

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневиц

«03.11.2020» 2020 г.

Регистрационный № 031-0520

**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ АОРТЫ IV ТИПА**
инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр «Кардиология»

АВТОРЫ: к.м.н. Попель Г.А., Жмайлик Р.Р., Смоляков А.Л., д.м.н.
Шестакова Л.Г., Манкевич Н.В.

Минск, 2020

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ТААА IV типа – торакоабдоминальная аневризма IV типа

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

В настоящей инструкции по применению (далее - инструкция) изложен метод хирургического лечения пациентов с торакоабдоминальными аневризмами аорты (далее - ТААА) IV типа.

Метод, изложенный в настоящей инструкции, предназначен для врачей-ангиохирургов, врачей-кардиохирургов, врачей-анестезиологов-реаниматологов и иных врачей-специалистов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам с торакоабдоминальными аневризмами аорты IV типа в стационарных условиях.

1. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Торакоабдоминальные аневризмы аорты IV типа с вовлечением в патологический процесс почечных и/или висцеральных артерий (I71.6 по МКБ-10).

2. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Абсолютные противопоказания:

1. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей (I80.0 по МКБ-10) и/или тромбоэмболия легочной артерии (I26.0 по МКБ-10) в анамнезе (в предшествующие 6 мес.).

2. Патология ЖКТ с риском возникновения или наличием кровотечения (K92.2 по МКБ-10).

3. Злокачественные заболевания любой локализации с прогнозируемой продолжительностью жизни пациента менее 1 года (C00-D48 по МКБ-10).

4. Заболевания сердца и магистральных сосудов, требующие первоочередного хирургического лечения (I00-I99 по МКБ-10).

5. Хронические заболевания почек в фазе декомпенсации (N18.4, N18.5 по МКБ-10).

6. Хронические заболевания легких в стадии декомпенсации (J44 по МКБ-10).

Иные противопоказания, соответствующие таковым для медицинского применения медицинских изделий и лекарственных средств, необходимых для реализации метода, изложенного в данной инструкции.

3. ОГРАНИЧЕНИЯ МЕТОДА

Выраженные дегенеративные изменения в стенке аорты и ее кальцификация, включая зону почечных и висцеральных артерий.

4. ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, МАТЕРИАЛОВ, ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И Т.Д.

1. Сосудистый протез синтетический (линейный, или бифуркационный, или многобраншевый).

2. Полипропиленовая нерассасывающаяся монофиламентная двухигольная нить.

3. Антисептическое лекарственное средство, предназначенное для обработки операционного поля.

4. Стерильное операционное белье.

5. Медицинские изделия и лекарственные средства, необходимые для выполнения хирургических операций на аорте, почечных и висцеральных артериях.

6. Раствор, для органной протекции охлажденный до 4 градусов Цельсия (для проведения фармакохолодовой перфузии органов брюшной полости и забрюшинного пространства).

7. Аппарат и система для интраоперационной реинфузии крови.

5. ТЕХНОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

5.1.Предоперационная подготовка

1. Предоперационную подготовку пациента проводить в соответствии с общепринятыми мероприятиями по подготовке пациентов к выполнению хирургических операций на аорте, почечных и висцеральных артериях.

2. Положение пациента на операционном столе – лежа на правом боку (на левом боку – при обратном анатомическом расположении аорты).

3. Анестезиологическое пособие осуществить общепринятыми методами для выполнения хирургических операций на грудной и брюшной аорте согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.06.2011 № 615 «Клинический протокол предоперационной диагностики, мониторингования и выбора метода анестезии у пациентов в стационарных условиях».

4. Операционное поле обработать раствором антисептического лекарственного средства, предназначенного для обработки операционного поля, отграничить стерильным операционным бельем.

5.2.Хирургическая операция на аорте

5.2.1. Хирургический доступ

Хирургический доступ осуществить через доступ на передней брюшной стенке, рассекая кожу от прямой мышцы живота до

среднеподмышечной линии по направлению десятого межреберья. Послойно рассекать подлежащие ткани с отслоением париетальной брюшины, вскрыть поддиафрагмальную зону забрюшинного пространства, произвести полное рассечение медиальной ножки диафрагмы и дугообразной связки диафрагмы, провести мобилизацию, прошивание и тракцию проксимальной части ножки диафрагмы, обеспечивая доступ к аорте, почечным и висцеральным артериям.

Хирургическую операцию выполнять в одном из возможных вариантов: 1) без временной пассивной перфузии внутренних органов и нижней половины тела; 2) с временной пассивной перфузией внутренних органов и нижней половины тела.

При выполнении операций тотального протезирования брюшного отдела аорты в условиях временного пассивного аорто-аортального (артериального) шунтирования требуется доступ к вышележащему сегменту нисходящей грудной аорты. В этом случае хирургический доступ выполнить в модификации с торакотомией в девятом и/или восьмом межреберьях с пересечением диафрагмы.

5.2.2. Методика временной пассивной перфузии внутренних органов и нижней половины тела.

Произвести последовательную канюляцию «на кисетах» нисходящего отдела грудной аорты (канюля забора) и терминального отдела брюшной аорты, или одной из подвздошных артерий (канюля подачи). Висцеральные ветви брюшной аорты и почечные артерии, вовлеченные в патологический процесс, последовательно перевязать у устья, отсечь и соединить посредством канюль с браншами трубчатого разветвителя, который соединяют с боковым отводом аортальной канюли.

В условиях функционирования временного аорто-аортального или аорто-подвздошного шунта пережать аорту ниже канюли забора и выше канюли подачи.

5.2.3. Выполнение основного этапа хирургической операции на аорте в зависимости от характера поражения.

5.2.3.1. При интравенальной аневризме с целью минимизации времени ишемии одной из почек первым этапом выполнить сплено-ренальный анастомоз между левой почечной и селезеночной артериями. Далее выполнить резекцию аневризмы брюшной аорты, протезировать брюшной отдел аорты с реплантацией правой почечной артерии в протез.

5.2.3.2. При ТААА с вовлечением висцеральных и почечных артерий при возможности выполнить резекцию аневризмы аорты и протезировать её с реимплантацией висцеральных и почечных артерий в сосудистый протез «на площадке» при условии отсутствия атеросклеротических изменений в стенке аорты и в месте отхождения ее ветвей. Реимплантацию почечных и висцеральных артерий осуществлять с обязательной защитой паренхиматозных органов и правой почки раствором для органной протекции.

Нижнюю брыжеечную артерию при отсутствии ее облитерации во всех случаях реимплантировать в сосудистый протез по типу «конец в бок» с его боковым отжатию.

5.2.4. Завершение хирургической операции

5.2.4.1. При работе в условиях временного пассивного шунтирования последовательно выполнить деканюляцию: извлечь канюлю забора и подачи.

5.2.4.2. Выполнить тщательный гемостаз забрюшинного пространства.

5.2.4.3. Дренировать двумя полихлорвиниловыми дренажными трубками (один из дренажей позиционировать в поддиафрагмальное пространство, второй – в область бифуркации аорты). В случае пересечения диафрагмы и вскрытия плевральной полости, ушить диафрагму, а плевральную полость дренировать отдельным дренажем.

Послеоперационную рану послойно ушить наглухо.

Завершить технологический этап 5.2.4 общепринятыми методами.

6. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕТОДА И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Кровотечение из анастомозов протеза и аорты, анастомозов браншей протеза висцеральных и почечных артерий: гемостаз осуществить путем наложения дополнительных герметичных швов, при необходимости – с повторным пережатием аорты и ее ветвей.

2. Тромбоз браншей многобраншевого протеза: тромбэктомия из протеза.

3. Пневмоторакс при выполнении внеплевального забрюшинного доступа: дренирование плевральной полости.

4. Разрыв селезенки: спленэктомию из имеющегося доступа.