

# СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ ТАКОЦУБО В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ ГИНЕКОЛОЛИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

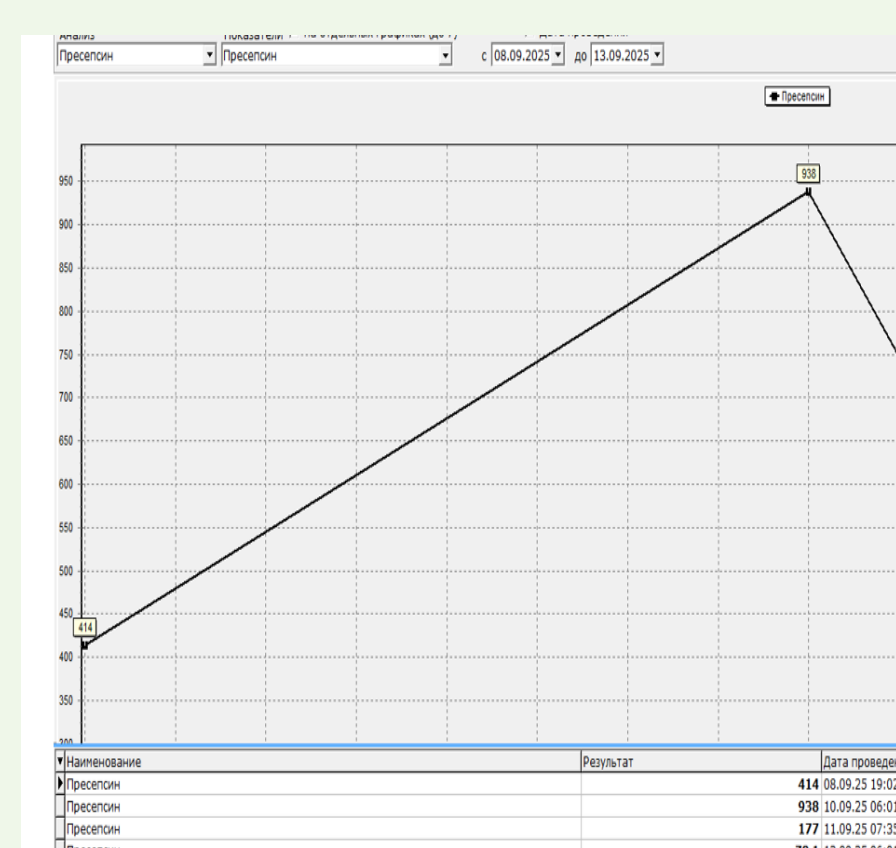
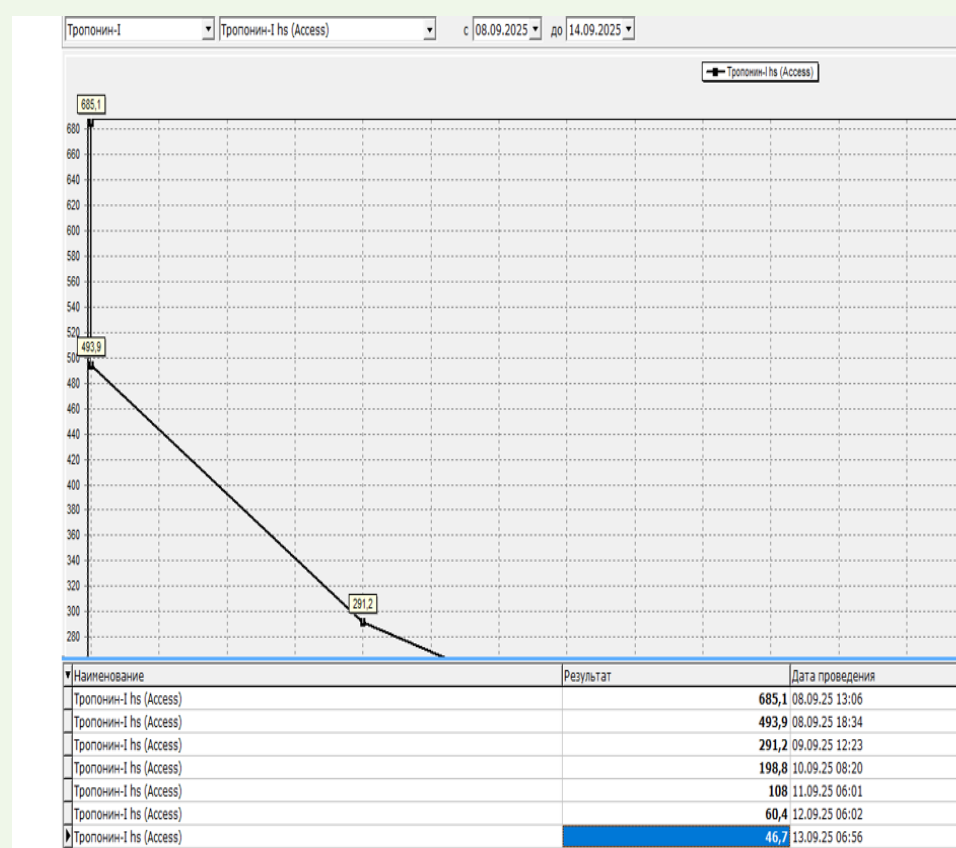
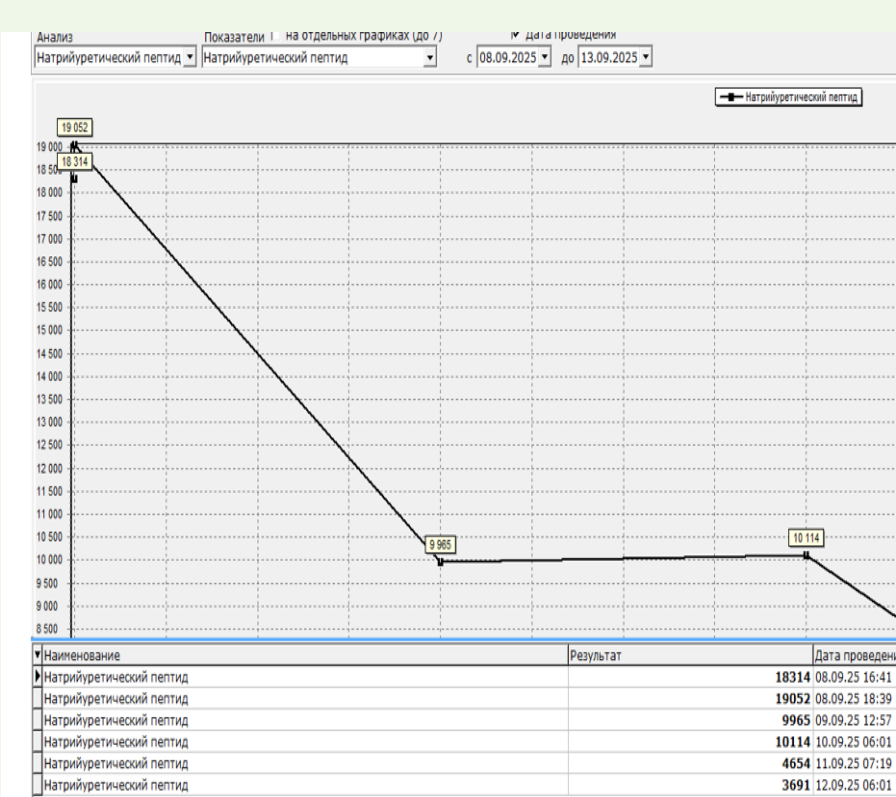
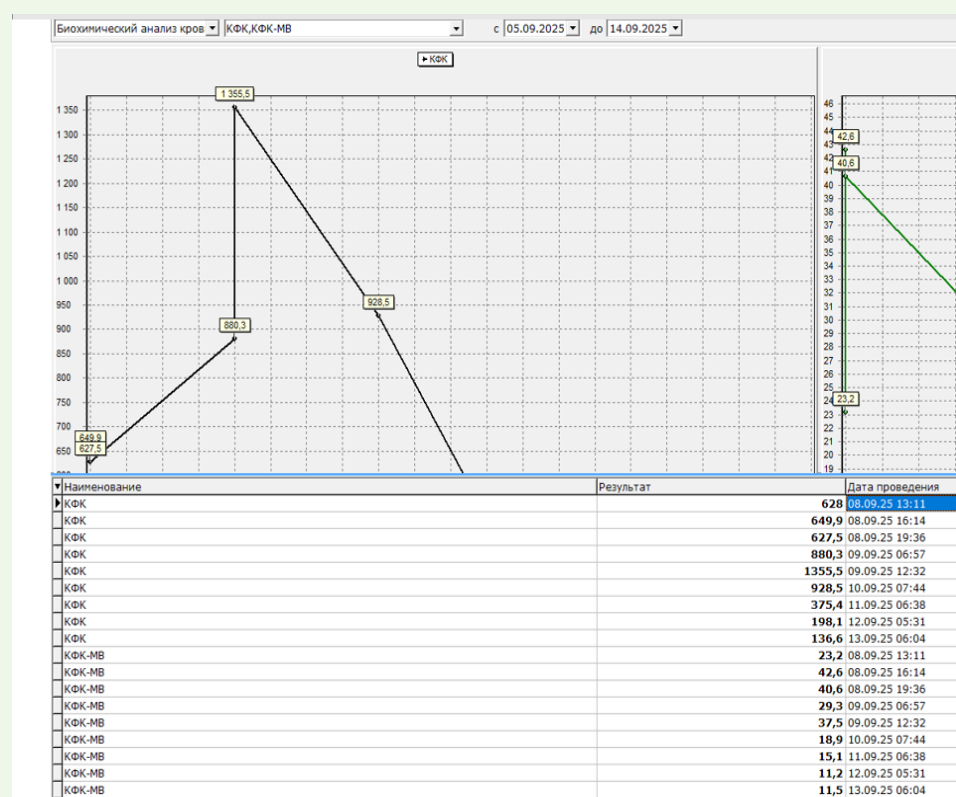
*О.А.Шматова (1), О.П.Фролов(2), В.Н,Ласицкая –Пашкова (2)  
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь (1)  
УЗ «5-я городская клиническая больница г.Минска» (2)*

**СИНДРОМ ТАКОЦУБО** (СТ) (английское название — Takotsubo syndrome, синонимы — стресс-индуцированная кардиомиопатия, кардиомиопатия Такоцубо, синдром апикального баллонирования, синдром разбитого сердца) — остро развивающаяся перемежающаяся дисфункция левого желудочка сердца с приступом загрудинных болей, наблюдающаяся чаще у женщин в постменопаузе на фоне предшествовавшего эмоционального или физического стресса (не всегда обязательного) при отсутствии выраженной патологии коронарных артерий. СТ может также развиваться у мужчин и более молодых женщин.

**Летальность при СТ колеблется в пределах 1—4,5%.**

**ПАТОГЕНЕЗ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ СТ** связывают с **повреждающим воздействием на его ткань во время стресса большого выброса катехоламинов**, как плазменных, поступающих из надпочечников, так и местных тканевых за счет высвобождения норадреналина из адренергических нервных терминалей симпатической нервной системы, концентрация которых максимальна именно **В АПИКАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА за счет вазоспазма терминальных отделов.**

**ОСЛОЖНЕНИЯМИ СТ** могут быть **ОСТРАЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С ОТЕКОМ ЛЕГКИХ, КАРДИОГЕННЫЙ ШОК, ОБСТРУКЦИЯ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ, АПИКАЛЬНЫЙ ПРИСТЕНОЧНЫЙ ТРОМБОЗ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ОСТРАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ** и предиктором неблагоприятного прогноза для пациентов в критическом состоянии.



**ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ:** Пациентка С., 45 лет, доставлена 05.09.2025 по экстренным показаниям бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение УЗ «5-я ГКБ г.Минска» с жалобами на боли внизу живота. В анамнезе- хронический бронхит, хронический гастрит в стадии ремиссии, микролиты левой почки, артериальная гипертензия.

В приемном отделении осмотрена хирургом, гинекологом, выполнена обзорная рентгенограмма брюшной полости в прямой проекции (свободного газа в брюшной полости не выявлено, единичные уровни жидкости с аркадами газа в мезогастрии справа), УЗИ органов малого таза (без патологии), лабораторно: лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, СРБ 81,32). Поставлены показания для проведения диагностической лапароскопии, осмотрена анестезиологом, ASA II. 05.09.2025 в условиях многокомпонентной сбалансированной анестезии с ИВЛ и миоплегией выполнена операция (Лапароскопия. Двусторонняя сальпинэктомия. Лапароскопический висцеролиз. Дренирование брюшной полости. Патоморфология: двусторонний сальпингоофорит, фиброма маточной трубы с очагами эндометриоза). Для дальнейшего наблюдения в раннем послеоперационном периоде была переведена отделение реанимации для рожениц и гинекологических пациентов, где получала обезболивание, инфузионную терапию с учетом ЖП и ЖТПП, профилактика ТЭО, и стрессовых язв ЖКТ, активизирована, ФТЛ, ЛФК. В конце первых суток после операции в связи с отсутствием нарушения витальных функций была переведена для дальнейшего лечения в гинекологическое отделение с рекомендациями продолжить терапию послеоперационного периода.

На 3-и сутки послеоперационного периода отмечалось отрицательная динамика в состоянии пациентки: выросла одышка при физической нагрузке и в покое, гемодинамика с тенденцией к гипотензии, потливость, слабость. Боли за грудиной. Осмотрена консилиумом в составе администрации больницы и ППС УО БГМУ, принято решение о переводе в ОАиР для гинекологических пациентов и рожениц для дальнейшего лечения.

С целью исключения ОКС, ТЭЛА выполнены исследования: КТ ангиография ОГК (КТ-признаков ТЭЛА не выявлено. КТ -признаки двусторонней полисегментарной пневмонии нельзя исключить интерстициальный отек легких. Двусторонний гидроторакс); доплерография вен нижних конечностей (глубокие и поверхностные вены проходимы, сжимаемы, цветом окрашены, астиальные клапаны состоятельны), эхокардиография с тканевым доплеровским картированием (Аорта и камеры сердца не расширены. Значимых гемодинамических нарушений на клапанах не выявлено. Митральная регургитация незначительная, 1-2 ст. Левый желудочек округлой формы, его сократительная функция умеренно снижена, ФВ ЛЖ 44,6 %, определяются распространенные зоны гипоакинеза, более выраженные в апикальных сегментах, с сохранением удовлетворительной сократительной способности базальных и средних сегментов задне-боковой стенки. Трикуспидальная регургитация 1 степени, сист. ДЛА 28 мм рт ст. Двусторонний плевральный выпот); Зондирование магистральных сосудов, коронарография, фармакопроба (ЛКА ствол короткий, бифуркация, без стенозирования, ОВ без стенозирования, ПМЖВ без стенозирования, ПКА без стенозирования, тип кровообращения правый); лабораторно (КОС-респираторный алкалоз, рост кардиоспецифических ферментов, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, фибриногенемия до 9,2г/л).

Осмотрена консилиумом в составе главных специалистов МЗРБ, администрации больницы, ППС УО БГМУ выставлен диагноз: основной: Стресс-индуцированная кардиомиопатия Такоцубо, осложненияб ОЛЖН от 08.09.2025.. ХСН Н2А со сниженной ФВ ЛЖ (51% по Simpson). Двусторонний малый гидроторакс. Застойная гипостатическая пневмония. ДН1.

Получала лечение: кислородотерапия, метопролол, изокардин, креатинфосфокиназа, рамиприл фрагмин, цефотаксим, моксифлоксацин, торасемид, пантопрозол. На фоне проводимого лечения (ОАиР 7 койко-дней) отмечалась положительная динамика (купирован ОЛЖН, ДН0, восстановилась по данным Узи сердца ФВ до 78%, регрессировал гидроторакс и явления легочной инфильтрации, снизились кардиотропные ферменты), на 10-е сутки послеоперационного переведена для дальнейшего лечения в кардиологическое отделение.

В настоящее время пациентка трудоспособна, продолжает наблюдение у кардиолога.

## ВЫКЛЮЧЕНИЕ

Синдром Такоцубо (стрессорная кардиомиопатия) — относительно редкая форма патологии сердца, протекающая в ряде случаев под маской острого коронарного синдрома ввиду сходства с ним ряда признаков, в том числе наличия ангинозного приступа. При появлении клиники ОКС у молодых пациентов без кардиологического анамнеза пациентов в раннем послеоперационном периоде следует исключать при проведении диагностического поиска не только наличие Тэла и инфаркта миокарда, но развитие стресс-индуцированной кардиомиопатии Такоцубо