

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель Министра

Е.Л.Богдан

«26» *августа* 2020 г.

Регистрационный № 070-0720

**МЕТОД ТОТАЛЬНОЙ ТАЗОВОЙ ПЕРИТОНЭКТОМИИ
ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ IV СТАДИИ**
инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

АВТОРЫ: Доломанова Е.В., к.м.н. Трухан А.В., д.м.н. Мавричев С.А.

Минский р-н – Минск, 2020

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Заместитель министра

Е. Л. Богдан
26.08.2020
Регистрационный № 070-0720

**МЕТОД ТОТАЛЬНОЙ ТАЗОВОЙ ПЕРИТОНЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ
ЯИЧНИКОВ IV СТАДИИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова», ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

АВТОРЫ: Е. В. Долманова, канд. мед. наук А. В. Трухан, д-р. мед. наук С. А. Мавричев

Минск 2020

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод тотальной тазовой перитонэктомии при раке яичников IIВ стадии, который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на лечение пациентов, страдающих раком яичников IIВ стадии. Использование данного метода позволит повысить эффективность хирургического метода лечения пациентов, страдающих раком яичников в условиях канцероматоза брюшины, а также увеличит показатель 5-летней выживаемости без прогрессирования более чем на 20 %.

Настоящая инструкция предназначена для врачей – онкологов-хирургов и иных врачей-специалистов, оказывающих медицинскую помощь пациентам, страдающим распространенным раком яичников, в стационарных условиях.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Белье операционное.
2. Стандартный хирургический набор инструментария при онкогинекологических операциях.
3. Шовный материал, в т. ч. абсорбируемый.
4. Циркулярный и линейный сшивающие аппараты при выполнении резекции ректосигмоидного отдела толстой кишки.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Рак яичников IIВ стадии (по результатам интраоперационного гистологического исследования биопсии яичников или брюшины при диагностической лапароскопии или лапаротомии).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Заболевания и патологические состояния в стадии декомпенсации.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Метод тотальной тазовой перитонэктомии при раке яичников IIВ стадии может быть использован независимо от интенсивности канцероматоза. Специальной предоперационной подготовки не требуется.

Оперативное вмешательство выполняют в асептических условиях под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов и искусственной вентиляции легких в горизонтальном положении пациента на спине, на многофункциональном операционном столе. Метод тотальной тазовой перитонэктомии осуществляется в несколько этапов.

Этап 1. Подготовительный

- 1.1. Выполняют нижне-средне-срединную лапаротомию.
- 1.2. Проводят ревизию органов малого таза, брюшной полости, забрюшинных лимфоузлов, оценивают возможность выполнения циторедуктивной операции.

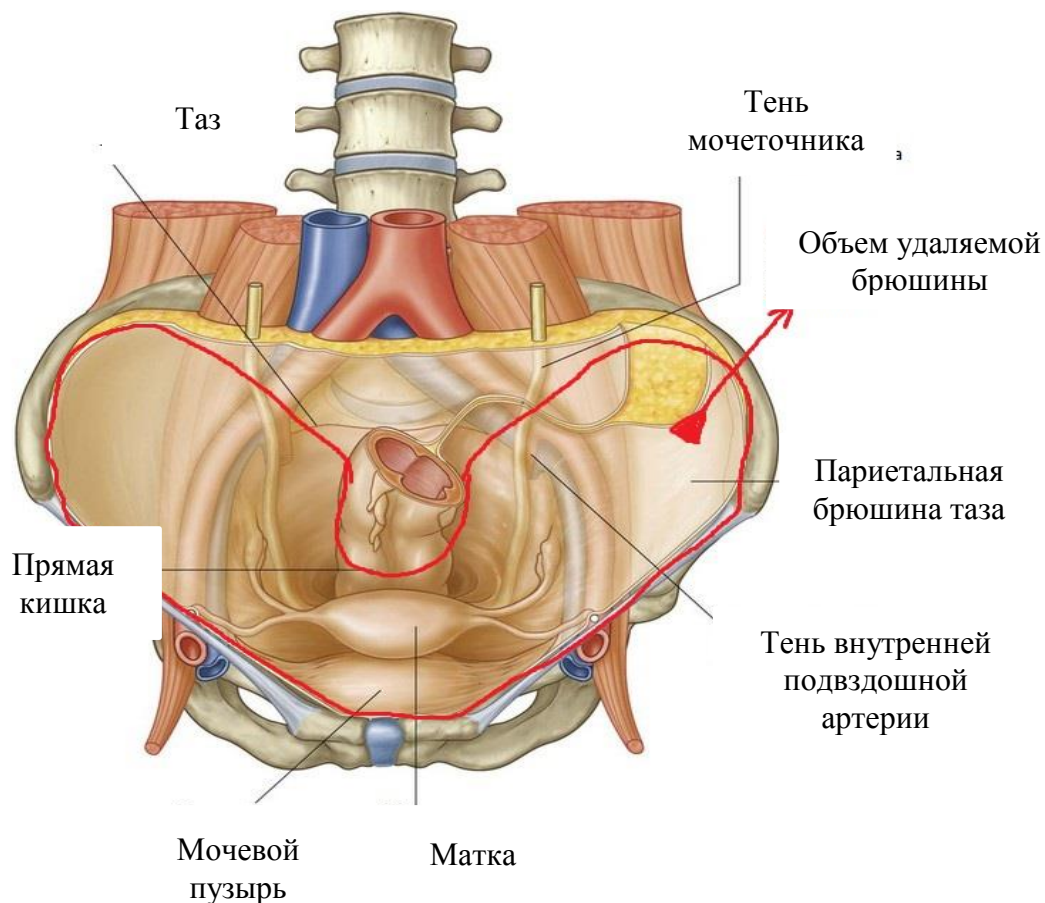


Рисунок — Объем удаляемой тазовой брюшины

1.3. После ревизии органов брюшной полости и малого таза пациента переводят в положение Тренделенбурга.

Этап 2. Хирургический (рисунок)

2.1. Малый таз освобождают от петель тонкой кишки и сальника. Матку фиксируют зажимами в области углов и отводят кверху.

2.2. Мобилизуют брюшину передней брюшной стенки и боковых стенок таза. Электроножом намечают верхнюю границу резекции брюшины от края передней брюшной стенки до купола слепой кишки справа и сигмовидной кишки слева.

Мобилизацию париетальной брюшины выполняют поочередно с правой, а затем с левой стороны.

2.3. Электроножом брюшину отделяют от поперечной фасции и прямых мышц передней брюшной стенки, начиная от края мочевого пузыря, в медиальном направлении и вниз мобилизуют брюшину боковых стенок таза, до поясничных мышц и параметриев (при этом круглые маточные связки пересекаются внебрюшинно).

2.4. При дальнейшей мобилизации рассекают брюшину над воронко-тазовыми связками (подвешивающими связками яичников). При этом яичниковые сосуды пересекают и лигируют внебрюшинно:

2.4.1. визуализируют мочеточники с обеих сторон, при затруднении визуализации берут на держалки;

2.4.2. мочеточники отделяют от брюшины на всем протяжении их связи с брюшиной с максимальным сохранением питающих сосудов.

2.5. Мобилизуют брюшину мочевого пузыря до передней поверхности матки. Данный этап выполняют под визуальным контролем границы между висцеральной брюшиной и стенкой мочевого пузыря с целью предотвращения травмы последнего.

2.6. Мочевой пузырь внебрюшинно отделяют от шейки матки до верхней трети влагалища.

2.7. Выполняют ретроградную гистерэктомию: пересекают и лигируют маточные сосуды под контролем хода мочеточников. Электроножом пересекают крестцово-маточные связки. На влагалище накладывают зажимы, матку с шейкой и верхней третью влагалища отсекают, при этом удаленный препарат, включающий матку с придатками и тазовой брюшиной, остается фиксированным с брюшиной дугласова кармана. Выполняют ушивание углов влагалища, накладывают гемостатический обвивной или кисетный шов на переднюю и заднюю стенки влагалища.

2.8 Мобилизуют брюшину дугласова кармана:

2.8.1. матку с шейкой и брюшиной дугласова кармана отводят кверху и латерально, при этом брюшину отделяют от задней стенки влагалища, затем от прямой кишки, рассекая поочередно с двух сторон фасциальный листок и параректальную клетчатку до ректосигмоидного отдела толстой кишки. Препарат, состоящий из матки, придатков, опухолевых масс, брюшины таза удаляют единым блоком;

2.8.2. в случае вовлечения в опухолевый процесс ректосигмоидного отдела толстой кишки, степень поражения которого не позволяет выполнить полную циторедукцию, выполняют резекцию кишки с формированием сигморектального анастомоза. Блок удаляемых тканей в данном случае включает ректосигмоидный отдел толстой кишки.

Этап 3. Заключительный

Всем пациентам согласно стандартам лечения выполняют тотальную оментэктомию, в случае муцинозной карциномы — аппендэктомию. Осуществляют контроль гемостаза и выполняют дренирование малого таза. Швы накладывают на брюшину и апоневроз в верхней и средней/3 послеоперационной раны и на апоневроз в нижней/3 раны, далее ушивают подкожную клетчатку и кожу.

Послеоперационное наблюдение стандартное, как после плановых хирургических вмешательств при злокачественных новообразованиях яичников.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Интраоперационные

1. На этапе мобилизации брюшины мочевого пузыря, прямой кишки — ранение полых органов — ушивание травмированного органа.

2. На этапе мобилизации париетальной брюшины и выделения мочеточника — повреждение мочеточника — формирование уретеронеоцистанастомоза, уретероуретероанастомоза.

Послеоперационные

1. Дисфункция и инфекция мочевыводящих путей — своевременная диагностика и консервативное лечение.

2. Гипопротеинемия и анемия — консервативное лечение.