

Оглавление.

Введение.

Определение, факторы риска и классификация ИБС.

Предоперационная оценка пациента.

Предоперационная подготовка.

Интраоперационный период.

Ранний послеоперационный период.

Ключевые рекомендации.

Список литературы.

1. Введение.

В современной медицине наблюдается явная тенденция старения контингента больных, что сочетается с большей частотой сопутствующих заболеваний, чаще всего – кардиологических. Сердечно-сосудистые заболевания продолжают лидировать, как причина смерти, во всем мире. Ежегодно около 100 млн. взрослого населения подвергаются хирургическим операциям некардиологического профиля, при этом у 500900 тыс. человек в периоперационном периоде развиваются сердечно-сосудистые осложнения. Установлено, что необходимость в хирургическом лечении у пожилых возникает в четыре раза чаще, чем в среднем по популяции. Хотя летальность от заболеваний сердца в целом снижается, частота ишемической болезни сердца (ИБС), сердечной недостаточности, и других факторов риска осложнений, особенно сахарного диабета, возрастает [38]. Частота развития периоперационных сердечно-сосудистых осложнений при внесердечных хирургических вмешательствах у больных без ИБС составляет менее 1%, в то время как у 20-40% пациентов с ИБС развивается периоперационная ишемия миокарда. Свыше 50% случаев развития инфаркта миокарда (ИМ) может быть не распознано, если ориентироваться только на клинические признаки и симптомы. С периоперационным ИМ связано 30-50% периоперационной летальности и снижение выживаемости пациентов в отдаленной перспективе. Уменьшение кардиологических осложнений в периоперационном периоде может потенциально уменьшить заболеваемость, смертность и продолжительность госпитализации, а также стоимость лечения. Снижение периоперационных кардиологических осложнений у пациентов с ИБС основано на трёх принципах:

1. дооперационная идентификация пациентов высокого риска.
2. диагностика периоперационной ишемии миокарда для последующего проведения неотложных мероприятий.
3. профилактическое использование анестезиологических и антиишемических мероприятий по уменьшению распространённости и тяжести периоперационной ишемии миокарда и улучшению ближайших и отдаленных исходов лечения.

2. Определение, факторы риска и классификация ИБС.

Ишемическая болезнь сердца – это патологический процесс, складывающийся из: - атеросклеротического поражения коронарных артерий и /или - нарушения баланса между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой. Эти два механизма особенно важны при возникновении и оценке периоперационной ишемии миокарда. Ишемическая болезнь сердца наблюдается у 30% плановых больных. Риск развития ИБС увеличивается с возрастом, но при сочетании неблагоприятных факторов риск повышается даже в молодом возрасте.

Факторы риска развития ИБС :

- мужской пол;
- старение
- процесс, который сложно охарактеризовать точно;
- гиперхолестеринемия;
- артериальная гипертензия;
- курение; - сахарный диабет;
- ожирение;
- малоподвижный образ жизни (гиподинамия, гипокinezия);
- генетические факторы/семейный анамнез.

Любое хирургическое вмешательство обуславливает стресс-реакцию. Повреждение тканей высвобождает нейроэндокринные факторы, происходят изменения жидкостных секторов организма, гемостатического потенциала. В результате возникают тахикардия, гипертензия, повышение потребления миокарда кислородом, повышается риск тромбообразования.

Классификация ишемической болезни сердца по международной классификации болезней (МКБ, 10-й пересмотр)

1. Внезапная коронарная смерть (МКБ-Х — 146.1).
2. Стенокардия (МКБ-Х — 120.0): стабильная стенокардия напряжения (I, II, III, IV функциональный класс — ФК); к III, IV ФК относят и стенокардию покоя (малых напряжений); вазоспастическая стенокардия (спонтанная, Принцметала); нестабильная стенокардия (выявленная впервые до 28 суток; прогрессирующая; ранняя постинфарктная).
3. Острый инфаркт миокарда (ОИМ; МКБ-Х — 121.0) с указанием даты возникновения, локализации, осложнений: при наличии зубца Q (трансмуральный); без зубца Q (мелкоочаговый), субэндокардиальный; неопределенный, рецидивирующий (от 3 до 28 сут.); повторный (после 28 сут.); острая коронарная недостаточность.
4. Кардиосклероз (с указанием стадии СН и вида аритмии): очаговый (МКБ-Х — 125.2) (постинфарктный; не обусловленный ИМ); диффузный (МКБ-Х — 125.0).
5. Безболевая форма ИБС (МКБ-Х — 125.6)

3.Предоперационная оценка пациента

Предоперационное обследование В задачи предоперационного обследования входит определение текущего состояния функции сердечно-сосудистой системы, степень компенсации расстройств, оценка функциональных резервов. В последние десятилетия для объективизации риска кардиальных осложнений при внесердечных операциях активно используют разные прогностические индексы: Goldman, Detsky, Lee, RCRI и другие. Объем и длительность планируемого оперативного вмешательства также играют роль в повышении риска кардиальных осложнений. Инструментальное обследование должно включать нагрузочные пробы, так как стандартное обследование может не выявить функциональной дисфункции, особенно у пожилых. Латентная ишемия миокарда, как правило, протекает без клиники стенокардии. Около 75% эпизодов ишемии у пациентов с симптоматической ИБС не связаны со стенокардией. До 10-15% острых эпизодов инфаркта миокарда протекают латентно.

Методы обследования для больных с ИБС

- А) Пробы с физической нагрузкой (тредмил-тест, велоэргометрия).
- Б) Эхокардиография при использовании добутаминовой нагрузки.
- В) Дооперационный Холтеровский мониторинг.
- Г) Коронарная ангиография.

Индексы риска кардиальных осложнений Факторы риска развития кардиальных осложнений при выполнении операций среднего/высокого кардиального риска: - перенесенный ИМ давностью более 30 суток; - компенсированная ХСН; - сахарный диабет, требующий инсулинотерапии; - ХПН (креатинин плазмы крови более 177 мкмоль/л и/или клиренс креатинина менее 60 мл/мин); - перенесенный ишемический инсульт или ТИА. Стратегия стратификации риска (для стабильных пациентов) Для определения сердечно-сосудистого риска в периоперационном периоде широко используют два типа индексов, основанных на клинической оценке состояния пациентов. Первый тип клинических индексов (генерические) определяют риск на 7 основании подсчета общего количества факторов риска (индексы Lee, Goldman, Larsen и Gilbert). Второй тип индексов основан на теореме Байеса и определяет риск в зависимости от априорной вероятности (частота развития сердечно-сосудистых осложнений в данном лечебном учреждении при данном виде хирургического лечения) и индивидуальных факторов риска пациента (индексы Kumar и Detsky). Для объективизации сердечно-сосудистого риска следует оценить пациента по одному из индексов, наиболее соответствующему состоянию пациента и диагностическим возможностям на момент оценки (например, Detsky, Goldman, Lee) [8]. Индексы определения риска приведены ниже.

Наибольшее признание в мировой практике получила шкала Lee et al. Однако следует отметить, что индекс Lee был разработан и апробирован на контингенте исключительно плановых хирургических больных, причем большинство операций составляли малотравматичные вмешательства. По этой причине шкала Lee малоэффективна в подгруппах с заведомо высоким риском кардиальных осложнений, таких как пожилые больные, которым выполняют обширные абдоминальные операции. Мы рекомендуем использование шкалы Lee для скрининговой оценки кардиального риска в общехирургической практике. При необходимости уточнения вероятности кардиальных осложнений у больных из группы риска представляется обоснованным использовать более детальные индексы Goldman и Detsky. Последняя шкала особенно эффективна в количественной, в процентах, оценке кардиального риска. Существенным ограничением индексов Lee, Goldman, Detsky и других шкал является обобщенность прогноза: они позволяют оценить вероятность кардиальных осложнений, но не позволяют предсказать их вид и выявить возможные механизмы. В то же время, очевидно, что для профилактики декомпенсации коронарной и сердечной недостаточности могут потребоваться совершенно различные меры. С целью отдельной оценки риска этих осложнений возможно рекомендовать следующий подход. ⁸ При оценке риска коронарогенных осложнений, возникающих на фоне коронарной недостаточности (вследствие наличия исходных стенозов коронарных артерий), учитывают функциональный класс стенокардии напряжения, наличие инфаркта миокарда в анамнезе, а также данные стресс-эхокардиографии. ⁸ Затруднительным является прогнозирование периоперационных инфарктов миокарда вследствие разрыва атеросклеротической бляшки, поскольку такого рода осложнения могут возникать у больных без исходных признаков ишемической болезни сердца. При оценке риска кардиальных осложнений в данной группе рекомендуется учитывать наличие факторов риска и маркеров системного атеросклероза. Наличие 5 и более из них свидетельствует о высоком кардиальном риске. ⁸ Существенное значение в оценке риска декомпенсации сердечной недостаточности имеет предоперационный уровень NT-proBNP в сыворотке крови. Повышение этого маркера даже при отсутствии клинических признаков субкомпенсации сердечной недостаточности является маркером высокого кардиального риска.

Интерпретация результатов при оценке сердечно-сосудистого риска по индексу Lee предполагает стратификацию пациентов на категории очень низкого, низкого, промежуточного и высокого риска; с повышением числа факторов риска частота развития периоперационных кардиальных осложнений возрастает при разных типах операций. Следует отметить, что при оценке риска по шкале Lee исключают пациентов с нестабильной стенокардией, недавно перенесенным инфарктом миокарда и стенокардией выше III функционального класса (CCS). Для повышения качества прогноза лучше использовать несколько индексов одновременно. Если у пациента в анамнезе – перенесенный инфаркт миокарда, то перед проведением планового внесердечного оперативного вмешательства определяют риск развития кардиальных осложнений. Критические состояния, требующие повышенного внимания, приведены в таблице 11. Чем меньше времени прошло от перенесенного ИМ, тем выше риск периоперационного реинфаркта [33, 37, 40]; рекомендуется отсрочить вмешательство на срок не менее 6 недель.

Оценка функциональных резервов пациента. Одной из важных составляющих с точки зрения оценки тяжести ишемической болезни сердца является определение функциональных резервов пациента. Риск повышается у пациентов, которые при нагрузке не способны достичь мощности четырех метаболических эквивалентов (MET). 1 MET = потребление кислорода в покое у 40-летнего мужчины весом 70 кг \approx 3,5 мл/кг. Функциональные резервы клинически можно определить, используя таблицу 12 (учитывается максимальное значение активности пациента). Функциональные резервы можно оценить как

- Прекрасные – более 10 MET
- Хорошие – 7-10 MET
- Удовлетворительные – 4-7 MET
- Плохие – менее 4 MET

Пациенты классифицируются как пациенты высокого риска вследствие возраста или наличия кардиологического заболевания. Пациенты без клинических проявлений, которые способны пробегать ежедневно по 30 минут, могут не нуждаться в дальнейшем обследовании. Напротив, малоподвижным пациентам без кардиологического заболевания в анамнезе, но с клиническими факторами, подтверждающими увеличение периперационного риска, может быть полезно более интенсивное дооперационное обследование.

В случае их отсутствия обследование можно завершить и начать периперационное лечение. При выявлении критериев высокого риска значительно повышается вероятность периперационного инфаркта миокарда. В связи с этим решение о проведении хирургического вмешательства должно приниматься индивидуально с учетом соотношения потенциальной пользы и риска оперативного лечения. В этой ситуации необходимо рассмотреть вопрос о целесообразности выполнения коронарографии и реваскуляризации миокарда перед операцией. В то же время, согласно результатам ряда последних исследований, предварительная реваскуляризация миокарда перед внесердечным оперативным вмешательством не снижает риск неблагоприятных сердечнососудистых событий, в связи с чем ее проведение рекомендуется только тем пациентам, которым она показана независимо от предполагаемой операции. При этом, риск периперационных осложнений реваскуляризации миокарда, рассчитанный по шкале EuroSCORE не должен превышать риск кардиальных осложнений предполагаемого внесердечного хирургического вмешательства.

Выбор метода реваскуляризации (чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) или коронарное шунтирование) осуществляется согласно существующим рекомендациям по коронарной реваскуляризации. В случае выбора ЧКВ необходимо принимать во внимание, что пациент будет должен длительное время получать антитромбоцитарную терапию. Если некардиальную операцию нельзя отложить более, чем на 12 месяцев, предпочтительна имплантация голометаллических стентов, так как в этом случае продолжительность двойной антитромбоцитарной терапии составляет минимально 1 месяц. Оценка оперативного вмешательства Оценка хирургического риска при проведении некардиологического оперативного вмешательства связана с двумя важными факторами. Во-первых, тип вмешательства (таблица 17) может указать пациентов с повышенным риском развития периперационной кардиологической патологии (вплоть до летального исхода). Так, при сосудистой операции наличие кардиологического заболевания является важным фактором для пациента. Если пациенту проводится сосудистая операция, необходимо тщательно выполнить необходимые обследования, если это может повлиять на тактику лечения. Другие типы вмешательств могут быть связаны с меньшим риском, чем сосудистые операции. При неинвазивной хирургии, где периперационная заболеваемость связана с операцией в 1-5% случаев (оперативное вмешательство среднего риска), сокращение количества исследований определило наилучшую стратегию (выполнение запланированного оперативного вмешательства под контролем ЧСС с помощью β блокаторов и дальнейшим обследованием сердечно-сосудистой системы, если это изменит лечение). Тем не менее, при подготовке к лапароскопическим манипуляциям рекомендуется такой же объем скрининга, как и для полостных операций.

Пошаговая оценка пациента с ишемической болезнью сердца при необходимости некардиальной операции В urgentных ситуациях у анестезиолога может не оказаться времени на полномасштабное дообследование пациента, в таких случаях необходимо проводить максимально достаточный мониторинг состояния пациента и корректировать

лечение по клинической ситуации. В плановой же хирургии следует предпринять ряд шагов по уменьшению риска развития кардиальных осложнений. Ниже представлены 2 алгоритма оценки ССС при внесердечных операциях – упрощенный и расширенный. Расширенный алгоритм пошаговой оценки состоит из 8 шагов .

1. Определение экстренности операции и нестабильности состояния ССС
2. При плановой операции: коронарная реваскуляризация в последние 5 лет
3. Недавняя оценка функции коронарных сосудов
4. Стратификация коронарного риска и решение дальнейшей лечебной тактики - Высокий риск – отмена операции и дообследование - Средний и низкий риск – дифференциальная оценка:
6. Учет функциональных резервов при среднем риске
7. Учет функциональных резервов при низком риске
8. Неинвазивная и инвазивная оценка и решение вопроса об операции

4. Предоперационная подготовка.

После определения факторов риска пациента основными путями подготовки к некардиальному оперативному вмешательству являются:

1. Реваскуляризация хирургическим путем / установка стента
2. Оптимизация медикаментозной терапии Оптимизация медикаментозной терапии Исследования последних лет, в том числе ряд мета-анализов, показали, что наиболее эффективными препаратами, позволяющими улучшить послеоперационные исходы, являются β -адреноблокаторы и статины.

Эффективность дозы определяется поддержанием ЧСС в покое на уровне 50-60 ударов в минуту; при нагрузке ожидаемое увеличение ЧСС – на 10-20%. Терапия должна быть продолжена в течение периоперативного периода. Атропин (гликопирролат – не зарегистрирован в РФ) предотвращает чрезмерный отрицательный хронотропный эффект β -блокаторов в течение периоперативного периода.

Статины По данным мета-анализа 12 ретроспективных и 3 проспективных исследований было доказано, что статины снижают смертность при проведении внесердечных вмешательств на 29% и сосудистых – на 59%, причем это, в первую очередь, касается операций высокого риска . Внезапная отмена статинов может привести к неблагоприятным сосудистым событиям, в том числе к инфаркту миокарда.

Рекомендованы препараты длительного действия – розувастатин, аторвастатин, флувастатин. Терапию статинами (если она не была назначена раньше) необходимо начинать в сроки от 30 до 7 суток до операции и продолжать в послеоперационном периоде . Клинические рекомендации по применению статинов представлены в таблице 20. Таблица

Ингибиторы АПФ Рекомендуется продолжить прием ингибиторов АПФ при внесердечных операциях у стабильных пациентов с дисфункцией левого желудочка . Необходимо отказаться от приема ингибиторов АПФ в течение 24 часов перед операцией с существенным волевым расстройством или кровопотерей . Ивабрадин

Рекомендуется использовать у пациентов высокого коронарного риска, имеющих противопоказания к применению β -блокаторов или совместно с β -блокаторами при невозможности титрования их дозы. Доказано, что препарат снижает риск ишемии и периоперационного инфаркта миокарда. Антиагреганты При проведении первичной профилактики ацетилсалициловая кислота, а также другие антиагреганты (клопидогрель, тикагрелор) должны быть отменены за 5–7 дней до оперативного внесердечного вмешательства, так как их применение сопряжено с повышенным риском кровотечений. В то же время при проведении вторичной профилактики у больных ИБС прием антиагрегантов следует продолжить до начала оперативного вмешательства за исключением оперативных вмешательств в замкнутых

19 пространствах (интракраниальные, внутри спинномозгового канала, на заднем сегменте глаза и др.), когда также требуется отмена препаратов за 5-7 дней до

вмешательства. Прием ацетилсалициловой кислоты рекомендуется возобновить через 24 ч.

Нитраты Инфузия нитратов показана в случае выявленной ишемии миокарда при интраоперационном мониторинге ЭКГ. Антагонисты кальция Недигидропиридиновые антагонисты кальция могут быть использованы при наличии противопоказаний к применению β -блокаторов. Диуретики При артериальной гипертонии прием диуретиков рекомендуется отменять в день операции. Пациентам с ХСН может потребоваться введение диуретиков во время операции. Возобновить прием препаратов рекомендуется на следующий день. Необходим также контроль электролитов крови. Особенности периоперационного ведения пациентов с ангиопластикой и стентированием коронарных артерий в анамнезе.

В современном мире анестезиологам все чаще приходится встречаться с пациентами, перенесшими чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ). Согласно литературным данным, в течение первого года после ЧКВ около 5% пациентов оперируются по показаниям, не связанным с заболеваниями сердца.

АСС/АНА, ряд других обществ и ВНОК рекомендуют:

- а) избегать имплантации стентов с лекарственным покрытием, если пациент не сможет принимать сочетание ацетилсалициловой кислоты с клопидогрелем (или другим блокатором P2Y₁₂ рецепторов тромбоцитов) в течение 12 месяцев;
- б) проводить хирургическую реваскуляризацию, ангиопластику или использовать голометаллические стенты, если в течение 12 месяцев после ЧКВ планируется оперативное лечение;
- в) после проведенной баллонной ангиопластики без стентирования коронарных артерий внесердечное хирургическое вмешательство следует выполнять не ранее, чем через 2–4 недели, учитывая незавершенный процесс репарации сосуда;
- г) подробно информировать пациента о важности двойной антитромбоцитарной терапии ацетилсалициловой кислотой и блокатором рецептора P2Y₁₂ тромбоцитов;
- д) перед принятием решения отменить антитромбоцитарные препараты обсудить этот вопрос с кардиологом;
- е) минимальная длительность терапии сочетанием ацетилсалициловой кислоты с клопидогрелем (или другим блокатором P2Y₁₂ рецепторов тромбоцитов) после имплантации голометаллического стента составляет 1 месяц или 6-12 месяцев после имплантации стента с лекарственным покрытием;
- ж) после отмены клопидогреля (или другого блокатора P2Y₁₂ рецепторов тромбоцитов) до момента вмешательства пациент должен принимать ацетилсалициловую кислоту;
- з) после выполнения хирургического вмешательства терапия клопидогрелем (или другим блокатором P2Y₁₂ рецепторов тромбоцитов) должна быть возобновлена как можно раньше;
- и) в обязательном порядке следует указывать тип стента в выписке из стационара, где было проведено ЧКВ;
- к) стоимость лекарственной терапии не должна оказывать влияние на ее длительность.

Необходимо отметить, что, с одной стороны, само по себе хирургическое вмешательство повышает риск развития тромбоза стента и инфаркта миокарда, так как неизбежно связано с периоперационным стрессом, активацией симпатоадреналовой системы и гиперкоагуляцией в ответ на повреждение тканей. Однако самой важной причиной тромбоза стента является преждевременное прекращение двойной антитромбоцитарной терапии. В фазу эндотелизации коронарного стента средний риск периоперационного инфаркта, связанного с тромбозом стента, составляет 35%, смерти – 30 – 40%, т.е. периоперационная смертность возрастает в 5-10 раз. Таким образом, рекомендовано отложить плановое оперативное вмешательство до отмены двойной антитромбоцитарной терапии. Если на фоне двойной антитромбоцитарной терапии необходимо выполнить

вмешательство закрытого типа (интракраниальные, внутри спинномозгового канала, на заднем сегменте глаза и другие) или операцию с высоким риском кровотечения, рекомендуется прекратить прием клопидогреля (или другого блокатора P2Y12 рецепторов тромбоцитов) за 5-7 дней до вмешательства при сохранении терапии ацетилсалициловой кислотой. Экстренные вмешательства должны проводиться на фоне полноценной антитромбоцитарной терапии, несмотря на повышенный риск развития кровотечений. При принятии решения об отмене или продолжении антитромбоцитарной терапии необходимо также учитывать дополнительные факторы риска тромбоза стента: [⊗] бифуркационный стент; [⊗] стент в устье коронарной артерии (остиаальный); [⊗] стент малого диаметра (менее 3 мм); [⊗] множественные стенты; [⊗] накладываемые стенты; [⊗] субоптимальный результат стентирования (кровоток ТИМІ ІІІ; остаточные стенозы); [⊗] имплантация стента в экстренном порядке; [⊗] сахарный диабет; [⊗] почечная недостаточность; [⊗] пожилой возраст (старше 70 лет); [⊗] низкая фракция выброса левого желудочка (менее 35%).

Особенности периоперационного ведения пациентов с операцией коронарного шунтирования в анамнезе

Пациенты, перенесшие операцию коронарного шунтирования (КШ) в сроки менее 6 недель назад, относятся к группе высокого риска. Плановые хирургические вмешательства должны быть отложены. Если с момента выполнения КШ прошло от 6 недель до 3 месяцев, пациенты относятся к группе среднего риска и тактика их ведения не отличается от тактики ведения больных с ИБС. Если после операции КШ прошло более 3 месяцев, но менее 6 лет и у пациента нет клинических проявлений стенокардии и необходимости приема антиангинальных препаратов, то периоперационный риск развития кардиальных осложнений при выполнении внесердечных хирургических вмешательств не отличается от риска осложнений у больных без ИБС. Премедикация Важной задачей премедикации у пациентов с ИБС является профилактика симпатической активации и устранение коронарной вазоконстрикции. Для подготовки пациента перед подачей в операционную можно применять бензодиазепины и опиоиды: - мидазолам 2,5–5 мг в/м за 0,5 часа до подачи в операционную (с осторожностью использовать у пожилых пациентов, т.к. препарат, как и все бензодиазепины, способен провоцировать возникновение послеоперационного делирия. Препараты диазепам применять не рекомендуется. - морфин 0,1 мг/кг в/м за 0,5 ч до подачи в операционную или фентанил – 0,5-1 мкг/кг, в/в вводимый анестезиологом по требованию после установки в/в катетера. При наличии язвенной болезни и рефлюкса следует назначить антациды и антисекреторные препараты. При закрытоугольной глаукоме применяют холиномиметики; использование системных антихолинергических препаратов не является противопоказанием при глаукоме, если продолжено основное лечение заболевания. При сахарном диабете обязательны контроль и поддержание уровня глюкозы крови в пределах 5,6-14,0 ммоль/л.

Интраоперационный период. Ключевая задача анестезиолога в периоперационном периоде – поддержание в миокарде баланса между потребностью в кислороде и его доставкой. Этого можно добиться двумя путями: во-первых, избегать увеличения ЧСС, значительного повышения конечно-диастолического давления в левом желудочке, во-вторых, поддерживать оптимальное АД, гемоглобин выше 90 г/л, Ht ≥ 0,32, PaO2 выше 60 мм рт. ст., нормотермию. Ряд интраоперационных событий могут ухудшить этот баланс. Интраоперационный инфаркт миокарда, в соответствие с третьим универсальным определением [43], выявляется при повышении концентрации кардиомаркера [предпочтительно кардиального тропонина (сTn)], по крайней мере, на одно значение выше верхнего референсного значения. В дополнение к значению кардиального тропонина, должен быть, по крайней мере, один из пяти признаков, подтверждающих диагноз ИМ:

1. симптомы ишемии;

2. новое (или предположительно новое) значительное изменение сегмента ST и зубца T, или блокада левой ножки пучка Гиса;
3. появление патологического зубца Q;
4. дополнительная утрата жизнеспособного миокарда или региональное нарушение подвижности миокарда, доказанные путем визуализации (ЭХО-КГ, сцинтиграфия);
5. обнаружение внутрикоронарного тромба при ангиографии или при аутопсии.

Перечисленные показатели следует оценивать при диагностике интраоперационного ИМ у пациентов с некардиальными операциями, тем не менее, четких критериев его диагностики пока не предложено.

Интраоперационный мониторинг Выбор объема мониторинга должен определяться анестезиологической бригадой для обеспечения гладкого течения периоперационного периода. Кроме того, рекомендуется начать мониторинг до индукции анестезии, чтобы иметь представление о пре-, интра- и постоперационной функции сердечно-сосудистой системы. Перечень рекомендуемого интраоперационного мониторинга у пациентов с ИБС - ЭКГ - Пульсоксиметрия - Измерение температуры тела - Измерение диуреза - Лабораторные исследования - Определение артериального давления: неинвазивное - Измерение центрального венозного давления - Капнография : В рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи рекомендовано: [⊗] Инвазивное измерение АД особенно показано при исходной нестабильности гемодинамики. Непрерывная регистрация АД обеспечивает ценные данные о сердечной сократимости, сердечном выбросе, системном сопротивлении сосудов, показывает гемодинамические нарушения при аритмиях, электрической стимуляции, искусственной вентиляции легких, хирургических манипуляциях и других вмешательствах, позволяет непосредственно в режиме реального времени отслеживать колебания давления. Кроме того, наличие сосудистого доступа обеспечивает удобный забор крови для лабораторных исследований. Необходим контроль ошибок измерения – калибровка нуля, дрейф, артефакты и т.д. [⊗] Мониторинг показателей центральной гемодинамики – определение сердечного выброса неинвазивными методами (импедансметрией) и инвазивными методами - с помощью интракардиальной термодилуции с установкой катетера Сван-Ганца, анализа формы пульсовой волны, методами транспульмональной термодилуции, ультразвуковой дилуции [⊗] Чреспищеводная или трансторакальная эхокардиография.

Электрокардиограмма является важнейшим способом контроля состояния миокарда у пациентов с ИБС. Желателен мониторинг сегмента ST. Изменения на ЭКГ должны всегда фиксироваться на распечатанной бумажной копии. При высоком риске оперативного вмешательства у больных с риском ИБС целесообразнее применять инвазивные методы измерения АД, хотя при малых операциях можно пользоваться неинвазивными методами измерения АД.

Индукция и поддержание анестезии Необходимо учитывать, что рутинная практика предоперационного голодания и ограничения приема жидкости могут привести к относительной гиповолемии и способствовать развитию выраженной гипотензии на этапе индукции анестезии. У больных с сопутствующей кардиальной патологией особенно важно не допускать развития интраоперационной гипотермии, так как на этапе выхода из анестезии возможно развитие мышечной дрожи, повышения потребления кислорода и развития ишемии миокарда. Ингаляционные анестетики Преимущества современных летучих ингаляционных анестетиков – быстрое выключение сознания, мышечная релаксация, быстрое восстановление дыхательной функции, дозозависимое уменьшение работы желудочков и потребления кислорода. Недостатки – ограниченная способность подавления рефлексов на хирургическую стимуляцию (при моноанестезии), чрезмерная сердечно-сосудистая депрессия (в дозах более 1,5-2,0 МАК для некоторых анестетиков), неадекватная аналгезия при выходе из анестезии, увеличение потребления кислорода вследствие тепловых потерь, увеличенная периферическая вазодилатация. Влияние ингаляционных анестетиков на сократимость миокарда – отрицательное, усиливается при

гипокальциемии, использовании антагонистов кальциевых каналов, β блокаторов. Отрицательное инотропное действие уменьшается в эволюционном ряду [галотан = энфлюран > изофлюран > десфлюран = севофлюран]. Выбор ингаляционных анестетиков: изофлюран – постепенно уступает свои позиции сево- и десфлюрану; при ИБС предпочтителен выбор севофлюрана. Есть данные об успешном использовании ксенона в составе комбинированного эндотрахеального наркоза. К преимуществам ксеноновой анестезии относится отсутствие отрицательного инотропного влияния на миокард, а также наличие антигипоксических и кардиопротекторных свойств данного анестетика. Внутривенные анестетики Гипнотики и транквилизаторы широко применяются у больных с ИБС с учетом особенностей их действия. Мидазолам обладает минимальным депрессивным эффектом на сократимость миокарда. Пропрофол обуславливает вазодилатацию и умеренное отрицательное инотропное действие, в то же время отличаясь быстрым восстановлением сознания. Тиопентал похож на пропрофол, но имеет более длительное время восстановления. Этомидат обладает наименьшими гемодинамическими изменениями среди седативных препаратов. Кетамин не рекомендуется в кардиоанестезиологии и в общей хирургии у пациентов с низкой фракцией изгнания левого желудочка (менее 0,35). Основное показание для введения кетамина – острая выраженная кровопотеря, гиповолемия, тампонада сердца.

Опиоиды Применение высоких доз наркотических анальгетиков не продемонстрировало различий в летальности и выживаемости по сравнению с использованием ингаляционной анестезии, но при высоких дозах опиоидов требуется длительная послеоперационная вентиляция вследствие депрессии дыхания. **Интубация** При проведении прямой ларингоскопии и интубации существует высокая опасность изменений гемодинамики в виде рефлекторных тахикардии и гипертензии. Поэтому предпочтительна короткая продолжительность прямой ларингоскопии (<15 с). При трудной интубации или гипертензии – минимизация прессорного ответа (лидокаин – спрей или в/в, эсмолол или фентанил). Миорелаксанты Рокуроний, векуроний, пипекуроний, цис-атракурий – средства выбора для гемодинамически нестабильного пациента с ограниченными сердечно-сосудистыми резервами. **Регионарная анестезия** Регионарная анестезия является методом выбора для различных типов некардиальных операций у больных с кардиологическими заболеваниями, особенно при операциях на грудной или брюшной полости. Однако высокая торакальная анестезия с десимпатизацией сердца не рекомендуется из-за высокого риска системной гипоперфузии и неизбежного применения катехоламинов. Сочетание регионарной и общей анестезии обычно обеспечивает лучший послеоперационный исход лечения, уменьшение общего количества анестетиков, хорошее послеоперационное обезболивание, уменьшение кардиологических осложнений. Уменьшается частота гиперкоагуляционных состояний. При регионарной анестезии предпочтительно поддержание ЧСС не менее 80 мин⁻¹.

Интраоперационное лечение ишемии миокарда должно быть начато при изменении сегмента ST на 1 мм на ЭКГ. Более чувствительными, однако менее доступными мониторными критериями ишемии миокарда являются рост давления заклинивания легочной артерии и снижение смешанной венозной сатурации по данным катетеризации легочной артерии и появление локальных аномалий движения стенки сердца по данным чреспищеводной эхокардиографии. Медикаментозная терапия направлена на коррекцию изменений ЧСС или АД. Увеличение ЧСС можно предотвратить β -блокаторами (эсмолол). Нитроглицерин – препарат выбора при ишемии на фоне нормального или умеренно повышенного АД. При гипотонии применяются вазопрессоры и инфузионная терапия. **Электрические взаимодействия с имплантированными водителями ритма** При выполнении хирургических вмешательств, особенно торакальных и абдоминальных, возможно интенсивное применение электрокоагуляции. Хирургической бригаде следует рекомендовать применять биполярную коагуляцию, поскольку высокочастотные импульсы монополярного коагулятора могут быть расценены кардиостимулятором как

исходящие из предсердий, что приведет к неконтролируемой желудочковой тахикардии. В случае, если подобная ситуация возникнет во время операции, следует с помощью постоянного магнита (например, репродуктора) принудительно перевести стимулятор в асинхронный режим. Пациенты, зависимые от имплантированного пейсмекера, должны проверить состояние устройства не более чем за 3–6 месяцев до операции, а также после нее. При планируемом применении монополярной электрокоагуляции перед операцией пейсмекер должен быть перепрограммирован в асинхронный режим. В имплантированном кардиовертере/дефибрилляторе должен быть отключен до операции и включен сразу после нее алгоритм лечения тахикардии (для исключения ложного срабатывания). Кроме того, необходимо отключить функцию частотной адаптации, повысить чувствительность, амплитуду (до заводских установок), увеличить длительность импульса (до 1,0 мс). Восстановление режима работы устройства производится перед переводом пациента в отделение реанимации. В случаях экстренной наружной кардиоверсии необходимо расположить электроды как можно дальше от пейсмекера и перпендикулярно оси его электродов, т.е. лучше использовать передне-заднее расположение электродов дефибриллятора. Радиотерапия, чрескожная электрическая стимуляция нервов, спинного мозга, проведение пластических процедур также могут вызвать нарушение работы искусственных водителей ритма. Все эти процедуры должны выполняться с прерывистым режимом, с минимальной мощностью, в биполярном режиме и при постоянном мониторинге ЭКГ. Трансуретральная резекция предстательной железы, гастро- и колоноскопия, бронхоскопия, электромиелография, литотрипсия, ионофорез, фотодинамическая терапия, дентальные процедуры, как правило, не влияют на работу перечисленных устройств. Однако при проведении литотрипсии расстояние от фокуса направленного луча аппарата до корпуса устройства должно быть не менее 15 см.

Ранний послеоперационный период

Ранний послеоперационный период, как правило, сопровождается болью, тахикардией, артериальной гипертензией, изменениями внутри- и внесосудистых объемов, гиперкоагуляцией. Бессимптомное течение послеоперационной ишемии миокарда возможно за счёт маскировки хирургической болью или на фоне адекватного использования опиоидов. Послеоперационная ишемия миокарда является частой проблемой. Послеоперационная депрессия сегмента ST длительностью более 2 часов – лучший индикатор ишемии миокарда. Существует зависимость между непрерывными эпизодами изменений сегмента ST в течение 30 минут и послеоперационными кардиологическими осложнениями. Всем пациентам с повышенным риском осложнений рекомендовано проводить мониторинг ЭКГ в течение 72 ч после операции. Причинами послеоперационной ишемии миокарда чаще являются тахикардия, гиперволемия и анемия. Тахикардия увеличивает потребность миокарда в кислороде (увеличивает работу миокарда) и уменьшает доставку кислорода к миокарду (сокращение диастолы). Гиперволемия увеличивает растяжение желудочков (увеличивает потребность в кислороде) и приводит к уменьшению кровотока в растянутом желудочке (увеличено конечно-диастолическое давление левого желудочка). Анемия уменьшает доставку кислорода, а также увеличивает ЧСС и СВ, что повышает потребление кислорода. Принципы ведения диагностированного интраоперационного инфаркта миокарда В большинстве случаев инфаркт миокарда в периоперационном периоде развивается в течение нескольких первых суток после операции, характеризуется смазанной клинической картиной и чаще всего представлен инфарктом миокарда без зубца Q, которому обычно предшествует депрессия сегмента ST. Диагностика инфаркта миокарда в периоперационном периоде сопряжена с определёнными трудностями и основана на формализованных диагностических критериях. Лечение интраоперационного инфаркта миокарда

1. Общие мероприятия: - обезболивание; - оксигенотерапия; - гемодинамический мониторинг

2. Реперфузионная терапия (коронарная ангиопластика, аорто-коронарное шунтирование)
3. Механическая поддержка миокарда: - внутриаортальная баллонная контрпульсация (ВАБК). Эффекты ВАБК заключаются в: - уменьшении частоты сердечных сокращений; - увеличении сердечного выброса; - снижении давления заклинивания легочной артерии; - снижении общего периферического сосудистого сопротивления; - улучшении тканевой перфузии. При проведении общехирургических операций у пациентов с исходной дисфункцией левого желудочка может быть рекомендовано превентивное использование ВАБК.

4. Медикаментозная терапия - Инотропные препараты (допамин и добутамин) и вазопрессоры (норадреналин) при кардиогенном шоке и гипотензии. - Периферические вазодилататоры при острой левожелудочковой недостаточности и САД выше 90 мм рт. ст. - Инфузионная терапия при гиповолемии и правожелудочковой недостаточности. - Сенситизатор кальциевых каналов - левосимендан. Показан при острой сердечной недостаточности на фоне инфаркта миокарда при САД в пределах 85 – 100 мм рт ст, в том числе на фоне ХСН

Рекомендации по ведению раннего послеоперационного периода Большинство неблагоприятных событий происходят в первые 48 часов после операции, но могут быть отдаленные эпизоды в течение первых 30 дней. Основные подходы к профилактике ишемии миокарда: - ингаляция O₂; - обезболивание; - продолжение инвазивного мониторинга; - регистрация ЭКГ в течение 72 часов; - β-адреноблокаторы уменьшают послеоперационные осложнения и увеличивают выживаемость пациентов (в настоящее время не доказано, однако, снижение частоты послеоперационного ИМ на фоне приема β-блокаторов); - продолжение гипотензивной терапии, при необходимости – использование короткодействующих препаратов.

КЛЮЧЕВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Наличие ишемической болезни сердца у пациентов, подвергающихся некардиальным хирургическим вмешательствам, увеличивает риск развития периоперационных сердечно-сосудистых осложнений. Основные клинические факторы риска наличия ранее недиагностированной ИБС – мужской пол, пожилой возраст, гипертензия, ожирение, дислипидемия, сахарный диабет.

2. Для количественной предоперационной оценки сердечно-сосудистого риска рекомендуется совместное применение различных индексов (Lee, Goldman, Eagle, Detsky и др.). Необходима оценка клинических критериев риска периоперационных кардиальных осложнений, в том числе оценка функциональных резервов пациента в метаболических единицах (MET). Также на исходы влияет объем операции, которые можно оценить по хирургическому риску (низкий, средний и высокий, в т.ч. все сосудистые операции), либо по категории риска

3. Выполнение 12-канальной ЭКГ в покое и ЭХО-КГ показано всем пациентам, имеющим факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, при планируемом хирургическом вмешательстве высокого или промежуточного риска, при нестабильном течении сердечно-сосудистого заболевания, а также пациентам, имеющим факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний при планируемом хирургическом вмешательстве низкого риска.

4. Недавно перенесенный пациентом инфаркт миокарда требует более тщательной оценки состояния и, возможно, отсрочки планового хирургического вмешательства на срок не менее 6 недель.

5. При экстренных хирургических вмешательствах, как правило, оценка и коррекция скомпрометированной сердечно-сосудистой функции проводится безотлагательно, в операционной. При плановых операциях решение о дополнительном обследовании, терапии и возможном переносе вмешательства для улучшения состояния пациента принимается согласно описанным алгоритмам пошаговой оценки.

6. Наиболее эффективными препаратами, позволяющими улучшить послеоперационные исходы, являются β -блокаторы и статины. Также периоперационная медикаментозная терапия у пациентов с ИБС может включать центральные α_2 -агонисты, блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы АПФ, антиагреганты, антикоагулянты.

7. Периоперационное применение β -блокаторов снижает летальность у пациентов с высоким кардиальным риском.

8. Применение антиагрегантов и непрямых антикоагулянтов должно быть прекращено заблаговременно перед плановой операцией с одновременным переходом на терапию прямыми антикоагулянтами по схеме.

9. Основными задачами интраоперационного периода у пациентов с ИБС является поддержание в миокарде баланса между доставкой и потреблением кислорода за счет предупреждения тахикардии, поддержания оптимального АД (в пределах $\hat{\sim}$ 20% от исходного), гемоглобина (выше 90 г/л), гематокрита ($\geq 0,32$), SvO₂ >65–70%, нормотермии. Интраоперационный контроль ЭКГ обязателен, желателен мониторинг сегмента ST в двух отведениях. Наличие искусственного водителя ритма сердца требует заблаговременного планирования тактики действий при необходимости применения хирургической электрокоагуляции или электроимпульсной терапии.

10. Интубация трахеи для минимизации прессорного ответа должна производиться быстро, возможно, на фоне местной анестезии, системного введения опиоидов, при необходимости β -блокаторов короткого действия (эсмолол). Применение современных ингаляционных анестетиков при ишемии позволяет уменьшить размер гипоксического повреждения. Широко применяется изофлюран, более предпочтительным является севофлюран, который в меньшей степени обладает отрицательным инотропным эффектом. Ксенон не вызывает депрессию гемодинамики. Севофлюран и ксенон обладают кардиопротекторным эффектом. Сочетание регионарной и общей анестезии при длительных и травматичных вмешательствах обеспечивает при ишемической болезни сердца лучшие исходы лечения и уменьшение частоты кардиальных осложнений.

11. Наиболее опасным осложнением послеоперационного периода у больных с ИБС является инфаркт миокарда, который может развиваться в течение нескольких суток после операции и нередко характеризуется смазанной клинической картиной. Диагностика инфаркта миокарда в периоперационном периоде основана на формализованных диагностических критериях и часто затруднена. Поэтому необходимо мониторирование ЭКГ в течение 72 ч: большинство неблагоприятных событий происходят в первые 48 часов после операции, но могут быть отдаленные эпизоды в течение первых 30 дней.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аронов Д.М., Лупанов В.П. Функциональные пробы в кардиологии. - Москва: МЕДпрессинформ, 2002. – 296 с.
2. Бураковский В.И. и др. Сердечно-сосудистая хирургия: руководство / В.И. Бураковский, Л.А. Бокерия и др. – М.: Медицина, 2000. –752 с.
3. Буров Н.Е. Представления о механизме анестезиологических и лечебных свойств ксенона. Анестезиология и реаниматология, 2011. - №2, с. 58 – 68
4. Кровообращение и анестезия / Под ред. К.М. Лебединского. – СПб.: Человек, 2012. – 1076 с.
5. Морган–мл. Дж.Э., Михаил М.С. Клиническая анестезиология: кн. 1–я. Пер. с англ. – М.; СПб.: Из-во БИНОМ, 2004. – 431 с.
6. Мороз В.В., Добрушина О.Р., Стрельникова Е.П., Корниенко А.Н., Зинина Е.П. Предикторы кардиальных осложнений операций на органах брюшной полости и малого таза у больных пожилого и старческого возраста // Общая реаниматология. — 2011. — Т.
7. Национальные рекомендации комитета экспертов Всероссийского научного общества кардиологов «Прогнозирование и профилактика кардиальных осложнений внесердечных хирургических вмешательств». – М., 2011 . – 28 с.
8. Периоперационное ведение больных с сопутствующими заболеваниями / Под ред. И.Б. Заболотских – М.: Практическая медицина, 2011. – 240 с.
9. Практическое руководство по анестезиологии (2-ое издание) / Под ред. Лихванцева В.В. – М., МИА, 2011. – 567 с.
10. Хенсли Ф.А. Практическая кардиоанестезиология: [Пер. с англ.] / Хенсли Ф.А.-мл., Мартин Д.Э., Грэвли Г.П. – 3-е изд. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 1104 с.