

Рефрактерная фибрилляция желудочков: экстракорпоральная сердечно-легочная реанимация

Петрович Н.С., Шестакова Л.Г., Островский Ю.П.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология»,
Минск, Беларусь

Цель. Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) – нарушение функционирования миокарда, приводящее к сердечной недостаточности, при которой преобладают дилатация желудочков и систолическая дисфункция. У пациентов с ДКМП может развиваться широкий спектр брадиаритмий и тахиаритмий, включая дисфункцию синусового узла, различные степени атриовентрикулярной блокады, задержку межжелудочковой проводимости, а также суправентрикулярные и желудочковые аритмии. Внезапная сердечная смерть при ДКМП составляет не менее 30% всех смертей и может возникать у пациентов с выраженной, а также умеренной степенью болезни, и даже у пациентов с клиническим и эхокардиографическим улучшением.

Целью работы является представление успешного клинического случая проведения ЭКМО-ассистированной сердечно-легочной реанимации при развитии рефрактерной фибрилляции желудочков.

Материалы и методы. Пациент 66 лет с ДКМП, блокадой левой ножки пучка Гиса, постоянной формой фибрилляции предсердий с тахисистолией желудочков, желудочковой экстрасистолией, пароксизмальной желудочковой тахикардией госпитализирован для имплантации ЛЖ-электрода. В анамнезе имплантация ИКД (2016 г.), транскатетерное ремоделирование ЛЖ при помощи системы Accusinch (октябрь 2019 г., клиническое исследование), электрический шторм, ЭФИ, РЧА АВ-узла и замена ИКД на CRT-D (декабрь 2019 г.). После левосторонней торакотомии при осуществлении доступа к ЛЖ отмечается выраженный гипокинез, перегрузка объемом, фибрилляция желудочков, сердечно-легочная реанимация, открытый массаж сердца. Многократная дефибрилляция (наружная, эндокардиальная, эпикардиальная) и медикаментозная коррекция неэффективны. Спустя 35 мин от начала ФЖ бифеморально подключена система вено-артериального ЭКМО, и восстановлен синусовый ритм. ЧПЭхоКГ контроль: ЛЖ КДО 418 мл, КСО 293 мл, УО 124 мл, ФВ 30%; ПЖ КДО 85 мл, КСО 53 мл, УО 32 мл, ФВ 37%. Дальнейшая имплантация электрода признана нецелесообразной. В связи со значительными объемными показателями выполнено дренирование ЛЖ через верхушку. Левый желудочек: КДО 104 мл, КСО 67 мл, УО 37 мл, ФВ 34%. Правый желудочек: КДО 70 мл, КСО 43 мл, УО 27 мл, ФВ 39%.

Результаты. В связи с выраженной необратимой декомпенсацией ХСН в течение первых суток выполнена трансплантация сердца по бипредсердной методике. Время ишемии донорского сердца 226 мин. Выраженная бивентрикулярная недостаточность трансплантата (ФВлж 26%, ФВпж 35%, ФИПпж 22%), обильное кровотечение по линии анастомоза ЛП. Выполнена остановка сердца, ушивание линейного разрыва задней стенки ЛП, дренирование ЛЖ и переключение искусственного кровообращения (635 мин) на периферическое ВА ЭКМО. Послеоперационные осложнения: инфаркт головного мозга с правосторонним гемипарезом, острая почечная недостаточность (почечная заместительная терапия 11 суток), пневмоторакс. Время механической поддержки составило 14 и 75 часов. Пребывание в АРО 34 дня, в клинике-71 день. ЭхоКГ-контроль при выписке: ЛЖ КДО 102 мл, КСО 45 мл, УО 57 мл, ФВ 56%; ПЖ КДО 68 мл, КСО 27 мл, УО 41 мл, ФВ 60%.

Вывод. Экстракорпоральная мембранная оксигенация- это эффективный и осуществимый инвазивный хирургический метод поддержания сердечно-легочной функции, адекватно обеспечивающий перфузию жизненно важных органов у пациентов с рефрактерной фибрилляцией желудочков. Важнейшую роль в повышении эффективности ЭКМО играет мультидисциплинарный командный подход.