

Третьяков Д.С.¹

ПРЕДИКТОРЫ ВЫЖИВАЕМОСТИ РЕЦИПИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Научный руководитель д-р мед. наук, Спиридонов С. В.²

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
РНПЦ «Кардиология»*

Актуальность. Трансплантация сердца (ТС) остается золотым стандартом в лечении пациентов с терминальной стадией хронической сердечной недостаточности. Однако, ТС ассоциирована со значительным риском послеоперационной летальности. Противоречивы данные о влиянии на выживаемость хирургического моста к трансплантации, о влиянии поло-возрастных различий реципиента и донора. Существует мало данных в отношении влияния этиологии кардиомиопатии (КМП) и дооперационной легочной гипертензии на выживаемость после ТС. Является актуальным исследование прогностической значимости параметров ЭхоКГ для оценки исхода ТС.

Цель: Изучение результатов трансплантации сердца в Беларуси с целью поиска предикторов неблагоприятного исхода ТС и улучшения качества оказываемой помощи.

Материалы и методы. Были проанализированы 289 случаев ТС, проведенных в 2009-2018 гг. в Республиканском научно-практическом центре «Кардиология». Учитывались анамнестические, до- и послеоперационные параметры. В случае смерти пациента фиксировалась причина смерти. Учитывались данные о доноре: возраст, пол, причина смерти. Статистический анализ данных выполнялся в программе SPSS Statistics 19.0. Использовались следующие виды анализа: тест Манна-Уитни, хи-квадрат, кривые Каплана-Майера, Log-Rank тест.

Результаты и их обсуждение. 9-летняя выживаемость составила 73,7%. Среди причин, обуславливающих летальность в ранний период, на первое место выходят инфекционные осложнения (41,4%) на фоне иммуносупрессии. С другой стороны, в 30-дневный период было зарегистрировано 77% от всех кризов острого отторжения трансплантата, однако, все они были купированы. Согласуемые с данными литературы изменения были выявлены при исследовании разнополой трансплантации, что связано с гендер-зависимыми анатомическими и функциональными особенностями сердца. Не было зарегистрировано достоверных различий выживаемости в зависимости от использования «моста к трансплантации», однако, при использовании экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО) была самая низкая 1-летняя выживаемость. Достоверные прогностические признаки неблагоприятного исхода в ранний период являются: ишемическая этиология КМП ($p=0,011$), хроническая болезнь почек (ХБП) ($p=0,019$), возраст старше 50 лет ($p=0,001$), PAPs (систолическое давление в легочной артерии по данным УЗИ) ≥ 40 ($p=0,042$), PAPm (среднее давление в легочной артерии по данным УЗИ) ≥ 33 ($p=0,032$), КДО ПЖ > 47 ($p=0,008$), TAPSE (систолическая экскурсия кольца трёхстворчатого клапана) ≤ 12 ($p=0,046$). Впервые применен для оценки прогноза после ТС описанный в 2013 году коэффициент TAPSE/PAPs. Данный коэффициент имеет хорошую степень корреляции с комплаенсом сосудов легких и является ЭхоКГ маркером ремоделирования легочных сосудов. Значение TAPSE/PAPs $\leq 0,32$ достоверно снижало выживаемость пациентов. Также было отмечено, что среднее значение коэффициента TAPSE/PAPs у пациентов с летальным исходом было достоверно меньше, чем у живых ($0,24 \pm 0,067$ против $0,315 \pm 0,156$ соответственно) ($t=2,35$, $p=0,02$). Главным прогностическим признаком неблагоприятного исхода в отдаленном периоде являются перенесенные кризы острого отторжения трансплантата, что проявляется в снижении 5-летней выживаемости на 20%.

Выводы. Полученные в настоящем исследовании достоверные данные, согласуемые с данными Международного общества трансплантации сердца и легких, могут способствовать достижению лучших результатов ТС и совершенствованию прогнозирования неблагоприятного исхода у данных пациентов.