

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра



_____ Д.Л. Пиневич

_____ 2017 г.

Регистрационный № 090-1017

**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ
ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ
ГАСТРЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик:

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»

Авторы: к.м.н. И.Ф. Шишло, д.м.н., проф., член-корр. НАН Беларуси
С.А. Красный, д.м.н. А.И. Шмак

Минск, 2017

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневиц
01.11.2017
Регистрационный № 090-1017

**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ
ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ
ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический
центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»

АВТОРЫ: канд. мед. наук И.Ф. Шишло, д-р мед. наук, проф., чл.-корр. НАН
Беларуси С.А. Красный, д-р мед. наук А.И. Шмак

Минск 2017

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод хирургического лечения несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза (далее — ПКА) после чрезбрюшинной гастрэктомии, который может быть использован в комплексе медицинских услуг при хирургическом лечении рака желудка (далее — РЖ). Применение метода, изложенного в настоящей инструкции, позволяет радикально ликвидировать источник внутрибрюшной инфекции с одномоментным безопасным восстановлением целостности желудочно-кишечного тракта (далее — ЖКТ), что значительно упрощает лечение этого тяжелого осложнения, снижает общую хирургическую травму за счет исключения реконструктивных операций по восстановлению непрерывности пищеварительного тракта, способствует быстрому восстановлению и реабилитации пациента.

Инструкция разработана для врачей-онкологов-хирургов, врачей-хирургов и иных врачей-специалистов организаций здравоохранения, оказывающих стационарную медицинскую помощь пациентам, страдающим РЖ.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Стандартный набор инструментов и расходных материалов для хирургической операции на органах ЖКТ.
2. Циркулярный и линейный свивающие аппараты.
3. Атравматичный шовный материал (плетеная синтетическая рассасывающаяся нить 0/3–0/4).

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Несостоятельность ПКА после гастрэктомии с развитием перитонита, ограниченного верхним этажом брюшной полости.
2. Локальный некроз с перфорацией в области анастомозированных сегментов пищевода и тонкой кишки или вблизи анастомоза с развитием перитонита.

Выполнению операции, изложенной в инструкции, подлежат стабильные пациенты в случае ранней диагностики осложнения независимо от размера дефекта анастомоза.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Тяжелое состояние пациента и/или условия, не позволяющие одномоментно осуществить безопасное восстановление целостности ЖКТ.
2. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит.
3. Множественные очаги перитонеальной инфекции (сочетание несостоятельности ПКА с панкреонекрозом, мезотромбозом, перфоративной язвой и др.).

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Предлагаемый к использованию метод осуществляют в процессе одной операции, которую выполняют поэтапно. Одним из условий эффективного

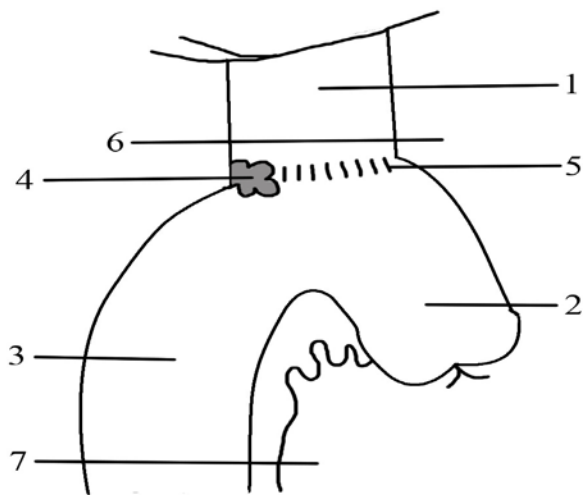
формирования ПКА в условиях перитонита являются правильно выбранные показания к операции.

Релапаротомия, санация, мобилизация дефектного анастомоза

Пациенту с несостоятельностью ПКА после чрезбрюшинной гастрэктомии выполняют релапаротомию, выявляют причину, характер и распространенность перитонита, уточняют локализацию источника инфекции, размеры дефекта в анастомозе, состояние смежных органов в зоне оперативного вмешательства. Эвакуируют содержимое брюшной полости, берут материал для бактериологического исследования. Проводят лаваж брюшной полости с удалением фибриновых наложений и разделением спаек. При необходимости выполняют пробную мобилизацию органов и тканей для изучения возможности одномоментного реанастомозирования ПКА. Если определяют, что такая возможность имеется, и состояние пациента позволяет выполнить операцию, изложенную в инструкции, мобилизуют абдоминальный, при необходимости и диафрагмальный сегменты пищевода, ПКА с участком приводящей и отводящей петель тощей кишки.

Резекция дефектного ПКА

Резекцию ПКА выполняют в пределах здоровых тканей, экономно отступив от проксимального края дефекта в анастомозе при пересечении пищевода. При этом отводящую петлю тощей кишки пересекают на таком расстоянии от дистального края дефекта, чтобы обеспечить ее жизнеспособность и условия для свободного без натяжения формирования нового ПКА (рисунок 1).



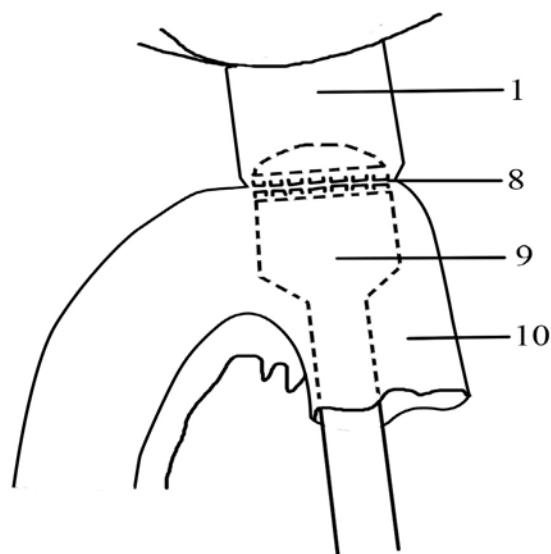
1 — пищевод; 2 — терминальный отдел тонкой кишки; 3 — отводящая петля тонкой кишки; 4 — область несостоятельности ПКА; 5 — дефектный ПКА; 6 — проксимальная граница резекции на пищеводе; 7 — дистальная граница резекции на тонкой кишке

Рисунок 1. — Резецируемые органы и границы резекции

Формирование нового ПКА

Формируют терминолатеральный ПКА с помощью циркулярного

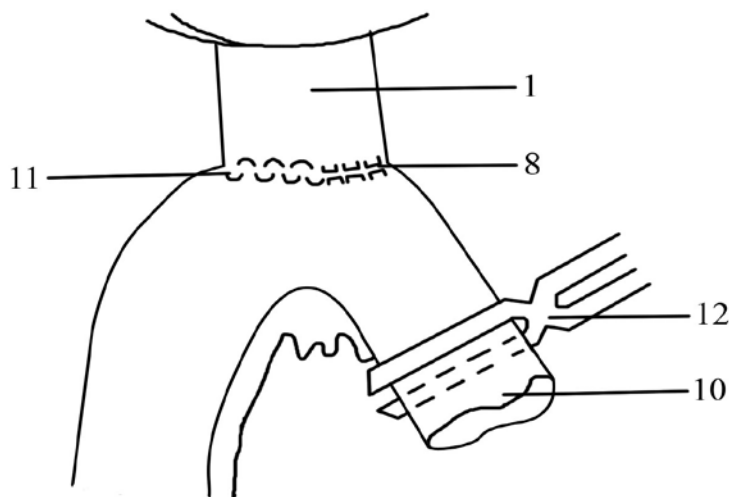
сшивающего аппарата, проведенного через терминальный конец приводящей петли тощей кишки (рисунок 2). После извлечения циркулярного аппарата терминальный конец приводящей петли тощей кишки ушивают наглухо, прошивая его линейным сшивающим аппаратом и погружным кисетным швом.



1 — пищевод, формирование терминолатерального ПКА (8) с помощью циркулярного сшивающего аппарата (9), проведенного через терминальный конец тонкой кишки (10)

Рисунок 2. — Аппаратное пищеводно-кишечное анастомозирование

Поверх аппаратного циркулярного шва на ПКА накладывают ряд непрерывных адвентициально-серозно-мышечных швов (рисунок 3).



1 — пищевод, наложение ряда непрерывных адвентициально-серозно-мышечных швов (11) поверх аппаратного ПКА (8) и ушивание терминального конца петли тонкой кишки (10) линейным сшивающим аппаратом (12) и погружным кисетным швом (на рисунке не показано)

Рисунок 3. — Дополнительный ряд швов на ПКА

В послеоперационном периоде проводят инфузионную и антибактериальную терапию, осуществляют парентеральное питание. На 4–5-е сут после восстановления перистальтики и контроля на состоятельность анастомоза назначают энтеральное питание, извлекают дренажи. После перевода на энтеральное питание при отсутствии осложнений пациента выписывают на амбулаторное реабилитационное лечение.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Несостоятельность ПКА с рецидивом перитонита. Устранение: хирургическое лечение — еюностомия, дренирование или разобщающая анастомоз операция с эзофаго- и еюностомией.

2. Несостоятельность ПКА с формированием наружного кишечного свища. Устранение: местное лечение — санация и дренирование, вакуум-аспирация, по показаниям — стентирование зоны анастомоза.

3. Вялотекущий третичный перитонит без признаков несостоятельности швов и дефектов полых органов. Устранение: консервативная терапия — антибактериальная терапия, перитонеальный диализ.

4. Внутрибрюшное абсцедирование. Устранение: дренирование.

УТВЕРЖДАЮ

руководитель учреждения, в котором

внедрен метод

«_____» _____ 20 г.

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

1. Название предложения для внедрения: Метод хирургического лечения несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза после гастрэктомии по поводу рака желудка

2. Кем предложено (наименование учреждения-разработчика, автор):
ГУ РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, 223040, Минский р-н, аг. Лесной: канд. мед. наук И.Ф. Шишло, д-р мед. наук, проф., чл.-корр. НАН Беларуси С.А. Красный, д-р мед. наук А.И. Шмак

3. Источник информации: инструкция по применению № _____

4. Где и когда начато внедрение _____

наименование лечебного учреждения, дата внедрения

5. Общее количество наблюдений _____

6. Результаты применения метода за период с _____ по _____

положительные (количество наблюдений): _____

отрицательные (количество наблюдений): _____

неопределенные (количество наблюдений): _____

7. Эффективность внедрения: _____

8. Замечания, предложения _____

Дата _____

Ответственные за внедрение

должность, Ф.И.О., кафедра

подпись

Примечание. Акт о внедрении направляется организации-разработчику (п. 2), пп. 4–8 заполняются организацией, внедрившей разработку.