

ודלקות קרום הלב); לטפל בכאבי החולה; למנוע סיבוכים עתידיים אפשריים; ולתכנן טיפול שיצמצם את הנזק לשריר הלב בטווח הארוך.

אפשרויות טיפוליות במחלת העורקים הכליליים

טיפול שמרני

הכוונה למכלול הטיפולים שאינם פולשניים, הכוללים שינוי בסגנון החיים ונטרול גורמי הסיכון כפי שכבר תואר, וכן טיפולים תרופתיים. הטיפול השמרני הוא בעיקר טיפול תרופתי (התרופות מפורטות בהמשך) המשולב בשינוי סגנון החיים כדי להפחית את גורמי הסיכון למחלה. טיפול זה נועד לחולים שמחלת טרשת העורקים אצלם אינה חמורה, וההיצרויות בעורקיהם הכליליים קטנות מ-50 אחוזים, או בחולים שזקוקים לטיפול צנתורי או ניתוחי, אך קיימת הוראת נגד לכך עקב גיל מופלג או מחלות רקע המעלות מאוד את הסיכון להליכים אלו. נוסף על שינוי סגנון החיים הרופאים משתדלים לטפל ביסודיות בסוכרת אם קיימת, לאזן את לחץ הדם ולהפחית את רמת השומנים בדם. חשוב שהחולה יבצע פעילות גופנית מבוקרת אך מתמידה.

תרופות הממוססות קרישי דם

אלו תרופות שנמצאות בשימוש בניידות לטיפול נמרץ, בחדר מיון וביחידות לטיפול נמרץ בבתי החולים, ומטרתן להמס קרישי דם שגרמו לאוטם בשריר הלב. הבולטות מבין תרופות אלו הן הסטרפטוקינאז וה-TPA, ואם הן מוזרקות בזמן הן עשויות להקטין באופן ניכר את גודל הנמק בשריר הלב.

תרופות נוגדות קרישה

תרופות אלו מכונות בלשון פופולרית "תרופות לדילול הדם". מקצתן תרופות בטיפול שוטף הנלקחות דרך הפה על-ידי החולה, כמו אספירין

וקומדין, ותפקידן למנוע היווצרות קרישי דם במערכת הדם ובכך למנוע התקפי לב. קבוצה אחרת של תרופות נוגדות קרישה ניתנות לפני צנתור לב טיפולי ואחריו, ולעתים גם לאחר ניתוח מעקפים. הבולטות ביניהם הן ההפרין הניתנת דרך הווריד והפלבקס הניתנת דרך הפה.

תרופות המרחיבות כלי דם

פעילותן של תרופות אלה היא הרחבת כלי דם כדי לשפר את זרימת הדם אל שריר הלב. הבולטות בתרופות אלו הן הניטרטים הנלקחים דרך הפה בכדור, בספריי מתחת ללשון או כמדבקות על העור. עיקר תפקידן הוא הקלת תעוקת הלב. תופעות הלוואי הבולטות של תרופות אלו הן ירידה בלחץ הדם שיכולה לגרום חולשה, סחרחורת ואף עילפון, וכן כאבי ראש חזקים שבגללם ישנם חולים המסרבים ליטול תרופות אלה.

חוסמי בתא

תרופות אלו מאיטות את קצב הלב ומחלישות את עוצמת התכווצותו, ובכך משמשות לטיפול הן בתעוקת לב, כי הן מצמצמות את תצרוכת החמצן של הלב, והן ביתר לחץ דם ובהפרעות קצב מהירות. הבולטות בתרופות אלו הן הדרלין, נורמיטן, לופרסור וקונקור. תופעות הלוואי של תרופות אלו הן האטה רבה מדי בדופק והחמרת אסתמה.

חוסמי סידן

קבוצת תרופות אלו - שהבולטות בהן הן אדלאט, איקקור ודילטם - משמשות לטיפול בתעוקת לב בחולים שאינם סובלים את חוסמי הבתא. הן מורידות לחץ דם ומטפלות בהפרעות קצב מהירות. תופעות הלוואי הבולטות שלהן הן עצירות ונפיחות בשוקיים.

תרופות נגד אי-ספיקת לב

תרופות אלו - שהבולטות ביניהן הן קפוטן ודימיטון - מטפלות בחולים שלבם נפגע מאוטם גדול או מכמה אוטמים חוזרים. הן משפרות את פעילות הלב הפגוע. תופעות הלוואי של תרופות אלו הן בעיקר פגיעה בתפקוד הכליות.

תרופות משתנות

מטרתן לסלק עודפי נוזלים ומלחים על-ידי הגברת תפוקת השתן. הן משמשות לטיפול ביתר לחץ דם ובאי-ספיקת לב. הבולטת ביניהן היא הפוסיד. תרופות אחרות הן אלדקטון וזרוקסילין. תופעת הלוואי העיקרית היא שיבוש מאזן המלחים בגוף, ובעיקר הורדת רמת האשלגן והנתרן, לכן בשימוש ממושך ובכמות גדולה יש צורך בתוספת אשלגן.

טיפול צינתורי

בצנתור מחדירים צינורית דקיקה בקוטר של כ-2 מ"מ אל עורק המפשעה ומקדמים אותה נגד זרם הדם לכיוון הלב. עם קצה הצינורית נכנסים אל העורק הכלילי הימני, מזריקים חומר ניגוד ומצלמים את החולה בכמה מנחים, כך שתתקבל תמונה אנטומית של העורק על ענפיו. חוזרים על ההליך בעורק השמאלי וענפיו. הדגמת העורקים הכליליים מאפשרת זיהוי היצוריות וחסיומות בעורקים אם הם קיימים. עד כאן זהו הצנתור האבחנתי. הצנתור הטיפולי כולל הרחבת היצוריות על-ידי בלון ו/או השתלת תומכן (סטנט) באזור ההיצרות כדי למנוע את חזרתה. ההרחבה באמצעות הבלון אינה מחסלת או מוציאה את המשקע שגרם להיצרות, אלא רק מועכת אותו ומצמידה אותו לדופן העורק. לפיכך ב-30-40 אחוזים מההיצוריות שהורחבו על-ידי בלון יש חזרה של ההיצרות בתוך כחצי שנה, ולכן פותחו התומכנים העשויים סילי מתכת דמויי

קפיץ והאמורים למנוע את חזרת ההיצרות. אמנם חל שיפור לעומת התוצאות עם הבלון, אך עדיין חזרה ההיצרות בכ-20 אחוזים. באחרונה הוכנסו לשימוש תומכנים מצופים בתרופות המונעות את צמיחת התאים המצפים את דופן העורק, וכך ירד שיעור ההיצרות החוזרת ל-10 אחוזים ומטה (באחרונה הזהיר ה-FDA שב-290 חולים נוצרה חסימה חריפה של עורק על-ידי קריש דם בזמן הכנסת תומכן מצופה כזה, ומתוכם נפטרו 60 חולים). הבעיה שמערכת הבריאות, הרופאים והחולים מתמודדים איתה כרגע היא העלות הגבוהה של תומכנים אלו, כשלעתים יש צורך במספר רב שלהם בחולה אחד. בשנות ה-80 ובתחילת שנות ה-90 טופלו בצנתור טיפולי חולים הסובלים מהיצריות בעורק אחד או שניים, כשהיצריות הן קצרות וממוקמות. כיום, עם הצטברות הניסיון והשיפור בטכנולוגיה, מטפלים בצנתור טיפולי גם בחולים עם מחלה תלת-כלית (מחלה משמעותית בשלושת העורקים הכליליים הראשיים) ועם היצריות מורכבות יותר, אך עדיין יש מגבלות לשיטה זו, ולכן כשהצנתור הטיפולי ממצה את עצמו או כשמלכתחילה לחולה יש מחלה מפושטת ומורכבת, יש להפנותו לניתוח מעקפים כדי לחדש את אספקת הדם ללב בצורה מיטבית ולטווח ארוך.

ניתוח מעקפים

ניתוח מעקפים הוא ניתוח לב שבו מחברים כלי דם (עורקי החזה הפנימיים, עורקי הידיים וורידים מהרגליים) ממקומות אחרים בגוף אל העורקים הכליליים תוך עקיפת אזור החסימה, ובכך מספקים דם לשריר הלב בצורה מיטבית בלי לגעת בהיצרות עצמה. כיום משתדלים לבצע מעקפים בעזרת עורקי החזה הפנימיים ו/או עורק היד (כולם עורקים שהוצאתם אינה גורמת נזק למקום שממנו הוצאו, כי יש בו עורקים חלופיים המבצעים את תפקידם), וממעטים להשתמש בוורידים מהרגליים. היתרון של השימוש

בעורקים הוא שגם אם מחלת הטרשת נמשכת בגוף, היא אינה מערבת עורקים אלו, כך שהלב מקבל אספקת דם מיטבית במשך עשרות שנים.

גורמי סיכון לניתוח מעקפים

מדובר בחולה שכבר הופנה לניתוח מעקפים. להלן גורמי הסיכון המשפיעים על התוצאה הניתוחית:

גיל

מובן שכשמדובר בגיל מתקדם מעל 70, ובוודאי מעל 80, הסיכון גבוה יותר בעיקר עקב מחלות רקע נוספות של החולים. בגילים אלו התוצאות עדיין טובות ביותר, ואנו מבצעים ניתוחי מעקפים עד גיל 90 ומעלה, כל עוד המועמד לניתוח נייד, משרת את עצמו, בעל מוטיבציה ומעוניין בהארכת חייו ובשיפור איכותם. 40 אחוזים מהחולים המועמדים לניתוח מעקפים כיום הם בני 70 ומעלה, וכ-15 אחוזים מעל גיל 80.

מין

לנשים באופן כללי יש עורקים כליליים דקים ועדינים יותר מאשר לגברים, ולכן מבחינה טכנית ביצוע המעקפים דורש מיומנות רבה יותר, אך הסיכון הניתוחי גבוה אך במעט מהגברים. כמו כן נשים מופנות לניתוח בדרך כלל בשלב מתקדם יותר מגברים עקב אבחנה מאוחרת יותר, שכן נשים מקושרות פחות למחלת הטרשת עקב העובדה שבגיל הפוריות הן מוגנות יותר עקב נוכחות רמות גבוהות של אסטרוגנים, שהם בעלי אפקט מגן מפני היווצרות המחלה.

השמנה

חולים שמנים, בעיקר אלו עם השמנה חולנית, מהווים גורם סיכון

להצלחת הניתוח. ההשמנה גורמת לריפוי טוב פחות של פצעים עם סיכון לזיהום בפצע, וכמו כן חולים שמנים ניידים פחות בימים הראשונים לאחר הניתוח ולפיכך נוטים יותר לפתח דלקת ריאות, פקקת (טרומבוזת) של ורידי הרגליים ותסחיפים ריאתיים. אך למרות כל זאת תוצאות ניתוחי מעקפים אצלם טובות מאוד.

סוכרת

מחקרים רבים מצביעים על כך שבחולים סוכרתיים הצלחת ניתוח המעקפים טובה מטיפול צנתורי מכיוון שבטיפול בבלון או בסטנט הם נוטים ליצור היצרות חוזרת במהירות ובשיעור גבוהים. לחולה סוכרת יש סיכון גבוה באחוז אחד בניתוח המעקפים לעומת חולה ללא סוכרת.

מחלת כלי דם היקפית

לחולים עם היצרויות וסתימות בכלי הדם ברגליים יש סיכון גבוה יותר בניתוח המעקפים, ותיכנן גם החמרה באספקת הדם לרגליים שתחייב טיפול באותו אשפוז.

מחלת עורקי התרדמה

לכמה מהחולים המגיעים לניתוח מעקפים יש גם מחלה בעורקי התרדמה המובילים דם למוח (תוצאה של אותה מחלה, טרשת העורקים), ולעתים יש צורך בניתוח משולב של ניקוי עורקי התרדמה ושל מעקפים לעורקי הלב באותה הרדמה. הסיכון המוגבר הוא לאירוע מוחי שיכול להיות קל וחולף עד קשה וקבוע (2-6 אחוזים מהחולים).

תפקוד ירוד של הלב

אם החולה מגיע לניתוח מעקפים כשלבבו כבר עבר כמה התקפי לב או התקף לב אחד מסיבי, תפקוד הלב ירוד והלב עלול להיות מוגדל מאוד. עובדה זו מהווה גורם סיכון משמעותי להצלחת הניתוח.

ניתוח חירום

כאשר חולה מגיע לניתוח מעקפים דחוף מיד לאחר התקף לב מסיבי, או מחדר צנתורים שבו אירעו קרע של עורק או חסימה חריפה שלו, מובן שהדרך היחידה להציל את החולה היא ביצוע ניתוח מעקפים, אך רמת הסיכון בניתוח חירום גבוהה בכמה סדרי גודל מאשר בניתוח מתוכנן, זאת עקב הפגיעה החריפה בשריר הלב, נטייה רבה יותר לדימום בשל שימוש מסיבי בתרופות נגד קרישת דם, פעולות החייאה שונות וכדומה.

שאלות ותשובות

? האם קיימים מזונות או חומרים טבעיים המעכבים ומפחיתים את מחלת טרשת העורקים?

כן. בהחלט קיימים מזונות וחומרים טבעיים אשר מונעים או מעכבים את התפתחות מחלת הטרשת, כמו יין בכמות של עד שתי כוסיות ליממה, ויטמין E, מייץ רימונים, ירקות, שמן זית בכמות מבוקרת ועוד.

? האם עישון סיגריות לייט מהווה סיכון למחלה?

כן, בהחלט. אין הבדל משמעותי בין סיגריות אלו לסיגריות הרגילות מבחינת גורם הסיכון למחלה. יש להימנע לחלוטין מעישון של כל סוגי הסיגריות. גם עישון של מעט סיגריות ביממה מזיק, ותמיד קיימת אפשרות שזה יוביל לעישון כבד.

? מה הם הסיכונים בצנתור אבחנתי?

הסיכון לתמותה בצנתור אבחנתי של העורקים הכליליים הוא 1 ל-1,000, והסיכון לסיבוכים ולתחלואה הוא 1 ל-100 וכולל: קרע של עורק כלילי או חסימה שלו המחייבים ניתוח דחוף; תגובה אלרגית לחומר הניגוד שמוזרק במהלך הצנתור; פגיעה כלייתית ופגיעה מוחית בדרגה קלה עד קשה; ושטף דם במפשעה.

? מהו הסיכון בצנתור טיפולי (ניפוח בלון או השתלת תומכון)?

הסיכון לתמותה בצנתור טיפולי הוא אחד ל-100, והסיכון לתחלואה ולסיבוכים הוא 3 ל-100. כאמור, הסיבוכים האפשריים כוללים שטף דם באזור המפשעה, תגובה אלרגית לחומר הניגוד, פגיעה כלייתית, קרע או חסימה חריפה המחייבים ניתוח מעקפים דחוף ופגיעה מוחית קלה עד קשה.

? האם קיים סיכון בטיפול שמרני?

בחולה עם חסימה של העורק הכלילי השמאלי הראשי, ובחולי סוכרת בגיל מתקדם עם תפקוד לב ירוד, הסיכון בטיפול שמרני ללא ניתוח הוא גבוה. בחולים צעירים עם תפקוד לבבי שמור, היצריות מרוחקות בעורקים הכליליים ומעט תסמינים, הסיכון בטיפול שמרני קטן יותר, אך הטיפול השמרני אינו נותן מענה מלא למחלה.

? עברתי התקף לב, האם זה אומר שאהיה חולה לב לתמיד?

חשוב לזכור! אם עברת התקף לב ואין לך גורמי סיכון למחלת טרשת העורקים, אין לך תסמינים של תעוקת לב ומבחן המאמץ שלך שלילי - הסיכון במצבך קטן, אך אתה זקוק למעקב רפואי תקופתי. אם אתה סובל מתעוקת לב, יש לך גורמי סיכון לטרשת העורקים ומבחן המאמץ שלך חיובי - יש צורך בבדיקה קרדיולוגית וכנראה בצנתור להערכת מצבך.