

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневич

«07» *августа* 2018 г.

Регистрационный № 090-0718



**МЕТОД ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ
ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕАТОЕЮНОСТОМИИ 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. Лагодич Н.А., к.м.н. Вижинис Е.И.

Минск, 2018

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д. Л. Пиневич
07.09.2018
Регистрационный № 090-0718

**МЕТОД ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ
ПАНКРЕАТОЕЮНОСТОМИИ 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 Н. А. Лагодич, канд. мед. наук
Е. И. Вижинис

Минск 2018

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) представлен метод эндоскопической диагностики осложнений панкреатоеюностомии у пациентов с хроническим панкреатитом.

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

Применение метода позволяет диагностировать послеоперационные осложнения после хирургических резекционно-дренирующих операций с формированием панкреатоеюноанастомозов у пациентов с хроническим панкреатитом.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Двухбаллонная энтероскопическая система (энтероскоп, наружная труба с баллоном, система управления баллонами, пульт дистанционного управления).

Моно-, биполярный электрокоагулятор.

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).

Лекарственные средства для нейролептаналгезии (дроперидол, фентанил).

Наркозный аппарат.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Диагностика осложнений после операций панкреатоеюностомии у пациентов с хроническим панкреатитом.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Абсолютные:

- 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.

Относительные:

- острые воспалительные заболевания миндалин, глотки, гортани, бронхов, средостения. При наличии противопоказаний эндоскопическое исследование проводится присутствии, если его потенциальная значимость больше потенциального риска.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Метод реализуется в несколько этапов:

1. Нейролептаналгезия для поверхностной седации путем внутривенного введения дроперидола (0,25–0,5 мг/кг) и фентанила (0,005 мг/кг) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.06.2011

№ 615 «Об утверждении клинического протокола анестезиологического обеспечения».

2. Принцип метода состоит в трансоральном (антеградном) проведении двухбаллонного энтероскопа путём «нанизывания» за счет периодического раздувания и перемещения относительно друг друга двух баллонов через пищевод, желудок, двенадцатиперстную кишку, начальный отдел тощей кишки, а далее через межкишечное соустье в петлю тощей кишки по Ру (рисунок), на которой сформирован панкреатоеюноанастомоз, визуальный осмотр последнего.

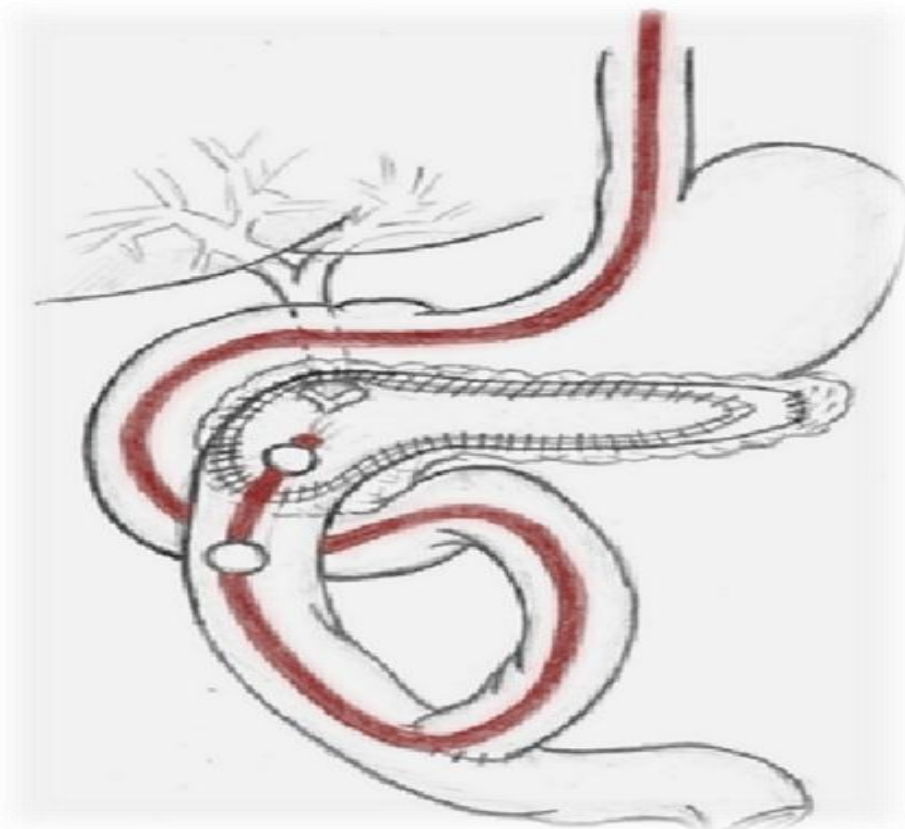


Рисунок — Схема проведения двухбаллонной энтероскопии для осмотра панкреатоеюноанастомоза

3. Определение зоны энтероэнтероанастомоза.

Продвижение аппарата за связкой Трейтца должно происходить при минимальной инсуффляции воздуха и тщательном осмотре просвета и изгибов тонкой кишки, мест наибольшего скопления желчи. Следует обращать внимание на прерывистость и слияние полей Керкринга, так как в ряде случаев зону энтероэнтероанастомоза можно пропустить, определив ее только при извлечении аппарата.

4. Определение приводящей и отводящей петли тонкой кишки.

Для отводящей петли характерно наличие желчи в просвете и антиперистальтическая волна со стороны слизистой оболочки (желчь и слизистая оболочка тонкой кишки как бы «наплывают» на аппарат). При продвижении энтероскопа в дистальные отделы кишки ниже энтероэнтероанастомоза

характерна нормальная перистальтика и меньшее количество желчи в просвете (желчь и слизистая оболочка «убегают» от аппарата). Если аппарат продвигать далее по кишке, то количество желчи уменьшается.

5. Осмотр петли тощей кишки с межкишечным соустьем по Брауну либо петли по Ру.

Продвижение энтероскопа в петлю тощей кишки в ряде случаев затруднено из-за спаечного процесса после неоднократных оперативных вмешательств. В ситуациях, когда имеется острый угол энтероэнтероанастомоза, успехом полного осмотра петли по Ру является по возможности наибольшее расправление этого угла путем подтягивания последней энтероскопом при раздутом баллоне. Визуализация культи петли тощей кишки является точным критерием полного осмотра.

6. Эндоскопическая оценка зоны панкреатоеюноанастомоза.

На расстоянии примерно 10 см от культи определяется устье панкреатоеюноанастомоза, эндоскопический вид которого позволяет предположить наличие или отсутствие патологии: стриктуры и несостоятельность панкреатоеюноанастомоза, наличие резидуальных конкрементов, кровотечений зоны панкреатоеюноанастомоза.

7. Извлечение эндоскопа.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Кровотечения и перфорация кишки могут быть связаны с введением эндоскопа в глубокие отделы тонкой кишки при спаечном процессе брюшной полости и насильственном продвижении аппарата. Профилактика этих осложнений обеспечивается путем адекватной анестезии, выполнения исследования в соответствии с протоколом. При возникновении кровотечения показано консервативное лечение, при перфорации кишки — оперативное вмешательство и ушивание дефекта кишки 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. Для профилактики обострения хронического панкреатита раздуть баллоны и подтягивать кишку рекомендуется только после прохождения связки Трейтца, чтобы не оказывать давление на фатеров сосочек или головку поджелудочной железы. При развитии осложнения показано консервативное 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».

3. Абдоминальный болевой синдром может быть связан с инсуффляцией большого количества воздуха и растяжением тонкой кишки или ее брыжейки. Коррекция: введение спазмолитических и анальгетических лекарственных средств (папаверина гидрохлорид, метамизол натрия, кеторолак трометамин);

4. Осаднение слизистой оболочки, боли в глотке. Для лечения используются нестероидные противовоспалительные лекарственные средства (кеторолака трометамин, ибупрофен).

5. При тошноте и рвоте применяются противорвотные лекарственные средства (метопролола тартрат).