

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST И КАРДИОМИОПАТИИ ТАКО-TSUBO

Внезапно возникшие боли в области сердца, сочетающиеся изменениями ЭКГ в виде депрессии сегмента ST или инверсии зубца Т и положительным тропониновым тестом, служат достаточным основанием для диагностики острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST (ОКСБПST), но не исключают альтернативных диагнозов, в частности, кардиомиопатии Тако-Tsubo. В подтверждение сказанному приводим следующее клиническое наблюдение.

Женщина 65 лет госпитализирована через 8 часов после появления давящих загрудинных болей, которые возникли на фоне психоэмоционального стресса, спровоцированного просмотром вечерней информационной программы. ЭКГ, зарегистрированная бригадой скорой медицинской помощи, представлена на рисунке 1.

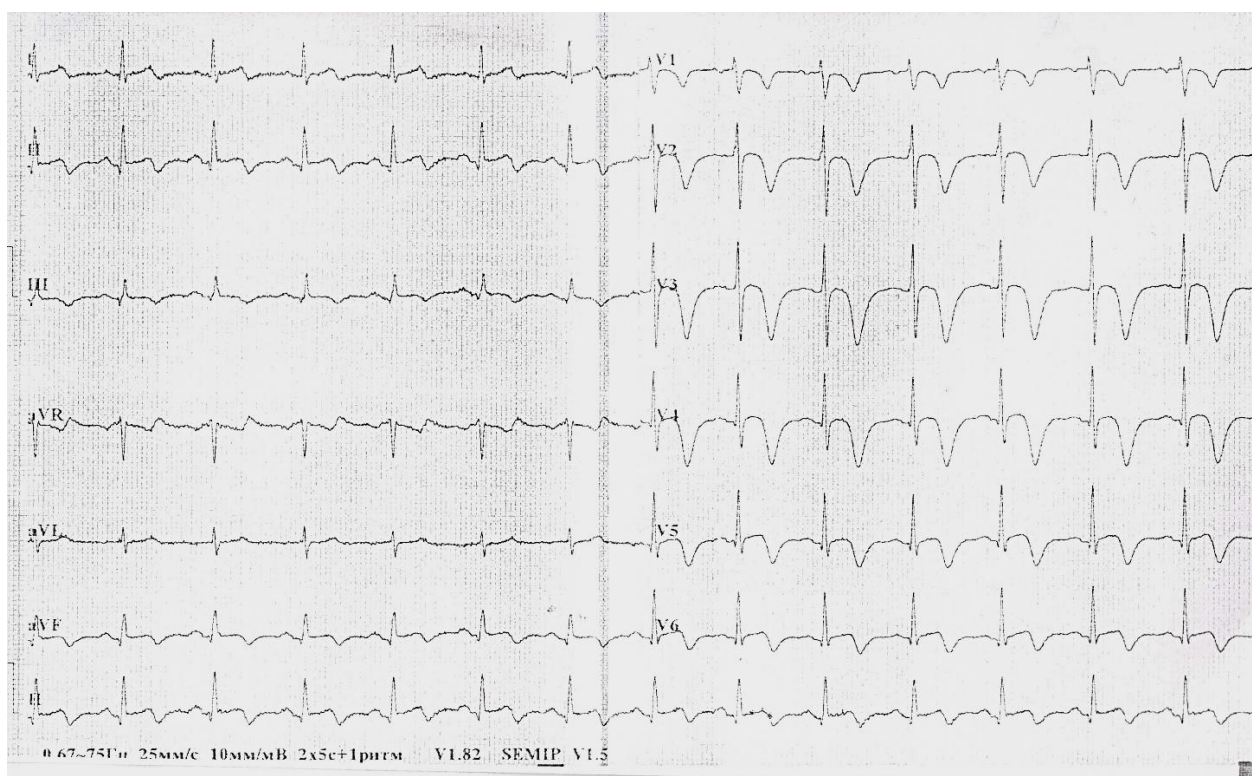


Рисунок 1. Синусовый ритм с частотой сердечных сокращений (ЧСС) 83 в 1 мин, правильное направление электрической оси сердца.

Нарушение реполяризации во всех отведения (отрицательные «коронарные» T).

В анамнезе артериальная гипертензия на протяжении 20 лет, по поводу которой не обследовалась и не систематически не лечилась. Год назад выявлен сахарный диабет 2 типа, в связи с чем ежедневно принимает 3,5 мг манила.

Объективно: повышенного питания (индекс массы тела 30 kg/m^2), ЧСС 76 в минуту, артериальное давление 140/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, 16 в 1 мин, хрипов нет. Периферических отеков нет. Тропониновый тест положительный.

По клиническим, электрокардиографическим и лабораторным данным выставлен диагноз ОКСБПСТ и проведена коронарная ангиография, которая не выявила признаков гемодинамически значимого поражения коронарных артерий (рисунок 2).

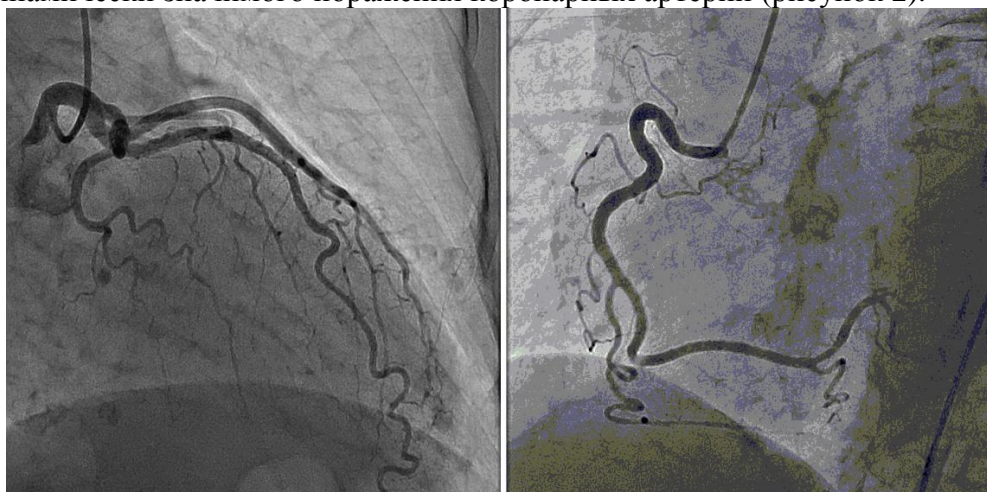


Рисунок 2. Коронароангиограмма без признаков поражения левой (слева) и правой (справа) коронарных артерий

Эхокардиографическое исследование выявило нарушение локальной сократимости (дискинезия) левого желудочка во всех апикальных сегментах со снижением фракции выброса левого желудочка до 45 % и гиперкинезом его базальных сегментов (рисунок 3 слева).

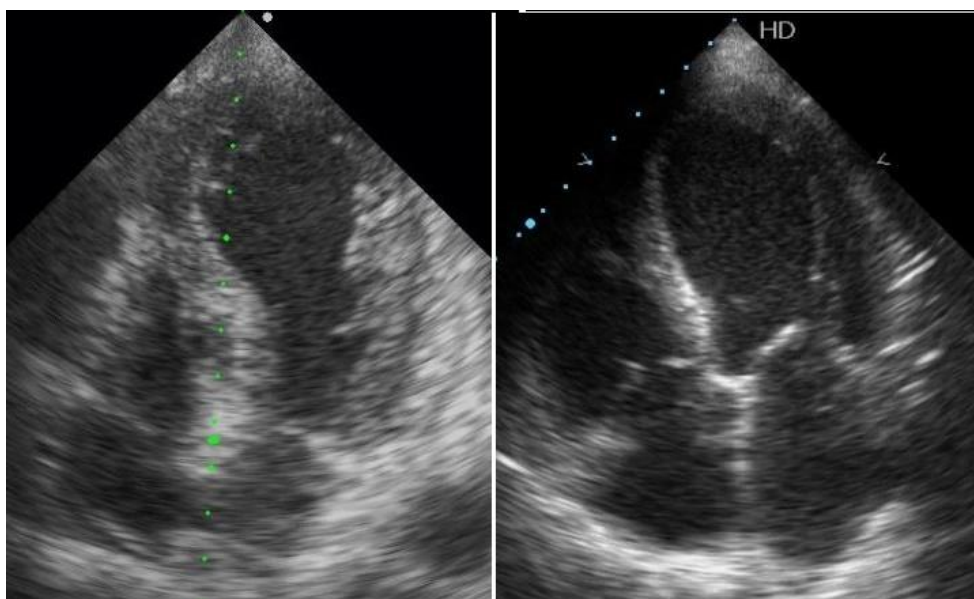


Рисунок 3. Четырехкамерная позиция из апикального доступа.
Слева — апикальное баллонирование левого желудочка (1-е сутки болезни),
справа — нормальная конфигурация левого желудочка (10-е сутки болезни).

Нарушение локальной сократимости апикальных сегментов левого желудочка с развитием острой аневризмы (апикальное баллонирование) при отсутствии поражения коронарных артерий, позволило заподозрить кардиомиопатию Тако-Tsubo (стресс-индуцированную кардиомиопатию), которая возникает при резком повышении уровня катехоламинов в крови. Избыточная стимуляция катехоламинами рецепторов миокарда, преимущественно сосредоточенных в области верхушки сердца, вызывает извращенный кинетический ответ апикальных сегментов левого желудочка в виде развития их

дискинеза. Такой патологией чаще страдают женщины постменопаузального возраста, подвергшиеся психологическому или физическому стрессу. Патогномоничным признаком кардиомиопатии Тако-Tsubo служит обратимость систолической дисфункции миокарда левого желудочка. Действительно, через 10 дней от начала заболевания нарушения локальной сократимости левого желудочка у нашей пациентки исчезли (рисунок 3 справа), что позволило с уверенностью диагностировать кардиомиопатию Тако-Tsubo.

Литература

1. Roffi M., Patrono C., Collet J.-P. et al. 2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Task Force guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* — 2015; 36 (29): 1901–1960.
2. Гиляревский С. Р. Кардиомиопатия такоцубо. Подходы к диагностике и лечению. — М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 184 с.
3. Sy F., Basraon J., Zheng H. et al. Frequency of tako-tsubo cardiomyopathy in postmenopausal women presenting with an acute coronary syndrome. *Am J Cardiol* 2013; 112: 479–482.
4. Madhavan M., Prasad A. Proposed Mayo Clinic criteria for the diagnosis of Tako-Tsubo cardiomyopathy and long-term prognosis. *Herz* 2010; 35: 240–243.