

**Анестезия  
и периоперационная  
интенсивная терапия  
у пациентов  
с заболеваниями  
сердечно-сосудистой  
системы**

# ОЦЕНКА РИСКА НЕКАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

(по Goldman L., Caldera D.L., Nussbaum S.R., 1977)

Факторы риска	Баллы
Третий тон сердца или набухание яремных вен	11
ИМ в предшествующие 6 мес	10
Несинусовый ритм или предсердные экстрасистолы	7
Более 5 экстрасистол в 1 мин	7
Возраст старше 70 лет	5
Экстренная операция	4
Значимый аортальный стеноз	3
Операция на аорте, абдоминальная или торакальная	3
Один или несколько критериев тяжелого состояния: $PaO_2 < 60 \text{ mm Hg}$ , $PaCO_2 > 50 \text{ mm Hg}$ , $[K^+] < 3 \text{ ммоль/л}$ или $[HCO_3^-] < 20 \text{ ммоль/л}$ , мочевины $> 7,5 \text{ ммоль/л}$ , креатинин $> 270 \text{ мкмоль/л}$ , $\uparrow$ АлАТ, признаки хронического заболевания печени, постельный режим по внекардиальным причинам	3
Максимальная сумма баллов	53

# СВЯЗЬ СУММЫ БАЛЛОВ ПО L. GOLDMAN С ЧАСТОТОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Сумма баллов	Частота серьезных осложнений	Летальность
0–5	0,3–3% (в среднем 0,7%)	0,2%
6–12	1–10% (в среднем 5%)	2%
13–25	3–30% (в среднем 11%)	2%
26–53	19–75% (в среднем 22%)	56%

# МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ИНДЕКС КАРДИАЛЬНОГО РИСКА

(по Goldman L., Caldera D.L., 1979)

Критерий	Баллы
<b>ИБС:</b> ОИМ менее 6 мес назад	10
ОИМ более 6 мес назад	5
Функциональный класс стенокардии: III класс	10
IV класс	20
Нестабильная стенокардия менее 6 мес	10
Альвеолярный отек легких: в течение последней недели	10
постоянно	5
Подозрение на критический аортальный стеноз	20
Несинусовый ритм или синусовый ритм с наджелудочковыми экстрасистолами на последней КГ	5
Более 5 желудочковых экстрасистол в 1 мин когда-либо до операции	5
Один или несколько критериев тяжелого состояния:	5
1. $\text{PaO}_2 < 60 \text{ мм Hg}$ или $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ мм Hg}$	
2. $[\text{K}^+] < 3 \text{ ммоль/л}$ или $[\text{HCO}_3^-] < 20 \text{ ммоль/л}$	
3. Мочевина $> 7,5 \text{ ммоль/л}$ , креатинин $> 270 \text{ мкмоль/л}$ или повышение АлАТ	
4. Признаки хронического заболевания печени	
Возраст старше 70 лет	5
Экстренная операция	10
Максимальная сумма баллов	120

# КРИТЕРИИ ВЫСОКОГО РИСКА, ДЕТАЛИЗИРОВАННЫЕ НА ОСНОВЕ КОНЦЕПЦИИ ТРАНСПОРТА КИСЛОРОДА

Тяжелая кардиореспираторная патология, например, ОИМ или ХОБЛ

Обширная онкологическая операция или операция дольше 6 ч

Политравма: более чем 3 органа, более чем 2 системы или полости

Острая массивная кровопотеря (более 2 л)

Возраст >70 лет и ограничение резервов одного или более органов

Септицемия (гемокультура или очаг), лейкоцитоз >13 тыс., лихорадка >38,3°C  
более 48 ч

ОДН:  $PaO_2 < 60$  мм Hg при  $FiO_2 > 0,4$  или ИВЛ >48 ч

Абдоминальная катастрофа с нестабильной гемодинамикой (панкреатит, перфорация, перитонит, кровотечение)

ОПН: мочевины >20 ммоль/л, креатинин >260 мкмоль/л

Запущенная сосудистая патология с вовлечением аорты

Шок: среднее АД <60 мм Hg, ЦВД <15 см H<sub>2</sub>O, диурез < 20 мл/ч

*(Shoemaker W.C., Czer L.S. Crit Care Med 7: 242, 1979)*

# ОБЩИЕ ПРАВИЛА ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ

- четкое информирование пациента о риске и альтернативах
- при плановой операции обязательна консультация кардиолога
- продолжение приема всех привычных препаратов, кроме диуретиков
- периоперационно при необходимости – переход на их в/в введение
- расширенный (возможно, инвазивный) мониторинг кровообращения
- важен не метод, а результат в виде эффективного контроля гемодинамики
- главная опасность – резкие изменения пред- и постнагрузки
- повышенная надежность аналгетического компонента
- усиленное прикрытие травматичных моментов
- решение вопроса о наблюдении в ОРИТ
- после операции –  $O_2$  через маску в течение 3–4 суток

# ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ АППАРАТНЫЙ МОНИТОРИНГ

## **А. Стандартный (все пациенты без исключения):**

- ЭКГ
- АД неинвазивно
- Пульсоксиметрия

## **Б. Расширенный (по необходимости):**

- ЦВД
- АД инвазивно
- Мониторинг выброса (реография, NICO, PICO)
- Катетеризация легочной артерии (контроль ДЗЛА)
- Чрезпищеводная ЭхоКГ

# ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Главная проблема –

**ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА**

- **Частота:**

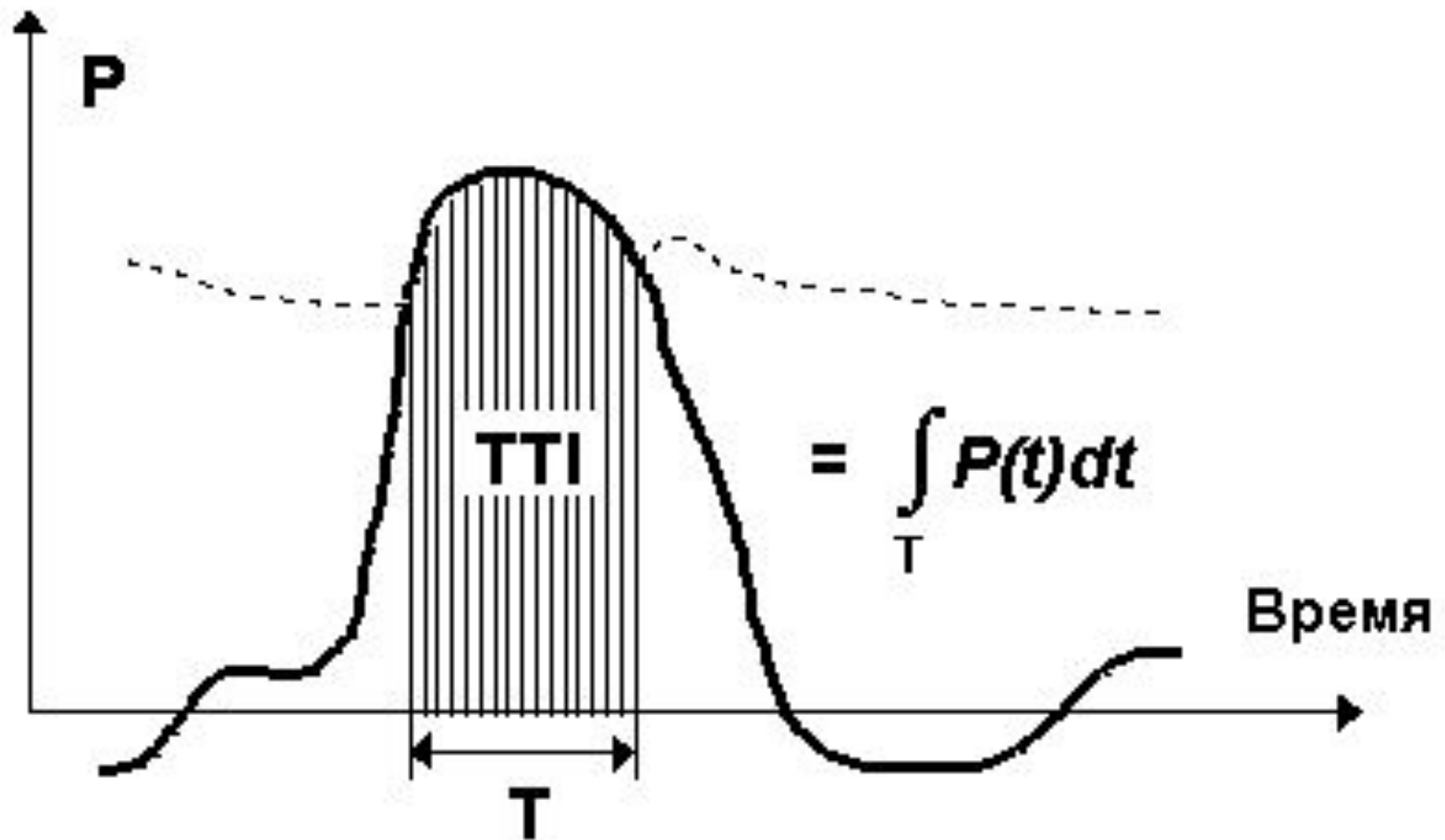
– первичный	0,1–0,4%
– повторный	3,2–7,7%

- **Чаще в 3–4-е сутки после операции**
- **До 20–50% случаев бессимптомны!**
- **Летальность достигает 40–60!**
- **Исследование КФК часто неспецифично**
- **Тест на тропонин и ЭхоКГ более информативны**
- **Тромболизис обычно противопоказан**
- **Аспирин и  $\beta$ -блокаторы входят в стандартную терапию**



# TIME-TENSION INDEX

(Sarnoff S.J., Braunwald E., Welch G.H., 1958)



# ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

**СПЕЦИАЛЬНАЯ ЗАДАЧА –**

**мониторинг ИШЕМИИ МИОКАРДА!**

**Информативность интраоперационных критериев ишемии (в порядке убывания):**

- **Локальные нарушения кинетики стенки сердца (RWMA или SWMA при чрезпищеводной ЭхоКГ)**
- **Быстрое увеличение ДЗЛА**
- **Снижение смешанной венозной сатурации SvO<sub>2</sub>**
- **Смещение сегмента ST от изолинии**

# ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

## Главные проблемы:

- повышен риск ОИМ, ОНМК, ОПН
- гипотензивные средства снижают толерантность к гиповолемии
- ингибиторы АПФ увеличивают риск ОПН, снижая клубочковый кровоток

# НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ

## Главные проблемы:

- Риск отека легких или кардиогенного шока
- Побочные эффекты фоновой терапии
- Последствия ИТ во время операции

# МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ

- ЭхоКГ для оценки функции ЛЖ (адекватна, если ФВ  $\geq 50\%$ ), размера ЛП (конверсия перспективна, если ЛП  $\leq 45$  мм) и состояния митрального клапана
- Оценить вероятность гликозидной интоксикации (самый частый симптом – тошнота, точная оценка – длительность интервала QT)
- Добиться нормосистолии (60–90  $\text{мин}^{-1}$ ); ритм почти всегда учащается при индукции

# ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ПАРОКСИЗМ МЕРЦАНИЯ

- Исключить причины в виде гиповолемии, гипоксии, гипокалиемии, гипомагниемии или смещения центрального венозного катетера
- В случае гипотензии – синхронизированная ЭИТ 200 → 360 Дж
- Из препаратов возможен выбор между эсмололом, амиодароном, флекаинидом или дигоксином

# ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ

- Тактика принципиально аналогична МА
- При сомнениях в диагнозе – уредить желудочковые ответы, чтобы сделать лучше видимыми f-волны (аденозин или др.)

# ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ АВ-УЗЛОВАЯ ТАХИКАРДИЯ

- Часто встречается у молодых с анатомически интактным сердцем
- Заранее уточнить частоту пароксизмов и эффективную ранее терапию
- При наличии добавочного проводящего пути (синдромы короткого PQ – WPW или LGL) препарат выбора – амиодарон
- В остальных случаях возможен выбор между  $\beta$ -блокаторами, антагонистами  $\text{Ca}^{2+}$ , флекаинидом, пропafenоном или амиодароном



# ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ

- Требуется исключения устранимых причин (интраоперационно – причиной м.б. ОИМ!), но у пожилых часто вполне безобидна
- Сами по себе устранения требуют лишь экстрасистолы высоких градаций по В. Lown: частые ( $>5 \text{ мин}^{-1}$ ), полиморфные (политопные), ранние (типа R на T) или групповые (3 подряд уже считаются «пробежкой» ЖТ!)

# ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ

- Почти всегда связана с серьезным поражением миокарда желудочков
- Может быть причиной остановки кровообращения сама по себе или через развитие ФЖ
- Остановка кровообращения лечится по общим правилам
- Прием антиаритмиков не должен прерываться в связи с операцией

# СИНДРОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА (СССУ)

- Результат идиопатического фиброза, ИБС, кардиомиопатии или миокардита
- Чаще проявляется синусовой брадикардией, рефрактерной к м-холинолитикам
- Возможны синоатриальная блокада, остановка синусового узла, пароксизмы мерцания/трепетания предсердий или даже тахикардии re-entry
- Диагноз нередко возможен только по холтеровскому мониторингу
- Требуется имплантация ЭКС, а нередко еще и антиаритмики
- У пациентов без стимулятора в результате действия анестетиков возможна тяжелая брадикардия или остановка синусового узла, нередко с исходом в тахиартмию
- Необходимо предусмотреть возможность ВЭКС, ЭИТ и – при тахиаритмиях – применения антиаритмиков

# НАРУШЕНИЯ ПРОВОДИМОСТИ (БЛОКАДЫ)

Стандартный алгоритм действий:

- Устранение причины, если она известна и управляема
- При СА- и АВ-блокадах – атропин до 0,04 мг/кг в/в
- При неэффективности или блоке ниже АВ-узла – изадрин 1–10 мкг/мин в/в
- При стабильном АД можно использовать эуфиллин до 6 мг/кг в/в
- При отсутствии эффекта – ВЭКС чрезкожная (болезненна в сознании!), чрезпищеводная (обычно неэффективна при полной АВ-блокаде!) или трансвенозная (оптимально – баллонный зонд-электрод!)

# АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ



- Критерии тяжести – интолерантность к нагрузке и синкопальные состояния
- Более точная оценка – по градиенту давления на клапане (ЭхоКГ):  $<40$  мм Hg – легкий,  $40-80$  мм Hg – умеренный,  $>80$  мм Hg – тяжелый; необходимо помнить, что с развитием недостаточности ЛЖ градиент падает!
- Сердечный выброс «фиксирован», резерв его резко ограничен
- Главные опасности – гипотензия и вазодилатация!
- При тяжелом АС необходимы инвазивный мониторинг АД, строгий контроль волемии (мониторинг ЦВД или ДЗЛА) и немедленное применение  $\alpha$ -миметиков при снижении ОПСС!

# АОРТАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ

- Критерии тяжести – диастолическая гипотензия, одышка и отек легких
- Более точная оценка требует ЭхоКГ
- Главная опасность – рост ОПСС, увеличивающий объем регургитации
- При тахикардии короткая диастола снижает объем регургитации, поэтому при отсутствии резкой ГЛЖ оптимальна ЧСС около  $90 \text{ мин}^{-1}$
- Регионарная анестезия обычно переносится хорошо
- Вазопрессоры использовать с осторожностью!

# КОМБИНИРОВАННЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ ПОРОК

- ЭхоКГ или катетеризация сердца для выявления ведущего порока
- Ввиду противоречивости требований, следует вести больного так, как если бы у него был только один доминирующий порок

# МИТРАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

- Требуется ЭхоКГ для уточнения степени тяжести: площадь отверстия  $>2 \text{ см}^2$  – легкая,  $1-2 \text{ см}^2$  – умеренная и  $<1 \text{ см}^2$  – тяжелая
- Сердечный выброс «фиксирован», резерв его резко ограничен
- Главная опасность – отек легких вследствие падения выброса ЛЖ
- Нет доказанных предпочтений в выборе методики, однако при «фиксированном» выбросе общая анестезия часто безопаснее регионарного блока
- Не допускать тахикардии (короткой диастолы) – оптимален эсмолол, при пароксизме мерцания показана кардиоверсия
- Польза отрицательного хронотропного эффекта перевешивает вред отрицательного инотропного
- Не допускать гиперволемии
- Показан инвазивный мониторинг; ЦВД плохо отражает преднагрузку ЛЖ
- Возобновление приема антикоагулянтов после операции как можно скорее



# МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ

- ЭхоКГ полезна для оценки степени регургитации
- Фракция выброса завышает истинную производительность ЛЖ
- Выбор методики не играет существенной роли
- Колебания ОПСС переносятся лучше, чем при стенозе
- Гиперволемиа нежелательна, но не столь опасна, как при стенозе

# ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ (ДКМП)

- Чаще обусловлена ИБС, реже – миокардиодистрофией
- НК, требующая ингибиторов АПФ и диуретиков
- Фибрилляция предсердий, желудочковая тахикардия
- Тромбоэмболии по большому кругу

# ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ (ГКМП)

- Врожденное заболевание
- Обструкция путей оттока ЛЖ
- Эффективны (–)-инотропы –  $\beta$ -блокаторы и верапамил
- Избегать тахикардии, вазодилатации и особенно гиповолемии!

# РЕСТРИКТИВНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ (РКМП)

- Наиболее редка, вызывается обычно амилоидозом
- Рефрактерная НК, иногда отвечает на диуретики
- Фиксированный сердечный выброс
- Стойкая тахикардия, низкая толерантность к брадикардии

# ПОСТОЯННЫЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОР

- Монополярная электрохирургия (нож, коагулятор) исключается!
- Можно использовать биполярную коагуляцию
- В крайних ситуациях можно магнитом перевести ЭКС в режим VOO
- Если планируется электрохирургическое воздействие, имплантируемый дефибриллятор (он обозначается 000MS) должен быть отключен до операции и включен немедленно после нее

# ИМПЛАНТИРОВАННЫЕ ПРОТЕЗЫ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

- Оценка функции протеза требует ЭхоКГ
- Обычно необходима антибиотикопрофилактика эндокардита (см.)
- Биологические протезы обычно не требуют антикоагулянтов
- При отмене непрямых антикоагулянтов (НА) риск тромбоэмболических осложнений для механического протеза невелик
- Если операция требует исключить даже минимальный риск геморрагии (нейрохирургия), варфарин может быть отменен за 7 суток, в других случаях – за 4 суток до вмешательства
- При снижении МНО ниже 2 следует использовать гепарин, введение которого прекращают за 3 ч до операции
- Возобновить введение гепарина после операции следует, как только это будет безопасно

# ПЕРЕСАЖЕННОЕ СЕРДЦЕ ИЛИ СЕРДЦЕ И ЛЕГКИЕ

- Главная особенность – денервация сердца
- Относительная тахикардия, замедленный ответ МОК
- Механизм Франка-Старлинга сохранен
- Исключить гиповолемию и гиперволемию (отек легких!)
- Исключить резкую вазодилатацию
- «Работают» только адренергические препараты прямого действия
- Пересадка легких: кашель несостоятелен
- Анастомоз трахеи: не интубировать без необходимости
- Контроль положения трубки и давления в манжетке
- Синусовая брадикардия и АВ-блокада – ранние признаки отторжения сердца
- Легкие отторгаются чаще

# АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ЭНДОКАРДИТА

## ПОКАЗАНИЯ:

- пороки клапанов сердца
- протезы клапанов сердца
- дефекты перегородок (ДМПП и ДМЖП)
- открытый артериальный проток
- инфекционный эндокардит в анамнезе

## ОБЫЧНО НЕ ПОКАЗАНА:

при катетеризации сердца, родах, кесаревом сечении, абразии, катетеризации неинфицированного пузыря



# АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ЭНДОКАРДИТА

## МЕТОДИКА:

- Амоксициллин 1 г в/в при индукции, затем 500 мг per os через 6 часов или
- Амоксициллин 3 г per os за 4 часа до индукции, затем 3 г per os как можно быстрее после операции
- При эндокардите в анамнезе или протезе клапана – добавить гентамицин 120 мг в/в при индукции
- При аллергии на пенициллины – вместо амоксициллина использовать ванкомицин 1 г в/в капельно в течение 100 мин + гентамицин

**«Выдерживание  
оптимальных целевых  
параметров  
вегетативных  
функций *важнее,*  
чем выбор  
техники  
анестезии...»**



**Robert K. Stoelting,  
Stephen F. Dierdorf**