

# ЧЕСТОТА И ЕВОЛЮЦИЯ НА ПЕРИКАРДНИТЕ ИЗЛИВИ ПРИ ПАЦИЕНТИ СЛЕД СЪРДЕЧНА ОПЕРАЦИЯ В ПЕРИОДА НА РАННА КАРДИОЛОГИЧНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ

Д-р Елена Алексиева, д-р Александър Ценов, д-р Анжел Василев

Отделение по кардиологична рехабилитация, Баня

Национална кардиологична болница

Изхождайки от изключителната важност на ранния рехабилитационен период след сърдечна операция за оптимално бързото възстановяване на физическия капацитет на оперираните пациенти, в настоящото проучване разглеждаме едно от най-честите усложнения, водещи до забавяне на възстановителния процес.

Обект на вниманието ни е появата и еволюцията, както и терапевтичните подходи при следоперативните перикардни изливи в периода от 5 до 30 ден след извършена сърдечна операция.

В отделението по кардиологична рехабилитация към НКБ, което е най-значимото в национален мащаб, извършващо този вид дейност, се рехабилитират пациенти от четирите водещи кардиохирургични центрове в България, което е предпоставка за натрупване на значителен опит в диагностиката, проследяването и лечението на всички следоперативни усложнения, в това число и на перикардните изливи.

Настоящото проучване се базира на 6-месечен период (от месец януари до месец юни 2005 г. включително), в който през отделението са преминали 333 наскоро оперирани пациенти.

Неголемите, без хемодинамична значимост перикардни изливи са честа следоперативна находка. Те изискват системен клиничен и ехокардиографски контрол и обичайната им еволюция на фона на лечение с НСПВС (при липса на противопоказания) се свежда до постепенна пълна резорбция при повечето пациенти.

Съществува мълък процент изливи, които поради редица фактори, разглеждани по-долу, еволюират към увеличаване, изискват активен терапевтичен подход, а част от тях бързо придобиват хемодинамична значимост и налагат спонтанна евакуация.

Общият брой оперирани пациенти (333) се разделя както следва:

	брой пациенти
Аорто-коронарен бай-пас	161
Клапно протезиране	141
Аорто-коронарен бай-пас и клапно протезиране	26
Корекция на междупредсърден дефект	6

От тях с перикардни изливи са 178, съставляващи 56% от всички пациенти, постъпили за рехабилитация, разпределени по следния начин:

	брой пациенти
<b>Аорто-коронарен бай-пас</b>	95 (50,5%)
- аорто-коронарен бай-пас на лечение само с антиагреганти	79 (42%)
- аорто-коронарен бай-пас на лечение с антиагрегант и антикоагулант	16 ( 8,5%)
Клапно протезиране	76 (40,5%)
Аорто-коронарен бай-пас и клапно протезиране	17 (9%)

При 10 пациенти (5,3%) перикардният излив е нараснал значително, придобивайки негативно хемодинамично влияние, което е наложило евакуация посредством перикарден дренаж.

От тях с аорто-коронарен бай-пас са 4 пациенти, от които 3 са на лечение с антиагрегант и антикоагулант, 1 пациент е на лечение само с антиагрегант. Клапно протезирани пациенти са 6.

Прави впечатление, че 90% от тази група са на лечение с антикоагулант или антикоагулант + антиагрегант и при всички случаи се регистрира нарушение на хемостазните показатели с INR > 4, без това да е свързано с предхождащо предозиране на антикоагуланта.

Обяснението на този факт е свързано от една страна с приема на медикаменти, потенциращи действието на антикоагулантите, и от друга – с преходна чернодробна и бъбречна дисфункция, характерна за пациентите в ранния следоперативен период. Така например при много оперирани болни поради поява на комплексна камерна екстрасистолия или пристъпно предсърдно мъждене се налага интравенозно насищане с Кордарон, което в комбинация с антикоагулант довежда до потенциране на ефекта и удължаване на протромбиновото време.

В други случаи включване към терапията на антибиотици (по-често при клапно протезирани пациенти), води до промени в метаболизма на антикоагулантите и до забавената им екскреция посредством влошаване на бъбречната функция.

При малка част коронарно оперирани болни с хиперурикемия употребата на Алопуринол в съчетание с антикоагулант довежда до промени в хемостазата.

Не на последно място, всички оперирани пациенти с перикардни изливи са на терапия с нестероидни противовъзпалителни лекарства, които потенцират ефекта на антикоагулантите.

Интересен факт е, че ранното включване на статини при пациенти с коронарен бай-пас в съчетание с антикоагулантна терапия води до удължаване на протромбиновото време и до повишен риск от нарастване на перикардния излив. Считаме за уместно в тези случаи терапията със статини да бъде отложена с 2-3 седмици до пълната резорбция на излива. Изхождайки от преценката на съотношението полза/риск, безспорно антикоагулантната терапия е от голямо значение за появата и еволюцията на перикардните изливи при наскоро оперирани болни, което налага повишен лабораторен и ехокардиографски контрол, както и прецизно дозиране на антикоагулантите съобразно многото фактори, повлияващи хемостазата.

Една част от нарастващите перикардни изливи се поддава на успешно лечение с кортикостероиди. В настоящето проучване при 13 пациенти (6,9%) от всички перикардни изливи (при перикарден излив над 250 мл е приложена кортикостероидна терапия по следната схема: 1-1,5 мг/кг/24 часа интравенозно до 48-72 час, след което перорално с постепенна редукция на дозата в зависимост от еволюцията на излива).

Включването на кортикостероид към предхождащата терапия с нестероидни противовъзпалителни средства, в съчетание в повечето случаи и с антикоагу-

лант, повишава риска от кървене от гастроинтестиналния тракт, което налага задължителна протекция с H<sub>2</sub>-блокери или протонен инхибитор.

Във връзка със страничните ефекти от кортикостероидите се налага корекция в инсулинотерапията при болните със захарен диабет, на антихипертензивната терапия, антибиотично покритие в единични случаи, контрол на хемостазата поради скъсяване на протромбиновото време, особено при пациенти с клапно протезиране.

При всичките 13 пациенти се постигна пълна резорбция на перикардния излив, без усложнения от приложеното лечение. От състава на групата е очевидно, че пациентите на антикоагулантна или комбинирана антикоагулантна + антиагрегантна терапия са с повишен риск от нарастване на перикардния излив.

Оперирани пациенти с перикарден излив над 250 мл с приложена кортикотерапия:

	брой пациенти
<b>Аорто-коронарен бай-пас</b>	95 (50,5%)
- аорто-коронарен бай-пас на лечение само с антиагреганти	1 (7,7%)
- аорто-коронарен бай-пас на лечение с антиагрегант и антикоагулант	2 (15,3%)
Клапно протезиране	9 (69,3%)
Аорто-коронарен бай-пас и клапно протезиране	1 (7,7%)

Брой пациенти на антикоагулантно или комбинирано антикоагулантно и антиагрегантно лечение – 12 (92,3%).

Разглеждайки появата и еволюцията на перикардните изливи в ранния период на следоперативна рехабилитация, трябва да споменем, че често при такива болни се наблюдават промени в ST-сегмента на ЕКГ по перикарден тип, и когато се касае за пациент след аорто-коронарен бай-пас, това би трябвало да породи безпокойство, особено в съчетание с обичайния гръден дискомфорт след стернотомия. Нашите наблюдения показват, че промените най-често са свързани с перикардния излив и след резорбцията му се стига до пълно възстановяване на изходната ЕКГ.

В заключение могат да се направят следните изводи:

1. Перикардните изливи са често явление при сърдечно оперирани болни в периода на ранната рехабилитация и в повечето случаи търпят обратно развитие на фона на терапия с НСПВС.
2. С повишен риск за нарастване на перикардния излив са оперираните пациенти на антикоагулантна или комбинирана антикоагулантна и антиагрегантна терапия, което налага повишен клиничен, ехокардиографски и лабораторен контрол, съобразен с многофакторната зивсимост на хемостазата.
3. Своевременното включване на кортикостероиди към терапията при нарастващи перикардни изливи е с добър ефект и в много случаи предотвратява перикарден дренаж, когато се реализира в подходящ срок при оптимална дигитална дозировка.

От гореизложеното следва необходимостта ранната постоперативна рехабилитация на проблемни пациенти да се осъществява в специализирано лечебно заведение, разполагащо с възможности за клиничен, ехокардиографски и лабораторен, включително хемостазиологичен контрол.