

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель Министра
_____ Д.Л. Пиневиц
_____ 2018 г.
регистрационный № 088-0718



**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ С ПОРАЖЕНИЕМ ТЕЛА И
ХВОСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

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.

Минск, 2018

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Д. Л. Пиневиц

07.09.2018

Регистрационный № 088-0718

**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ С ПОРАЖЕНИЕМ ТЕЛА
И ХВОСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

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

Минск 2018

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) представлен метод хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом с поражением тела и хвоста поджелудочной железы.

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

Применение метода позволяет эффективно устранить панкреатическую гипертензию и болевой синдром у пациентов с хроническим панкреатитом с поражением тела и хвоста поджелудочной железы, снизить уровень послеоперационных осложнений, улучшить функциональные показатели операции.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

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. Лазерная система, позволяющая генерировать импульсное излучение с длиной волны 1320 и 1440 нм (максимальная энергия импульса не менее 1,5 Дж для длины волны 1320 нм и 0,75 Дж для длины волны 1440 нм).
6. Шовный материал (рассасывающиеся и нерассасывающиеся нити размерами 2/0, 3/0, 4/0, 5/0).
7. Защитные очки от лазерного излучения.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Хронический панкреатит с поражением тела и хвоста поджелудочной железы.
2. Повторные хирургические вмешательства после ранее перенесенных резекционно-дренирующих операций на поджелудочной железе.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Острые и хронические заболевания в стадии декомпенсации.

Обострение хронического панкреатита.

Иные противопоказания, соответствующие 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- и 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 № 615 от 08.06.2011 «Об утверждении клинического протокола анестезиологического обеспечения»;

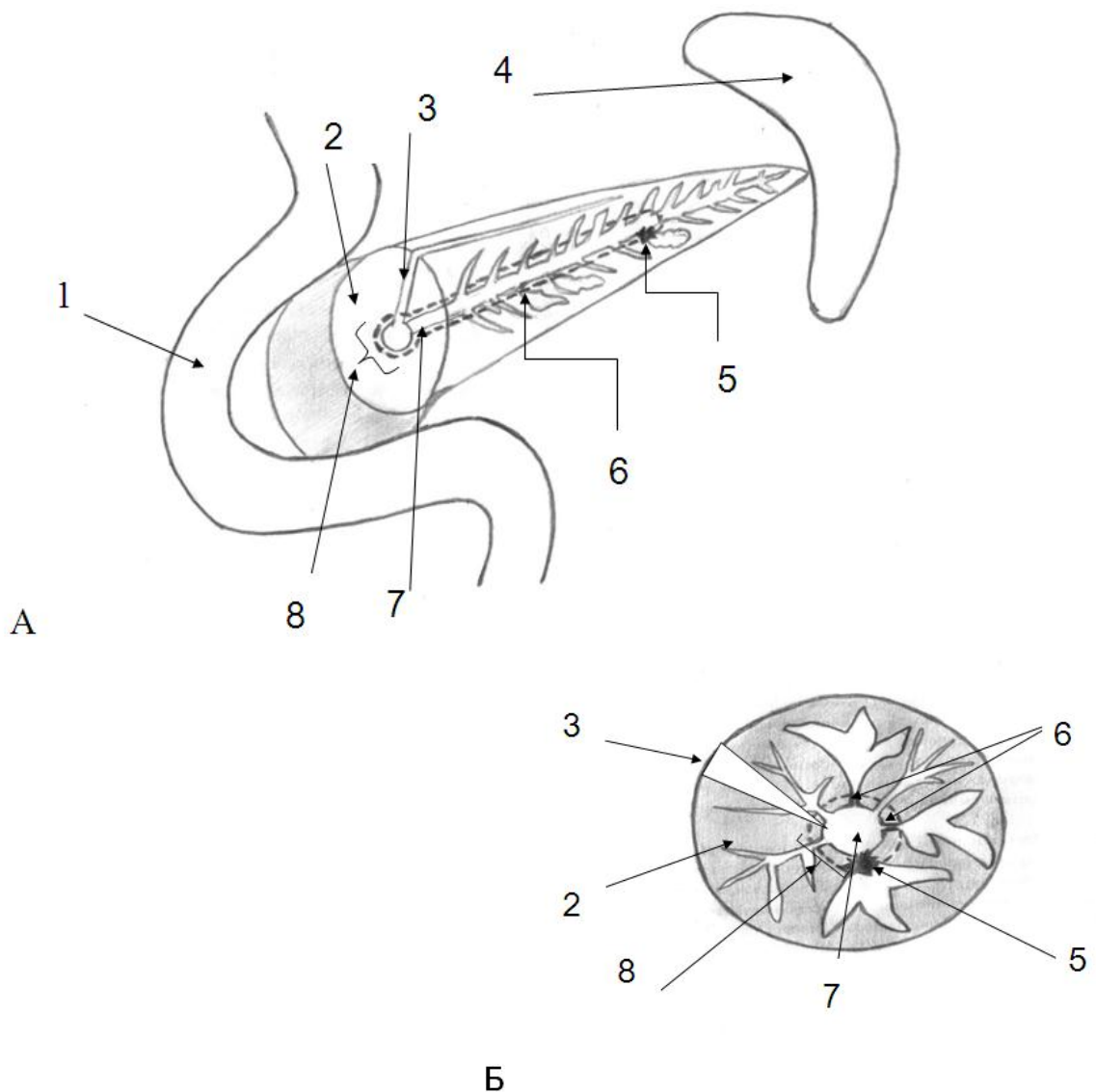
3. Хирургическое вмешательство выполняется бригадой в составе трех хирургов и операционной сестры. Обработка операционного поля — стандартная. Операция производится со срединного или поперечного разреза с обязательным использованием ранорасширителей типа Сигала или аналогичного. Выполняется висцеролиз,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

4. Вскрывается вирсунгов проток в области перешейка, тела и хвоста поджелудочной железы, производится иссечение вскрытого вирсунгова протока в теле поджелудочной железы с окружающей на 2–3 мм проток тканью поджелудочной железы (рисунок). Вирсунготомия и вирсунгэктомия выполняются с помощью моно-, и биполярного электрокоагулятора или лазерного аппарата с импульсным излучением длиной волны 1,3-1,5 мкм и плотностью энергии 100-150 Вт/мм². Лазерное излучение для вирсунгэктомии более эффективно ввиду достижения полного гемостаза при выполнении операции и меньшего повреждающего воздействия на сохраняемую паренхиму железы по сравнению с электрокоагуляционной резекцией. Панкреатолиты из периферических протоков извлекаются или дезинтегрируются путем литотрипсии.

5. 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 и межкишечный анастомоз по Ру однорядным непрерывным швом рассасывающейся мононитью 4/0 короткой или средней длительности рассасывания.

6. После дренирования брюшной полости лапаротомная рана ушивается.

Предложенный вариант иссечения позволяет получить хороший отток панкреатического сока за счет иссечения стриктур протоков 2–3-го порядка в области их впадения в вирсунгов проток и удаления панкреатолитов этой локализации. Это позволяет устранить панкреатическую гипертензию в теле и хвосте поджелудочной железы и хронический абдоминальный болевой синдром у пациентов с хроническим панкреатитом.



1 — двенадцатиперстная кишка; 2 — поджелудочная железа;
 3 — панкреатовирсунготомия; 4 — селезенка; 5 — конкремент протока 2-го порядка;
 6 —стриктура протока 2-го порядка; 7 — вирсунгов проток;
 8 — зона «цилиндрической» вирсунгэктомии

**Рисунок — А — фронтальное изображение;
 Б — поперечное изображение**

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Кровотечения из зоны резекции поджелудочной железы; при «малом» кровотечении проводится консервативное лечение с применением гемостатических и антисекреторных средств, препаратов крови, октреотида. При профузных кровотечениях показано повторное оперативное лечение.

2. Несостоятельность панкреатоеюноанастомоза. Частичная несостоятельность лечится консервативно или дренированием затеков под ультразвуковым контролем. При развитии полной несостоятельности и перитонита показано выполнение релапаротомии.

3. Послеоперационное обострение хронического панкреатита. Основным методом профилактики является бережное оперирование, полное устранение панкреатической гипертензии в ходе операции, периоперационное применение октреотида. При обострении лечение 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».