Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр
развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «30» ноября 2015 года
Протокол №18

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1. Название протокола: Синдром хронической абдоминальной ишемии.

2. Код протокола:

3. Код МКБ:
I77.4 Синдром компрессии чревного ствола брюшной аорты
K55.1Хронические сосудистые болезни кишечника

4. Сокращения, используемые в протоколе:
АД – артериальное давление
АлТ – аланинаминотрансфераза
АсТ – аспартатаминотрансфераза
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
КТ – компьютерная томография
МРТ – магнитно-резонансная томография
СОЭ – скорость оседания эритроцитов
СХАИ – синдром хронической абдоминальной ишемии
УЗАС – ультразвуковое ангиосканирование
ФГДС – фиброгастродуоденоскопия
ЭКГ – электрокардиография
ЭМГ – электромиография
ЭхоКГ – эхокардиография

5. Дата разработки протокола: 2015 год.

6. Категория пациентов: взрослые, дети.

7. Пользователи протокола: ангиохирурги.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Примечание: в данном протоколе используются следующие классы рекомендаций и уровни доказательств:

Классы рекомендаций:

Класс I – польза и эффективность диагностического метода или лечебного воздействия доказана и и/или общепризнаны

Класс II – противоречивые данные и/или расхождение мнений по поводу пользы/эффективности лечения

Класс IIa – имеющиеся данные свидетельствуют о пользе/эффективности лечебного воздействия

Класс IIb – польза / эффективность менее убедительны

Класс III – имеющиеся данные или общее мнение свидетельствует о том, что лечение неполезно/ неэффективно и в некоторых случаях может быть вредным

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

8. Определение: Синдром хронической абдоминальной ишемии–заболевание, возникающее при нарушении кровообращения по непарнымвисцеральным ветвям брюшной аорты (чревному стволу, верхней и нижней брыжеечной артериям), клинически проявляющееся болями в животе, обычно возникающими после приема пищи, нарушениями моторно-секреторной и абсорбционной функции кишечника и у части больных– прогрессирующим похуданием [1].

9. Клиническая классификация:

I. Форма и этиология поражения:

1. Интравазальная:

- атеросклероз;
- артериит;
- фиброзно-мышечная дисплазия.

2. Экстравазальная:

- срединная дугообразная связка и медиальная ножка диафрагмы;
- гипертрофированный ганглий солнечного сплетения;
- фиброзная ткань;
- сдавление опухолью;
- смешанная.

II. Стадии:

- относительная компенсация;
- субкомпенсация;
- декомпенсация.

III. Степень поражения артерий:

- стеноз до 50 %.
- стеноз более 51 %.
- окклюзия.

IV. Распространенность:

- сегментарная (до 1,5 см).
- диффузная.

V. Локализация:

- чревный ствол;
- верхняя брыжеечная артерия;
- нижняя брыжеечная артерия;
- множественная.

VI. Клиническая форма.

- болевая;
- тонкокишечная (энтеропатия);
- толстокишечная (колопатия);
- смешанная.

Существует еще одна форма нарушения висцерального кровотока – так называемый синдром обкрадывания (stealsyndrome), который может развиваться при окклюзии брюшной аорты или после операции по поводу окклюзии брюшной аорты. В первом случае нижняя брыжеечная артерия через анастомозы с системой

внутренних подвздошных артерий осуществляет кровоснабжение органов таза и нижних конечностей. Во втором случае после восстановления кровотока в нижние конечности происходит обеднение кровотока в висцеральных ветвях при их поражении, которое до операции компенсировалось повышенным давлением в аорте выше окклюзии.

10. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:
10.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:
- УЗАС висцеральных сосудов.

10.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:
- КТА;
- УЗИ брюшной полости;
- ФГДС.

10.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

10.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:
- группа крови и резус фактор;
- УЗАС висцеральных сосудов.

10.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:
• ангиография – при подозрении на стеноз, тромбоз и эмболии артерий.

10.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: нет.

11. Диагностические критерии:
Весь симптомокомплекс можно разделить на 4 группы:
- болевой абдоминальный синдром
- дисфункция желудочно-кишечного тракта
- прогрессирующее снижение веса
- депрессивный астеноипохондрический синдром.

11.1 Жалобы:
• боль в животе – схваткообразные или ноющие, усиливающиеся после приема пищи;

• потеря веса по мере прогрессирования заболевания;
• тяжесть в животе;
• чувство распирания в животе;
• тошнота;
• отрыжка;
• запор;
•жидкий стул.

Анамнез:

• выделение группы риска по возможному атеросклеротическому поражению висцеральных артерий.

11.2 Физикальное обследование:

Пальпация живота: болезненностьлевых отделов.

Аускультация висцеральных сосудов: систолический шум.

11.3 Лабораторные исследования: нет специфичных изменений лабораторных показателей при СХАИ.

11.4 Инструментальные исследования:

Неинвазивные методы исследования: функциональная пищевая нагрузочная проба – провоцирование болевого абдоминального симптомокомплекса пищевой нагрузкой

УЗАС: с целью уточнения сосудистых нарушений;

КТА: подробная картина сосудистой патологии;

Рентгенологическое исследование ЖКТ: замедленный пассаж бария по желудку и кишечнику, повышенное газообразование, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки ишемической природы, исчезновение гаустр в толстой кишке.

Ангиография:признаки стеноза, окклюзии висцеральных артерий.

11.5 Показания для консультации специалистов:

• консультация узких специалистов по показаниям.

11.6 Дифференциальный диагноз:

Схожая клиническая картина может наблюдаться при многих заболеваниях: язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрите, холецистите, панкреатите, колите, опухоли. Часто эти заболевания у пациентов есть, но они носят вторичный характер или являются сопутствующими. Иногда больные подвергаются оперативным вмешательствам, им выполняют аппендэктомию, холецистэктомию, резекцию желудка, которые не приносят облегчения. В постановке диагноза хронической абдоминальной ишемии важны два обстоятельства: длительные многократные обследования в различных лечебных учреждениях и неэффективность проводимого лечения, а также поражение других сосудистых бассейнов, чаще всего атеросклерозом.

12. Показания для госпитализации:
Показания для плановой госпитализации:
- прогрессирующее истощение и похудание.

Показания для экстренной госпитализации:
- симптом «острого живота».

13. Цели лечения: восстановление проходимости висцеральных артерий, восстановление функции органов ЖКТ.

14. Тактика лечения:
Направлена на восстановление нормальной проходимости висцеральныхартерий
Консервативная терапия:показано пациентам в компенсированной и субкомпенсированнойстадиях и оперированным больным, с целью реабилитации в послеоперационном периоде.
Хирургическое лечение:
три типа операции:
- условно-реконструктивные (декомпрессивные);
- прямая реконструкция;
- непрямая реконструкция (создание обходных шунтирующих путей кровотока).

14.1 Немедикаментозное лечение:
Режим: I или II или III или IV в зависимости от общего состояния;
- Диетотерапия – дробное, малыми порциями питание.
- Физиотерапия (при отсутствии противопоказаний).

14.2 Медикаментозное лечение:
14.2.1 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:
Перечень основных лекарственных средств: нет
Перечень дополнительных лекарственных средств:
- при атеросклеротическом генезе заболевания.

Гиполипидемические препараты (статины – симвастатин, аторвастатин и т.д.) в стандартной дозировке, длительно.

14.2.2 Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:
При атеросклеротическом генезе заболевания.
Гиполипидемические препараты (статины – симвастатин, аторвастатин и т.д.) в стандартной дозировке, длительно.
Антикоагулянты (гепарин, варфарин и т.д.) в стандартной дозировке под контролем коагулограммы, с целью улучшения реологических свойств крови, предотвращения тромбообразования по показаниям.

Вазодилатация(УД-С) [8]

- папаверин 20-40мг парентерально.

Антибиотикопрофилактика (УД-А) [9]:
один из нижеперечисленных антибиотиков за 0,5-1 час до операции, внутривенно:
- Цефазолин 1-2 г
- Цефуроксим 1,5-2,5 г;

в случае доказанной аллергии к цефалоспоринам – защищенные пенициллины
- Амоксициллин/клавуланат 1,2 г
- Ампициллин/сульбактам 1,5 г
- Ванкомицин 1 г (в качестве резерва только в стационарах где MRSA являются причиной раневой инфекции).

Анальгетическая,противовоспалительнаятерапии:
• НПВС - кетопрофен, диклофенак, кеторолак, лорноксикам и т д в стандартной дозировке, перорально или парентерально, при наличии болевого синдрома;
• опиоиды – фентанил, морфин и т.д. в стандартной дозировке при наличии выраженного болевого синдрома.

Послеоперационная противорвотная терапия:
• метоклопрамид, ондансетрон внутривенно или внутримышечно, по показаниям в возрастной дозировке.

14.2.3 Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи: смотрите клинический протокол «Эмболия, тромбоз».

14.3. Другие виды лечения: нет.
14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:
- иглорефлексотерапия;
- физиолечение.

14.3.2 Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне: не проводится.

14.3.3 Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой неотложной помощи: не проводится.

14.4 Хирургическое вмешательство:
14.4.1 Хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях: не проводится.
14.4.2 Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:
Виды операций:
Открытая» хирургия:
Декомпрессивные:

- рассечение серповидной связки диафрагмы;
- пересечение медиальной ножки диафрагмы (круротомия);
- удаление ганглиев и пересечение комиссуральных ветвей чревного сплетения;
- освобождение артерии от фиброзного футляра;
- ликвидация приобретенных компрессионных факторов (опухоли, спаек, фиброзных тяжей, аневризмы).

Реконструктивные:
- эндартерэктомия;
- реимплантация;
- протезирование;
- шунтирование.

Эндоваскулярная хирургия:
- чрескожная транслюминальная баллонная ангиопластика;
- стентирование.

Показания к оперативному лечению:

Виды операций	**Показания**
Декомпрессивные	экстравазальная компрессия
Реконструктивные операции:	Атеросклероз, неспецифический аортоартериит фиброзно-мышечная дисплазия
Эндоваскулярная хирургия	Множественные сопутствующие заболевания, высокая степень риска открытых операций. Атеросклеротическое поражение чревного ствола и верхней брыжеечной артерии, экстравазальная компрессия чревного ствола серповидной связкой и ножками диафрагмы, дегенеративные изменения висцеральных артерий (неспецифическийаортоартериит, фибромускулярная дисплазия)

Противопоказания к оперативному лечению:
Наличие прочей тяжелой патологии в состоянии субкомпенсации или декомпенсации.

14.5. Профилактические мероприятия:
- строгая диета;
- режим отдыха;
- антикоагулянты для профилактики тромбоза (при наличии показаний).

14.6 Дальнейшее ведение:
- наблюдение ангиохирурга по месту жительства;

- наблюдение гастроэнтеролога по месту жительства;
- осмотр хирурга в динамике.

15. Индикаторы эффективности лечения:
- прекращение или уменьшение болевого абдоминального синдрома;
- повышение качества жизни.

III.ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

16. Список разработчиков протокола:

1) Коспанов Нурсултан Айдарханович – кандидат медицинских наук, АО «Научный национальный центр хирургии имени А.Н.Сызганова», заведующий отделом ангиохирургии, главный внештатный ангиохирург МЗ и СР РК.

2) Султаналиев Токан Анарбекович – доктор медицинских наук, АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», профессор, главный научный консультант.

3) СагандыковИрланНигметжанович - кандидат медицинских наук, АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», заведующий отделением сосудистой хирургии

4) Землянский Виктор Викторович, АО «Научный Национальный Центр Трансплантации и Онкологии», рентгенхирург.

5) Юхневич Екатерина Александровна – магистр медицинских наук, докторант PhD, РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет», врач клинический фармаколог, ассистент кафедры клинической фармакологии и доказательной медицины.

17. Конфликт интересов: отсутствует.

18. Рецензент: Конысов Марат Нурышевич – доктор медицинских наук, КГП на ПХВ «Атырауская городская больница", главный врач.

19. Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года и/или при появлении новых методов диагностики и/или лечения с более высоким уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

1. Гавриленко А.В., Косенков А.Н. Диагностика и хирургическое лечение хронической абдоминальной ишемии. — 2000. — 169 с.
2. Клиническая ангиология / Под ред. академика РАМН А.В. Покровского. — Т. 2. — М.: Медицина, 2004. — 887 с.
3. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения. — 2003. — 136 с.
4. Кохан Е.П., Белякин С.А., Иванов В.А и др. Диагностика и хирургические методы лечения больных хронической абдоминальной ишемией // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2010. — № 4. — С. 135-138.

5. Петровский Б.В., Гавриленко А.В. Хроническая абдоминальная ишемия: 35-летний опыт хирургического лечения // Анналы хирургии. — 2003. — № 3. — С. 10-14.
6. Libicher M., Reichert V., Fleksic M. et al. Balloon Occlusion of the Celiac Artery: A Test for Evaluation of Collateral Circulation Prior Endovascular Coverage // European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. — 2008. — V. 36, № 3. — P. 303-305.
7. Mensink P.B., Moons L.M., Kuipers E.J. Chronic gastrointestinal ischaemia: shifting paradigms // Gut. — 2010 Nov 29 [Epub ahead of print].
8. Hohenwalter, E. J. (2009). Chronic Mesenteric Ischemia: Diagnosis and Treatment. *SeminarsinInterventionalRadiology*, *26*(4), 345–351. http://doi.org/10.1055/s-0029-1242198
9. Clinical Practice Guidelines for Antimicrobial Prophylaxis in Surgery//ASHP Therapeutic Guidelines, 2013