

## ОРТОТОПИЧЕСКАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ СЕРДЦА У РЕЦИПИЕНТОВ 60 ЛЕТ И СТАРШЕ

*Попцов В.Н., Саитгареев Р.Ш., Шумаков Д.В., Захаревич В.М., Акопов Г.А., Шевченко А.О., Спирина Е.А., Мебония Н.З., Ухренков С.Г., Халилулин Т.А., Пчельников В.В., Воронков В.Ю., Масютин С.А., Алиев Э.З.*

ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Минздрава России, Москва

### Введение

Рост числа возрастных пациентов с терминальной ХСН приводит к увеличению их количества среди потенциальных реципиентов, нуждающихся в механической поддержке кровообращения и/или трансплантации сердца (ТС) [Abecassis M., Bridges N.D. et al., 2012].

**Цель исследования:** анализ собственного опыта выполнения ТС у реципиентов 60 лет и старше.

### Материалы и методы

В исследование включили 63 (56 мужчин (93,3%) и 4 (6,7%) женщин), возраст которых составил от 60 до 74 ( $63,0 \pm 0,8$ ), масса тела –  $76,6 \pm 1,4$  кг, площадь поверхности тела (D) –  $1,7 \pm 0,02$  м<sup>2</sup>, индекс массы тела (ИМТ) –  $23,4 \pm 0,6$ . Показания к ТС: дилатационная кардиомиопатия – 24 (38,1%), ИБС – 34 (54,0%), гипертрофическая кардиомиопатия – 2 (3,2%), необратимая дисфункция сердечного трансплантата – 3 (4,7%). Выраженность ХСН соответствовала III ФК по NYHA у 46 (73,0%) и IV ФК у 17 (23,0%). Транспульмональный градиент составил  $11,2 \pm 2,7$  мм рт. ст., легочное сосудистое сопротивление –  $3,5 \pm 1,3$  ед. Вуда. В соответствии с алгоритмом UNOS неотложность выполнения ОТС соответствовала 1А статусу у 10 (15,9%) пациентов (ВА ЭКМО (n = 8) и имплантируемый обход левого желудочка (n = 2), 1Б статусу – у 21 (33,3%) и 2 статусу – у 32 (50,8%). Реципиенты имели следующую сопутствующую патологию: артериальная гипертензия (АГ) (n = 51 (81,0%), сахарный диабет (СД) (n = 6 (9,5%), цереброваскулярная болезнь (n = 13 (20,6%), перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения (n = 9 (14,3%), диализ – независимая почечная дисфункция (n = 21 (33,3%). До ТС 9 (14,2%) реципиентов перенесли различные оперативные вмешательства на органах грудной клетки, 2 (3,2%) – на головном мозге. В 100% наблюдений (n = 63) выполнили дистанционный забор сердечного трансплантата от мультиорганного донора (49 (77,8%) мужчин и 14 (22,2%) женщин). Возраст сердечного донора составил от 18 до 59 ( $34,3 \pm 10,4$ ) лет.

### Результаты

Продолжительность лечения в условиях ОРИТ – от 4 до 15 ( $8,2 \pm 0,5$ ) суток. В 61,9% (n = 39) наблюдалось неосложненное течение раннего послеоперационного и госпитального периодов. Раннюю послеоперационную активизацию («ранняя» экстубация трахеи) на операционном столе выполнили у 32 (50,8%) через  $48 \pm 6$  мин после окончания оперативного вмешательства. У 2 (3,2%) реципиентов имела место ранняя дисфункция трансплантата, потребовавшая применения ВА ЭКМО. Осложнения, не связанные с дисфункцией трансплантата, развились у 24 (38,1%) реципиентов: преимущественно почечная дисфункция (n = 8 (12,7%), почечно-печеночная дисфункция (n = 4 (6,3%), инфекционные осложнения (бактериальная пневмония, n = 3 (4,8%), дисциркуляторная энцефалопатия (n = 9 (14,3%). Потребность в постоянной заместительной почечной терапии (ЗТП) имели 12 (19,0%), из них 10 (15,9%) – с восстановлением почечной функции. Программный гемодиализ применили в 2 (3,2%) наблюдениях. Госпитальная (n = 6 (9,5%)) летальность была обусловлена синдромом полиорганной недостаточности и сепсисом. Выживаемость после 1 года составила 87,5%, 3 лет – 86,8%, 5 лет – 78,2%.

### Заключение

Собственный опыт демонстрирует удовлетворительные показатели ранней и отдаленной выживаемости у реципиентов, которым трансплантацию сердца выполнили в возрасте 60 лет и старше.