

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ДЖОШИБАЕВ С., ТУРТАБАЕВ Б.У., БЕГДИЛДАЕВ А.Т., НАРБАЕВ Д.А., АЗХОДЖАЕВ А.А.

Научно-клинический центр кардиохирургии и транспланталоги, г. Тараз. Казахстан

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) на современном уровне медицинской науки и технологии является финальной стадией любых заболеваний сердца, соответственно широко распространена, где трансплантация сердца выступает радикальным методом лечения. Однако в связи с малым количеством донорских сердец она доступна ограниченному числу пациентов. Наряду с медикаментозной терапией внедрение в клиническую практику имплантируемых устройств желудочковой поддержки (ventricular assist devices – VAD) позволило по-новому взглянуть на проблему ХСН.

Цель исследования. На опыте одной клиники показать целесообразность применения высокотехнологической медицинской помощи в лечении ХСН.

Материал и методы. За последние 3 года в НКЦКТ под наблюдением на диспансерном учете находились 490 пациентов с диагнозом ХСН. Ежегодная летальность составила 25–30 человек. При этом причинами смертности были: тяжелая декомпенсация с полиорганной недостаточностью, высокая легочная гипертензия и жизнеугрожающая аритмия с фибрилляцией желудочков даже при наличии ИКД. Все пациенты принимали базовое медикаментозное лечение ХСН. Наряду с этим, пациентам (3) с выраженной митральной регургитацией проводились хирургические операции с целью улучшения качества жизни данной группы пациентов. Одному пациенту мужского пола в возрасте 55 лет с диагнозом: ХСН, ишемическая кардиомиопатия (INTERMACS III), была оказана высокотехнологическая помощь – имплантация LVAD(10.05.2018). Остальные пациенты со схожей стадией ХСН остаются в листе ожидания по причине дороговизны данного метода лечения.

Результаты. Медикаментозная терапия, практически, во всех случаях давала ремиссию до 3–6 месяцев в зависимости от исходной тяжести

состояния и соблюдения рекомендаций. В трех случаях коррекции митральной недостаточности путем замены (1) и аннулопластики (2) в течение двухлетнего наблюдения сохраняются удовлетворительные результаты. В одном случае пациенту 55 лет с ишемической кардиомиопатией был имплантирован искусственный левый желудочек HeartWare. 10-е месячные наблюдения показали разительные результаты. До операции: Тест 6-минутной ходьбы – менее 150 метров (ФК IV) ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС – 80 уд в мин. ЭОС отклонена влево. ЭхоКГ: Систолическое давление в легочной артерии – 60 mmHg, КДР – 7,0 см (КДО – 239 мл), КСР – 6,5 см (КСО – 182 мл), ФВЛЖ – 14 %, ФВ ПЖ – 50 % (TAPSE 2,0 см). КАГ: ПМЖВ стеноз – 60%, ОА стеноз – 60 %. ПКА стеноз – 50 %. Катетеризация правых отделов сердца – BSA – 1,6, PVR – 2,9, SVR – 40 liter, транспульмональный градиент – 12, QP – 4,1/QS – 1,7, QP/QS – 1,2/1.

В послеоперационном периоде и амбулаторно пациент получает антикоагулянты+ антиагреганты и антигипертензивные препараты. Результаты динамического обследования: Тест 6-минутной ходьбы – 1, 3, 6, 9 месяцев более 500 метров (ФК I)

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС – 75 уд в мин. ЭОС – отклонена влево. ЭхоКГ: Систолическое давление в легочной артерии – 25 mmHg, КДР – 6,0 см (КДО – 170 мл), КСР – 5,3 см (КСО – 140 мл), ФВЛЖ – 24 %, ФВ ПЖ – 40 % (TAPSE 1,8 см).

В целом через 10 месяцев после имплантации LVAD ФК по NYHA соответствует 1 классу.

Выводы. Таким образом, на примере изначального опыта нашего Центра доказана целесообразность развития высокотехнологической медицинской помощи в лечении ХСН, в частности имплантации искусственных желудочков сердца. Данный вид медицинской технологии оправдан в долгосрочном лечении ХСН, а так же как мост к трансплантации сердца.

ОСТРАЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

**ДЗЫБИНСКАЯ Е.В., ВЛАСОВА Э.Е., ИЛЬИНА Л.Н., ВАСИЛЬЕВ В.П., ГАЛЯУТДИНОВ Д.М.,
ШИРЯЕВ А.А., АКЧУРИН А.А.**

НМИЦ кардиологии Минздрава РФ, г. Москва. Россия

Введение. На протяжении многих лет частота острой миокардиальной дисфункции остается высокой и во многом определяет риск кардиохирургических вмешательств. В настоящее время периоперационная острая сердечная недостаточность

(ОСН) ассоциирована с высоким риском летальности, увеличением длительности госпитализации и значительным удорожанием лечения.

Цель. Проанализировать методические подходы в предупреждении и лечении периоперацион-

ной сердечной недостаточности у кардиохирургических больных.

Материал и методы. Анализировали результаты лечения более 1500 пациентов, оперированных в условиях искусственного кровообращения (ИК). Спектр оперативных вмешательств включал операции реваскуляризации миокарда и коррекцию приобретенных пороков сердца. Всем пациентам интраоперационно выполняли инвазивный мониторинг параметров центральной гемодинамики с регистрацией показателей: систолического артериального давления, среднего артериального давления, диастолического артериального давления, давления правого предсердия, при необходимости катетеризировали правые отделы сердца с целью измерения давления в легочной артерии, заклинивающего давления в легочной артерии, сердечного индекса. Более чем у 500 пациентов выполняли интраоперационное чреспищеводное эхокардиографическое (ЧПЭхоКГ) обследование сердца с помощью ультразвукового аппарата Philips и мультипланового ультразвукового чреспищеводного датчика. Все ЧПЭхоКГ-исследования выполняли анестезиологи. В последние годы в нашу практику в качестве современного компонента стратификации риска ОНЧ был включен биохимический мониторинг натрийуретических пептидов В-типа (BNP). Схема профилактики и лечения периоперационной ОНЧ включала использование инодилатора-левосимендана.

Результат. С октября 2015 по май 2018 года левосимендан вводился 29 кардиохирургическим пациентам со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ). В 11 наблюдениях решение о введении левосимендана принималось интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде (до 3 суток) в связи с развитием ОНЧ; 9 больных – с многососудистой коронарной болезнью и

обширным рубцовым поражением, 2 – с декомпенсированным аортальным стенозом. Все больные имели клинические признаки застойной сердечной недостаточности, средняя ФВЛЖ составила 29% (19–35%). После внедрения ЧПЭхоКГ мы установили, что предоперационный уровень BNP является предиктором снижения уровня ФИЛЖ, измеренной в трансгастральной позиции датчика до уровня менее 35%. При этом ROC-анализ продемонстрировал, что порогом отсечения такого выраженного снижения сократительной функции ЛЖ является уровень BNP выше 580 пг/мл, что вполне закономерно, учитывая наличие высокодоверенных корреляционных связей между уровнем BNP и конечной систолической площадью сечения левого желудочка (ЛЖ) и конечной диастолической площадью сечения ЛЖ, зарегистрированных в конце операции. Кроме того, уровень BNP оказался предиктором длительной инотропной терапии, продолжающейся более 2 суток. С целью профилактики периоперационной ОНЧ показанием к назначению левосимендана перед операцией считали сочетание сниженной ФВЛЖ с повышенным уровнем BNP до 600 пг/мл и выше. Отдельным редким и опасным осложнением кардиохирургических операций признана динамическая обструкция выводного тракта левого желудочка, сопровождающаяся угрожающими нарушениями внутрисердечной гемодинамики, которые приводят к клиническим проявлениям ОНЧ. Интра- и послеоперационная эхокардиография является необходимым условием своевременной диагностики обструкции выводного тракта левого желудочка.

Заключение. Полагаем, что внедрение современных методик играет значимую роль в снижении летальности от ОНЧ, которая отчетливо прослеживается при хронологическом анализе.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНОГО С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ИБАТОВ А.Д.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия

Цель. Изучить эмоциональный статус у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и различными типами ремоделирования левого желудочка (ЛЖ).

Материал и методы. Обследован 91 мужчина с ИБС и ХСН (II–IV функциональный класс по NYHA), с фракцией выброса левого желудочка <45%, в возрасте от 42 до 65 лет (средний возраст – 56,5±0,5 года). 51 пациент с дезадаптивным ремоделированием левого желудочка (ДРЛЖ) (ин-

декс конечного диастолического размера >3,3 см/м² и относительной толщиной стенки ЛЖ <30) был включен в первую группу; 40 пациентов с адаптивным ремоделированием левого желудочка (АРЛЖ) (индекс конечного диастолического размера >3,3 см/м² и относительная толщина стенки ЛЖ <45, но >30) были включены во вторую группу. Уровень тревожности и депрессии изучали по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), характерологические особенности личности – по опроснику MMPI.