

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

_____ Д.Л. Пиневиц

«30» _____ 2017 г.

Регистрационный № 057-0817



**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДИНОЧНОЙ
ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ЕГО РЕЗЕКЦИИ ПО
ПОВОДУ РАКА**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик:

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»

Авторы: к.м.н. И.Ф. Шишло, д.м.н., проф., член-корр. НАН Беларуси

С.А. Красный, д.м.н. А.И. Шмак

Минск, 2017

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневиц
30.08.2017
Регистрационный № 057-0817

**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОДИНОЧНОЙ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА
ПОСЛЕ ЕГО РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический
центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»

АВТОРЫ: канд. мед. наук И.Ф. Шишло, д-р мед. наук, проф., чл.-кор. НАН
Беларуси С.А. Красный, д-р мед. наук А.И. Шмак

Минск 2017

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод хирургического лечения одиночной перфоративной язвы желудка после его резекции по поводу рака, который может быть использован в комплексе медицинских услуг при послеоперационном перитоните после дистальной субтотальной резекции желудка. Применение метода, изложенного в настоящей инструкции, позволяет радикально устранить источник внутрибрюшного инфицирования, сохранив целостность резецированного желудка у онкологического пациента.

Инструкция разработана для врачей-онкологов-хирургов, врачей-хирургов и иных врачей-специалистов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам, страдающим раком желудка, в стационарных условиях.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Стандартный набор инструментов и расходных материалов для хирургической операции на органах желудочно-кишечного тракта.
2. Атравматичный шовный материал (плетеная синтетическая рассасывающаяся нить 0/3–0/4).

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Послеоперационный перитонит, обусловленный одиночной перфоративной язвой или участком локального некроза с перфорацией на передней или боковой стенке резецированного желудка вдали от анастомоза при отсутствии несостоятельности желудочно-кишечного анастомоза или культи двенадцатиперстной кишки, других язвенно-некротических поражений полых органов.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Крайне тяжелое состояние пациента, препятствующее выполнению хирургической операции.
2. Сочетание перфоративной язвы с другими очагами перитонеальной инфекции (несостоятельность дигестивных анастомозов, панкреонекроз, мезотромбоз и др.).
3. Множественные и/или обширные (более 2 см в наибольшем измерении) язвенно-некротические поражения в резецированном желудке.
4. Локализация перфоративной язвы на задней стенке резецированного желудка или вблизи анастомоза.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Метод реализуется поэтапно: на первом этапе — релапаротомия, санация брюшной полости, определение показаний к операции согласно настоящей инструкции; на втором этапе — иссечение язвы, предупреждение несостоятельности швов; на третьем этапе — ушивание дефекта после иссечения язвы.

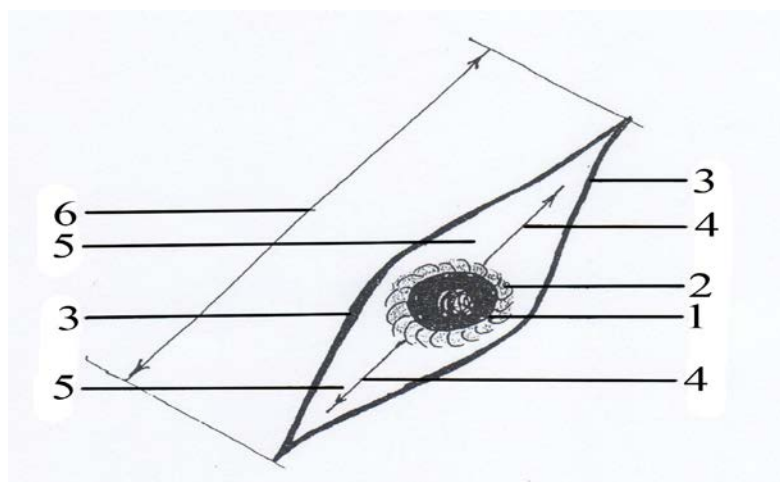
1. Релапаротомия, санация, определение показаний к операции

Пациенту с послеоперационным перитонитом, вызванным перфоративной язвой или локальным некрозом с перфорацией в резецированном желудке, выполняют релапаротомию, выясняют причину, характер и распространенность перитонита, уточняют локализацию и размеры язвенного дефекта в желудке. При ревизии брюшной полости обращают внимание на наличие иных источников инфицирования. Содержимое брюшной полости эвакуируют, берут материал для бактериологического исследования.

При отсутствии других очагов инфицирования брюшной полости, кроме одиночной перфоративной язвы или участка локального некроза с перфорацией на передней или боковой стенке резецированного желудка вдали от анастомоза, избирают способ ликвидации источника перитонита путем иссечения перфоративной язвы или некротического участка с ушиванием образовавшегося линейного дефекта стенки желудка.

2. Иссечение язвы, предупреждение несостоятельности швов

После санации брюшной полости двумя окаймляющими разрезами иссекают края перфоративной язвы с окружающим участком локального некроза и продлением разрезов в противоположных от краев язвы направлениях. В результате вышеуказанных манипуляций округлое перфорационное язвенное отверстие переводится в линейный дефект в стенке желудка длиной не менее 2,5–3,0 см (рисунок 1).



1 — округлое перфорационное язвенное отверстие; 2 — края язвы; 3 — окаймляющие разрезы; 4 — направления продления разрезов в противоположных от краев язвы направлениях; 5 — линейный дефект в стенке желудка; 6 — длина образовавшегося линейного дефекта не менее 2,5–3,0 см

Рисунок 1. — Иссечение язвы и перевод округлого перфорационного язвенного отверстия в линейный дефект в стенке резецированного желудка

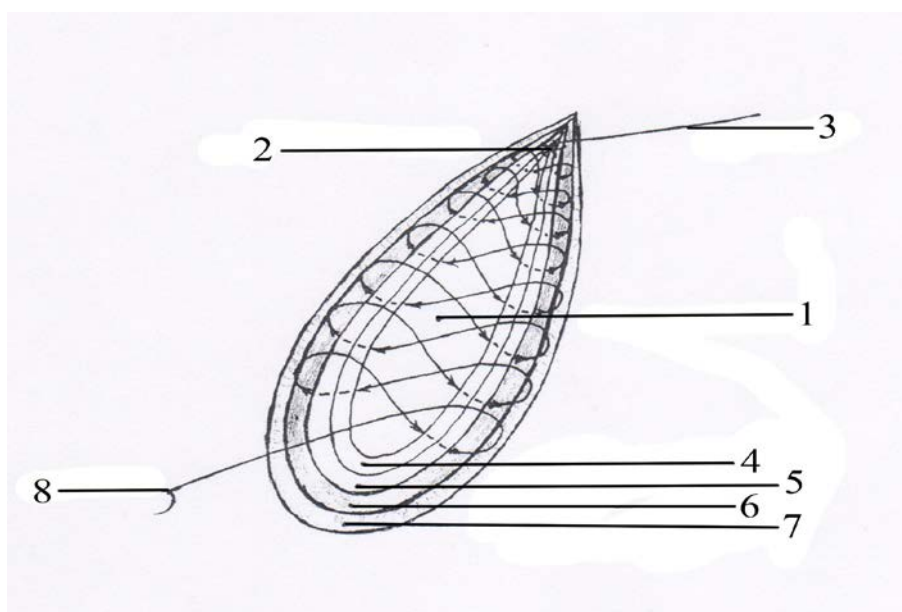
Через образованный линейный дефект проводят декомпрессию верхних отделов желудочно-кишечного тракта (далее — ЖКТ) и ревизию желудка на наличие других эрозивно-язвенных поражений его слизистой оболочки. При

необходимости иссекают пораженные участки стенки желудка, дополнительно удлиняя и/или расширяя линейный дефект, после чего дефект стенки резецированного желудка ушивают.

3. Ушивание дефекта стенки резецированного желудка

3.1. Первый ряд непрерывных слизисто-подслизистых швов

В верхнем или латеральном углу линейного дефекта в стенке резецированного желудка атравматичной иглой с нитью накладывают слизисто-подслизистый шов и завязывают первый узел, конец лигатуры берут на держалку. Ушивают дефект в желудке, последовательно накладывая непрерывный слизисто-подслизистый шов в форме восьмерки, делая выкол иглой со стороны слизистой оболочки, выкалывая иглу под мышечным слоем, захватывая в шов подслизистый слой (рисунок 2).



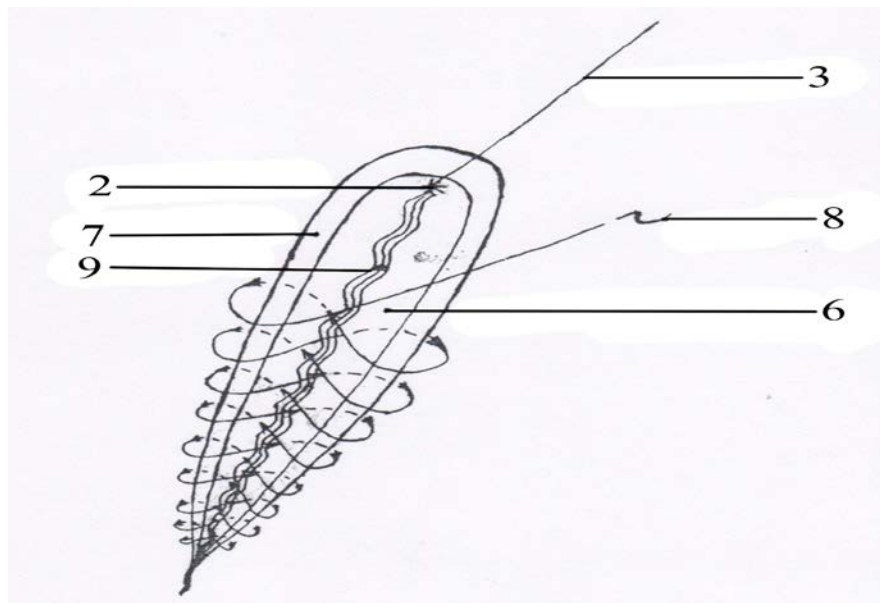
1 — дефект в стенке резецированного желудка; 2 — завязанный первый узел после слизисто-подслизистого прошивания; 3 — лигатура от завязанного узла; 4 — слизистый слой; 5 — подслизистый слой; 6 — мышечный слой; 7 — серозная оболочка; 8 — атравматичная игла с нитью

Рисунок 2. — Ушивание дефекта в желудке непрерывным слизисто-подслизистым швом в форме восьмерки: первый ряд швов,

3.2. Второй ряд серозно-мышечных швов в обратном направлении

После закрытия дефекта первым рядом слизисто-подслизистых швов нить не срезают и не перевязывают. Этой же атравматичной нитью, обработав ее антисептическим раствором, в обратном направлении последовательно накладывают второй ряд непрерывных серозно-мышечных швов в форме восьмерки, захватывая мышечный слой, направляя иглу по кривой кнаружи, с выколом на серозной оболочке. Заканчивают ушивание, связывая атравматичную нить с лигатурой над первым завязанным узлом (рисунок 3).

В послеоперационном периоде проводят инфузионную и антибактериальную терапию, энтеральное зондовое питание. На 4–5-е сут после восстановления перистальтики назначают энтеральное питание через рот, извлекают дренажи. После перевода на энтеральное питание при отсутствии осложнений пациента выписывают на амбулаторное реабилитационное лечение.



2 — завязанный первый узел после слизисто-подслизистого прошивания; 3 — лигатура от завязанного узла; 6 — мышечный слой; 7 — серозная оболочка; 8 — атрауматичная игла с нитью; 9 — слизисто-подслизистый шов первого ряда

Рисунок 3. — Ушивание дефекта в желудке: наложение второго ряда серозно-мышечных швов в обратном направлении

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Несостоятельность швов ушитого дефекта стенки желудка. Устранение: хирургическое лечение – повторное ушивание или экстирпация культи желудка.

2. Несостоятельность желудочно-кишечного анастомоза, некроз резецированного желудка с рецидивом перитонита. Устранение: хирургическое лечение — экстирпация резецированного желудка, или разобщающая ЖКТ операция с эзофаго- и еюностомией.

3. Вялотекущий третичный перитонит без несостоятельности швов и дефектов полых органов. Устранение: консервативная терапия — антибактериальная терапия, по показаниям — перитонеальный диализ.

4. Внутрибрюшное абсцедирование. Устранение: дренирование абсцесса.

УТВЕРЖДАЮ

руководитель учреждения, в котором

внедрен метод

« ____ » _____ 20 ____ г.

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

1. Название предложения для внедрения: Метод хирургического лечения одиночной перфоративной язвы желудка после его резекции по поводу рака

2. Кем предложено (наименование учреждения-разработчика, автор):
ГУ РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, 223040, Минский р-н, аг. Лесной: канд. мед. наук И.Ф. Шишло, д-р мед. наук, проф., чл.-корр. НАН Беларуси С.А. Красный, д-р мед. наук А.И. Шмак

3. Источник информации: инструкция по применению № _____

4. Где и когда начато внедрение _____

наименование лечебного учреждения, дата внедрения

5. Общее количество наблюдений _____

6. Результаты применения метода за период с _____ по _____

положительные (количество наблюдений): _____

отрицательные (количество наблюдений): _____

неопределенные (количество наблюдений): _____

7. Эффективность внедрения: _____

8. Замечания, предложения _____

Дата _____

Ответственные за внедрение

должность, Ф.И.О., кафедра

подпись

Примечание. Акт о внедрении направляется организации-разработчику (п. 2), пп. 4–8 заполняются организацией, внедрившей разработку.