

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СОСУДОВ СЕРДЦА, ВЕТВЕЙ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ АОРТЫ

В. А. Черняк¹, Г.А. Костромин¹, Ю.И. Кошевский²

¹НМУ имени А.А. Богомольца, кафедра хирургии №4.

²Александровская клиническая больница г. Киева.

В статье приведено наблюдение за 74 больными с атеросклеротическим поражением основных артериальных бассейнов организма. У 28 (37,8%) из них было выявлено поражение 3-х сосудистых бассейнов: коронарного, брахиоцефального и нижних конечностей. Показана высокая значимость ультразвукового и ангиографического исследований для выявления и определения приоритета в лечении больных, имевших 3-х сосудистое поражение. Обращено внимание на использование малоинвазивных методов лечения (рентгенэндоваскулярная дилатация и стентирование сосудов) как на одно из перспективных направлений, позволяющих снизить риск летальности у больных с 3-х сосудистым поражением.

Ключевые слова: мультифокальный атеросклероз, диагностика, оперативная тактика.

Сочетанное поражение коронарных, брахиоцефальных и магистральных артерий нижних конечностей является проявлением системного заболевания-атеросклероза. По нашим данным поражение магистральных артерий гемодинамически значимым атеросклеротическим процессом встречается у 1,3% мужчин в возрасте от 55 лет и у 1,1 % женщин в возрасте от 60 лет [1]. Характерно, что у 42% этих больных имеет место поражение 3-х сосудистых бассейнов, причем,

как минимум, 1 из них является гемодинамически значимым. Анализ отечественной и зарубежной литературы показал недостаточную изученность распространенности, диагностики и лечения сочетанных окклюзионно-стенотических поражений сосудистых бассейнов сердца, экстракраниальных артерий и магистральных артерий нижних конечностей [2-5].

Цель исследования. Оптимизация методов диагностики и улучшение результатов лечения больных, имеющих сочетанное атеросклеротическое поражение сосудов сердца, головного мозга и нижних конечностей.

Материалы и методы. За прошедший 2009 год под нашим наблюдением находилось 74 больных с атеросклеротическим поражением сосудов нижних конечностей, ветвей дуги аорты и коронарных артерий. У 41 (55,4%) из них имелся распространенный атеросклероз, затрагивавший, как минимум, еще 1 сосудистый бассейн. У 28 (37,8%) было выявлено поражение 3-х сосудистых бассейнов: коронарного, брахиоцефального и нижних конечностей. Мужчин было 20 (71,4%), женщин 8 (28,6%). Средний возраст больных составлял $64 \pm 3,2$ года. Анализ последовательности развития клинических проявлений у этой группы больных показал, что в большей части – у 12 (42,9%) больных начало заболевания проявилось клиникой ИБС, у 9 (32,1%) – нарушением мозгового кровообращения, у 7 (29%) – синдромом перемежающейся хромоты. У 10 (35,7%) пациентов заболевание проявлялось сначала только клиникой поражения одного сосудистого бассейна и лишь в последующие 1-3 года присоединялись симптомы поражения других бассейнов, а у 18 (64,3%) имелись симптомы сочетанного поражения двух и более сосудистых бассейнов с превалированием симптомов артериальной недостаточности одного органа. 53,6% (15 пациентов) страдали проявлениями артериальной недостаточности сердца, головного мозга или нижних конечностей в течении 10 лет и более, причем в эту группу вошли все больные с первичным развитием клиники ИБС. 8 (28,6%) больных имели давность заболевания от 5 до 10 лет, остальные 5 (17,9%) – до 5 лет. Необходимо отметить, что стенокардия III-IV функционального класса (ФК) выявлена нами у 21 (75 %) больных. У 17 (60,7%)

пациентов была сопутствующая гипертоническая болезнь, у 19 (67,9%) пациентов в анамнезе имел место инфаркт миокарда.

Диагностика множественных атеросклеротических поражений включала в себя использование ультразвуковой эхолокации, магнитно-резонансной томографии, рентгенконтрастной ангиографии.

Тактика лечения зависела от выраженности ишемии миокарда, головного мозга и нижних конечностей. Однако, приоритетным считали восстановление кровотока в первую очередь по коронарным и экстракраниальным сосудам. Несмотря на наличие критической ишемии нижних конечностей у 4-х (14,3%) больных вначале выполняли дилатацию коронарных артерий и их стентирование, а у 3-х (10,7%) – АКШ.

В остальных 21 (75%) случаях выбор метода восстановления кровотока по коронарным артериям осуществлялся исключительно с учетом радикальности вмешательства на коронарных артериях. Так, у 16 (57,1%) – выполнена дилатация коронарных артерий и стентирование, у 5 (17,9%) – АКШ.

Из 28 наблюдаемых больных поражение сонных артерий выявили у 19 (67,9%), подключичных – у 4-х (14,3%), позвоночных – у 3-х (10,7%), плечевого ствола – у 2-х (7,1%). Каротидная эндартерэктомия (КЭ) проведена 16 (57,1%), реваскуляризация внутренней сонной артерии (ВСА) дистальнее места окклюзии щитовидной артерией – у 3-х (10,7%), бифуркационное аорто – сонно-подключичное стентирование у 2-х (7,1%), сонно-подключичное шунтирование у 1 (3,4%), транспозиция позвоночной артерии в ВСА у 1 (3,4%).

Структура поражений аорты и артерий нижних конечностей включала: аневризматическое поражение аорты выявлено у 10 (35,7%) пациентов; окклюзионно-стенотическое поражение повздошно-бедренного сегмента с одной стороны у 12 (43,9%); бедренно-подколенного сегмента с одной стороны у 8 (28,6%); бедренно-подколенных сегментов с обеих сторон у 6 (21,4%), подколенно-берцовых сегментов у 2-х (7,1%) пациентов.

Соответственно выполненные операции на сосудах нижних конечностей

включали: шунтирующие операции на аорто-подвздошно-бедренных сегментах – 10 (35,7%), эндартерэктомии – 2 (7,1%), их сочетаний – 2 (7,1%). Эндартерэктомий из бедренно-подколенного и подколенно-берцового сегментов было 7 (25%), шунтирующих операций – 9 (32,1%).

Результаты хирургического лечения оценивали по показателям госпитальной летальности, количеству послеоперационных осложнений и степенью потери трудоспособности пациентов.

Так, операционной летальности у 28 больных с мультифокальным поражением 3-х и более сосудистых бассейнов не было. Летальность в раннем послеоперационном периоде составила 3,4% (1 больной), причем причиной смерти была тромбоэмболия легочной артерии.

В структуре осложнений раннего послеоперационного периода тромбоз реконструированного сегмента был у 5 (17,9%), из которых 4 (14,3%) были повторно оперированы, а 1 (3,4%) – трижды. Наиболее часто – у 3-х больных (10,7%) – тромбозы возникали после дилатаций коронарных артерий и АКШ.

Вторым по значимости осложнением раннего послеоперационного периода был инфаркт миокарда, возникший у 2 (7,1%) больных, причем после операций на сосудах нижних конечностей, при их критической ишемии.

Третьим серьезным осложнением было развитие острой недостаточности мозгового кровообращения по ишемическому типу после одномоментной двусторонней КЭ из ВСА. Причиной данного осложнения явилась эмболизация интракраниального отдела ВСА атеросклеротической бляшкой, оторвавшейся из устья плечеголового ствола на 7-е сутки после операции. Тромбозов реконструированных сегментов нижних конечностей после операции не было. В позднем послеоперационном периоде от 6 мес. до 5 лет летальность оперированных больных составила 7,1% (2 больных). Причиной смерти у 1-го больного был несчастный случай, у 1-го – рак желудка.

Единственным осложнением позднего послеоперационного периода, связанного с оперативным вмешательством были тромбозы реконструированных

сегментов на нижних конечностях, что наблюдались у 6 (21,4%) больных, причем 5 (17,9%) из них перенесли ранее эндартерэктомию. Все больные были повторно оперированы с применением методов шунтирования. Ампутации конечностей в позднем послеоперационном периоде были проведены у 2 (7,1%) пациентов, у 1 (3,4%) из них ампутация проведена на ранее не оперированной конечности.

Выводы

1. Распространенность сочетанных поражений коронарных, экстракраниальных артерий и сосудов нижних конечностей достаточно велика и составляет 1,1-1,4% у лиц старше 55-60 лет. Выявляемость поражения 3-х сосудистых бассейнов среди больных, оперированных на одном из них составляет 37,8%.
2. Наиболее доступным и широко распространенным методом скрининг-диагностики является ультразвуковой, наиболее информативным – рентгенконтрастная артериография.
3. Стратегия оперативных вмешательств основана, в меньшей степени, – на выраженности клинического синдрома, а, в большей, – на угрожающих жизни сочетанных атеросклеротических поражениях. Приоритетным считаем первоначальное восстановление кровотока по коронарным и экстракраниальным артериям.
4. Использование малоинвазивных методов лечения (рентгенэндоваскулярная дилатация и стентирование сосудов) позволяет снизить риск летальности у тяжелых больных с сочетанным поражением сосудов. При выборе метода хирургического вмешательства на сосудах нижних конечностей целесообразным считаем выполнение шунтирующих операций.

Література

1. Мишалов В.Г., Черняк В.А., Литвинова Н.Ю., Селюк В.М., Осадчий А.И., Ткачук Л.С. Хирургия аневризм аорты у больных с сочетанным атеросклеротическим поражением коронарных, экстракраниальных артерий с низкой фракцией сердечного выброса. В кн. “Серцево-судинна хірургія”, Випуск 9, Київ 2001., С.-222-224.

2. Crawford E.S., Salwa A.S., Bagg J.W. Infrarenal abdominal aortic aneurysm: factors influencing survival after operation performed over a 25-year period // *Ann Surg.* – 2000 Vol. 193, № 12. – P. 699-709.
3. Donaldson M.C. Abdominal aortic aneurysms. // *Lancet.* – 2004. – № 3. – P. 1002–1008.
4. Elmore J.R., Hallett J.W., Gibbons R.J. et al. Myocardial revascularization before abdominal aortic aneurysmography: effect of coronary angioplasty // *Mayo Clin. Proc.* 1993. – Vol. 68(7), №. 13. – P. 637-641.
5. David T.E. Combined cardiac and abdominal aortic surgery // *Circulation.* – 2001. – Vol. 72 (suppl II), № 18. – P. 11-21.

**ДІАГНОСТИКА І ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОЄДНАНИХ
АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИХ УРАЖЕНЬ СУДИН СЕРЦЯ,
ГІЛОК ГРУДНОЇ ТА ЧЕРЕВНОЇ АОРТИ**

В. А. Черняк, Г.О. Костромін, Ю.І. Кошевський

В статті наведено спостереження за 74 хворими на атеросклеротичне ураження головних артеріальних басейнів організму. У 28 (37,8%) з них було ураження 3-х судинних басейнів: коронарного, брахіоцефального та нижніх кінцівок. Показана висока значимість ультразвукового і ангіографічного досліджень з метою виявлення і встановлення пріоритету в лікуванні хворих, які мали 3-х судинне ураження.

Звернено увагу на використання малоінвазивних методів лікування (рентгенендоваскулярна дилатація і стентування судин) як на одне з перспективних напрямків, що дозволяє знизити ризик летальності у хворих з 3-х судинним ураженням.

Ключевые слова: мультифокальний атеросклероз, діагностика, оперативна тактика.

**DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT COMBINED ATHEROSCLEROTIC
LESIONS OF CORONARY VESSELS,**

BRANCHES OF THORACIC AND ABDOMINAL AORTA

V.A. Chernyak, G.A. Kostromin, Yu.I. Koshevskiy

There were 74 patients with atherosclerosis of main arterial regions of human organism. 28 (37,8%) of them were having combined affection which was spreading on coronary, cerebrovascular and lower extremities arteries. This article shows both ultrasound and angiography examinations which help to diagnose and choose an optimal root of treatment the patients with lesion of three main arterial regions. It was emphasis on important role of microsurgical methods such as angioplasty and stent using at the time of treatment the patients with combined atherosclerotic affection. These methods allows to get an positive result in infinite number of such patients.

Key words: multifocal atherosclerosis, diagnosis and operative tactics.