

АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА У ВОЗРАСТНЫХ РЕЦИПИЕНТОВ

Попцов В.Н., Спирина Е.А., Ухренков С.Г., Мебония Н.З., Пчельников В.В., Масютин С.А., Воронков В.Ю., Алиев Э.З.

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

Введение

Трансплантация сердца (ТС) у возрастных реципиентов сопряжена с риском развития в раннем посттрансплантационном периоде инфекционных, неврологических, полиорганных и др. нарушений, которые могут негативно повлиять на результативность операции.

Целью исследования явился анализ собственного опыта анестезиологического пособия и интенсивной терапии при ТС у реципиентов 60 лет и старше.

Материалы и методы

В исследование включили 60 (56 мужчин и 4 женщины) реципиентов в возрасте 60 лет и старше (60–74 ($63,4 \pm 0,9$) лет), включая двух реципиентов старше 70 лет, которым была выполнена ТС в период с 14.12.2009 по 28.03.2015. Рост, вес и индекс массы тела составили соответственно 175 ± 2 см, 79 ± 3 кг, $26,5 \pm 1,0$ кг/м². Основным заболеванием у 24 (40%) явилась дилатационная кардиомиопатия, у 31 (25%) – ИБС, у 2 (3,3%) – гипертрофическая кардиомиопатия, у 1 (1,4%) – необратимая ранняя дисфункция трансплантата и у 2 (3,3%) – необратимая отсроченная дисфункция трансплантата. Выраженность ХСН по классификации В.Х. Василенко и И.Д. Стражеско соответствовала ПА-стадии у 3 (5,0%), ПБ-стадии – у 48 (80,0%) и III-стадии – у 9 (15%) пациентов. В соответствии с алгоритмом UNOS неотложность выполнения ОТС соответствовала 1А-статусу у 10 (16,6%) пациентов, 1Б-статусу – у 18 (30%) и 2-статусу – у 32 (53,4%). В предтрансплантационном периоде 10 (16,6%) из 60 реципиентов с терминальной сердечной недостаточностью применили вспомогательное кровообращение: вено-артериальная экстракорпоральная мембранная оксигенация ($n = 8$ (13,3%), имплантируемая система левожелудочкового обхода ($n = 3,3\%$) (ВИШ (Россия), INCOR (Германия). Возраст сердечного донора составил от 22 до 59 ($40,7 \pm 2,8$) лет. Во всех наблюдениях выполнили дистанционный забор сердечного трансплантата. Использована биатриальная, бикавальная или комбинированная методика ТС.

Результаты

ТС выполняли в условиях многокомпонентной сбалансированной анестезии с возможностью ранней (по показаниям) послеоперационной активизации. Продолжительность ишемии миокарда составила от 150 до 263 (157 ± 8) мин, ИК – от 66 до 129 (99 ± 8) мин, операции – $4,5 \pm 0,3$ ч, анестезии – $6,2 \pm 0,5$ ч. Наибольшая за время наблюдения кардиотоническая поддержка составила: адреналин – 52 ± 8 нг/кг/мин, допамин – $6,4 \pm 0,7$ мкг/кг/мин, добутамин – $4,1 \pm 0,4$ мкг/кг/мин. Раннюю активизацию выполнили у 39 (65%) реципиентов. Продолжительность послеоперационной ИВЛ составила от 19 мин до 59 ч ($36,8 \pm 9,8$ ч), послеоперационного лечения в условиях ОРИТ – от 4 до 15 ($8,2 \pm 0,5$) суток. У 13,3% реципиентов применили заместительную почечную терапию. Госпитальная ($n = 6$, 10%) летальность была обусловлена синдромом полиорганной недостаточности ($n = 9$) и необратимой дисфункцией сердечного трансплантата ($n = 1$). Выживаемость после 1 года составила 87,5%, 3 лет – 86,8%, 5 лет – 78,2%.

Заключение

Анестезиологическое пособие и интенсивная терапия, направленные на раннюю послеоперационную активизацию, своевременную профилактику или коррекцию инфекционных, полиорганных нарушений, способствуют результативному выполнению ТС у возрастных реципиентов.