



**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА
КОМПРЕССИИ ЧРЕВНОГО СТВОЛА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

АВТОРЫ: член-корр. НАН Беларуси, д.м.н., профессор Воробей А.В., д.м.н., доцент Шулейко А.Ч., Бут-Гусаим Г.В.

Минск, 2023

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) представлен метод хирургического лечения пациентов с синдромом компрессии чревного ствола (СКЧС), включающий декомпрессию чревного ствола (ДЧС) с чревной ганглиозктомией (ЧГЭ) чрезбрюшинным доступом.

Метод, изложенный в настоящей инструкции, предназначен для врачей-хирургов и врачей-ангиохирургов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с СКЧС в стационарных условиях.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Синдром компрессии чревного ствола (I77.4).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Противопоказания, соответствующие таковым при медицинском применении лекарственных препаратов (в т.ч. рентген-контрастных средств) и медицинских изделий, необходимых для реализации метода, изложенного в настоящей инструкции.

Общие противопоказания к проведению хирургических вмешательств.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

1. Наборы общемедицинского назначения (перчатки, системы для инфузионных вливаний, ПХВ-дренажи, ПХВ-зонды, венозные катетеры, простыни), антисептические растворы для обработки кожного покрова.

2. Лекарственные препараты и медицинские изделия для выполнения общей мультикомпонентной сбалансированной анестезии с искусственной вентиляцией лёгких.

3. Набор общехирургического и сосудистого инструментария (пинцеты, зажимы, цапки для белья, ножницы, корнцанг, скальпели, ножницы) и хирургический шовный материал.

4. Монополярный и биполярный коагулятор.

5. Ранорасширитель стоечный (со стержневыми тягами) либо его аналоги.

6. Медицинская система ультразвуковой диагностики с возможностью интраоперационного исследования чревного ствола (ЧС) и его ветвей, линейные датчики и многофункциональные торцевые эхосканеры с частотой 5–15 МГц.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА

Метод реализуется в несколько этапов:

1. Общую предоперационную подготовку выполняют в соответствии с надлежащей клинической практикой совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом. Периоперационную антибиотикопрофилактику проводят согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь «О мерах по снижению антибактериальной резистентности микроорганизмов» от 29.12.2015 № 1301. Периоперационную профилактику венозных тромбозмболических осложнений проводят с учётом оценки вероятности развития тромбоза по шкале Саргини, 2020 и рисков периоперационного кровотечения.

2. Обезболивание: общая мультикомпонентная сбалансированная анестезия с искусственной вентиляцией лёгких в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 615 от 08.06.2011 «Об утверждении клинического протокола анестезиологического обеспечения».

3. Хирургическое вмешательство выполняет бригада в составе трёх хирургов и операционной медицинской сестры. Обработка операционного поля стандартная. Операцию выполняют со срединного разреза (верхнесрединная лапаротомия) с обязательным использованием ранорасширителя стоечного (со стержневыми тягами) или аналогичного. После ревизии брюшной полости выполняют доступ к ЧС через малый сальник: после доступа в брюшную полость, частичной мобилизации левой доли печени и установки временного ПХВ-зонда в желудок, в бессосудистой зоне над аортой продольно рассекают печёчно-желудочную связку и вскрывают полость малого сальника. Выделение ЧС происходит ретроградным путём от его ветвей до устья, либо антеградным путём от надчревной аорты до разделения на ветви. При выделении ЧС выполняют освобождение его от сдавливающих элементов, выполняется ДЧС.

4. ДЧС должна включать не только ликвидацию сдавливающего компонента с артериолизом (лигаментотомия, крурорафия), но и «скелетизацию» передней поверхности аорты в области устья ЧС, всей артерии до разделения на ветви (трифуркации), а также ЧГЭ. ЧГЭ представляет собой рассечение и иссечение гипертрофированных нервных и фиброзных периневральных тканей чревного нервного сплетения (десоляризацию) с целью предупреждения развития невром как причины рецидива абдоминальной боли (рисунок 1).

5. Возможен лапароскопический доступ и выполнение ДЧС с ЧГЭ лапароскопическим способом у пациентов в возрасте до 40 лет.

6. Для оценки декомпрессии и гемодинамики выполняют интраоперационное ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДАС) или доплерографию ЧС в качестве этапа операции после ДЧС. Метод применим как при открытой ДЧС, так и лапароскопической ДЧС.

Для этого используют линейные датчики и многофункциональные торцевые эхосканеры с частотой 5–15 MHz.

7. После выполнения основного этапа операции проводят контроль гемостаза, оценивают необходимость дренирования (дренаж в зону декомпрессии через сальниковое отверстие). Лапаротомная рана ушивается и укрывается асептической повязкой. Послеоперационное лечение проводят по правилам надлежащей хирургической практики.

8. Через трое суток после лечения оценивают клинические симптомы. При отсутствии абдоминальной боли связанной с приёмом пищи пациента готовят к выписке и рекомендуют контрольное УЗДАС ЧС через шесть месяцев. При сохранении клинических симптомов пациенту рекомендуют контроль УЗДАС ЧС через один месяц.

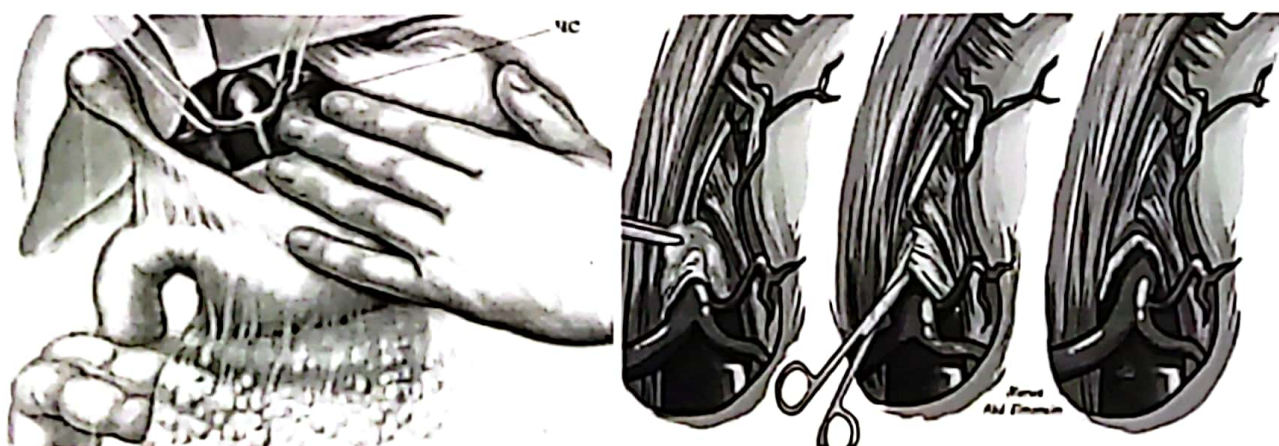


Рисунок 1. Схема чрезбрюшинного доступа к ЧС и этапы его декомпрессии

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Общие осложнения, а также способы их устранения характерны для таковых при проведении хирургической реваскуляризации у пациентов с поражением сосудистого русла любой локализации.

2. Послеоперационный острый панкреатит. Основным методом профилактики является бережное оперирование, исключение интраоперационного контакта с поджелудочной железой, применение аналогов соматостатина («Октреотид»). При развитии обострения стандартное лечение панкреатита в соответствии с Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2017 № 46 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с острыми хирургическими заболеваниями».