

CÉVNÍ REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA TEPNÁCH DOLNÍCH KONČETIN

Příloha k informovanému souhlasu

Cévní rekonstrukční výkon je operace pro prokázané chronické zúžení či uzávěr tepen dolních končetin.

OBLAST VÝSKYTU POSTIŽENÍ

Váš rekonstrukční výkon se bude týkat oblasti, která zahrnuje stehenní, podkolenní a všechny tři bérce tepny, včetně jejich pokračování v oblasti nohy. Postižení těchto tepen tvoří 2/3 ischemické choroby dolních končetin. Nejčastější příčinou je uzávěr tepen při nárůstu sklerotických plátů. Nejvíce postižená (a to z 50 %) bývá povrchová femorální tepna. Jako jedna z dalších možných příčin uzávěru je zánětlivé onemocnění, vmetek sražené krve nebo trombotický uzávěr výdutě tepny v podkolenní. Toto vzácnější postižení této tepny může postihovat jednu končetinu nebo obě. Nebezpečí těchto výdutí tkví v tom, že se může sražená krev z výdutě uvolnit a embolizovat do periferního řečiště. Při této komplikaci zpravidla dochází k bezprostřednímu ohrožení vitality končetin. Z těchto důvodů je důležitá časná diagnostika tohoto postižení a správné načasování operačního výkonu.

DIAGNOSTIKA

Prvotní je vždy klinické vyšetření cévním chirurgem, který rozliší, zda je Vaše onemocnění cévního původu. V případě potvrzení ischemické choroby dolních končetin (ICH DK) následují další nezbytná vyšetření, která jsou nutná k přesnému provedení operace. Ať již neinvazivní vyšetření ultrazvukem, nebo invazivní, při kterém se aplikuje přímo do tepen kontrastní látka. Dále je možné vyšetření počítačovou tomografií či magnetickou rezonancí.

OPERAČNÍ TECHNIKA

K provedení cévních rekonstrukcí se využívají různé druhy cévních náhrad. Nejvhodnějším materiálem pro rekonstrukce tepen dolních končetin jsou vlastní žíly nemocného – autogenní žilní štěp, a to zvláště do oblasti stehna, podkolenní a bérce oblasti. Zvláště výhodné jsou tyto tzv. žilní štěpy při použití do infí kovaného terénu. Jako zdroj těchto žil slouží tzv. velká saféna - povrchová žíla, která je na vnitřní ploše bérce a stehna. Tato žíla se odebírá v průběhu cévní operace. Podmínkou musí být její dostatečná kvalita tj. určitý průměr a bez zánětlivých

POZNÁMKY LÉKAŘE

změn. Dále se používají umělé cévní náhrady – protézy. Mohou být pletené, tkané či lité tzv. PTFE. Tyto protézy se neustále vyvíjí a to tak, aby se jejich kvalita přiblížila vlastní žíle.

PRŮBĚH OPERACE

Cévní rekonstrukce v oblasti třísel a stehna se většinou provádějí v celkové či spinální anestezii. Na typ a provedení anestezie je možné se dotázat anesteziologa, který bude u Vašeho výkonu. Operace dle typu začíná nejčastěji revizí podkolenní tepny. Operační rána se vede na vnitřní straně stehna nad kolenem. Dále se vypreparuje v třísele společná stehenní tepna v oblasti větvení. Prsty či nástrojem se vytvoří tunel v měkkých tkáních pro vedení žilního štěpu či protézy. Po aplikaci látky proti srážení krve – heparinu – se našívá štěp na podkolenní tepnu nebo v případě nutnosti, na tepnu pod kolenem či až na bérce. Principem výkonu je přemostit místo zúžení či uzávěru tak, aby krev přivedená rekonstrukcí, obnovila výživu tkání postižených ischemií. Poté se žíla či protéza tunelem protáhne do třísla, kde se spojí s příslušnou tepnou. Jednotlivé výkony lze doplnit tím, že v místě incize do tepny lze přímo odstranit pláty k zajištění lepšího průtoku krve. Tento výkon lze provádět i samostatně, pak se nazývá desobliterace. Pokud to situace vyžaduje, lze tepnu rozšířit tak zvanou „záplatou“, tato může být ze žíly či z protézy.

POOPERAČNÍ PRŮBĚH

V pooperačním průběhu je důležité nepřetržité podávání látek proti srážení krve. Z počátku nitrožilně s následným přechodem na tablety. Pacient je taktéž zajištěn antibiotiky a zároveň jsou podávány látky, zvyšující prokrvení tkání dolních končetin.

MOŽNÉ NÁSLEDKY REKONSTRUKCE

Následek a průchodnost rekonstrukce je dána více faktory. Mezi nejdůležitější faktor patří v jakém stadiu onemocnění pacient k operaci přišel. O efektivitě zákroku taktéž rozhoduje věk a přidružené choroby pacienta. U periferních rekonstrukcí mohou přetrvávat bolesti dolních končetin, tvorba defektů při nedostatečné funkci rekonstrukce. Pokud nelze stav řešit novou operací, v krajním případě může dojít i ke ztrátě končetiny.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

Nejčastější pooperační komplikace chirurgického charakteru jsou časný uzávěr tepenné rekonstrukce, krvácení z oblasti anastomoz, periferní vmetek. Mezi nejzávažnější patří infekce cévní náhrady. Může nastat také prodloužené hojení ran a to zvláště u pacientů diabetiků nebo pacientů vyššího věku s množstvím přidružených chorob. Mezi pozdní komplikace patří vytvoření nepravých výdutí ve spojení. Mezi celkové závažné komplikace patří infarkt myokardu, vmetek do kmenové plicnice a dechové selhání. Riziko a jeho míru lze snížit dobrou předoperační přípravou, zvolením optimální anestezie, vlastní technikou operátora.

OMEZENÍ A PRACOVNÍ NESCHOPNOST:

Běžná pracovní neschopnost po operaci činí kolem 4 týdnů ode dne operace. Je nutné délku pracovní neschopnosti přizpůsobit individuálně dle charakteru závažnosti onemocnění, pro které byl pacient operován, dle pooperačního průběhu, dle celkové kondice pacienta a také dle charakteru a fyzické náročnosti vykonávané práce. Všeobecně platí, že je nutné se vyhnout zvedání těžkých břemen minimálně po dobu 3 měsíců. Pochopitelně je vhodné se vyhnout i některým jiným fyzicky náročným činnostem a polohám, jejichž provádění je třeba konzultovat s lékařem na ambulantních kontrolách a s praktickým lékařem.

Chirurgická klinika