

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ



Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневиц

2018 г.

Регистрационный № 087-0718

**МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ
ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ**

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., к.м.н., доцент
Шулейко А.Ч., к.м.н. Вижинис Е.И., к.б.н. Владимирская Т.Э., д.м.н.,
профессор Швед И.А.

Минск, 2018

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д. Л. Пиневиц
07.09.2018
Регистрационный № 087-0718

**МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ
ШВОВ ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»

АВТОРЫ: чл.-кор. НАН Беларуси, д-р мед. наук, проф. А. В. Воробей, канд. мед.
наук, доц. А. Ч. Шулейко, канд. мед. наук Е. И. Вижинис, канд. биол. наук
Т. Э. Владимирская, д-р мед. наук, проф. И. А. Швед

Минск 2018

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) представлен метод медицинской профилактики несостоятельности швов панкреатоеюноанастомоза у пациентов с хроническим панкреатитом.

Метод, изложенный в настоящей инструкции, предназначен для врачей-хирургов, онкологов-хирургов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с хроническим панкреатитом в стационарных условиях.

Применение метода позволяет снизить риск развития несостоятельности швов панкреатоеюноанастомоза после хирургических операций у пациентов с хроническим панкреатитом. Он может использоваться при хирургическом лечении этих осложнений, а также как доступ для раннего энтерального питания в послеоперационном периоде.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

1. Лекарственные средства и медицинские изделия для выполнения эндотрахеального наркоза и перидуральной анестезии.
2. Набор общехирургического инструментария.
3. Ранорасширитель типа Сигала.
4. Моно-, биполярный коагулятор.
5. Шовный материал (рассасывающиеся и нерассасывающиеся нити размерами 2/0, 3/0, 4/0, 5/0).
6. Силиконовые дренажи (наружный диаметр 2–4 мм; 6–12 Fr) для дренирования полости панкреатоеюноанастомоза.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Хронический панкреатит с высоким риском послеоперационной несостоятельности панкреатоеюноанастомоза.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Острые и хронические заболевания в стадии декомпенсации;
2. Обострение хронического панкреатита;
3. Иные противопоказания соответствуют таковым при медицинском применении лекарственных средств и медицинских изделий, необходимых для реализации метода, изложенного в настоящей инструкции.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Метод реализуется в несколько этапов:

1. Предоперационная подготовка: предполагает проведение анестезиологом интенсивной инфузионной терапии для устранения имеющихся нарушений водно-, электролитного баланса; катетеризацию центральных вен мочевого пузыря, желудка.

2. Обезболивание: эндотрахеальный комбинированный наркоз с использованием перидуральной анестезии в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.06.2011 № 615 «Об утверждении клинического протокола анестезиологического обеспечения».

3. Хирургическое вмешательство выполняется бригадой в составе трех хирургов и операционной сестры. Обработка операционного поля — стандартная. Операция производится со срединного или поперечного разреза с обязательным использованием ранорасширителей типа Сигала или аналогичного. Выполняется висцеролиз, мобилизация 12-перстной кишки и головки поджелудочной железы по Кохеру. Доступ к железе осуществляется путем пересечения желудочно-ободочной связки или мобилизации большого сальника. После выделения поджелудочной железы выполняется основной этап операции — резекция и дренирование поджелудочной железы.

4. Подготавливается и проводится позадиободочно петля тощей кишки по Ру с наложением панкреатоеюноанастомоза вдоль всего среза тела и головки поджелудочной железы однорядным непрерывным швом нерассасывающимися нитями 3/0. Формируется межкишечный анастомоз по Ру однорядным непрерывным швом рассасывающейся мононитью 4/0 короткой или средней длительности рассасывания.

5. В случае высокого риска несостоятельности панкреатоеюноанастомоза применяется несколько возможных методов дренирования последнего

5.1. Трансхоледохоальное дренирование через культю пузырного протока (рисунок 1).

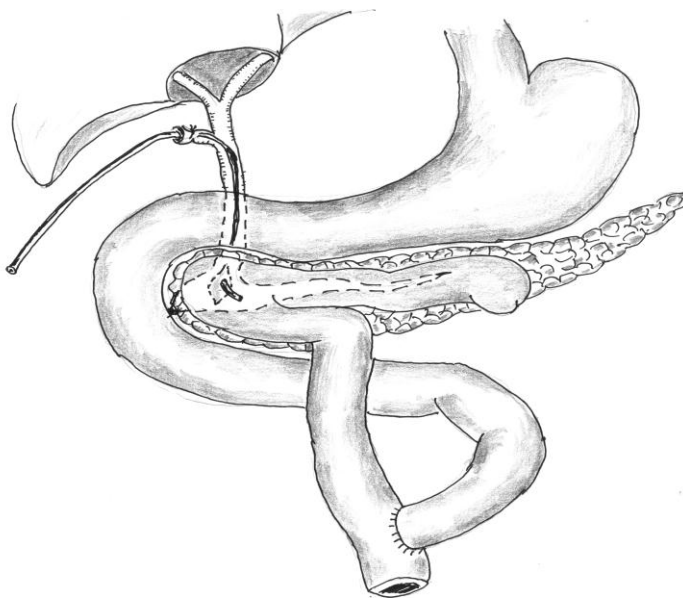


Рисунок 1. — Трансхоледохоальное дренирование панкреатоеюноанастомоза

Данный метод применим при выполнении субтотальной резекции головки поджелудочной железы с формированием интрапанкреатического желчеотводящего анастомоза — холангиопанкреатостомии. При этом после резекции головки поджелудочной железы при наличии билиарной гипертензии, вызванной сдавлением интрапанкреатической части холедоха, производится его выделение из рубцовых сращений с формированием интрапанкреатического желчеотводящего анастомоза однорядным непрерывным швом рассасывающейся мононитью 5/0. Выполняется дренирование панкреатоеюноанастомоза, для чего

силиконовый дренаж наружным диаметром 2—4 мм проводится через культю пузырного протока, холедох, интрапанкреатический желчеотводящий анастомоз, затем в полость панкреатоеюноанастомоза или петлю по Ру и фиксируется двумя кисетными швами из рассасывающегося шовного материала с коротким периодом рассасывания 4/0 за культю пузырного протока. Выводится на кожу через прокол в правом подреберье. Удаляется силиконовый дренаж на 8–10 сут или после выписки через 10–14 дней в амбулаторных условиях. В послеоперационном периоде на 5–7 сут через дренаж выполняется фистулография с целью визуализации панкреатоеюноанастомоза, диагностики осложнений, оценки адекватности выполненных операций.

5.2. Дренирование через микроэнтеростому петли по Ру в 3-х вариантах.

Вариант 1: на петле по Ру в 10–15 см дистальнее панкреатоеюноанастомоза электрокоагулятором выполняется точечная энтеростомия, через которую в направлении к панкреатоеюноанастомозу вводится силиконовый дренаж внутренним диаметром 2–4 мм с укрытием его стенками тонкой кишки на протяжении 3–4 см по типу Витцеля рассасывающимся шовным материалом с коротким периодом рассасывания (рисунок 2).

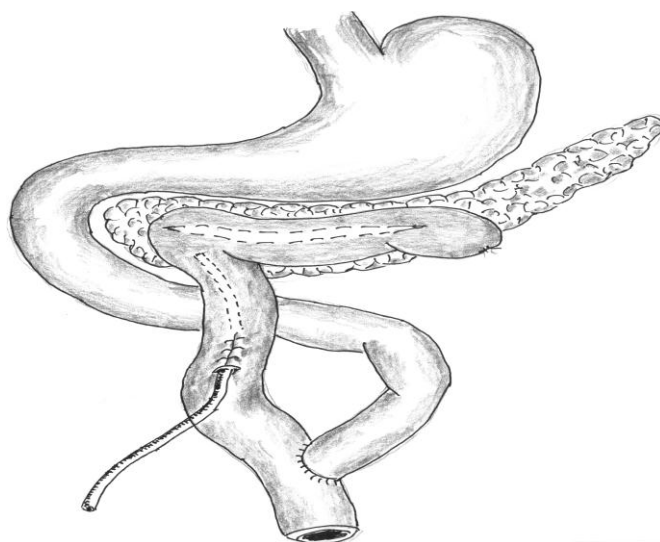


Рисунок 2. — Микроэнтеростомия петли по Ру (вариант 1)

Вариант 2: выполняется также, как и в варианте 1, только силиконовый дренаж ориентируется дистально в сторону Ру-анастомоза. Данный тип применяли в целях обеспечения энтерального питания или при выраженной динамической непроходимости для эвакуации содержимого тонкой кишки (рисунок 3).

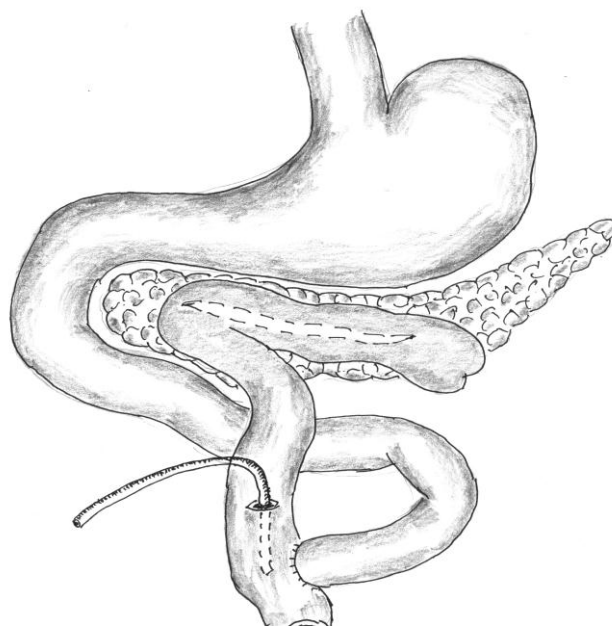


Рисунок 3. — Микроэнтеростомия петли по Ру (вариант 2)

Вариант 3: силиконовый дренаж проводят через культю петли по Ру, применяется при наличии свободной длинной культи (рисунок 4).

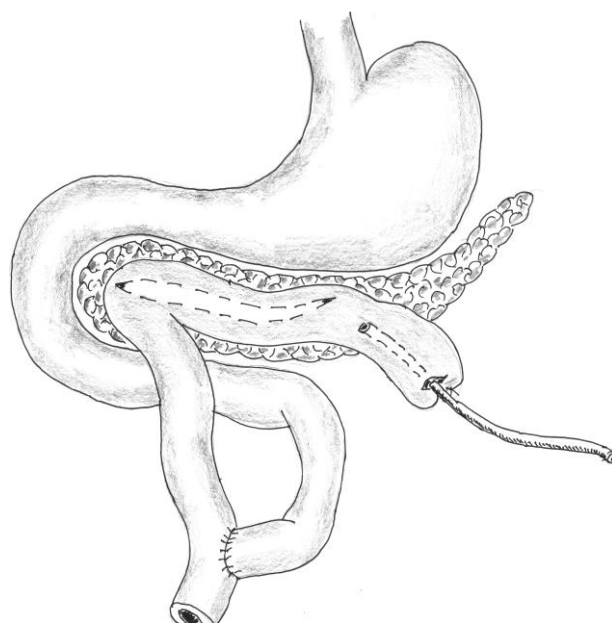


Рисунок 4. — Микроэнтеростомия (вариант 3)

5.3. Дренаживание через полость псевдокисты с герметизацией силиконового дренажа ее капсулой. В случае кисты в головке поджелудочной железы силиконовый дренаж вводится непосредственно в область панкреатоеюноанастомоза (рисунок 5). В вариантах нахождения кисты в теле или хвосте поджелудочной железы силиконовый дренаж последовательно проводят через полость кисты, затем через главный панкреатический проток в полость сформированного панкреатоеюноанастомоза (рисунок 6).

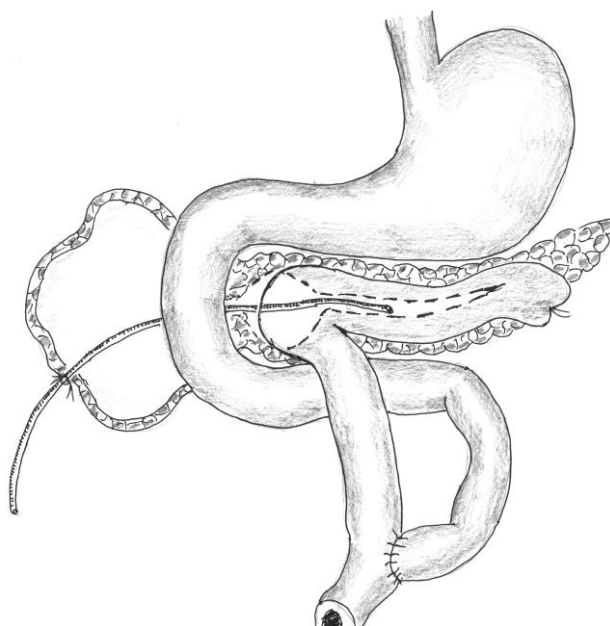


Рисунок 5. — Дренирование панкреатоеюноанастомоза через псевдокисту головки поджелудочной железы

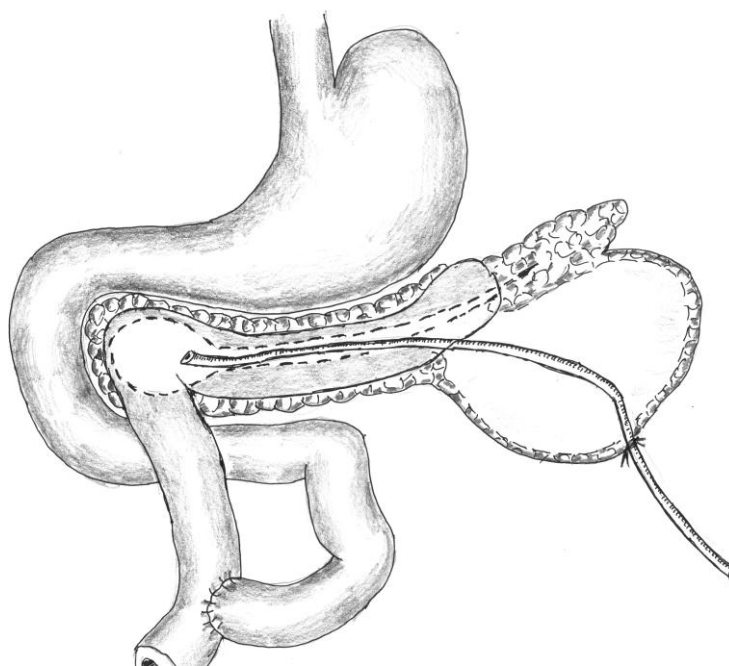


Рисунок 6. — Дренирование панкреатоеюноанастомоза через псевдокисту хвоста поджелудочной железы

6. После дренирования брюшной полости лапаротомная рана ушивается.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Желудочно-кишечное кровотечение, обусловленное стоянием дренажа — удаление дренажа, гемостатическая и заместительная терапия 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».

2. Перфорация кишки — выполнение повторной операции с ушиванием места перфорации 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».

3. Затрудненное удаление дренажа — перенос срока его удаления.