

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОИСХОЖДЕНИЮ
И ДИАГНОСТИКЕ КАРДИОМИОПАТИИ ТАКОЦУБО***Гуреева С. С.***Научные руководители: ассистент З. В. Грекова, к.м.н., доцент Е. Г. Малаева****Учреждение образования****«Гомельский государственный медицинский университет»****г. Гомель, Республика Беларусь*****Введение***

В современной литературе можно встретить описание кардиологического синдрома, который характеризуется преходящим нарушением функций левого желудочка в отсутствие атеросклеротического поражения коронарных артерий. Данный синдром очень схож по клинической картине с острым коронарным синдромом и инфарктом миокарда. Было приведено много терминов для описания этого случая: синдром «разбитого сердца», стресс-индуцированная кардиомиопатия, синдром обратимого расширения верхушки левого желудочка или ампулоподобная кардиомиопатия. В настоящее время эксперты Европейского общества кардиологов предлагают использовать термин «синдром такоцубо». С момента первого описания данного заболевания японским исследователем Н. Sato и соавт. в 1990 г. число публикаций и исследований неуклонно растет, а механизмы развития до сих пор не изучены достаточно [1]. Кардиомиопатия такоцубо (КМПТ) получила свое название за схожесть данных ангиограммы левого желудочка (ЛЖ) с ловушкой для осьминога, вследствие акинезии верхушки и средних сегментов ЛЖ, в сочетании с гиперкинезией его базальных отделов [2].

Цель

Анализ последних публикаций, посвященных распространенности, особенностям течения, диагностики и лечения КМПТ.

Материал и методы исследования

Изучение и анализ клинических исследований и научной литературы по КМПТ.

Результаты исследования и их обсуждение

Истинная частота развития КМПТ остается неизвестной, что объясняют относительно недавним описанием данного заболевания, различиями в клинических проявлениях и отсутствием единых диагностических критериев. Результаты проведенных ранее обсервационных исследований показали, что частота КМПТ у больных, госпитализированных с предполагаемым диагнозом острого ИМ с подъемом сегмента ST (ОИМ-ST), достигает 1,1 %. Установлено, что развитие КМПТ имеет сезонную и суточную вариабельность с максимальной частотой в летние месяцы и утренние часы соответственно. Следует отметить, что имеется определенная зависимость частоты развития КМПТ от дня недели, которая сходна с таковой для ОИМ. Результаты анализа данных о 112 пациентах с КМПТ (из них 92,9 % женщин) свидетельствовали о том, что максимальная частота заболевания наблюдается в понедельник, а минимальная — в субботу. Известно, что ОИМ тоже чаще всего отмечается в понедельник, но, в отличие от КМПТ, в зимнее время года. Таким образом, повышенное эмоциональное напряжение, связанное с началом недели, может играть провоцирующую роль в развитии обоих заболеваний. Известно, что среди больных КМПТ преобладают женщины в постменопаузе. Анализ публикаций, в которых приводятся серии наблюдений СКМП, свидетельствует о том, что примерно в 90 % случаев ее отмечали у женщин. Средний возраст достигал 58–75 лет, и только 3 % больных были моложе 50 лет. Причина преобладания женщин среди больных СКМП остается неизвестной, но есть предположения о том, что уменьшение выработки эстрогенов влияет на возможность развития заболевания, а также о более высокой чувствительности миокарда женщин к токсическому воздействию катехоламинов, которое сопровождается более выраженной перегрузкой миоцитов кальцием [3].

Подразделяют синдром такоцубо (СТ) на первичный и вторичный. При первичном СТ острое развитие клинических проявлений заболевания сердца становится основной причиной обращения за медицинской помощью. У таких больных могут выявляться или не выявляться

провоцирующие стрессовые факторы (часто эмоциональной природы). Наличие сопутствующих заболеваний в таких случаях может предрасполагать к развитию СТ, тактика лечения больных в таких случаях будет определяться развитием определенных осложнений. У многих больных СТ развивается уже после госпитализации, обусловленной другими заболеваниями. У таких больных внезапная активация симпатического отдела вегетативной нервной системы или повышение концентрации катехоламинов в крови способствует развитию острого СТ, который в таких случаях становится осложнением основного заболевания или его лечения. В подобных случаях следует устанавливать диагноз вторичного СТ. Лечение таких больных должно включать не только вмешательства, обусловленные СТ и вызванным им осложнениями заболевания сердца, но и лечение заболеваний, которые стали провоцирующим фактором развития СТ. Особое значение имеют ятрогенные причины развития СТ при применении катехоламинов [4].

Выводы

Факторы, определяющие прогноз при СТ, до конца не установлены. Предполагается, что одной из причин неблагоприятного исхода могут быть сопутствующие заболевания. Вследствие сходства СТ с ОКС и ИМ необходимо оценить характер факторов риска и летальности для обоих заболеваний. Выраженность факторов сердечно-сосудистого риска у больных с СТ существенно ниже, чем у пациентов с ИБС. В определении прогноза большое значение имеет первичный или вторичный характер СТ. Первичный СТ имеет более положительный прогноз и меньший уровень госпитальной летальности. Вторичная форма СТ связана с предшествующим развитием таких тяжелых и неотложных состояний, как инсульт, сепсис, множественная травма, обширные хирургические вмешательства, и сопровождается высоким риском осложнений, рецидивами, повторной госпитализацией и повышенной летальностью. Риск неблагоприятного исхода при вторичном СТ в 3,4 раза выше, чем при первичных случаях. При благоприятном исходе начального приступа функция ЛЖ восстанавливается в течение 2 месяцев. Симптомы этого заболевания легко контролировать, а сама болезнь обычно проходит в течение нескольких недель. Несмотря на грозные исходные клинические проявления у некоторых больных, большинство пациентов переживают начальный приступ с очень низким уровнем больничной летальности и осложнений. После перенесенной острой стадии заболевания пациентов ожидает благоприятный исход с хорошим долгосрочным прогнозом. Даже при тяжелой систолической дисфункции в начале заболевания, сократительная способность миокарда начинает восстанавливаться уже в первые сутки и нормализуется в течение нескольких месяцев [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Current state of knowledge on Takotsubo syndrome: a position statement from the task force on Takotsubo syndrome of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology / R. Lyon Alexander [et al.] // European Journal of Heart Failure. — 2016. — Vol. 18. — P. 8–27.
2. Sato, H. Takotsubo-type cardiomyopathy due to multivessel spasm. In: Kodama K, Haze K, Hon M, eds. Clinical Aspect of Myocardial Injury: From Ischemia to Heart Failure. — Tokyo: Kagakuhyouronsya Co., 1990. — P. 56–64.
3. Гиляревский, С. Р. Кардиомиопатия такоцубо. Подходы к диагностике и лечению / С. Р. Гиляревский. — М.: МЕДпресс-информ, 2013.
4. Синдром такоцубо в клинике внутренних болезней / А. И. Абдрахманова [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2017. — Т. 10, Вып. 6. — С.49–60.

УДК 616.5 – 002.828

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕРМАТОМИКОЗОВ

Гуреева С. С., Белян О. В.

Научный руководитель: старший преподаватель Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Дерматомикозы — одно из самых распространенных заболеваний в мире, занимающее второе место в дерматологической практике. По данным ВОЗ около 1/3 (35 %) населения