

ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ТАКОЦУБО ВИСОКОГО РИЗИКУ

Вьюн Тетяна Іванівна

Марченко Анастасія Сергіївна

Асистент кафедри загальної практики сімейної медицини
і внутрішніх хвороб,
PhD,

Харківський національний медичний університет,

Коваленко Анна Анатоліївна

Головіна Вікторія Анатоліївна

Студент

Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Вступ: Синдром такоцубо (СТ) - являє собою гострий і зазвичай оборотний синдром серцевої недостатності. Найчастіше цей синдром розвивається на тлі стресових ситуацій, що викликають сильні, найчастіше різко негативні емоції. Летальний результат у 2% випадків. Патогенез захворювання мало вивчений і представлений різними теоріями, але не можна виключати генетичну схильність до розвитку СТ. У хворих виникає сильний біль у серці та серйозні проблеми з диханням, що зазвичай діагностується як інфаркт міокарда. Слід враховувати, що болі при цьому синдромі більш тривалі. СТ може бути формою гострого катехоламінергічного оглушення міокарда, тому що при цьому не виявляють оклюзію коронарних артерій, якою можна було б пояснити розвиток тимчасової дисфункції лівого шлуночка.

Ціль: Розглянути діагностику та лікування пацієнтів з високим ризиком синдрому такоцубо.

Матеріали та методи: У хворих є типові ознаки, які мають бути встановлені для підтвердження діагнозу. Як правило, фракція викиду лівого шлуночка відновлюється до 12-го тижня, але зміни кардіограми та підвищений рівень мозкового натрійуретичного пептиду в крові можуть відновитись через 6-12 місяців, а іноді такі патологічні зміни залишаються стійкими. У період

гострої фази концентрація натрійуретичних пептидів серця завжди підвищена, часто дуже високого рівня. Вважається, що мозковий натрійуретичний пептид та N-передсердний натрійуретичний пептид можуть бути більш цінними біомаркерами порівняно з тропоніном, і рекомендується оцінювати їхню концентрацію у всіх випадках передбачуваного СТ. Низька концентрація N-МНУП на даний момент госпіталізації може бути надійним показником сприятливого прогнозу, а отже включена в запропоновані критерії стратифікації ризику. У перші 72 години з початку прояву захворювання ризик ускладнень найвищий, тому виконання ехокардіографії, що включає використання кольорового показника та тканинного доплерівського дослідження, має бути першим неінвазивним методом дослідження. МРТ надає можливість одержання просторових тривимірних зображень, які дозволяють відрізнити СТ від інших серцевих захворювань. Також потрібно припинення прийому препаратів із симпатоміметичними властивостями. У гемодинамічно стабільних хворих та в осіб із передсердними або шлуночковими тахіаритміями можливе призначення β -адреноблокаторів. Пацієнтам з гемодинамічно значущою обструкцією вихідного тракту лівого шлуночка (градієнт тиску > 40 мм рт. ст. та систолічний АТ < 110 мм рт. ст.) призначають терапію β -адреноблокаторами та селективними α_1 -агоністами. У гострих ситуаціях бажані швидкодіючі β -адреноблокатори за відсутності протипоказань, а при тривалому лікуванні рекомендовано інгібітори АПФ.

Результати та обговорення: При ускладненні у вигляді кардіогенного шоку показаний безперервний гемодинамічний контроль для визначення тактики їх ведення. У більш важких випадках кардіогенного шоку з прогресуючою дисфункцією органів-мішеней рекомендується уникати або повністю скасувати застосування екзогенних катехоламінів, тому що вони можуть загострювати або пролонгувати гостру фазу захворювання. Основною метою лікування є зниження ознак гострої серцевої недостатності та, за необхідності, лікування аритмій.

Висновки: Проспективних клінічних досліджень якихось препаратів не проводилося. На даний момент необхідне проведення рандомізованих контрольованих досліджень для визначення оптимальної стратегії діагностики та лікування хворих на синдром такоцубо. На сьогоднішній день захворювання вимагає подальшого вивчення.