

ОБРАТИМЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ: СЛУЧАЙ КАРДИОМИОПАТИИ ТАКОЦУБО

Зелтынь-Абрамов Евгений Мартынович

д.м.н., профессор кафедры общей терапии ФДПО ФГБОУ ВО
РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
врач-кардиолог ГКБ № 52



ГОРОДСКАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА №52

ОБРАТИМЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ



Перипартальная кардиомиопатия (ППКМП)

редкая идиопатическая
форма сердечной
недостаточности,
развивающаяся в течение
последних месяцев
беременности или в первые
месяцы после родов

Кардиомиопатия Такоцубо (КМП)

кардиальный синдром,
характеризующийся
стремительным развитием
острой сердечной
недостаточности
у пациентов без
обструктивного поражения
коронарного русла

КЛАССИЧЕСКАЯ КМП ТАКОЦУБО

Модифицированные диагностические критерии клиники Mayo



ГОРОДСКАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА №52

«большие критерии»

- преходящая шарообразная дилатация верхушки ЛЖ с гиперкинезом базальных сегментов
- инфарктоподобные изменения ЭКГ
- интактное коронарное русло по данным КАГ

«малые» критерии»

- стресс, как пусковой фактор
- повышение уровня кардиоспецифических маркеров
- ангинозная боль в груди

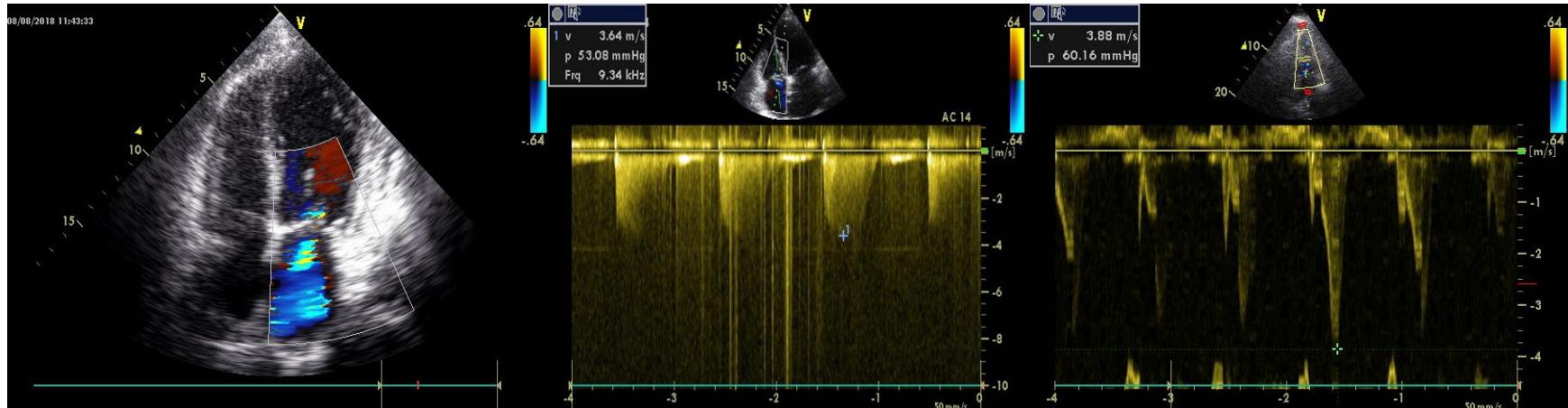
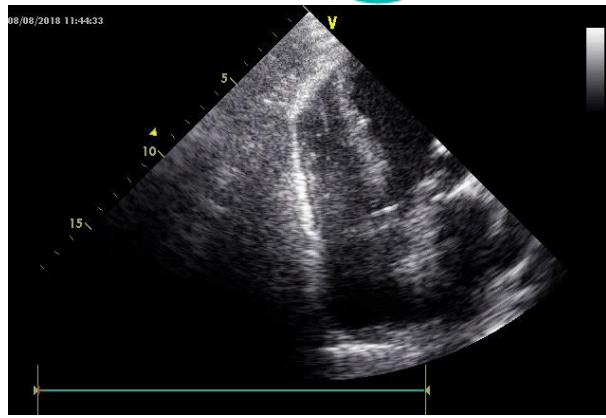


АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ КМП ТАКОЦУБО



ГОРОДСКАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА №52

- Инвертированная
- Бивентрикулярная
- Изолированная правожелудочковая
- С баллонированием средних сегментов
- Обструктивная
- Осложненная гемодинамически значимой МР и легочной гипертензией



УРГЕНТНЫЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ



- Кардиомиопатия Такоцубо
- Острая декомпенсация недиагностированной перипартальной кардиомиопатии
- Острый коронарный синдром
- Диссекция коронарных артерий
- Тромбоэмболия легочной артерии
- Расслаивающая аневризма аорты

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТКИ К., 40 ЛЕТ



Первая беременность

- головное предлежание
- крупный плод
- гестационные отеки

Поступила 26.09.18г.
для проведения
планового кесарева
сечения.
Соматически не
отягощена

11:20	Доставлена в операционную
11:30	Спинальная анестезия Уровень спинального блока Т6-Т7
11:35	Резкий подъем АД 210/120 мм ЧСС 180 уд/мин. Гипертонический криз медикаментозно купирован. Начата операция
11:37	Альвеолярный отек легких, АД 60/40 мм рт ст. Прессорная поддержка
11:47	Извлечен плод. Апгар 4/7 Продолжается интенсивная терапия
13:00	Консилиум кардиолога, реаниматологов, гемостазиолога ЭХО-кардиография в палате интенсивной терапии
13:30	Переведена в отделение реанимации №7 бригадой ЦЭМП

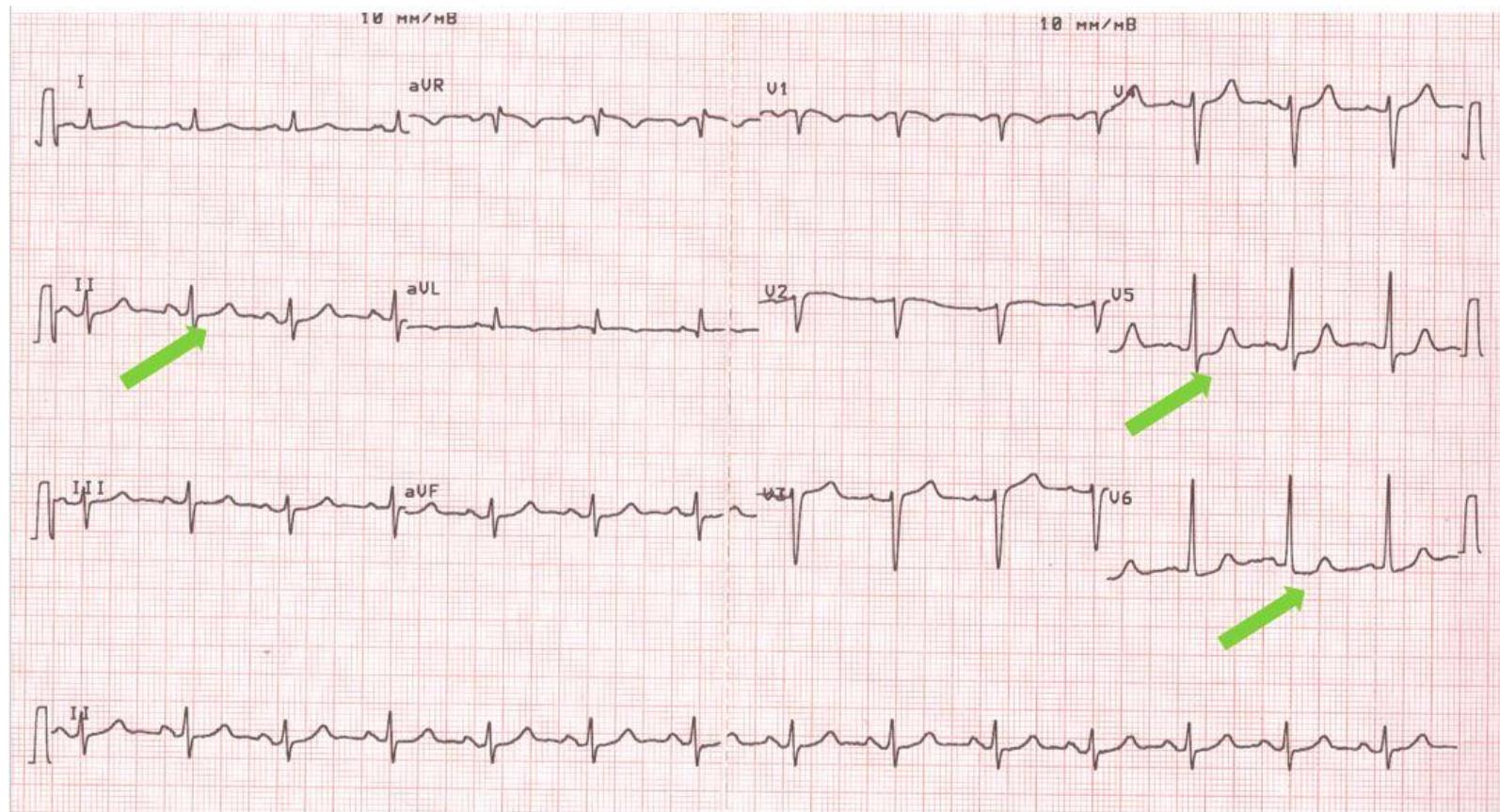
ЭКГ



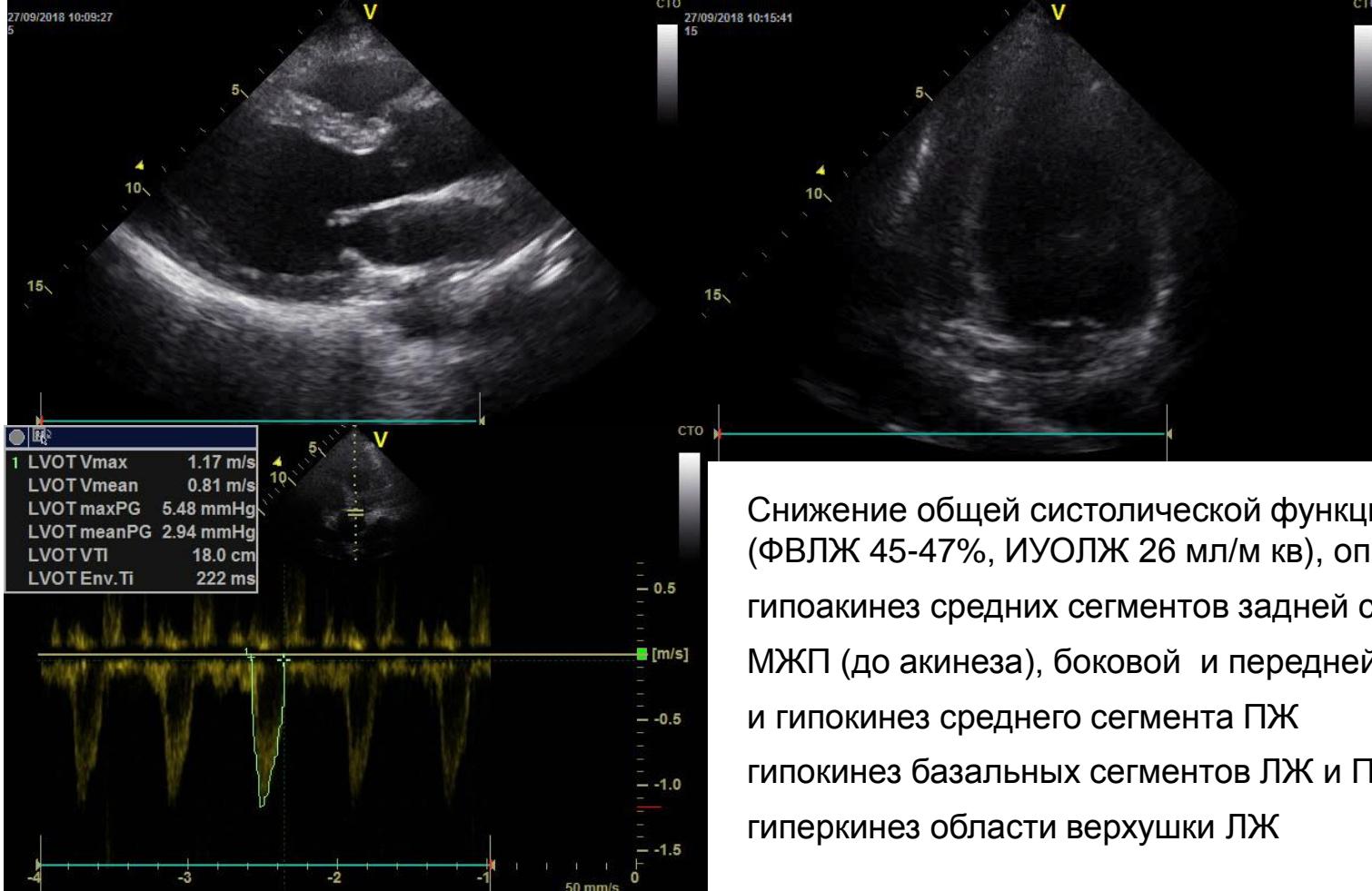
ГОРОДСКАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА №52

Ритм синусовый, правильный. Умеренное отклонение ЭОС влево.

Горизонтальная депрессия ST 2 мм в отведениях II, V5, V6.



ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ



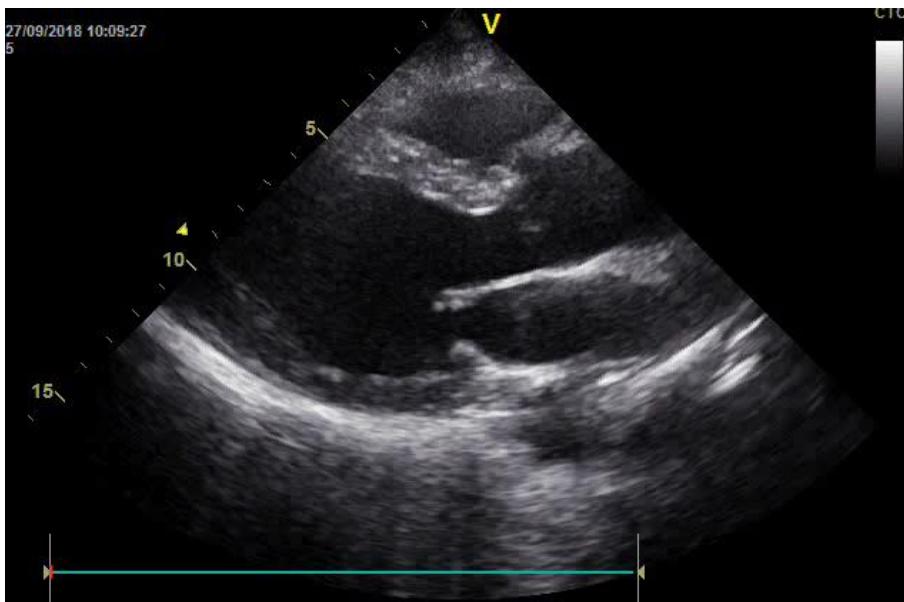
Снижение общей систолической функции миокарда ЛЖ (ФВЛЖ 45-47%, ИУОЛЖ 26 мл/м кв), определяется гипоакинез средних сегментов задней стенки, МЖП (до акинеза), боковой и передней (циркулярно) и гипокинез среднего сегмента ПЖ гипокинез базальных сегментов ЛЖ и ПЖ циркулярно гиперкинез области верхушки ЛЖ

ДИНАМИКА ЭХОКГ

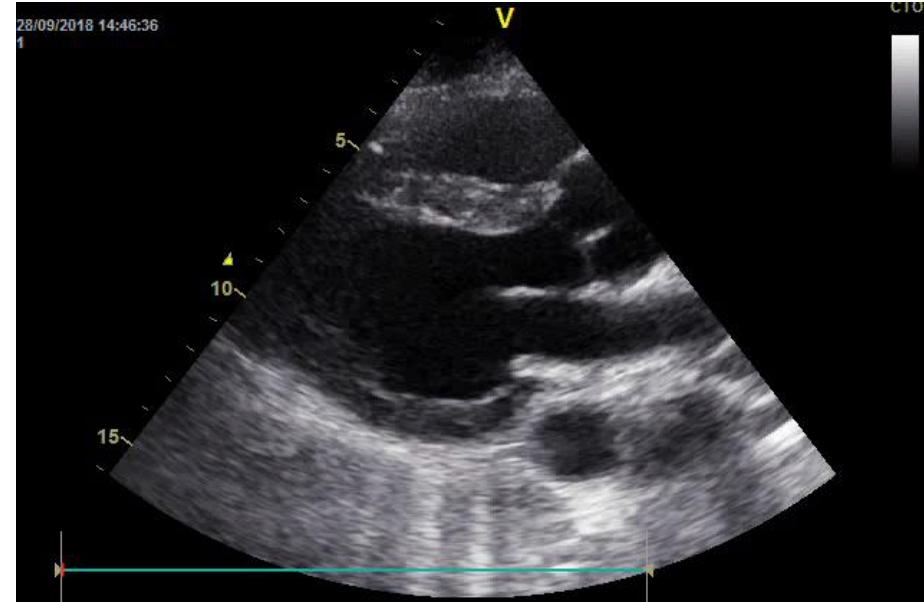
Парастернальный доступ



Исследование от **27.09.18**



Исследование от **28.09.18**

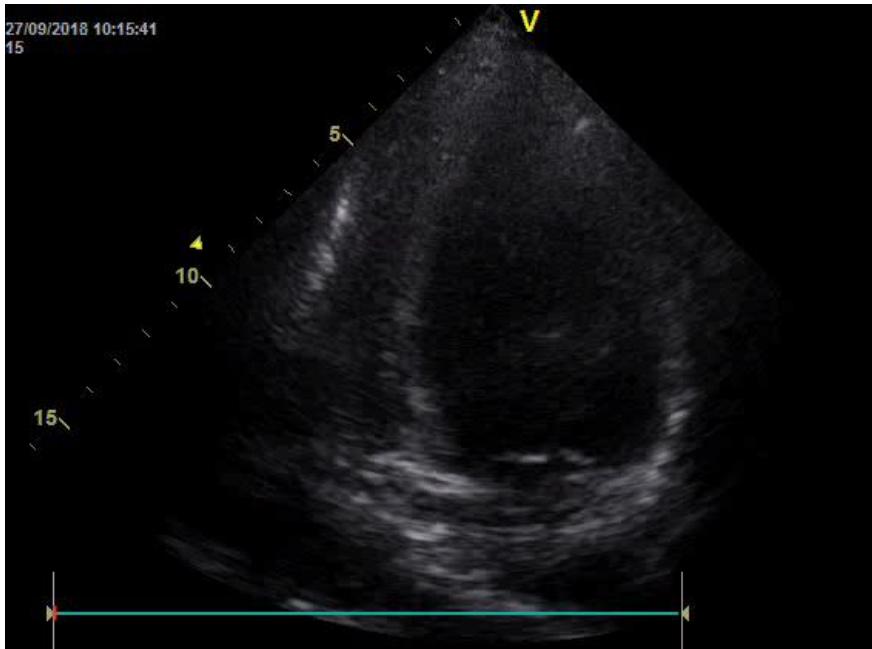


ДИНАМИКА ЭХОКГ

Апикальный доступ



Исследование от **27.09.18**



Исследование от **28.09.18**



РЕЗЮМЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ



Обоснование диагноза

- Клиника: стремительность дебюта и быстрое полное разрешение, обратное ремоделирование сердца
- Два «больших» критерия Mayo - ЭКГ и ЭХОКГ
- Два «малых» критерия Mayo – стресс (спинальная анестезия?) и умеренное повышение тропонина

Особенности случая

- Инвертированная форма КМПТ – контрТакоцубо
- Отсутствие ангинозного синдрома

Особенности ведения

- Отказ от КАГ
- К стандартной терапии добавлен Левосимендан с хорошим клиническим эффектом

Реализованы принципы:

- ✓ Оптимальной маршрутизации пациентки в критическом состоянии
- ✓ Эффективного междисциплинарного взаимодействия



Я вырасту и стану
кардиологом
в ГКБ № 52!!

СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!