

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ



Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневиц

2018 г.

Регистрационный № 089-0418

МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

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

В настоящей инструкции по применению (далее - инструкция) представлен метод хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом с использованием лазерного излучения.

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

Применение метода позволяет более эффективно выполнять хирургические операции резекции поджелудочной железы у пациентов хроническим панкреатитом, снизить уровень интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Показания к применению:

- осложненный хронический панкреатит.

Противопоказания к применению:

- острые и хронические заболевания в стадии декомпенсации;
- обострение хронического панкреатита;
- иные противопоказания соответствуют таковым при медицинском применении лекарственных средств и медицинских изделий, необходимых для реализации метода, изложенного в настоящей инструкции.

Перечень необходимых медицинских изделий и лекарственных средств:

- лекарственные средства и медицинские изделия для выполнения эндотрахеального наркоза и перидуральной анестезии;
- набор общехирургического инструментария;
- ранорасширитель типа Сигала;
- моно,- биполярный коагулятор;
- 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);
- шовный материал (рассасывающийся и нерассасывающийся нити размерами 2/0, 3/0, 4/0, 5/0);
- защитные очки от лазерного излучения.

Технология выполнения 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 № 615 от 08.06.2011 «Об утверждении клинического протокола анестезиологического обеспечения»;

3. Хирургическое вмешательство выполняется бригадой в составе трех хирургов и операционной медсестры. Обработка операционного поля – стандартная. Операция выполняется со срединного или поперечного разреза с обязательным использованием ранорасширителей

типа Сигала или аналогичного. Выполняется висцеролиз, мобилизация 12-перстной кишки и головки ПЖ 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. Затем с помощью хирургического лазера (использовали лазерное излучение с длиной волны 1,32 мкм и мощностью 36-45 Вт (энергия импульса от 0,9 до 1,5 Дж), или 1,44 мкм мощностью 18-25 Вт: (энергия импульса от 0,5 до 0,8 Дж), оптимальные значения, для излучения с длиной волны 1440 нм – в пределах 0,5-0,8 Дж.) вскрывается в области перешейка вирсунгов проток, при наличии его стенозов проводится продольная вирсунготомия, затем единым блоком проводится резекция головки железы в необходимом объеме. При резекции лазерный световод контактирует с удаляемой тканью железы. При необходимости выполняется дополнительный гемостаз кровоточивых мест области резекции поджелудочной железы расфокусированным лазерным лучом, для чего необходимо отдалить лазерный световод на 1-2 см от зоны коагуляции. При наличии видимых конкрементов в периферических протоках необходимо проводить их контактную лазерной литотрипсию с использованием излучения с выше перечисленными характеристиками;

4. Подготавливается и проводится позадиободочно петля тощей кишки по Ру с наложением панкреатоеюноанастомоза вдоль всего среза тела и головки ПЖ 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. После дренирования брюшной полости, лапаротомная рана ушивается.

Осложнения.

1. Кровотечения из зоны резекции поджелудочной железы; при «малом» кровотечении проводится консервативное лечение с применением гемостатических и антисекреторных препаратов, препаратов крови, октреотида. При профузном кровотечении 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 развитии обострения стандартное лечение панкреатита в соответствии с Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 46 от 01.06.2017 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с острыми хирургическими заболеваниями».