

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Е.Н.Кроткова

« 29 » 09 2023г.

Регистрационный № 088-092.3

**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ
БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПРОБОДЕНИЕМ И АБСЦЕССОМ**
(инструкция по применению)

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

АВТОРЫ: д.м.н., профессор Костюк С.А., член-корр. НАН Беларуси,
д.м.н., профессор Воробей А.В., Дыбов О.Г.

Минск, 2023

В настоящей инструкции по применению (далее - инструкция) представлен метод хирургического лечения пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки с прободением и абсцессом, включающий резекционный и реконструктивный этапы.

Метод, изложенный в настоящей инструкции, предназначен для врачей-хирургов и врачей-проктологов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с дивертикулярной болезнью толстой кишки с прободением и абсцессом в условиях стационара.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА

Дивертикулярная болезнь толстой кишки с прободением и абсцессом (K57.2).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА

1. Общее тяжелое состояние из-за сопутствующих заболеваний, таких как сердечно-сосудистые заболевания, дыхательные нарушения, печеночная или почечная недостаточность.
2. Высокий риск развития осложнений во время или после операции из-за возраста, наличия хронических заболеваний или иных факторов.
3. Тяжелая инфекция, сепсис или распространенный воспалительный процесс.
4. Неспособность пациентом перенести общую анестезию по медицинским причинам.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ И ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

1. Рентгеновский аппарат для проведения ирригоскопии с двойным контрастированием или компьютерный томограф для томографии органов толстой кишки.
2. Лекарственные средства и медицинские изделия для выполнения общей анестезии.
3. Набор общехирургического инструментария (пинцеты, зажимы, цапки для белья, ножницы, корнцанг, скальпель).
4. Хирургический перевязочный материал (марлевые салфетки, турунды).
5. Монополярный и биполярный коагулятор.
6. Хирургический шовный материал (рассасывающиеся плетёная и монофиламентная нити размерами 3/0 - 4/0).
7. Раствор антисептический для обработки передней брюшной стенки, краёв раны и рассеченной кишки.
8. Поливинилхлоридная трубка для дренирования брюшной полости.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА

1. Резекционный этап.
 - 1.1. Периоперационную антибиотикопрофилактику пациента проводят согласно действующему приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.12.2015 № 1301 «О мерах по снижению антибактериальной резистентности микроорганизмов».
 - 1.2. Хирургическое вмешательство производят под общей анестезией.

1.3. После трехкратной обработки операционного поля раствором Йодискина (в случае наличия аллергической реакции на йод рекомендовано применять раствор Хлоргексидина) выполняют доступ в брюшную полость через срединный разрез с последующей оценкой органов брюшной полости и идентификацией всех имеющихся дивертикулов, инфильтратов и образований толстой кишки.

1.4. Левосторонняя мезоколонэктомия: лигируют и пересекают нижнюю брыжеечную артерию на расстоянии 3-4 см от её основания (место отхождения от аорты); удаляют мезоколотическую клетчатку совместно с левым флангом ободочной кишки, сигмовидной и ректосигмоидным соединением; формируют концевую колостому и культю прямой кишки.

2. Реконструктивный этап.

2.1. Проводят подготовительный этап операции, который заключается в подготовке анастомозируемых концов толстой кишки: 1) снятие концевой колостомы; 2) подготовка для наложения анастомоза купола культи прямой кишки; 3) резекция анастомозируемых участков толстой кишки при наличии остаточных дивертикулов при визуальной оценке по данным компьютерной томографии или ирригоскопии. Далее формируют колоректальный анастомоз по типу «конец в конец» или «конец в бок» двурядным швом. Внутренний ряд выполняют непрерывно через все слои мононитью 3/0 или 4/0, а наружный узловым серосерозным швом с использованием плетёной нити 3/0 или 4/0.

2.2. При необходимости дренирование брюшной полости.

2.3. Послойное ушивание лапаротомной раны с последующей её обработкой растворами антисептиков и наложением асептической повязки.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА

1. Резекционный этап.

1.1. Формирование функционирующей колостомы (в течение 1-3 суток после операции).

1.2. Заживление послеоперационной раны (в течение 2-3 недель после операции).

1.3. Показатели клинико-лабораторных исследований в диапазоне нормы (в течение 1-2 недель после операции).

2. Реконструктивный этап.

2.1. Восстановление пассажа кишечного содержимого по толстой кишке (в течение 2-4 суток после операции).

2.2. Заживление послеоперационных ран (в течение 2-3 недель после операции).

2.3. Показатели клинико-лабораторных исследований в диапазоне нормы (в течение 1-2 недель после операции).

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕТОДА И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

- Ишемия анастомоза и его несостоятельность, вследствие некачественно сформированных рядов швов анастомоза. Для устранения данного осложнения необходимо резецировать участок толстой кишки с анастомозом, сформировать концевую колостому и культю отводящего участка толстой кишки.

- Стандартные гнойно-воспалительные осложнения при открытых операциях на толстой и тонкой кишках. Осложнения устраняют в соответствии с действующим приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.12.2015 № 1301 «О мерах по снижению антибактериальной резистентности микроорганизмов».