

© Р.Л.Коношкова, А.В.Смирнов, Р.А.Азовцев, Е.А.Боровская, Ю.Ф.Владимирова, 2004  
УДК 616.12-005.4-089:616.61-008.64-036.12-085.38

*Р.Л. Коношкова, А.В. Смирнов, Р.А. Азовцев, Е.А. Боровская,  
Ю.Ф. Владимирова*

## СЛУЧАЙ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНОГО НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

*R.L. Konoshkova, A.V. Smirnov, R.A. Azovtsev, E.A. Borovskaya,  
Yu.F. Vladimirova*

## A CASE OF CARDIOSURGICAL TREATMENT OF ISCHEMIC HEART DISEASE IN PATIENT ON CHRONIC HEMODIALYSIS

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, кафедра факультетской хирургии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, Россия

**Ключевые слова:** ишемия миокарда, хронический гемодиализ, баллонная ангиопластика.

**Key words:** ischemia of myocardium, chronic hemodialysis, balloon angioplasty.

В настоящее время сердечно-сосудистая патология остается основной причиной смертности у больных с терминальной почечной недостаточностью, получающих заместительную терапию хроническим гемодиализом (ГД). Смертность от сердечно-сосудистой патологии у этой группы пациентов составляет около 9% в год [1], что превышает аналогичный показатель в общей популяции в 30 раз, а риск смерти от острого инфаркта миокарда (ОИМ) в возрасте от 35 до 55 лет в 20 раз [2].

В лечении коронарных стенозов у больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), получающих терапию ГД за рубежом, широко используются хирургические методы (баллонная ангиопластика, аортокоронарное шунтирование) [3–6]. В России такие методы у данной категории пациентов пока мало распространены. Поэтому ниже мы приводим случай успешной ангиопластики у пациента с ХПН, получающего лечение хроническим ГД.

Больной П., 53 года, находится на лечении хроническим бикарбонатным ГД с августа 1995 года. Причина почечной патологии, приведшая к терминальной ХПН – поликистоз почек. Диализная программа 4 часа 3 раза в неделю (диализатор), КТ/V 1,2. В анамнезе артериальная гипертензия с 1985 года с максимальными цифрами 220/120 мм рт. ст.

При плановом кардиомониторировании (КМ) осенью 1999 года регистрировались безболевые ишемические изменения по типу субэндокардиального повреждения: депрессия сегмента ST 1,0-1,5 мм, (рис.1 и 2). На фоне терапии конкор, ренитек АД стабильно (130-140/80 мм рт. ст.). Тolerантность к нагрузке сохранялась

высокой. Проявления сердечной недостаточности (СН) I по NYHA.

Ухудшение состояния с августа 2000 года, когда впервые стали беспокоить стенокардитические боли, с быстрым снижением толерантности к нагрузке до 100 метров, наросли признаки СН до III ф. кл. по NYHA.

При КМ на фоне ишемических изменений регистрировалась наджелудочковая экстрасистолия по типу бигеминии с аберрантным проведением. Последняя купировалась приемом нитратов.

По данным эхокардиографического исследования (ЭХОКГ) – дилатация всех камер сердца. (левое предсердие – 4,5 см.; размер левого желудочка диастолический – 6,6 см.; систолический – 4,2 см.; правый желудочек 3,3 см). Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) с диастолической перегрузкой. Начальные признаки склеродегенеративных изменений корня аорты. Расширение корня аорты (4,2 см). Расширение легочной артерии. Приклапанная митральная регургитация. Показатели сократительной способности миокарда левого желудочка сохранены. Нарушение диастолической функции.

На фоне терапии (нитраты, β-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ)) положительная динамика в виде уменьшения признаков СН (III-I), повысилась толерантность к нагрузке до 500 метров.

Однако спустя 2 месяца клинические проявления нестабильной стенокардии. Несмотря на проводимую терапию с 11 октября больной переносит ОИМ, непроникающий, в области передней стенки.

В течение последующих 2 месяцев чувствовал себя удовлетворительно. Ангинозные боли не беспокоили, толерантность к нагрузке сохранялась до 500 метров.

С 20 декабря без видимых причин резкое снижение толерантности к нагрузке, стенокардитические боли стали более продолжительными, плохо купировались нитратами, появились ночные затяжные ангинозные приступы, что требовало экстренной медицинской по-

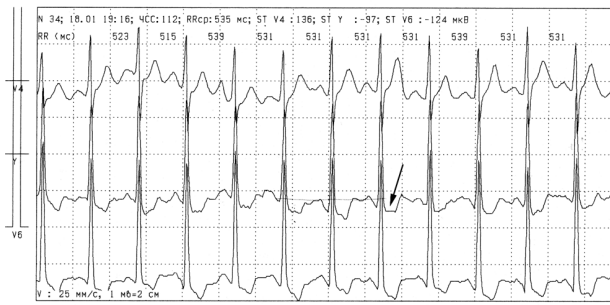


Рис. 1. Графическое изображение динамики ST в трех модифицированных биполярных отведениях (V4, Y, V6), характеризующих потенциалы передней, нижней и боковой стенок левого желудочка.

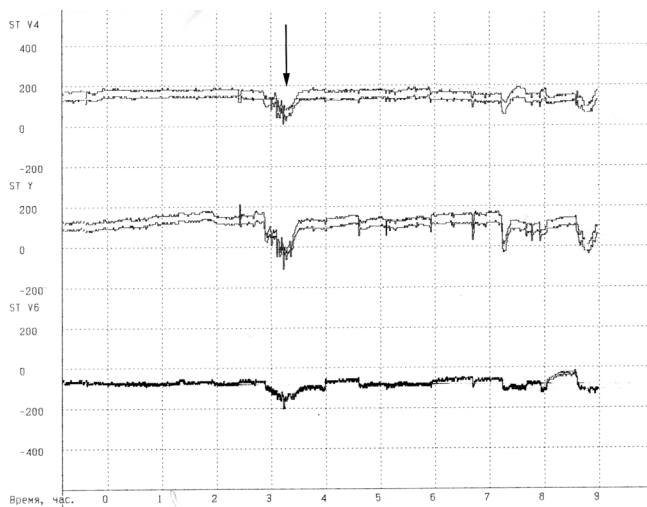


Рис. 2. Эпизод электрокардиограммы в момент смещения сегмента ST (безболевой).

мощи. Несмотря на проводимую терапию 14 февраля развился повторный ОИМ, непроникающий, в той же зоне. 19 февраля выполнена коронарография: 25% стеноз главного ствола левой коронарной артерии (ЛКА), субокклюзия (90–95%) передней межжелудочковой ветки (ПМЖВ ЛКА) в средней трети, 75% стеноз правой коронарной артерии (ПКА). Правый тип кровоснабжения.

Обращало внимание на фоне выраженных атеросклеротических изменений в сосудистой стенке наличие множественных кальцификатов.

20.02.00. выполнена ангиопластика с имплантацией стента ПМЖВ ЛКА. Ввиду наличия десекции было решено не балонировать ПКА. При контрольном кардиомониторировании ишемические изменения не регистрировались и спустя две недели пациент был выписан на амбулаторное лечение.

При длительном наблюдении в течение 3,5 лет у пациента сохраняется высокая толерантность к физической нагрузке, ангинозные боли не рецидивировали. При плановых кардиомониторированиях ишемические изменения не регистрировались.

При однофотомной эмиссионной компьютерной томографии миокарда в состоянии покоя получены признаки умеренного снижения микроциркуляции в базальном отделе нижней стенки. В динамике уменьшились размеры левого предсердия с 4,5 см до 4,0 см; уменьшился диастолический размер левого желудочка с 6,6 см до 4,9 и систолический с 4,2 см до 2,6 см; признаки нарушения диастолической функции не определялись.

Данное наблюдения свидетельствует о необходимости более активно внедрять в клиническую практику кардиохирургическое лечение данной категории больных.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Levey AS, Eknogan G. Cardiovascular disease in chronic renal disease. *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14: 828-833
2. Ansary A, Kaupke CJ, Vaziri ND. et al. Cardiac pathology in patients with end-stage renal disease maintained on hemodialysis. *Int J Art Organs* 1993; 16: (1):31-36
3. Zaidi AM, Fitzpatrick AP, Keenan DJ et al. Good outcomes from cardiac surgery in the over 70s (see comments). *Heart* 1999; 82 (2): 134-137
4. Frenken M, Krian A. Cardiovascular operations in patients with dialysis-dependent renal failure. *Ann Thorac Surg* 1999; 68 (3): 887-893
5. Ahmed WN, Shubrooks SJ, Gibson CM et al. Complications and long-term outcome after percutaneous coronary angioplasty in chronic hemodialysis patients. *Am J Heart* 1994; 128 (2): 252-255
6. Jahangiri M, Wright, Edmondson S, Magee P. Coronary artery bypass graft surgery in dialysis patients. *Heart* 1997; 78 (4): 343-345

Поступила в редакцию 09.06.2004 г.