

Сочетанные поражения
венечных и магистральных
артерий
(выбор тактики
хирургического лечения)

Выполнила студентка
ПМГМУ им.Сеченова 6 курса
Киселкина Мария Николаевна

Локализация поражения

Выживаемость в течение 5 лет, %

Коронарный атеросклероз

70

Изолированное стенозирующее поражение сонных артерий

80

Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей

>85

Сочетанное поражение

<50



Общепризнаны две хирургические
тактики лечения мультифокального
атеросклероза — одномоментная и
поэтапная.





В настоящее время наиболее актуальными для хирургического лечения системного атеросклероза являются вопросы клинической и инструментальной диагностики, связанные с информативностью, диагностической ценностью, достоверностью и малоинвазивностью диагностических методов.



Атеросклероз, являясь универсальным заболеванием сосудистой системы, часто поражает наряду с венечными артериями и другие сосуды:

- Брахиоцефальные сосуды – 20-46%
- Сосуды таза – 36%
- Брюшная аорта-39%
- Сосуды н/к– 33-70%

Сочетанное поражение коронарных и брахиоцефальных артерий.

В структуре сердечно-сосудистой патологии ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания занимают лидирующие позиции.



Риски и показания для хирургического лечения атеросклеротического поражения сосудов должны определяться не только степенью стеноза, но и значимостью нарушения компенсаторно-резервных возможностей кровообращения в органе.



Исследование резерва коронарной перфузии:

- стресс-ЭхоКГ
 - велоэргометрия
 - сцинтиграфия миокарда с нагрузочными пробами
 - селективная коронарография
- 



Учитывая невозможность выполнения у ряда больных проб с физической нагрузкой, а также наибольшую информативность добутаминовой пробы по сравнению с ВЭМ, тредмил-тестом, дипиридамоловой пробой -выполнение пробы с добутамином является наиболее оптимальным методом диагностики поражения коронарных артерий и оценки функционального состояния миокарда у больных с мультифокальным атеросклерозом.



В то же время, методы определения резервных возможностей мозгового кровотока не всегда безопасны (проба Матаса), недостаточно объективны, громоздки (гиперкапническая проба) или чрезмерно дорогостоящи (сцинтиграфия головного мозга с нагрузочными пробами, МР-ангиография, КТ-ангиография).



В соответствии с Рекомендациями (АСС/АНА, 2004):

- один этап (в одной операционной, операция на СА предшествует коронарному шунтированию),
 - в 2 этапа (сначала операция на БЦА, затем – АКШ –у пациентов с некритической коронарной анатомией)
- 



Одномоментные операции
целесообразны у больных со сниженным
резервом как коронарного, так и
мозгового кровообращения.



Показания для выполнения симультанной операции КЭ и АКШ:

- сочетание ИБС с интраторакальным поражением БЦА;
- гемодинамически значимый стеноз ВСА с симптомами мозговой сосудистой недостаточности в сочетании с тяжелыми формами ИБС (поражение основного ствола ЛКА, множественное поражение КА, нестабильная стенокардия);

Поражение коронарного русла	Поражение церебрального русла	Тактика хирургического лечения
2	2	1.АКШ 2.КЭ
1	3	1.КЭ 2.АКШ
3	1	1.АКШ 2.КЭ
3	3	КЭ+АКШ

Относительная оценка сосудистого резерва:

1 – нет симптомов/ ИБС 1 ФК; ранние проявления недостаточности мозгового кровообращения

2 – ИБС 1-2ФК; ТИА

3 – ИБС 3-4ФК, нестабильная СТ, многососудистое поражение КА; дисциркуляторная энцефалопатия 2-3стадии, инсульт ГМ

Виды осложнений в группах.

Вид осложнения	I группа		II группа			
	абс.	%	IIa		IIb	
			абс.	%	абс.	%
ОИМ	2	5.3	-	-	1	11.1
ОНМК	-	-	1	7.1	-	-
Нарушение ритма	6	15.8	1	7.1	2	22.2
ТИА	-	-	-	-	-	-
Энцефалопатия	2	5.3	-	-	-	-
Кровотечение	1	2.6	-	-	-	-
Летальный исход	-	-	-	-	2	22.2

1 группа - АКШ+КЭ

2а группа - АКШ; КЭ

2б группа – КЭ; АКШ



При изучении качества жизни пациентов в исследуемых группах в раннем послеоперационном периоде, через 6 и 12 месяцев после операции статистически значимых различий по показателям свободы от стенокардии, инсультов, инфарктов миокарда не выявлено.



Рис. 5.3. Алгоритм выбора тактики хирургического лечения больных с сочетанным поражением коронарных и БЦА



Морфология атеросклеротической бляшки брахиоцефальных артерий, выявляющаяся при помощи ультразвукового исследования, играет существенную роль в выборе этапности оперативного лечения.



Сочетанные поражения
коронарных артерий и
магистральных артерий
нижних конечностей.



Все исследователи подчеркивают, что тяжесть ИБС является фактором, определяющим показатели летальности в ближайшем и отдаленном периоде после больших сосудистых операций.

В связи с этим всем больным, направляемым для выполнения операции на сосудах, брюшной аорте и ее ветвях, необходимо сделать коронарографию, а при выявлении резких сужений коронарных артерий — сначала аортокоронарное шунтирование, а затем операцию на сосудах (эндартерэктомия, обходное шунтирование).



Одномоментная реконструктивная операция рекомендуется лишь при выраженной ишемии нижних конечностей, т.к. после выполнения только аортокоронарного шунтирования у них быстро может прогрессировать ишемия и развиваться гангрена нижних конечностей.





Сочетанное поражение коронарных и ренальных сосудов.



Сложность выбора метода лечения определяется тремя факторами:

I. Наличие стеноза почечной артерии и тяжелая артериальная гипертензия способствуют более тяжелому и быстрому течению атеросклеротического процесса в венечных артериях.

II. Реваскуляризация миокарда при существовании стеноза почечной артерии может привести к развитию почечной недостаточности



III. Устранение артериальной гипертензии оперативным путем или с помощью транслюминальной ангиопластики приводит к снижению артериального давления, но при этом возможно ухудшение перфузии коронарных артерий.



Каптоприловая проба:

1. Больные с ухудшением коронарного кровотока в ответ на снижение артериального давления
2. Больные с отсутствием или улучшением показателей ЭКГ в ответ на снижение АД

Операции в 2 этапа:

Для первой группы больных:

1. АКШ
2. устранение стеноза почечных артерий

Для второй группы больных:

1. ангиопластика или реконструктивные операции на почечных артериях
2. АКШ



Спасибо за внимание!