. Данное заболевание считается обратимым, поскольку сократительная способность ЛЖ полностью восстанавливается через 4-8 недель [1]. Во время острой фазы СТ у пациентов развивается гемодинамическая и электрическая нестабильность, что приводит к появлению осложнений у 1/5 пациентов. Смертность пациентов с СТ составляет 5,6% [1].

Цель: изучить клинические показатели, провоцирующие факторы и сроки восстановления сократимости миокарда ЛЖ у пациентов с синдромом такоцубо в течение года наблюдения.

Материалы и методы

В исследование включено 27 пациентов с подтвержденным диагнозом синдром такоцубо, находящихся на госпитализации в кардиологическом отделении для лечения больных с острым коронарным синдромом Алтайского краевого кардиологического диспансера. Всем пациентам проводилась оценка жалоб, анамнеза, объективного статуса, были выполнены стандартные лабораторные и инструментальные методы обследования, в том числе коронароангиография, эхокардиография (ЭхоКГ) при поступлении и в динамике на 7-8 сутки госпитализации, при необходимости через 1 месяц. Через 12 месяцев после выписки из стационара проводилась оценка повторных сердечно-сосудистых событий с помощью телефонного звонка.

Результаты

Средний возраст обследованных пациентов составил $64,1 \pm 2,5$ года, среди них – 96,3% женщин, 3,7% мужчин. Большинство (92,6%) включенных в исследование пациентов имели артериальную гипертензию, ХСН I стадии диагностирована у 55,6%, фибрилляция предсердий и СД 2 типа – у 11,1%, онкологические заболевания в анамнезе – у 11,1%, депрессивные расстройства – у 7,4%. Провоцирующим фактором развития синдрома такоцубо у 63% пациентов являлся стресс, у 11,1% – физическая нагрузка, у 3,7% – оперативное вмешательство, у 25,9% больных триггер не был установлен. Превалирующими жалобами при поступлении были боли за грудиной (85,2%), одышка (11,1%) и синкопальное состояние (3,7%). У 77,8% пациентов выявлено повышение уровня высокочувствительного тропонина I, у 100% наблюдалось повышение уровня N-терминального мозгового натрийуретического пептида. По данным электрокардиографии, у 48,15% зарегистрирован подъем сегмента ST, у 48,15% – диффузные нарушения процессов реполяризации в виде отрицательных и/или двухфазных зубцов T. По данным коронароангиографии, у 77,8% пациентов коронарные артерии были интактны, у 22,2% – гемодинамически незначимые стенозы со стабильными бляшками. По данным ЭхоКГ, при

поступлении у 96,3% отмечались локальные нарушения сократимости миокарда ЛЖ (гипокинез/акинез верхушки ЛЖ), показатель фракция выброса ЛЖ составил $58,7 \pm 1,9\%$. В динамике, на $7,9 \pm 0,8$ сутки, у 74,1% пациентов диагностировано восстановление сократимости миокарда ЛЖ, показатель фракции выброса составил $67,4 \pm 1,2\%$. У 14,8% больных течение заболевания осложнилось острой сердечной недостаточностью на уровне Killip II, у 3,7% – Killip III, у 11,1% – Killip IV. В остром периоде заболевания выявлены различные нарушения ритма и проводимости: фибрилляция предсердий – у 13,6%, частая желудочковая экстрасистолия и неустойчивые пароксизмы желудочковой тахикардии – у 27,3% пациентов, переходящая атриовентрикулярная блокада 2 степени – у 9,1% больных, переходящая синоаурикулярная блокада II степени – у 4,5% обследованных. Госпитальная летальность при синдроме такоцубо составила 3,7% (1 пациент). В течение 12 месяцев после выписки из стационара у 96,2% пациентов не выявлено повторных сердечно-сосудистых событий, у 1 пациента была госпитализация по поводу острого нарушения мозгового кровообращения с летальным исходом.

Выводы

Наиболее частыми триггерными факторами развития СТ были стресс и физическая нагрузка. У 29,6% больных течение заболевания осложнилось острой сердечной недостаточностью, у 40,9% – нарушениями ритма, госпитальная летальность составила 3,7%. По данным ЭхоКГ, у 74,1% пациентов в среднем на $7,9 \pm 0,8$ день наблюдалось восстановление сократимости миокарда ЛЖ. В течение года наблюдения у большинства пациентов (96,2%) повторные сердечно-сосудистые события не рецидивировали, у 1 пациента (3,8%) была госпитализация по поводу острого нарушения мозгового кровообращения с летальным исходом.

Список литературы:

1. Суспицына И.Н., Сукманова И.А. Синдром такоцубо. Клинико-патогенетические аспекты. Основы диагностики и лечения. *Кардиология*. 2020;60(2):96–103. <https://doi.org/10.18087/cardio.2020.2.n521>
2. Сукманова И.А., Русакова А.А. COVID-19 - триггер кардиомиопатии Такоцубо. *Бюллетень медицинской науки*. 2023; 1(29): 136-140. – DOI 10.31684/25418475-2023-1-136. – EDN ADXAYX.5/

Как цитировать:

Семенова М. И. Клиническая характеристика, основные триггеры и результаты одногодичного наблюдения пациентов с синдромом такоцубо. *Scientist (Russia)*. 2024; 4 (30): 91-94.
