

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения

_____ В.В.Колбанов

26 июня 2006 г.

Регистрационный № 058-0606

**ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ НЕПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ
АТЕРОСКЛЕРОЗЕ В НЕСПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ СТАЦИОНАРАХ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет

Автор: А.В. Петухов

Предлагаемая технология позволяет расширить возможности оказания помощи больным облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей в условиях общехирургического стационара на основе использования комплекса простых оперативных вмешательств, дополняющих лекарственную терапию. Данная технология сочетает в себе наиболее доступные, малозатратные и, в то же время, современные методы лечения больных облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей. Эта методика позволяет улучшить качество жизни значительной группы пациентов, существенно снизить количество первичных ампутаций нижних конечностей.

Метод прост, доступен и показан к применению в хирургических отделениях стационаров городских и районных больниц.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей при отсутствии показаний или наличии противопоказаний к реконструктивным операциям.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ

Для применения метода необходимо оборудование общехирургического стационара.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Больные облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, имеющие окклюзии магистральных артерий подвздошно-бедренного и подколенного звена либо гемодинамически значимые стенозы (75 % и выше) в этих сегментах, подлежат реконструктивным операциям в специализированных сосудистых отделениях.

В то же время, расстройства периферического кровообращения могут быть существенны и при значительно меньшем поражении магистральных

сосудов, что может быть связано с поражением периферического русла (мелкие артерии голеней), где реконструкция технически неосуществима, а также с нарушениями микроциркуляции на фоне стеноза магистральных артерий 50 % и менее.

Для адекватного подбора пациентов для непрямой реваскуляризации на фоне продолжающегося консервативного лечения при обследовании больного необходимо выявить:

1. Наличие облитерирующего атеросклероза.
2. Наличие дистальной ишемии и нарушения микроциркуляции.
3. Степень функциональных нарушений.
4. Отсутствие показаний к реконструктивной операции или наличие противопоказаний к ней.
5. Принять решение по лечению.

Клинически наличие облитерирующего атеросклероза устанавливается путем анализа жалоб пациента на перемежающуюся хромоту, зябкость стоп. Пальпаторно оценивается пульсация артерий, начиная от бедренной до артерий голени, а также аускультации доступных артерий (бедренная, подколенная). Эти простые исследования могут дать существенную информацию о характере кровотока по артериям конечностей:

1 вариант – при пальпации определяется ослабление пульса, при аускультации шума нет – стеноз менее 50 %;

2 вариант – при пальпации отмечается ослабление пульса, аускультативно слышен систолический шум – стеноз 50-75 %;

3 вариант – при пальпации значительное снижение пульса, аускультативно шума нет – стеноз более 75 %;

4 вариант – отсутствуют пальпаторные и аускультативные признаки функции артерии – окклюзия.

Дистальная ишемия проявляется изменением цвета стопы (бледность, цианоз, а в тяжелых случаях гиперемия), нарушением заполнения вен (запавшие вены), снижением кожной температуры в 1 межпальцевом

промежутке до 28-21 °С, удлинением времени исчезновения «бледного пятна» до 6-7 с и более.

Степень функциональных нарушений тем выше, чем ниже кожная температура, короче путь при оценке «перемежающейся хромоты», больше время симптома «бледного пятна», цвет кожных покровов от бледного изменился к цианотичному или гиперемии. Гиперемия с отеком и повышение кожной температуры – неблагоприятный симптомокомплекс, свидетельствующий о начале некробиоза тканей.

подавляющее большинство этих больных должно быть проконсультировано ангиохирургом с применением УЗ исследований и ангиографии. При отсутствии показаний к реконструктивным операциям или противопоказаний к ним такие пациенты должны продолжать регулярное профилактическое лечение в общехирургических стационарах с применением всех методов физио- и лекарственной терапии. При отсутствии общесоматических противопоказаний к хирургическим вмешательствам таким больным может быть выполнена поясничная или периартериальная симпатэктомия.

Поясничная симпатэктомия производится на стороне наибольших функциональных нарушений, а при наличии одинаковых клинических проявлений, вначале слева, так как левосторонняя симпатэктомия может быть эффективной для купирования патологических проявлений с обеих сторон.

Операция проводится под эндотрахеальным наркозом, в положении больного на боку. Доступ к поясничному симпатическому стволу внебрюшинный. Разрез проводится по боковой поверхности брюшной стенки в направлении от края 11 ребра к пупку. Рассекается кожа, подкожная клетчатка, разводятся мышцы передней брюшной стенки, брюшинный мешок отслаивается медиально. Поясничный симпатический ствол располагается на боковой поверхности поясничного отдела позвоночника. Проводится выделение ствола на протяжении 4-5 см (2-3 ганглиев), участок

ствола иссекается. Рана послойно ушивается. При необходимости в забрюшинное пространство ставится дренаж.

Периартериальная симпатэктомия, как правило, является этапом реконструктивных операций на сосудах, однако может быть выполнена как самостоятельная операция для улучшения качества жизни пациента. При выполнении в качестве самостоятельной операции может быть произведена под местной анестезией 0,25 % новокаином. Продольным разрезом в паховой области в проекции бедренной артерии рассекаются кожа, подкожная клетчатка и фасция. Обнажается бедренная артерия от паховой складки на протяжении 10-12 см. Артерия берется на турникеты, затем на протяжении 7-8 см производится циркулярное удаление адвентициальной оболочки артерии, которая пронизана мелкими сосудами и сопровождающими их сплетениями вегетативной нервной системы. По окончании удаления адвентиции производится контроль гемостаза и послойное ушивание раны.

По срокам продолжительности эффекта операции и отдаленным результатам поясничная симпатэктомия сопоставима с бедренно-подколенным шунтированием (10 и 12 месяцев, 28,6 % и 33,3 % успеха соответственно). Периартериальная симпатэктомия - продолжительность эффекта 6 месяцев, 33,3 % успеха. Обе операции выполнимы в условиях общехирургического стационара, просты технически и не требуют сложного оборудования.

Использование этих операций делает прогноз лечения более благоприятным и улучшает качество жизни 30 % пациентов.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Противопоказаний к применению метода и специфических осложнений операций не выявлено.