

DOI 10.21292/2078-5658-2017-14-4-81-82

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕВОСИМЕНДАНА В КАРДИОХИРУРГИИ

И. А. КОЗЛОВ¹, Л. А. КРИЧЕВСКИЙ²¹ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского», Москва, Россия²ГБУЗ «ГНБ им. С. С. Юдина» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

EVALUATION OF LEVOSIMENDAN EFFICIENCY IN CARDIAC SURGERY

I. A. KOZLOV¹, L. A. KRICHEVSKIY²¹Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirsky, Moscow, Russia²Yudin Municipal Clinical Hospital, Moscow, Russia

Уважаемая редакция!

В марте этого года в широко известном журнале "New England Journal of Medicine" была опубликована статья G. Landoni et al. "Levosimendan for Hemodynamic Support after Cardiac Surgery" [Landoni G., Lomivorotov V. V., Alvaro G. et al. N. Engl. J. Med. – 2017. – Vol. 376, № 21. – P. 2021–2031], в которой авторы делают заключение, что «у больных, которым требовалась гемодинамическая поддержка после кардиохирургических операций, левосимендан в низкой дозе, дополняющий стандартное лечение, не уменьшал 30-суточную летальность по сравнению с плацебо». Эта публикация имеет широкий резонанс среди отечественных клиницистов, так как ее результаты ставят под сомнение целесообразность дальнейшего использования левосимендана у кардиохирургических больных. При этом широкий опыт успешного назначения левосимендана в целом ряде клинических ситуаций и выполненные ранее исследования высокого уровня, включая метаанализы, демонстрируют высокую эффективность этого уникального инодилатора.

Мы с большим интересом прочитали упомянутую статью и хотели бы обсудить некоторые характеристики дизайна исследования СНЕЕТАН, которые могли привести к выводу, что левосимендан неэффективен у пациентов, нуждающихся в инотропной и/или вазопрессорной поддержке после кардиохирургических операций.

По нашему мнению, основными дискуссионными аспектами исследования СНЕЕТАН являются следующие.

Во-первых, в исследование включена гетерогенная популяция, в которой так называемые «прочие кардиохирургические операции» составляли около 50% (таблица S1 – «Интраоперационные данные»). Очевидно, что механизмы острой сердечной недостаточности в такой гетерогенной популяции кардиохирургических больных различны: систолическая и/или диастолическая дисфункция, предоперационный фиброз миокарда, периопераци-

онное ишемически-реперфузионное повреждение и т. д. Полагаем, что отбор групп больных и определение критериев включения в исследовании СНЕЕТАН не были полностью корректны, авторы допустили те же ошибки, что и исследователи на начальном этапе клинического изучения эффективности препарата в различных клинических ситуациях у больных без четко установленных показаний к применению левосимендана.

Во-вторых, основным критерием «сердечной недостаточности» была доза использованных инотропных и вазоактивных агентов, представленная в виде условной интегральной шкалы на момент рандомизации. Вместе с тем из таблицы, содержащей данные мониторинга центральной гемодинамики (таблица S4 – «Гемодинамика для больных с наличием этих данных»), следует, что во многих случаях снижение насосной функции сердца было лишь умеренным и преходящим, поскольку параметры гемодинамики нормализовывались в течение 4–6 ч после рандомизации. Действительно ли у этих больных имелись показания к назначению левосимендана? Мог ли препарат, назначаемый без убедительных показаний, в принципе влиять на исходы лечения?

В-третьих, более 40% больных во время рандомизации нуждались в терапевтических дозировках норадреналина (средняя доза около 100 нг/кг в 1 мин), что указывает на наличие значимой сосудистой недостаточности, которая в ранние сроки после искусственного кровообращения может быть обусловлена, в частности, системной воспалительной реакцией («постперфузионный вазоплегический синдром»). Сосудистая недостаточность скорее создает противопоказания, нежели показания к назначению инодилатора.

В заключение отметим, что указанные недостатки дизайна обширного многоцентрового исследования СНЕЕТАН не дают оснований считать его результаты и заключение «последним словом» в оценке эффективности левосимендана в кардиохирургии. Мы по-прежнему считаем, что инодилатор левосимендан является эффективным средством для

гемодинамической поддержки при операциях на сердце, когда систолическая дисфункция миокарда является преобладающим механизмом синдрома низкого сердечного выброса, а прочие лекарственные средства недостаточны эффективны. Вместе с тем назначение левосимендана всегда требует четкого установления показаний и соблюдения

разработанных в последние годы протоколов его введения, которые варьируются в зависимости от особенностей клинической ситуации.

Предлагаем коллегам, имеющим положительный или отрицательный опыт назначения левосимендана у кардиохирургических больных, обменяться мнениями по этому вопросу.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Козлов Игорь Александрович

ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского»,
доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач
РФ.
129110, Москва ул. Щепкина, д. 61/2, к. 15.
E-mail: iakozlov@mail.ru

Кричевский Лев Анатольевич

ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина» Департамента
здравоохранения Москвы,
доктор медицинских наук, заведующий отделением
анестезиологии и реаниматологии.
115446, Москва, Коломенский проезд, д. 4.
E-mail: levkrich72@gmail.com

FOR CORRESPONDENCE:

Igor A. Kozlov

Moscow Regional Research Clinical Institute named after
M.F. Vladimirsky, Doctor of Medical Sciences, Professor,
Honored Doctor of Russia,
61/2, Schepkina St., Moscow, 129110.
Email: iakozlov@mail.ru

Lev A. Krichevskiy

Yudin Municipal Clinical Hospital,
Doctor of Medical Sciences,
Head of Anesthesiology and Intensive Care Department.
4, Kolomensky Rd.,
Moscow, 115446.
Email: levkrich72@gmail.com