

DOI 10.52727/2078-256X-2021-17-3-31-31

ВОЛЕМИЧЕСКИЙ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ДО И ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Е.А. Сергеев, А.А. Силаев, Н.В. Савушкина

Дальневосточный федеральный университет, о. Русский, Владивосток, Россия

В клинической практике широко обсуждается концепция взаимодействия коморбидности хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и ишемической болезни сердца (ИБС). Это обуславливает необходимость тщательного гемодинамического мониторинга у кардиохирургических больных с коморбидностью в периоперационном и раннем послеоперационном периоде.

Цель исследования состояла в оценке параметров центральной и легочной гемодинамики в процессе выполнения коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения (ИК) у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ с использованием метода транспульмональной термодилуции.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 40 пациентов с ИБС, ранжированных на две группы: первая – 11 больных ИБС в сочетании с ХОБЛ II–III степени тяжести вне обострения, вторая – 29 больных ИБС без легочной патологии. Показатели центральной гемодинамики и легочной волюметрии измерялись методом транспульмональной термодилуции с использованием монитора Dreger Delta XL с модулем «Pulsion PiCCO Plus». Показатели гемодинамики анализировали в III этапа: после интубации трахеи и начала искусственной вентиляции легких; после завершения про-

цедуры ИК; через 24 часа после оперативного лечения.

Результаты. Наиболее значимы в диагностике развития острого повреждения легких были показатели индексов внутригрудного объема крови (ИВГОК), проницаемости легочных сосудов (ИПЛС) и значение индекса внесосудистой воды легких (ИВСВЛ). При коморбидности ИБС с ХОБЛ, ИВСВЛ было исходно выше нормы ($12 \pm 1,21$ мл/кг) и оставалось повышенным после отхода от ИК ($13,67 \pm 2,16$ мл/кг). Также в данной группе отмечается существенное увеличение уровня ИПЛС по отношению к исходным показателям ($1,94 \pm 0,012$ и $2,32 \pm 0,025$ у.е., $p = 0,0079$). После коррекции волемического статуса у пациентов I группы зарегистрировано снижение ИВСВЛ до $9,17 \pm 0,45$ мл/кг ($p = 0,0045$) и ИПЛС до $1,62 \pm 0,1$ ($p = 0,0316$). У пациентов II группы не выявлено статистически значимых изменений ИВСВЛ и ИПЛС до и после оперативного вмешательства ($p < 0,05$).

Выводы. У пациентов с коморбидностью ХОБЛ ИБС вовремя и после ИК необходимо использовать методику транспульмональной термодилуции, которая позволяет оценить проницаемость легочного капиллярного барьера, разработать персонализированный подход к лечению и значительно улучшить прогноз заболеваемости.

DOI 10.52727/2078-256X-2021-17-3-31-32

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ КОМОРБИДНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ДО И ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Е.А. Сергеев, А.А. Силаев, Н.В. Савушкина

Дальневосточный федеральный университет, о. Русский, Владивосток, Россия

Коронарное шунтирование (КШ) является наиболее эффективным методом лечения пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). Наличие различных вариантов коморбидности остается одним из важных факторов, ограничивающих эффективность КШ за счет возрастающей вероятности послеоперационных осложнений и смертности.

Цель исследования. Оценка системной и легочной гемодинамики у пациентов ИБС с различными вариантами коморбидности до и после КШ методом транспульмональной термодилуции.

Материал и методы. Обследовано 46 больных ИБС, которые были разделены на три группы коморбидности: кардиоваскулярную, респиратор-

торную и метаболическую. Показатели гемодинамики регистрировали методом транспульмональной термодилуции с использованием монитора Drager Delta XL и модуля «Pulsion Picco Plus» (Германия) на трех этапах: после начала искусственной вентиляции легких (I этап), после завершения ИК (II этап) и через 24 часа после оперативного лечения (III этап).

Результаты. При респираторном варианте коморбидности после отхода от ИК и через 24 часа после КШ отмечен наиболее высокий уровень системного сосудистого сопротивления (2359,67 [2125,91; 2593,42] и 2294 [2070,7; 2517,3] дин/с/см⁻⁵/м²), минимальные значения глобальной фракции выброса (18 [15; 22] и 19 [16; 21] %), менее заметное по отношению к другим группам больных снижение глобального

конечного диастолического и легочного объемов крови. На всех этапах исследования фиксировались максимальные значения индексов внесосудистой жидкости в легких и проницаемости легочных сосудов у пациентов с респираторной и метаболической коморбидностью. У больных с кардиоваскулярной коморбидностью нарушения гемодинамического статуса в динамике наблюдения были менее выраженными.

Заключение. Использование волюметрического и гемодинамического мониторинга на основе метода транспульмональной термодилуции позволяет комплексно оценить показатели центрального и легочного кровообращения у больных ИБС в динамике операционного и раннего послеоперационного периодов с различными вариантами коморбидности.

DOI 10.52727/2078-256X-2021-17-3-32-33

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СРОКОВ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ФАРМАКОИНВАЗИВНОЙ СТРАТЕГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

А.Ю. Сердечная, И.А. Сукманова

КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул, Россия

Введение. Среди пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST (ИМпST) быстрое восстановление нормального коронарного кровотока имеет первостепенное значение. Множество больниц не имеют доступа к центрам с возможностью проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) в течение 120 минут либо транспортировка в связи с тяжестью пациента невозможна. Тромболитическая терапия (ТЛТ) представляется доступным и легко выполнимым методом восстановления проходимости инфарктсвязанной артерии (ИСА). Однако ТЛТ в 50 % не позволяет достигнуть кровотока TIMI III в ИСА. Необходима последующая транспортировка в ЧКВ-центр. Оптимальной стратегией реперфузии является сочетание ТЛТ и отсроченного ЧКВ.

Цель. провести оценку эффективности фармакоинвазивной стратегии (ФИС), сравнить возникшие осложнения в зависимости от сроков проведения ТЛТ.

Материал и методы. На базе КГБУЗ АККД за 2020 г. пролечено 673 пациента с ИМпST. Выбраны пациенты с ИМпST после ТЛТ с последующим стентированием ИСА. Выделено две группы пациентов: 1 – пациенты с проведением догоспитального ТЛТ, 2 – пациенты с госпитальным (г)ТЛТ. В дальнейшем сопоставлены гемодинамические показатели, сопутствующие

заболевания, возникшие осложнения. Изучались данные анамнеза, лабораторные показатели, в том числе тропонин I, ЭКГ, ЭХОКГ, КАГ. Оценено время от начала болевого синдрома до доставки в ЧКВ-центр.

Результаты. Первую группу составили 124 пациента в возрасте $64 \pm 1,6$ года, вторую – 79 пациентов в возрасте $62,3 \pm 1,4$ года. Перенесенный ИМ и стенокардия в анамнезе встречались у 23,7 % пациентов 1-й группы и у 26,5 % второй. В 1-й группе для ТЛТ 93,5 % использовалась Тенектеплаза, во 2-й – Стрептокиназа 41,8 %, фортелизин 12,7 %, проурокиназа 11,2 %. Обе группы составляли преимущественно мужчины, в 1-й – 72,2 %, во 2-й – 73,4 %. По данным КАГ эффективность ТЛТ в обеих группах сравнительно не отличалась: 70 и 71 % ($p = 0,3$). Время доставки в ЧКВ-центр более 24 часов составило у 25,4 % пациентов в группе дгТЛТ к 24 % гТЛТ. Острая левожелудочковая недостаточность класса Killip III–IV развилась в 5,6 % случаев в 1-й группе, у 3,5 % – во 2-й ($p = 0,04$), что являлось показанием к более раннему применению ТЛТ. Правая коронарная артерия (ПКА) была ИСА в 51 % случаев в 1-й группе и в 49 % – во второй ($p = 0,05$). Полного восстановления коронарного кровотока по шкале TIMI удалось достичь у 98 % пациентов 1-й группы и 91 % – во 2-й ($p = 0,02$).