

ОПТИМИЗАЦИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

АХМЕДОВ Л.А., ПУЛАТОВА Ш.

*Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, г. Бухара. Узбекистан*

В настоящее время не существует единого алгоритма анестезиологического пособия пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) при инфаркте миокарда (ОИМ) во время и после проведения ангиопластики. Если у пациентов с ОИМ Killip 3–4 применение всего арсенала интенсивной терапии не вызывает сомнений, то при ОИМ Killip 2, как правило, сводится к минимуму (седация, антикоагулянты). В то же время поздняя диагностика у этой категории острой левожелудочковой недостаточности (ОЛЖН) ухудшает прогноз в данной категории.

Цель исследования. Определение эффективности доплер-эхокардиографии (ДЭхоКГ) и контроля гемогидродинамического статуса для выбора адекватной ранней интенсивной терапии острой левожелудочковой недостаточности.

Материал и методы. Обследованы 54 пациента с ОКС (ОИМ Killip 2), последовательно поступивших в клинику в 2016–2017 гг. после успешной коронарной ангиопластики. Контрольная группа (КГ) $n=30$, исследуемая группа (ИГ) $n=24$. Кроме стандартных клинико-лабораторных исследований проводились ДЭхоКГ («Vivid-7», USA) и контроль центральной гемодинамики (ЦГД, катетер Swan-Ganz, «Nihon Kohden ISM4113K, Japan») и гемодинамического статуса («PULSION PiCCOplus», Германия). Учитывались значения показателей гемодинамики и гемогидродинамического статуса при поступлении и каждые 6 ч с начала введения препаратов до 24 ч послеоперационного периода; из параметров ДЭхоКГ – отношению скоростей трансмитрального потока наполнения к раннедиастолическому потоку E/FPV и к скорости движения митрального кольца (E/Ea). На основании данных E/FPV ($>2,0$) и E/Ea ($>6,0$) в ИГ в базовую терапию включались инотропные препараты и вазодила-

таторы для снижения преднагрузки. В КГ только поверхностная седация (сочетание центральных наркотических анальгетиков) и антикоагулянты (гепарин при уровне активированного времени свертывания >130 с). Критериями клинической эффективности служила частота кардиальных событий (кардиальная смерть, желудочковая тахикардия (ЖТ), застойная сердечная недостаточность (СН), потребность экстренной хирургической реваскуляризации). Все данные – $M \pm \sigma$; вариационно-статистический метод по t-критерию Стьюдента (Microsoft Statistica 6.0.).

Результаты. В обеих группах частота скрытой ОЛЖН по данным ДЗЛА (>18 mmHg) сопоставима – в КГ 11(36,7%), в ИГ – 9 (37,5%) ($p=0,0915$). Получена значимая корреляция данных ДЭхоКГ с измеренным ДЗЛА: для E/FPV $>2,0$ $r=0,79$ ($p<0,0001$), для E/Ea $>5,5$ $r=0,61$ ($p=0,002$). В КГ стандартная терапия не приводила к улучшению исходно завышенных показателей гемогидродинамического статуса, тогда как в ИГ к 12ч терапии получена положительная динамика по EVLWI и PVPI. При оценке клинической эффективности КГ/ИГ частота ЖТ – 4(13,3%)/1(3,3%), СН – 10(33,3%)/3(12,5%), потребность в хирургическом лечении – 2(6,7%)/0, летальность – 2(6,7%)/1(4,2%).

Заключение. Ранний, неинвазивный диагностический критерий острой левожелудочковой недостаточности (доплер-ЭхоКГ значения соотношения скоростей трансмитральных потоков) у пациентов с острым инфарктом миокарда (Killip 2) при контроле гемогидродинамического статуса позволяет обеспечить наиболее полный объем лечебных мероприятий при проведении анестезиологического обеспечения (уменьшение преднагрузки, дифференцированный выбор инотропной поддержки) при остром коронарном синдроме.