

Усманов Бобирмирза Бахрамович
ассистент кафедры факультетской терапии,
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Резюме. В последние годы большое значение придается изучению кардиомиопатий и, в частности, стресс-индуцированной кардиомиопатии (СКМП). СКМП характеризуется транзиторной дисфункцией левого желудочка (ЛЖ), как результат физического или психического стресса с клиническими признаками острого коронарного синдрома (ОКС), описанная преимущественно у женщин постменопаузального периода, без признаков ИБС, с относительно благоприятным прогнозом.

Ключевые слова: стресс-индуцированная кардиомиопатия, клинические проявления, электрофизиологические нарушения.

Usmanov Bobirmirza Bakhramovich
Assistant of the Department of Faculty Therapy,
Andijan State Medical Institute, Uzbekistan

CLINICAL AND ELECTROPHYSIOLOGICAL PARALLELS IN STRESS-INDUCED CARDIOMYOPATHY

Summary. In recent years, great importance has been attached to the study of cardiomyopathies and, in particular, stress-induced cardiomyopathy (SCMP). SCMP is characterized by transient dysfunction of the left ventricle (LV), as a result of physical or mental stress with clinical signs of acute coronary syndrome (ACS), described mainly in postmenopausal women, without signs of IHD, with a relatively favorable prognosis.

Key words: stress-induced cardiomyopathy, clinical manifestations, electrophysiological disorders.

Актуальность. Стресс-индуцированная кардиомиопатия (СКМП) или кардиомиопатия такотсубо – это заболевание, характеризующееся преходящей систолической дисфункцией преимущественно левого желудочка, клинически проявляющаяся острым инфарктом миокарда при отсутствии обструкции коронарных артерий [1,2].

В настоящее время одной из возможных теорий патогенеза СКМП

считается увеличенная симпато-адреналовая активность [1], с последующим развитием катехоламин-индуцированного множественного коронароспазма [2], коронарной микроваскулярной дисфункцией, прямым кардиотоксическим действием катехоламинов (КА) и катехоламиновым оглушением (станнированием) миокарда [4]. Ведущая роль отводится экстремальному или продолжительному стрессу и участию в этом процессе КА [4].

Целью исследования явилось комплексное изучение клинических и электрокардиографических параллелей у больных стресс-индуцированной кардиомиопатией.

Материал и методы. Исследования и сбор клинического материала проводился на базах кардиологических отделений клиник Андижанского государственного медицинского института.

Обследовано 6 больных с различными клиническими вариантами течения СКМП. Средний возраст больных составил $64,21 \pm 4,62$ года. Группу сравнения составили 10 больных с диагнозом ИБС ОИМ с зубцом Q, в возрасте 61-75 лет.

Критериями верификации диагноза были диагностические критерии СКМП Европейского Совета Кардиологии (ESC, 2016), включающие 7 критериев заболевания [4].

Все пациенты были обследованы в стационаре. Общеклинические исследования, ЭКГ, ЭхоКГ и МСКТ сердца производили на 1-5-10 сутки поступления в стационар. Всем больным была проведена коронароангиография.

Результаты. Основные клинические параметры представлены в табл. 1.

Таблица 1

Клинические параметры пациентов, включенных в исследование

Показатели	Контроль (n=10)	СКМП (n=6)	ИБС, ОИМ с Q (n=10)
Мужчины, %	2 (20,0%)	–	2 (20,0%)
Женщины, %	8 (80,0%)	6 (100%)	8 (80,0%)
Возраст, годы	$65,2 \pm 5,0$	$67,21 \pm 4,62$	$65,15 \pm 5,62$
САД, мм рт. ст.	$120,9 \pm 3,7$	$133,3 \pm 5,8$	$165,2 \pm 7,5$
ДАД, мм рт. ст.	$83,2 \pm 2,1$	$89,3 \pm 4,0$	$105,1 \pm 3,2$
Гемоглобин крови, г/л	$112,2 \pm 3,8$	$91,1 \pm 3,1$	$108,6 \pm 3,5$
Креатинин крови, ммоль/л	$87,2 \pm 3,4$	$92,6 \pm 2,9$	$90,4 \pm 3,5$
Трансаминазы: АСТ, ммоль/л	$0,25 \pm 0,02$	$1,2 \pm 0,06$	$2,28 \pm 0,37$

ПТИ, %	82,5 ± 2,7	95,2 ± 5,3	109,4 ± 6,8
Фибриноген, мг/л	2390,2 ± 35,1	4015,3 ± 39,5	7555,6 ± 52,8

Расовая принадлежность показала, что среди больных СКМП присутствовали 2 расы: монголоидная – 5 больных (83,3%) и европеоидная – 1 больная (16,7%). Среди обследованных СКМП было 6 женщин (100%). Обследованные больные были в возрасте от 61 до 75 лет; средний возраст в группе больных СКМП – 64,21 ± 4,62 лет.

Из жалоб пациентов СКМП были: острая загрудинная боль и/или боли в левой половине грудной клетки (100% больных), длительностью 40-50 мин., у 3 больных более 60 мин., не купировалась наркотиками (100% больных); одышка, усиливающаяся при малейшей нагрузке (83,3%), удушье (83,3%); сердцебиение и аритмии (80%); тошнота, головокружение (50%), обморок (33,3%); у 4 больных (66,7%) признаки острой левожелудочковой недостаточности. Также отмечались признаки вегетативного синдрома – это волна жара от грудной клетки к шее и голове и чувство страха смерти, распирающие в голове и шее (100% больных). У больных ИБС, ОИМ с Q отмечены аналогичные жалобы, но в меньшей степени выраженности (табл. 2).

Таблица 2

Основные клинические симптомы у больных СКМП

Жалобы	Больные СКМП (n=6)		Больные ИБС, ОИМ с Q (n=10)	
	абс.	%	абс.	%
Кардиалгический синдром:	6	100,0	10	100,0
боль за грудиной	6	100,0	10	100,0
иррадиация боли в левую руку, плечо	6	100,0	10	100,0
длительность боли >30 мин.	6	100,0	10	100,0
боль купируется наркотиками	6	100,0	10	100,0
ОСН синдром:	5	83,3	8	80,0
удушье	4	66,7	8	80,0
одышка	5	83,3	8	80,0
Аритмический синдром:	3	50,0	5	50,0
Головокружение	3	50,0	5	50,0
Синкопальные состояния	2	33,3	–	–
Вегетативный синдром	6	100,0	3	33,3
волна жара от грудной клетки к шее	6	100,0	–	–
чувство страха смерти	3	50,0	3	33,3

Провоцирующими факторами у больных СКМП были: смерть близкого

человека (50%), публичное выступление (25%), волнение, тревога (25%).

Нарушения ритма сердца у больных СКМП были представлены: желудочковая тахикардия – 66,7%, желудочковая экстрасистолия – 16,7%, БЛНПГ – 33,3%.

Электрокардиографическими признаками у больных СКМП были: подъем сегмента ST в грудных отведениях V2-V3-V4 – у 100% больных; инверсия и увеличение амплитуды зубца T – у 100% больных; патологический зубец Q – у 50% больных; удлинение интервала QT и патологический зубец U – у 33,3% больных; нарушения ритма сердца – у 83,3% больных; депрессия сегмента ST в нижних отведениях – не обнаружена; увеличение разницы в элевации сегмента ST в отведении II, чем в отведении III – у 100% больных. Отличительным ЭКГ-признаком СКМП от ОИМ являлось конкордантное изменение зубца T и сегмента ST (100% больных) [3]. Также у этих больных имело место наличие признаков новых критериев дифференциальной ЭКГ-диагностики переднего ОИМ и СКМП, используя нижние отведения [3,4]: у 100% больных отмечено отсутствие депрессии сегмента ST в нижних отведениях, особенно, если элевация сегмента ST в отведении II больше, чем в отведении III, что свидетельствует о наличии СКМП [3] (табл. 3).

Таблица 3

ЭКГ-изменения у больных СКМП

№	Виды изменений на ЭКГ	Больные СКМП (n=6)		Больные ИБС, ОИМ (n=10)	
		абс.	%	абс.	%
1.	Подъем сегмента ST в отведениях V2-V3-V4 выраженный умеренный	6	100,0	10	100,0
		–	–	10	100,0
		6	100,0	–	–
2.	Инверсия и увеличение амплитуды зубца T	6	100,0	10	100,0
3.	Патологический зубец Q	3	50,0	10	100,0
4.	Удлинение интервала QT Патологический зубец U	4	66,7	5	50,0
		2	33,3	2	20,0
5.	Нарушения ритма сердца желудочковая тахикардия желудочковая экстрасистолия БЛНПГ	6	100,0	8	80,0
		4	66,7	8	80,0
		1	16,7	1	10,0
		2	33,3	2	20,0
6.	Депрессия сегмента ST в нижних отведениях	–	–	8	80,0
7.	Увеличение разницы элевации сегмента ST в отв. II, чем в отв. III	6	100,0	–	–

Отличительной особенностью у больных СКМП являлась быстрая положительная динамика ишемическо-некротических процессов на ЭКГ. Так, в сравнении с группой больных ОИМ с Q, где положительные изменения отмечены на 10-12 день заболевания – это переход в подострую стадию процесса, у 100% больных СКМП переход в подострую стадию отмечен уже на 5-7 сутки заболевания. Положительные ЭКГ изменения сопровождались положительной динамикой клинического процесса.

Выводы

1. Среди всех больных СКМП преобладали женщины постменопаузального периода в возрасте 61-65 лет. Основной причиной развития СКМП был психосоциальный стрессовый фактор.
2. Заболевание проявлялось признаками выраженной стенокардитической боли за грудиной и одышкой (100% больных); у 60% больных признаками ОСН, сердечной астмы.
3. Электрокардиографически – характерны признаки переднего ОИМ с зубцом Q с подъемом ST, но с быстрой положительной динамикой процесса.

Использованные источники:

1. Аронов Д.М. Кардиомиопатия типа tako-tsubo, её происхождение и варианты // Кардиология. – Москва, 2008. – №. 10. – С. 51-55.
2. Гиляров М.Ю., Константинова Е.В., Нестеров А.П., Удовиченко А.Е. Дифференциальный диагноз кардиомиопатии такотсубо и инфаркта миокарда в реальной клинической практике // Трудный пациент. – Москва, 2016. –№14. – С. 22-24.
3. Костянов И.Ю., Гасанова Г.И., Рогатова А.Н., Чернышева И.Е. Клиническое наблюдение пациентки с кардиомиопатией Такотсубо // Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. – Москва, 2016. – №46/47. – С. 61-76.
4. Lyon A.R., Bossone E., Schneider B. Current state of knowledge on Takotsubo syndrome: A position statement from the Taskforce on Takotsubo syndrome of

the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology // Eur. J. Heart Fail. – 2016. – vol. 18(8). – pp. 27-70.