

Булавская П. Е.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ДОНОРСКОГО СЕРДЦА

Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Шолкова М. В.,

д-р мед. наук, проф. Спиридонов С. В.

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней, кафедра кардиологии и внутренних болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. В настоящее время трансплантация сердца (ТС) является золотым стандартом в лечении пациентов с терминальной стадией сердечной недостаточности (СН), не поддающихся медикаментозной терапии или альтернативным хирургическим методам лечения. В условиях недостатка донорских органов и растущего числа пациентов, ожидающих ТС, одним из вариантов увеличения пула донорских сердец является использование доноров с гипертрофией миокарда левого желудочка (ГМЛЖ). На данный момент в мировом научном сообществе нет единого мнения о возможности использования донорских сердец с ГМЛЖ ввиду противоречивости результатов трансплантации. Тем не менее ряд недавних исследований показывает сопоставимость выживаемости пациентов с ГМЛЖ донорского сердца по сравнению с пациентами с нормальной толщиной стенок левого желудочка (ЛЖ) донорского сердца. Однако в литературе отсутствуют публикации, в которых оценивается влияние типа геометрии ЛЖ на исход ТС, что обуславливает актуальность данной работы.

Цель: выявить факторы, влияющие на выживаемость реципиентов после ТС.

Материалы и методы. Ретроспективное «случай-контроль» исследование выполнено на базе РНПЦ «Кардиология». Объектом исследования послужили данные 283 ортотопических ТС, выполненных за период 2009–2021 гг. Предметом исследования явились данные реципиента (пол, возраст, площадь поверхности тела (ППТ), сопутствующие заболевания – хроническая болезнь почек (ХБП), сахарный диабет (СД)), характеристики трансплантата сердца (толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщина задней стенки (ТЗС) ЛЖ, конечно-диастолический размер (КДР) ЛЖ, тип геометрии ЛЖ), а также выживаемость реципиентов после ТС. Статистическая обработка была проведена с применением программного пакета IBM SPSS Statistics 23.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст реципиентов в данной выборке составил 49,4 [10,0; 73,0] лет. Из 283 реципиентов 248 (87,6%) составляют мужчины, 35 (12,4%) – женщины. ХБП имеется у 55 (19,4%) реципиентов, СД – у 80 (28,3%). Среднее значение ТМЖП составило 12,7 [8,0; 20,0] мм, ТЗС ЛЖ – 11,5 [7,0; 20,0] мм, КДР ЛЖ – 47,5 [35,0; 62,0] мм, ППТ – 1,97 [1,11; 2,52] м², ИММ ЛЖ – 112,6 [56,8; 230,8] г/м², ОТС – 0,49 [0,25; 0,94]. Было выявлено следующее распределение по типу геометрии левого желудочка: нормальная геометрия – 54 (19,1%), концентрическое ремоделирование – 110 (38,9%), концентрическая гипертрофия – 92 (32,5%), эксцентрическая гипертрофия – 27 (9,5%). По результатам анализа выживания Каплана-Майера установлено, что на выживаемость реципиентов после ТС неблагоприятно влияют возраст реципиента ≥ 45 лет (log-rank: $p=0,003$), ХБП в анамнезе (log-rank: $p=0,03$) и концентрическое ремоделирование ЛЖ донорского сердца (log-rank: $p=0,05$). СД в анамнезе реципиента достоверно не влияет на исход ТС ($p>0,05$). При анализе с применением регрессии Кокса было выявлено, что достоверно на выживаемость влияет возраст реципиента ($p=0,04$) и концентрическое ремоделирование ЛЖ донорского сердца ($p=0,05$).

Выводы. 1. Возраст реципиента ≥ 45 лет является неблагоприятным предиктором для трансплантации сердца. 2. Концентрическое ремоделирование левого желудочка донорского сердца уменьшает продолжительность жизни реципиента.