

Изобретение относится к медицине, а именно к эндоскопической и сосудистой хирургии, т.е. к способам лечения заболеваний артерий нижних конечностей.

За прототип нами выбран способ лечения заболеваний артерий нижних конечностей, включающий выполнение поясничной симпатэктомии хирургическим экстраперитонеальным путем по Токатсу, наиболее часто используемый в современной клинической практике (Шабанов А.Н., Котельников В.П. Патогенез и лечение облитерирующего энтертериита. - М.: Медицина, 1983. - С.125 - 128). Сущность способа в следующем: под эндотрахеальным наркозом производится разрез кожи, подкожной клетчатки, наружной косой мышцы живота длиной 10 - 12см от пупка до 11 - го ребра с соответствующей стороны переднебоковой поверхности брюшной стенки. Внутренняя косая, поперечная мышца живота и поперечная фасция расслаиваются до брюшины, последняя отслаивается от переднебоковой и задней стенки живота, переднебоковой поверхности позвоночника и отодвигается к средней линии живота, обнажается симпатический ствол с ганглиями, который иссекается на уровне 2 - 4 поясничных ганглиев. Затем забрюшинное пространство дренируется дренажной трубкой, разрез переднебоковой брюшной стенки послойно ушивается.

Признаками, совпадающими с существенными признаками предлагаемого хирургического способа лечения заболеваний артерий нижних конечностей, является выполнение поясничной симпатэктомии.

Признаками, препятствующими достижению ожидаемого технического результата (сокращение сроков лечения, устранение послеоперационных и интраоперационных осложнений) является высокая травматичность операции за счет выполнения хирургического разреза большой протяженности передней брюшной стенки.

В основу изобретения поставлена задача усовершенствования хирургического способа лечения заболеваний артерий нижних конечностей путем выполнения малотравматичной поясничной симпатэктомии за счет применения видеолaparоскопии и эндоскопических инструментов, что обеспечивает достижение технического результата.

Хирургический способ лечения заболеваний артерий нижних конечностей, включающий выполнение поясничной симпатэктомии, осуществляется путем введения в брюшную полость через отдельные проколы видеолaparоскопа и эндоскопических инструментов.

Причинно-следственная связь.

Между совокупностью существенных признаков проявляется следующая причинно-следственная связь: применение видеолaparоскопа для проведения хирургической операции позволяет снизить травматичность оперативного вмешательства и соответственно устранить побочные эффекты (осложнения).

На чертеже (фиг.) показаны точки введения видеолaparоскопа и эндоскопических инструментов на передней брюшной стенке: 1 - точка введения видеолaparоскопа, 2 - точка введения верхнего эпигастрального троакара и

эндоскопических щипцов, 3 - точка введения нижнего гипогастального троакара и эндоскопического манипулятора, 4 - точка введения среднего эпигастрального троакара и дополнительных эндоскопических щипцов, 5 - точка введения среднего гипогастального троакара и эндоскопического инструмента (эндоскопических ножниц, электрокоагулятора).

Видеолaparоскопическую поясничную симпатэктомию начинают с выполнения под эндотрахеальным наркозом лапароцентеза (прокола) в точке 1, через который вводят троакар и лапароскоп с видеокамерой, инсуфлируют в брюшную полость воздух для создания пневмоперитонеума. Затем под контролем видеомонитора устанавливают при помощи проколов передней брюшной стенки три дополнительных троакара в точках 2, 3, 4 (эпигастральная область под мечевидным отростком - 2, в гипогастальной области до средней линии между лоном и пупком - 3, в эпигастральной области между введенным лапароскопом и верхним эпигастральным троакаром 4, еще один троакар ниже пупка на 2 - 3см. - 5.). При помощи эндоскопических щипцов через троакар 2 отодвигают петли тонкого кишечника вверх, при этом создают также наклон головного конца операционного стола. На данном этапе обнажают задний листок брюшины. Анатомическими ориентирами служат связка Трейца и нижний край забрюшинной части 12 - ти перстной кишки. При помощи эндоскопических ножниц, введенных через прокол 5, рассекают париетальный листок брюшины над брюшной аортой при выполнении симпатэктомии слева и по латеральному краю нижней полой вены при симпатэктомии справа. Эндоскопические ножницы, введенные через троакар 5, заменяют на эндоскопический манипулятор, отодвигают сосудистые элементы медиально. Пульсацию брюшной аорты отчетливо определяют на видеомониторе. На этом этапе операции у больных астенического и нормостенического телосложения через поясничную фасцию отчетливо визуализировали симпатический ствол с ганглиями. При помощи двух эндоскопических щипцов, введенных через 4 и 5 троакары, поясничную фасцию тупо разъединяют, обнажают симпатический ствол с 2 - 4 поясничными ганглиями. Тупо выделяют поясничный ствол с 2 - 4 ганглиями, пересекают боковые симпатические волокна. Симпатический ствол пересекают сверху и снизу при помощи эндоскопических ножниц или электрокоагулятора и извлекают через троакар 3. Кровотечение при этом было минимальным. Операцию завершают установкой полихлорвинилового дренажа в забрюшинное пространство к месту иссеченного симпатического ствола через троакар 3. На лапароцентезные отверстия накладывают по одному шву. Во всех случаях симпатический ствол либо ганглий были гистологически верифицированы.

Описанный хирургический способ применен в лечении 20 больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (облитерирующий атеросклероз артерий, энтертериит, тромбангит Бюргера). Возраст больных составлял от 25 до 55 лет. Контрольная группа больных составляла 22 человека также в возрасте 25 - 55 лет, которым поясничная

симпатэктомия выполнялась по Токатсу (таблица "Сравнительный анализ результатов видеолaparоскопической поясничной симпатэктомии и хирургической по Токатсу").

При выполнении видеолaparоскопической поясничной симпатэктомии осложнений не было ни в одном случае. На следующий день после операции больные самостоятельно ходили, не отмечалось нарушений функции органов брюшной полости. Больным не требовались перевязки ран. Противопоказаний к видеолaparоскопической поясничной симпатэктомии нет. Вмешательство может быть выполнено больным с низкими функциональными резервами. В контрольной группе больных отмечены следующие осложнения: кровотечение во время операции из поясничных вен - 2 случая, кровотечение в раннем послеоперационном периоде с развитием забрюшинной гематомы - 1 наблюдение, послеоперационный парез кишечника - в одном случае, нагноение послеоперационной раны также у одного больного.

Средний койкодень пребывания больного в хирургическом стационаре при выполнении видеолaparоскопической поясничной симпатэктомии составил 2,2 дня, при операции по Токатсу - $12 \pm 1,2$ дня.

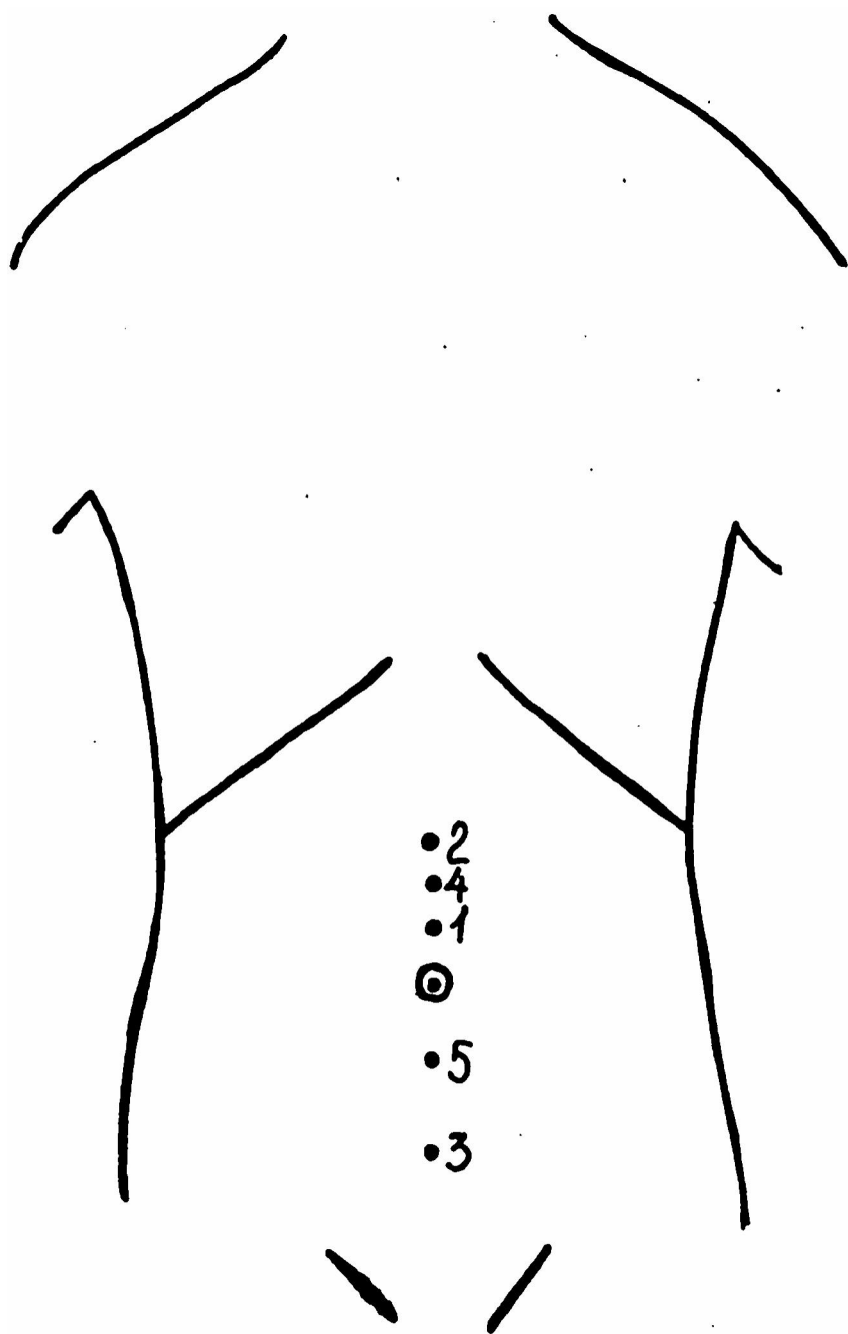
Пример 1. Больной П., 48 лет, история болезни №18822 поступил в отделение эндоскопической хирургии Крымской Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко 25 октября 1996 года с диагнозом облитерирующего энтертермита сосудов нижних конечностей 2ст., наличием перемещающейся хромоты, парастезий в левой нижней конечности, снижением кожной температуры левой стопы. По данным ангиографии реконструктивная операция на артериях левой нижней конечности была не показана. 26 октября 1996 года больному выполнена видеолaparоскопическая поясничная симпатэктомия слева. Длительность операции 30 мин. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан на 3 сутки после операции. Осмотрен через 1 месяц. Отмечает уменьшение болей в левой нижней конечности, повышение кожной температуры левой стопы, уменьшение перемежающейся хромоты. Социально реабилитирован.

Пример 2. Больной Б., 55 лет, госпитализирован в отделение эндоскопической хирургии 26 ноября 1996 года по поводу облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей 2ст., состояние после бедренно-подколенного аллошунтирования справа, реокклюзия бедренно-подколенного шунта. Повторная реконструктивная операция на артериях не показана. Выполнена видеолaparоскопическая поясничная симпатэктомия справа. Длительность операции 25 минут. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан из отделения на вторые сутки после операции. Консультирован через 2 месяца после операции, отмечает улучшение состояния, уменьшение болей в конечности, повышение кожной температуры, улучшение функции конечности.

Применение предлагаемого хирургического способа лечения дает следующий положительный эффект - уменьшение интраоперационных, послеоперационных осложнений, сокращение

сроков стационарного лечения.

Способ симпатэктомии	Количество больных	Количество осложнений		
		Интраоперационные кровотечения	Забрюшинная гематома	Парез кишечника
Видеолaparоскопическая поясничная симпатэктомия	20	-	-	-
Хирургическая поясничная симпатэктомия по Токатсу	20	2	1	1
Итого	42	2	1	1



Фиг.