

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.

Результаты. Группы не различались по возрасту, длительности ИБС, функциональному классу сердечной недостаточности (NYHA). Пациенты с ХСН и ДРЛЖ имели уровень тревожности и депрессии $4,8 \pm 0,7$ и $8,5 \pm 0,9$ баллов соответственно. Пациенты с ХСН с АРЛЖ имели уровень тревожности соответственно $4,7 \pm 0,4$ ($p > 0,05$) баллов и уровень депрессии – $5,2 \pm 0,5$ ($p < 0,05$) баллов. Пациенты с ХСН и ДРЛЖ имели такие параметры теста MMPI соответственно: по шкале ипохондрии – $62,3 \pm 2,1$ балла; по шкале депрессии – $51,4 \pm 3,9$ балла; по шкале истерии – $54,7 \pm 2,8$ балла; по шкале психопатии – $46,7 \pm 3,6$ балла; по шкале паранояльности – $46,4 \pm 1,9$ балла; по шкале психастении – $53,3 \pm 1,7$ балла; по шкале шизоидности – $47,2 \pm 1,9$ балла; по шкале гипомании – $43,8 \pm 3,3$ балла. Пациенты с ХСН с АРЛЖ имели следующие показатели теста MMPI соответственно: по шкале ипохондрии – $55,7 \pm 1,4$ балла ($p < 0,05$); по шкале

депрессии – $51,1 \pm 1,4$ балла ($p > 0,05$); по шкале истерии – $49,9 \pm 1,1$ балла ($p > 0,05$); по шкале психопатии – $44,5 \pm 0,9$ балла ($p > 0,05$); по шкале паранояльности – $50,6 \pm 1,4$ балла ($p > 0,05$); по шкале психастении – $46,8 \pm 1,6$ балла ($p < 0,05$); по шкале шизоидности – $45,9 \pm 1,0$ балла ($p > 0,05$); по шкале гипомании – $42,1 \pm 1,4$ балла ($p > 0,05$).

Заключение. У пациентов с ишемической болезнью сердца с хронической сердечной недостаточностью и дезадаптивным ремоделированием левого желудочка были более выраженные акцентуированные личностные характеристики и уровень депрессии по сравнению с пациентами с хронической сердечной недостаточностью с адаптивным ремоделированием левого желудочка, выявленные особенности могут негативно влиять на прогноз этих пациентов, поэтому полученные результаты необходимо учитывать при назначении лечения.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

ИБАТОВ А.Д.

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

Цель. Изучить факторы, влияющие на развитие сердечной недостаточности (СН) у больных после инфаркта миокарда.

Материал и методы. Обследованы 88 больных с постинфарктым кардиосклерозом длительностью более одного года, средний возраст пациентов составил $54,2 \pm 1,2$ года, из них 30 больных имели сердечную недостаточность II–III класса. Пациенты были разделены на две группы по наличию и отсутствию сердечной недостаточности. В первую группу вошли пациенты с сердечной недостаточностью, средний возраст составил $55,07 \pm 1,45$ года. Во вторую группу вошли 58 пациентов без СН, средний возраст составил $53,27 \pm 1,01$ года. Значимость различий между выборками оценивали с помощью t-критерия Стьюдента. Для идентификации предикторов использовался расчет отношения шансов (ОШ), надежность рассчитывалась с использованием таблиц сопряженности 2×2 , с расчетом двухстороннего точного критерия Фишера. Различия при $p < 0,05$ считаются значимыми. В расчетах использовались статистические программы «Statistica 10,0» и «Excel 2013».

Результаты. Группы не различались по полу и возрасту. Анализ выявленных предикторов с помощью таблиц сопряженности и расчет отношения шансов развития СН показали следующие результаты. Пациенты с инфарктом миокарда с зубцом

Q передней стенки имели высокий риск развития СН (ОШ=4,38, $P < 0,05$). Пациенты, у которых был инфаркт миокарда с зубцом Q, независимо от пораженной стенки имели ОШ=2,78, $P < 0,05$ развития СН. Пациенты, у которых был повторный инфаркт миокарда, имели ОШ=15,43, $P < 0,05$ развития СН. Пациенты, перенесшие инфаркт миокарда в ночное время, имели ОШ=27,0 $P < 0,01$ развития СН. Пациенты с сахарным диабетом имели ОШ=10,18, $P < 0,01$ развития СН, а также высокий риск развития сердечной недостаточности имели пациенты с избыточным весом ($ИМТ \geq 25 \text{ кг/м}^2$) (ОШ=2,95, $P < 0,05$). В то же время такие прогностические негативные факторы, как курение, артериальная гипертензия в нашем исследовании не выявили дополнительного негативного риска развития сердечной недостаточности. В наших исследованиях не было прогностического неблагоприятного влияния таких факторов, как пол, пожилой возраст и предшествующая инфаркту миокарда стенокардия.

Заключение. Таким образом, по нашим данным, важными предикторами развития сердечной недостаточности у больных после инфаркта миокарда являются, в частности, время возникновения инфаркта миокарда (ночью во время сна) и нарушения обмена веществ (сахарный диабет и ожирение), а также размер поражения и локализация инфаркта миокарда.