

Алибеков А., Джошибаев С., Бегдилдаев А.Т., Туртабаев Б.У.,
Устемиров Е.Б., Капусиди К.Г.

**ЭКМО ПРИ COVID-19 ПНЕВМОНИИ ПАЦИЕНТКЕ С ИСКУССТВЕННЫМ ЛЕВЫМ
ЖЕЛУДОЧКОМ (LVAD)
ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

Научно-клинический центр кардиохирургии и трансплантологии, г.Тараз

Вспышка пандемии коронавирусной болезни (COVID-19) затронула миллионы людей по всему миру. Вирус преимущественно поражал легкие пациента. Существующие сопутствующие заболевания оказали негативное влияние на заболеваемость и смертность этих пациентов. У большинства пациентов COVID-19 вызывал легкие и умеренные симптомы; однако в некоторых наиболее тяжелых случаях прогрессирование заболевания может привести к глубокой гипоксемии. Наиболее тяжелобольные пациенты с повреждением легких успешно поддерживались с помощью экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО). Известно что, дисфункция правого желудочка встречается у 25% пациентов с острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС), а некоторые пациенты могут быть еще более уязвимы к развитию недостаточности правого желудочка (ПЖ). Представлен случай об использовании экстракорпоральной поддержки легких у пациента с ранее имплантированным устройством поддержки левого желудочка (LVAD) и тяжелым повреждением легких, вызванным COVID-19.

22-летняя женщина была госпитализирована в кардиохирургический центр с жалобами на одышку, общую слабость, лихорадку (t -выше 38°C) и признаками инфекции кабеля LVAD. С 14 лет страдает сердечной недостаточностью. В 16-летнем возрасте от предложенной трансплантации сердца она отказалась. В том же году был имплантирован кардиовертер-дефибриллятор.

В возрасте 21 год ей была проведена операция по имплантации LVAD (HeartMate III). Через 6 месяцев после операции обратилась в кардиохирургическую клинику с симптомами дыхательной недостаточности. На фоне нарастающей дыхательной недостаточности, у нее развились симптомы правожелудочковой недостаточности. На ЭхоКГ: дилатация и недостаточность правого желудочка, при хорошо функционирующем LVAD. КТ грудной клетки показала поражения легких более 64%. SpO_2 составило 56%. Несмотря на кислородную поддержку 6 л/мин через носовую канюлю, ее состояние быстро ухудшалось. Начата инфузия добутамина (14 мкг/кг/мин), норадреналина (0,2 мкг/кг/мин) и милринона (0,2 мкг/кг/мин). На ИВЛ с 90% FiO_2 , при этом артериальное paO_2 составляло 55 мм рт. ст., а paCO_2 — 70 мм рт. ст.

Учитывая нарастание сердечно-дыхательной недостаточности подключено вено-венозное ЭКМО. Канюля для потока 17 Fr длиной 80 см (Biomedicus) чрескожно введена

через внутреннюю яремную вену, также дренажная канюля размером 24 Fr (Medos) была введена в правое предсердие через бедренную вену. Вено-венозное ЭКМО начата со скоростью 2-4 л/мин. В первый же день поддержки ЭКМО развилась анурия и острая почечная недостаточность. Подключен гемодиализатор (ГДФ) непосредственно к контуру ЭКМО. К 5 дню состояние пациентки стабилизировалось, после 7 дней поддержки она была успешно отлучена от ЭКМО. После стабилизации состояния на 9-й день лечения была успешно выписана из больницы.

Таким образом, пациенты с имплантированным LVAD могут подвергаться повышенному риску поражения COVID-19. В таких случаях своевременное использование вено-венозного ЭКМО может эффективно поддерживать нарушенную функцию правого желудочка и легких, что приводит к полному выздоровлению пациента после имплантации LVAD.