

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Фуркало С.Н.*, Хасянова И.В*, Колесник В.А.**

Национальный институт хирургии и трансплантологии

им. А.А. Шалимова АМН Украины,

*Одесская областная больница

Атеросклеротическое поражение нескольких сосудистых бассейнов сопровождается неблагоприятным клиническим течением и прогнозом. Традиционное оперативное лечение сопровождается повышенным риском осложнений и летальности. Наиболее неблагоприятным является сочетанное поражение коронарных, сонных, почечных артерий. Широкое внедрение в клиническую практику технологий эндоваскулярной хирургии позволяет рассматривать интервенционное лечение, как приоритетный подход в целом ряде клинических ситуаций. На собственном материале (102 больных) проанализирована эффективность эндоваскулярных и комбинированных методов лечения мультифокального атеросклероза.

Ключевые слова: мультифокальный атеросклероз, эндоваскулярная хирургия, коронарный атеросклероз.

Вовлечение в атеросклеротический процесс нескольких сосудистых регионов сопровождается неблагоприятным клиническим течением и прогнозом, а традиционное оперативное вмешательство сопряжено с повышенным риском осложнений и летальности [4,5,6]. Наиболее неблагоприятным является сочетание атеросклероза коронарных, сонных, почечных артерий. При этом результаты были неудовлетворительными вне зависимости от выбора приоритетности оперируемого

региона, а также при симультанных хирургических операциях на коронарных и сонных артериях.

Широкое внедрение в клиническую практику технологий эндоваскулярной хирургии, интервенционной кардиологии позволило рассматривать эндоваскулярный подход как приоритетный при целом ряде клинических ситуаций [1,2,3].

Целью настоящей работы явился анализ эффективности эндоваскулярных и комбинированных методов в лечении мультифокального атеросклероза.

Материал и методы. В исследование включены 102 больных с распространенным атеросклерозом и сочетанным поражением нескольких сосудистых регионов, где были выполнены только эндоваскулярные (79 больных) вмешательства и 23 больных, где выполнялись эндоваскулярные и открытые хирургические операции. Причем 60 больным эндоваскулярные операции выполнены в одну сессию.

Анализируя клинические проявления в обследуемых подгруппах, прежде всего нужно остановиться на комбинированном поражении коронарных и почечных артерий, как наиболее часто фиксируемом сочетании поражений

По нашим данным гемодинамически значимые стенозы почечных артерий встречаются более, чем у 20% больных с коронарным атеросклерозом и сопутствующей артериальной гипертензией. Возраст больных составил $63,1 \pm 9,2$ г., (75,7%) были мужского пола. Многососудистое поражение выявлено у более чем 80% больных. В подгруппе все больные относились к III ф. кл., и IV ф.кл., нестабильное течение заболевания зафиксировано у 18% больных. Фракция изгнания, анализируемая по данным рентгенконтрастной вентрикулографии составила $52,2 \pm 7,6$ %. 23 больных (54,7%) перенесли ИМ. Признаки почечной недостаточности отмечены у 9 (21,2%) больных. Как правило в этой подгруппе выполнены эндоваскулярные одновременные операции (> 90% случаев) без каких либо серьезных непосредственных осложнений. Стентирование коронарных артерий выполнено с применением стентов с лекарственным покрытием более

половины случаев, В среднем имплантировано 2,1 стента на пациента. Для стентирования почечных артерий применены баллон-расширяемые металлические стенты. Во всех случаях первоначально выполнено коронарное стентирование, затем стентирование почечных артерий. Непосредственный гипотензивный эффект после стентирования почечных артерий в группе получен у 70% больных. Антиангинальный эффект вмешательства, выражавшийся в повышении функционального класса и снижении потребности в антиангинальной терапии отмечен более чем в 90% случаев. У 3 больных выполнены стентирования почечных артерий и затем, в период от 10 дней до 2 месяцев выполнено АКШ.

В течение 30 суток один больной переведен на постоянный диализ в виду критического нарастания почечной недостаточности (креатинин > 600 ммоль/л).

У 24 больных зафиксировано сочетанное поражение сонных и коронарных артерий. Такое состояние по нашим данным встречается в 16 %. Возраст больных составил $64,5 \pm 8,7$ лет. Поражение коронарных артерий у всех больных было многососудистым. Сниженная сократительная способность миокарда отмечена у 16 (66,6%) больных.

6 больных (25,0 %) больных перенесли ишемический инсульт, транзиторные ишемические атаки зафиксированы у 11 (45,8%) больных. В 19 случаях выполнены эндоваскулярные вмешательства на коронарных и сонных артериях, в 50% случаев в одну сессию. Стентирование сонных артерий выполнено во всех случаях с применением механических нейротекторных устройств. Как правило применялись конусные (тайперированные) нитиноловые стенты. Коронарное стентирование выполнялось преимущественно с использованием стентов с лекарственным покрытием, имплантированы 2,6 стентов на больного.

У 5 больных, где выполнено стентирование сонных артерий и коронарное шунтирование, эндоваскулярное вмешательство выполнено в первую очередь и АКШ через 3-4 недели. Выбор последовательности вмешательств у этих больных как правило определялся ведущей клинической симптоматикой.

В 13 случаях наблюдались пациенты с сочетанным поражением коронарных и

подвздошных артерий. У этих больных кроме клиники ишемической болезни сердца отмечалась симптоматика облитерирующего атеросклероза нижних конечностей.

В остальных случаях (18 больных) оперативные вмешательства выполнены при различных сочетаниях поражений почечных, периферических сонных и коронарных артерий как в 2 так и более сосудистых регионах.

Из общего числа 102 больных 48 месяцев наблюдались 42 больных, 36 месяцев – 66 больных, 24 месяца – 95 больных, 6-12 месяцев – 98 больных в течении 30 сут.–6 месяцев – 102 больных.

Т.к. больные наблюдались различные промежутки времени, анализ выживаемости и негативных событий анализировался с применением актуарного метода Каплан-Мейера.

Результаты и их обсуждение. По результатам наших наблюдений в группе хирургического лечения в отдаленном периоде нами было зафиксировано 8 случаев летальных исходов, трактуемых нами как сердечно-сосудистая или цереброваскулярная смерть, причем все больные умерли в период до 24 мес. Зафиксированы также 1 случай нефатального инфаркта миокарда на 1-м году наблюдения и 2 случая острого нарушения мозгового кровообращения в период до 6 мес. после операции. У 21 больного в силу прогрессирования атеросклероза и рестеноза выполнены повторные эндоваскулярные вмешательства. Сравнивая частоту комбинированных негативных сердечно-сосудистых событий (смерть, ОИМ, все случаи инсульта) в хирургической и консервативной группах с применением актуарного метода, нужно отметить достоверно более низкие показатели в группе больных, перенесших эндоваскулярные вмешательства – 13% в сравнении с аналогичным показателем в группе медикаментозного лечения – 82,4%.

Рис.1 Отсутствие основных негативных событий (смерть, ОИМ, инсульт) в хирургической и консервативной группах.

Необходимость в операциях реваскуляризации за 36 месяцев была одинаковой в группах медикаментозного и хирургического лечения – 23%. Прежде всего, повторные вмешательства в хирургической группе отмечены у больных коронарным атеросклерозом в виду рестенозов, как правило в металлических стентах. Кроме того отмечен случай подострого тромбоза коронарного стента у больного после стентирования коронарной, почечной и вертебральной артерии.

Состояние больных с мультифокальным атеросклерозом при отдаленном наблюдении определяется прежде всего прогрессирующим атеросклерозом и возникновением рестенозирования стентированных сегментов. Применение стентов с лекарственным покрытием у больных, нуждающихся в скором оперативном лечении должно быть ограниченным в силу необходимости длительной антиагрегантной терапии, и замедленной эндотелизации элютинг- стентов.

В то же время очевидно, что длительное консервативное лечение больных с мультифокальным атеросклерозом, особенно при сочетании коронарного и брахиоцефального поражения абсолютно бесперспективно.

Литература

1. Byrue J.G., Robbins M.A., Leacche M. A new approach for combined carotid and coronary disease. *J.Am.Coll.Cardiol.Intv.* 2009; 2: 402-403.
2. Das S., Brow T., Pepper J., et al. Continuing controversy in the management of concomitant coronary and carotid disease: an overview.// *Int.J.Cardiol.*, 2000, 12; 74(1):47-65.
3. Iyer SS, White C.S., Hopkins L.N. et al.; BEACH Investigators. Carotid artery revascularization in high – surgical – risk patients patients using the Carotid Wallstent and Filter Wire: 1 year outcomes in the Beach Pivotal Group. *J.Am.Coll.Cardiol.* 2008; 51: 427-434.
4. Kallikararos I, Tsioufis C., Sideris S., et al. Carotid artery disease as a marker for the presence of severe coronary artery disease in patients evaluated for chest pain. *Stroke* 1999; 30: 1002-1007.
5. Racco F., Sconocchini C., Pratillo G., et al. Incidence of carotid atherosclerosis in patients undergoing a coronarographic study. A prospective study of 193 patients. // *J. Ital. Cardiol.*, 1999, 29(1) 54-58.
6. Rothwell P.M. The interrelation between carotid, femoral and coronary artery disease. *Eur.Heart J.*, 2001; 22(1) : 11-14.

БЕЗПОСЕРЕДНІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЕНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МУЛЬТІФОКАЛЬНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ

Фуркало С.М., Хасянова І.В, Колесник В.О.

Атеросклеротичне ураження декількох судинних басейнів супроводжується неблагоприємним клінічним перебігом та прогнозом. Традиційне оперативне лікування супроводжується підвищеним ризиком ускладнень та летальності. Найгіршим є одночасне атеросклеротичне ураження коронарних, сонних та

ниркових артерій. Широке впровадження в клінічну практику технологій ендovasкулярної хірургії дозволяє розглянути інтервенційний підхід як пріоритетний при цілому ряді клінічних ситуацій. На власному матеріалі (102 хворих) проаналізована ефективність ендovasкулярних та комбінованих методів лікування мультифокального атеросклерозу.

Ключові слова: мультифокальний атеросклероз, ендovasкулярна хірургія, коронарний атеросклероз.

IMMEDIATE AND LONG-TERM RESULTS OF ENDOVASCULAR TREATMENT OF PATIENTS WITH MULTIFOCAL ATHEROSCLEROSIS

Furkalo S., Khasyanova I., Kolesnik V.

Atherosclerosis of any vascular regions has disadvantageous clinical course and poor prognosis. Traditional surgical treatment has high level of complications and mortality. The most unfavorable combination is simultaneous lesions in coronary, carotid and renal arteries. Wide introduction of endovascular surgery provides use interventional treatment as first-priority method in many clinical cases. The effectiveness of endovascular and combined methods of treatment of patients with multifocal atherosclerosis was proved by own clinical material in 102 patients.

Key words: multifocal atherosclerosis, endovascular surgery, coronary atherosclerosis.