



МІНСКІ ГАРАДСКІ
ВЫКАНАЎЧЫ КАМІТЭТ

КАМІТЭТ
ПА АХОВЕ ЗДАРОЎЯ

ЗАГАД

МИНСКИЙ ГОРОДСКОЙ
ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ

КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

ПРИКАЗ

01.04.2016 № 209

г. Минск

г. Минск

О совершенствовании диагностики и лечения пациентов с заболеваниями магистральных сосудов конечностей, брахиоцефальных артерий, брюшного отдела аорты

В целях совершенствования оказания медицинской помощи пациентам с сосудистой патологией на амбулаторно-поликлиническом этапе

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить

- 1.1. методические рекомендации диагностики и лечения хронических окклюзирующих заболеваний артерий нижних конечностей (приложение 1).
- 1.2. методические рекомендации по организации диагностики, выбору лечебной тактики и динамическому наблюдению при стенозирующих поражениях магистральных артерий головы (приложение 2).
- 1.3. методические рекомендации по диагностике и лечению аневризм брюшного отдела аорты (приложение 3).
- 1.4. показания к проведению ультразвукового дуплексного исследования сосудов конечностей и брахиоцефальных артерий (приложение 4).

2. Главным врачам центральных районных поликлиник:

- 2.1. изучить и представить в комитет по здравоохранению (главному внештатному сосудистому хирургу Климчуку И.П.) потребность в прохождении врачами хирургами повышения квалификации по сосудистой патологии на рабочем месте на базе УЗ «4-я городская клиническая больница» по типу служебного прикомандирования сроком на одну неделю
срок – до 01.04.2016;

2.2. открыть на функциональной основе районные кабинеты ультразвукового исследования периферических сосудов используя имеющиеся материальные и кадровые ресурсы в следующих учреждениях здравоохранения:

- Заводской район – 17 ГП, 36 ГП;
Ленинский район – 11 ГП, 23 ГП;

Московский район – 5 ГП, 39 ГП;
Октябрьский район – 3 ЦРП, 35 ГП;
Партизанский район – 14 ЦРП;
Советский район – 34 ЦРП;
Фрунзенский район – 10 ГП, 31 ГП;
Первомайский район – 8 ГП, 28 ГП;
Центральный район – 4 ГП

срок – до 01.09.2016;

3. Главным врачам учреждений здравоохранения обеспечить:

3.1. выполнение методических рекомендаций диагностики и лечения хронических окклюзирующих заболеваний артерий нижних конечностей (приложение 1), стенозирующих поражениях магистральных артерий головы (приложение 2) и аневризм брюшного отдела аорты (приложение 3)

срок – постоянно

3.2. направление пациентов на ультразвуковое исследование сосудов конечностей и БЦА строго по утвержденным показаниям (приложение 4).

4. Главному врачу учреждения здравоохранения «4-ая городская клиническая больница имени Н.Е. Савченко»

4.1. открыть дополнительный кабинет консультативного приема врача-ангиохирурга на базе УЗ «4-я городская клиническая больница» с увеличив штатное расписание на 1,0 должность врача и 1,0 должность медицинской сестры

Срок – до 01.08.2016

4.2. пересчитать штатное расписание и фонд заработной платы учреждения и представить в комитет по здравоохранению в срок до 01.06.2016

5. Главным внештатным специалистам комитета по ультразвуковой и функциональной диагностике определить потребность в прохождении курсов повышения квалификации по УЗД сосудистой патологии нижних конечностей в ГУО «БелМАПО» и представить в комитет по здравоохранению

срок до 01.05.2016

6. Главным внештатным специалистам комитета по здравоохранению Мингорисполкома Капустинской Е.А., Климчуку И.П., Комкову Р.В., Черноглазу П.Ф., Астапенко А.В., Карлович Н.В.: организовать проведение обучающих семинаров для врачей хирургов, терапевтов, неврологов, эндокринологов, врачей общей практики по раннему выявлению пациентов с артериальной сосудистой патологией.

7. Контроль за выполнением приказа возложить на начальника управления комитета по здравоохранению Мингорисполкома Предко Н.М.

Первый заместитель председателя



Д.В.Чередниченко

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
диагностики и лечения хронических окклюзирующих заболеваний артерий
нижних конечностей

РАЗДЕЛ 1

ГЛАВА 1

Общие положения

1. Клинический протокол по диагностике и лечению пациентов с хроническими окклюзирующими заболеваниями артерий нижних конечностей предназначен для оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях учреждений комитета по здравоохранению Мингорисполкома.

2. Возрастная категория: взрослое население.

3. Наименование нозологической формы заболевания I 70.2

4. Определение «Хронические окклюзирующие заболевания артерий нижних конечностей (ХОЗАНК)» – это синдром, обусловленный изменением анатомической структуры и функции артерий конечностей.

ГЛАВА 2

Классификация

Этиологическая структура хронических окклюзирующих заболеваний артерий нижних конечностей:

Атеросклероз – 82%

Неспецифический аортоартериит – 9%

Диабетическая ангиопатия – 6%

Тромбангиит – 1,4%

Прочие (гипоплазия, посттравматическая окклюзия, постэмболическая окклюзия, ретроперитонеальный фиброз и т.п.) – 1,6%.

5. Клиническая классификация ХАН нижних конечностей по Fontaine-Покровскому

Степень	Симптоматика	Дополнительные показатели
I	Асимптомная стадия или перемежающаяся хромота, возникающая при ходьбе обычным шагом на расстояние более 1000 метров.	ЛПИ>0,9; нормальный тредмил-тест (лодыжечно – плечевой индекс; методику определения – см. Дополнительное приложение)

IIa	Перебежающая хромота, возникающая при ходьбе на расстояние от 200 до 1000 метров.	ЛПИ-0,7-0,8; дистанция ходьбы при стандартном тредмил-тесте не менее 200 метров и время восстановления ЛПИ менее 15,5 мин.
IIб	Перебежающая хромота, возникающая при ходьбе на расстояние до 200 метров.	ЛПИ меньше 0,7; дистанция ходьбы при стандартном тредмил-тесте менее 200 метров и время восстановления ЛПИ до исходных значений более 15,5 мин.
III	Боли в покое	Лодыжечное давление в покое <50 мм рт.ст., по артериям регистрируется коллатеральный тип кровообращения или артерии не лоцируются, пальцевое давление <30 мм рт.ст.
IVa	Трофические нарушения ограниченные	Лодыжечное давление в покое <50 мм рт.ст., по артериям регистрируется коллатеральный тип кровообращения или артерии не лоцируются, пальцевое давление <30 мм рт.ст.
IVб	Трофические нарушения распространенные	

6. Анатомическая классификация поражения артерий:

- a) Поражение аорто-подвздошного сегмента
- b) Поражение бедренно-подколенного сегмента
- c) Поражение подколенно-берцового сегмента
- d) Тотальное поражение МАНК

ГЛАВА 3

Диагностика облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей

1. Ключевые симптомы для диагностики и дифференциальной диагностики поражения артерий нижних конечностей:

- наличие изменений в развитии мышечной мускулатуры нижних конечностей и такие симптомы при ходьбе как слабость, болезненность, онемение в области мышц нижних конечностей (в области ягодиц, бедер, икроножных мышц);

- наличие дискомфорта в покое или при напряжении;

- проявления симптомов, свидетельствующих о плохом заживлении или не заживлении ран в области ног и стоп;

-выраженность болевого синдрома в области ног и/или стоп в покое, и ее зависимость от положения тела (стоя, лежа).

2. Диагноз устанавливается на основании комплексного обследования, включающего физикальные, лабораторные и инструментальные методы диагностики. При наличии симптомов КИНК врач любой специальности обязан направить на срочную консультацию к сосудистому

хирургу либо ее обеспечить, если пациент не может самостоятельно передвигаться.

3. Амбулаторный этап диагностики (врач-хирург поликлиники):

Ключевые компоненты осмотра:

– измерение АД на обеих руках с целью выявления асимметрии, а также аускультация подключичных артерий с целью выявления шума;

– пальпация пульса и аускультация сонных артерий с целью выявления шума;

– пальпация живота с целью оценки пульсации аорты и ее диаметра;

– пальпация пульса в области плечевых, лучевых, локтевых, бедренных, подколенных, большеберцовых артерий и артерий стопы;

– аускультация обеих бедренных артерий для выявления шумов;

– оценка пульса должна быть выполнена с помощью следующих критериев: 0 – отсутствует; 1 – снижен; 2 – нормальный;

– для осмотра стоп пациент должен снять обувь и носки, следует обратить внимание на температуру и целостность кожных покровов стопы, наличие повреждений, изъязвлений;

– дополнительные симптомы, на которые следует обратить внимание: отсутствие (выпадение) волос, трофические изменения кожи, гипертрофия ногтей.

Определение пульсации бедренной, подколенной, задней большеберцовой артерии, тыльной артерии стопы. Пальпируемый пульс на стопе в 90% случаев позволяет исключить диагноз хронического окклюзирующего заболевания артерий нижних конечностей.

Ультразвуковое исследование сосудов проводится в срочном и плановом порядке (см. приложение 2). При наличии острой сосудистой патологии врач экстренно направляет в городской сосудистый центр УЗ «4-я городская клиническая больница».

4. Амбулаторный этап диагностики (врач-ангиохirurg УЗ «МКДЦ»):

– пациенты направляются на консультацию к врачу-ангиохирургу УЗ «Минский консультационно-диагностический центр» при наличии сложностей в постановке диагноза и для определения тактики дальнейшего ведения.

ГЛАВА 4

Лечение облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей

1. Амбулаторный этап лечения.

Амбулаторному лечению подлежат пациенты с ХАН I-IIa степени по классификации Fontaine-Покровского. При выявлении таких пациентов врач-хирург поликлиники назначает консервативное лечение совместно с врачами терапевтического профиля (участковый терапевт, кардиолог). Пациенты с ХАН IIб – IV степени подлежат амбулаторному лечению при противопоказаниях к плановой реконструктивной операции.

2. Стационарный этап лечения.

Стационарному лечению подлежат пациенты с ХАН IIб-IV степени по классификации Fontaine-Покровского. При выявлении таких пациентов врач-хирург поликлиники направляет их на консультацию к врачу-ангиохирургу сосудистого центра УЗ «4-я городская клиническая больница». Врач-ангиохирург госпитализирует пациентов с ХАН III-IV в специализированный стационар в срочном порядке для реваскуляризации (при наличии условий), которая является основным методом лечения КИНК. Пациенты с ХАН IIб после консультации ангиохирурга могут быть направлены с соответствующими рекомендациями для консервативного лечения в амбулаторных (стационарных) условиях по месту жительства. Контроль ангиохирурга через 12 месяцев, или ранее при наличии признаков прогрессирования ишемии. При прогрессировании ишемии, не смотря на адекватную консервативную терапию и модификацию факторов риска, пациенты с ХАН IIб госпитализируются в специализированный стационар для углубленного обследования и решения вопроса о реваскуляризации. Кроме того, выполняется весь спектр консервативных мероприятий в качестве предоперационной подготовки и послеоперационного лечения.

При наличии многоэтажного поражения в первую очередь осуществляется коррекция путей «притока».

Выбор метода реваскуляризации (хирургическая либо эндоваскулярная коррекция) осуществляется с учетом классификации по системе TASC II:

при поражениях типа А и В - преимущественно эндоваскулярное лечение
при поражениях типа В и С – решение принимается совместно сосудистым и эндоваскулярным хирургом (принцип командного подхода) для выбора оптимальной тактики реваскуляризации в том числе и применения гибридного подхода.

Классификация аорто-подвздошных поражений (TASC II)

Тип А :

- односторонние или двусторонние стенозы ОПА;
- односторонние или двусторонние единичные короткие (≤ 3 см) стенозы НПА.

Тип В :

- короткий (≤ 3 см) стеноз инфраренальной аорты, инфраренального отдела брюшной аорты;
- диффузные множественные стенозы с вовлечением ОПА и НПА;
- двусторонние стенозы НПА, не распространяющиеся на ОБА;
- односторонняя или двусторонняя окклюзия ОПА;
- двусторонние или односторонние окклюзии НПА, не вовлекающие устья внутренних подвздошных артерий или ОБА;
- стенозы подвздошных артерий у больных с АБА, которым запланировано эндопротезирование.

Тип С :

- односторонние стенозы НПА, распространяющиеся на ОБА;
- односторонние окклюзии НПА, вовлекающие устья внутренних подвздошных артерий и/или ОБА;
- тяжело кальцинированные односторонние окклюзии НПА с вовлечением или без вовлечения устьев внутренних подвздошных артерий и/или ОБА.

Тип D :

- окклюзия инфраренальной аорты;
- диффузное поражение, вовлекающее аорту и обе подвздошные артерии, требующее хирургического лечения;
- диффузные множественные стенозы с вовлечением ОПА, НПА и ОБА;
- односторонние окклюзии ОПА и НПА;
- стенозы подвздошных артерий у больных с АБА, требующей лечения и не подходящей для эндопротезирования, или в сочетании с другими поражениями, требующими открытой операции.

Классификация бедренно-подколенных поражений (TASC II)

Тип А

- единичный стеноз ≤ 10 см;
- единичная окклюзия ≤ 10 см;
- изолированное поражение артерий голени.

Тип В :

- единичные или множественные поражения в отсутствии проходимых берцовых артерий для улучшения притока к дистальному шунту;
- тяжелые окклюзии ≤ 5 см;
- единичные стенозы подколенной артерии.

Тип С :

- множественные поражения (стенозы или окклюзии), каждое ≤ 5 см;
- единичные стенозы или окклюзии > 10 см;
- множественные стенозы или окклюзии в общей сложности > 10 см с кальцификацией или без нее;
- рестеноз или реокклюзия после двух эндоваскулярных вмешательств.

Тип D:

- хронические тотальные окклюзии ОБА или ПБА (> 20 см с вовлечением подколенной артерии);
- хронические тотальные окклюзии подколенной артерии и ее трифуркации.

Классификация поражений артерий голени (TASC II).

Тип А Единичные стенозы большеберцовых или малоберцовой артерии короче 1 см.

Тип В Мультифокальные стенозы большеберцовых или малоберцовой артерии, каждый протяженностью меньше 1 см. Один или два стеноза в области трифуркации, каждый протяженностью меньше 1 см.

Тип С Стенозы протяженностью 1-4 см. Окклюзии большеберцовых или малоберцовой артерий протяженностью 1-2 см. Протяженные стенозы в области трифуркации.

Тип D Окклюзии большеберцовых или малоберцовой артерий протяженностью более 2 см. Диффузное поражение большеберцовых или малоберцовой артерий.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ХОЗАНК – хронические окклюзирующие заболевания артерий нижних конечностей

КИНК – критическая ишемия нижних конечностей

ЛПИ – лодыжечно-плечевой индекс

УЗДГ – ультразвуковая доплерография

МАНК – магистральные артерии нижних конечностей

СД – сахарный диабет

АСК – ацетилсалициловая кислота

ХАН – хроническая артериальная недостаточность

АБА – аневризма брюшной аорты

ОПА – общая подвздошная артерия

НПА – наружная подвздошная артерия

ОБА – общая бедренная артерия

ПБА – поверхностная бедренная артерия

ГБА – глубокая бедренная артерия