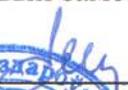


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

 Д.Л. Пиневич



« 12 » августа 2017 г.

Регистрационный № 056-0817

**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ 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. Пиневич
30.08.2017
Регистрационный № 056-0817

**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА
ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ 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.-кор. 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 перитонита после хирургической операции по поводу рака желудка, который может быть использован в комплексе медицинских услуг при развитии осложнения у онкологического пациента после субтотальной резекции желудка. Применение метода, изложенного в инструкции, позволяет радикально устранить источник внутрибрюшной инфекции с одномоментным безопасным восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта, что повышает шансы онкологического пациента с перитонитом на благоприятный исход.

Инструкция разработана для врачей-онкологов-хирургов, врачей-хирургов и иных врачей-специалистов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам, страдающим раком желудка, в стационарных условиях.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Стандартный набор инструментов и расходных материалов для хирургической операции на органах желудочно-кишечного тракта.
2. Циркулярный и линейный сшивающие аппараты.
3. Атравматичный шовный материал (синтетическая рассасывающаяся нить 0/3–0/4).

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Послеоперационный перитонит, обусловленный:

- обширным язвенно-некротическим поражением резецированного желудка;
- несостоятельностью желудочно-кишечного анастомоза;
- множественными прободными язвами резецированного желудка;
- перфоративной язвой или участком локального некроза с перфорацией на задней стенке резецированного желудка или вблизи анастомоза;
- несостоятельностью швов ранее ушитой перфоративной язвы (рецидив перитонита после ушивания).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

- крайне тяжелое состояние пациента, не позволяющее выполнить хирургическую операцию;
- сочетание воспалительно-деструктивной патологии в резецированном желудке с другими очагами неустранимой перитонеальной инфекции (распространенный мезотромбоз, обширный некроз кишечника, распространенный панкреонекроз, др.).

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Метод осуществляется поэтапно и состоит из экстирпации резецированного желудка, формирования пищеводно-кишечного анастомоза (далее — ПКА) с помощью циркулярного сшивающего аппарата и наложения межтонкокишечного анастомоза вручную.

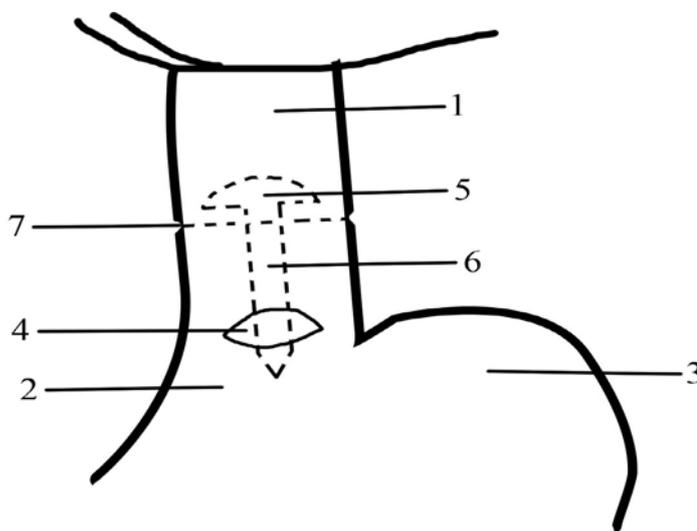
1. Релапаротомия, определение показаний к использованию метода

Пациенту с перитонитом, развившимся после субтотальной резекции желудка, выполняют релапаротомию, устанавливают причину, характер и распространенность перитонита, уточняют локализацию, размеры очага деструкции (источника инфекции). Содержимое брюшной полости эвакуируют, берут материал для бактериологического исследования. Проводят лаваж брюшной полости с удалением фибриновых наложений и разделением спаек.

При обнаружении воспалительно-деструктивной патологии в резецированном желудке или анастомозе, явившейся причиной перитонита, отсутствии других возможных очагов инфицирования брюшной полости избирают способ ликвидации источника перитонита путем экстирпации резецированного желудка с формированием аппаратного ПКА и наложением межтонкокишечного анастомоза.

2. Подготовка пищевода к аппаратному анастомозированию

Подготовку к формированию ПКА начинают с введения упорной съемной части циркулярного сшивающего аппарата через эзофаготомическое отверстие в пищевод. Для этого мобилизуют абдоминальный сегмент пищевода, производят поперечную эзофаготомию на передней стенке в зоне желудочно-пищеводного перехода, в пищевод вводят съемную часть циркулярного сшивающего аппарата. Затем поперечно по всей окружности надсекают адвентициально-мышечный слой пищевода на глубину 1,0–1,5 мм (рисунок 1).

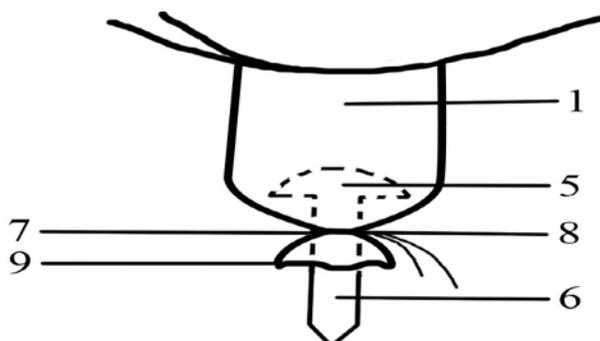


Поперечно надсеченный адвентициально-мышечный слой пищевода после эзофаготомии в области пищеводно-желудочного перехода и введения в пищевод съемной части циркулярного сшивающего аппарата: 1 — пищевод; 2 — пищеводно-желудочный переход; 3 — желудок; 4 — эзофаготомическое отверстие; 5 — упорная головка; 6 — стержень съемной части циркулярного сшивающего аппарата (в просвете пищевода); 7 — место поперечного надсечения адвентициально-мышечного слоя пищевода

Рисунок 1. — Подготовка пищевода к пищеводно-кишечному анастомозированию

3. Отсечение пищевода после введения съемной части аппарата

Пищевод перевязывают лигатурой на стержне под упорной съемной головкой циркулярного сшивающего аппарата по месту поперечного надсечения адвентициально-мышечного слоя пищевода. После этого пищевод отсекают, отступив на 2–4 мм дистальнее места перевязки (рисунок 2).



Пищевод 1 перевязан лигатурой 8 на стержне 6 под упорной головкой съемной части циркулярного сшивающего аппарата 5 на месте поперечного надсечения адвентициально-мышечного слоя пищевода 7 и линия пересечения пищевода 9

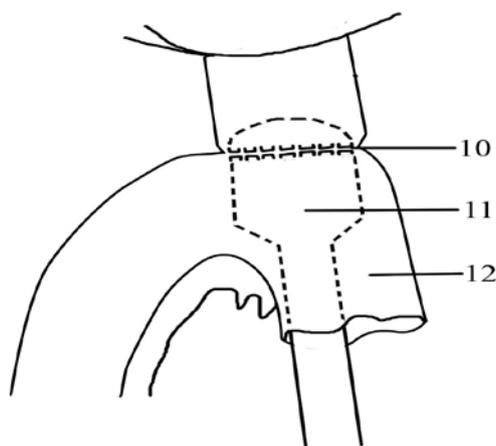
Рисунок 2. — Отсечение пищевода

4. Экстирпация резецированного желудка

Экстирпируют резецированный желудок с анастомозом, приводящей и отводящей петлями тонкой кишки. Мобилизуют петлю тонкой кишки, которую проводят позади ободочной кишки для анастомозирования с пищеводом.

5. Аппаратное анастомозирование тонкой кишки с пищеводом

Циркулярным сшивающим аппаратом, проведенным через терминальный конец отводящей петли тонкой кишки, формируют терминологический ПКА (рисунок 3).

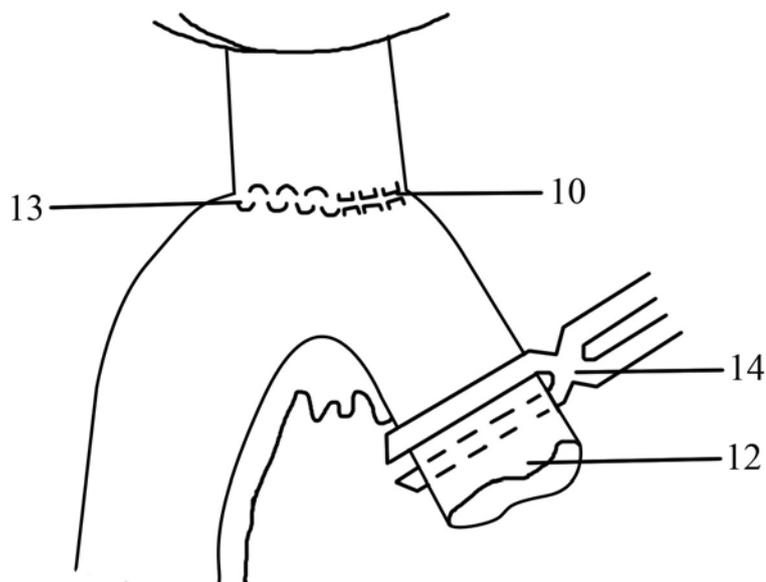


Циркулярным сшивающим аппаратом 11, введенным через терминальный конец тонкой кишки 12, сформирован ПКА 10

Рисунок 3. — Формирование аппаратного ПКА

6. Дополнительный ряд швов поверх аппаратного ПКА

Вручную накладывают дополнительный ряд непрерывных адвентициально-мышечных швов поверх аппаратного ПКА, ушивают терминальный конец отводящей петли тонкой кишки линейным сшивающим аппаратом и погружным кисетным швом (рисунок 4).

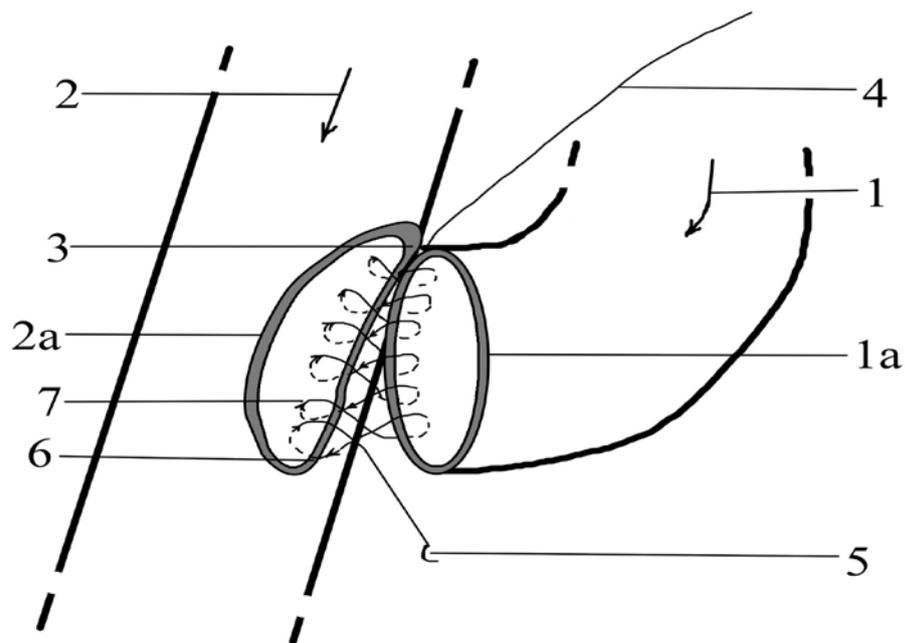


Наложение вручную ряда непрерывных адвентициально-мышечных швов 13 поверх аппаратного ПКА 10 и ушивание терминального конца отводящей петли тонкой кишки 12 линейным сшивающим аппаратом 14 и погружным кисетным швом (на рисунке не показан)

Рисунок 4. — Дополнительный ряд швов на аппаратный ПКА

7. Первый ряд швов на заднюю стенку межкишечного анастомоза

После мобилизации и подведения вскрытого терминального конца тонкой кишки, являющегося приводящей от ушитой двенадцатиперстной кишки петли тонкой кишки, к продольно вскрытому просвету тонкой кишки, являющейся отводящей от ПКА петлей тонкой кишки, в верхнем углу сшиваемых кишок через все слои накладывают шов и завязывают первый узел. Лигатуру от завязанного узла берут на держалку. Затем через все слои на заднюю стенку накладывают первый ряд непрерывных швов в форме восьмерки, делая вкол иглой с нитью с наружного серозного слоя, выкалывая иглу со стороны серозной оболочки, прошивая каждую из стенок кишок (рисунок 5).

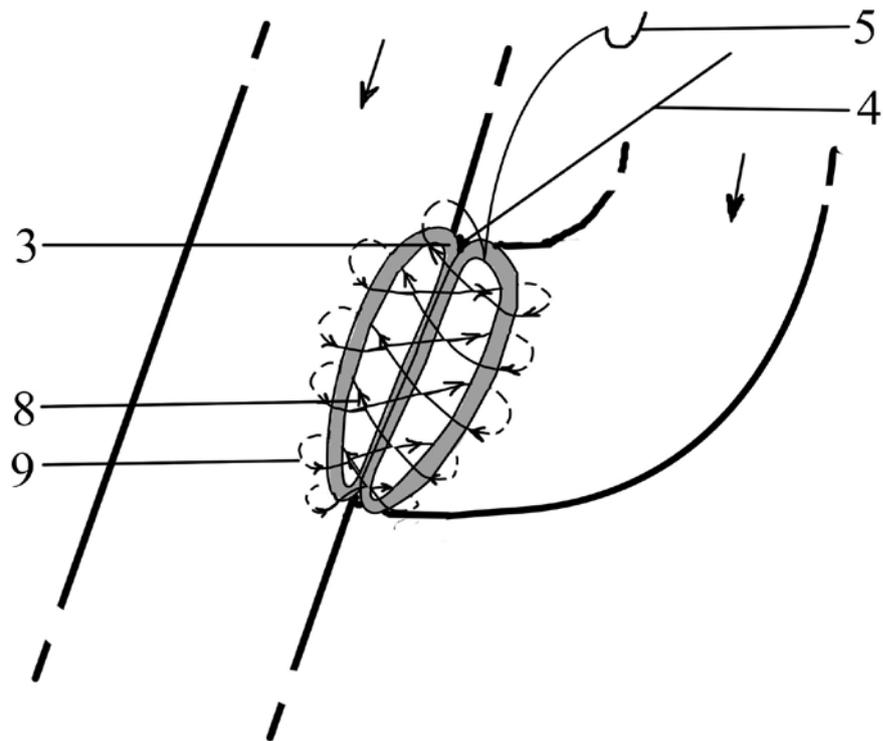


1a — вскрытый терминальный конец тонкой кишки; 1 — приводящая от ушитой двенадцатиперстной кишки петля тонкой кишки; 2a — продольно вскрытый просвет тонкой кишки; 2 — отводящая от пищеводно-кишечного анастомоза петля тонкой кишки; 3 — первый завязанный узел в верхнем углу сшиваемых концов тонкой кишки; 4 — лигатура от завязанного узла; 5 — нить с иглой; 6 — вкол иглы в наружный слой кишки (серозная оболочка); 7 — выкол иглы со стороны внутреннего слоя кишки (слизистая оболочка)

Рисунок 5. — Наложение первого ряда швов на заднюю стенку межтонкокишечного анастомоза

8. Первый ряд швов на переднюю стенку межкишечного анастомоза

Далее непрерывным рядом швов через все слои формируют переднюю стенку межтонкокишечного анастомоза, каждый раз делая вкол изнутри со стороны слизистой оболочки, выкалывая иглу снаружи на серозной оболочке. После наложения первого ряда и сближения анастомозируемых концов кишок нить с иглой связывают с лигатурой от завязанного узла над первым узлом (рисунок 6).

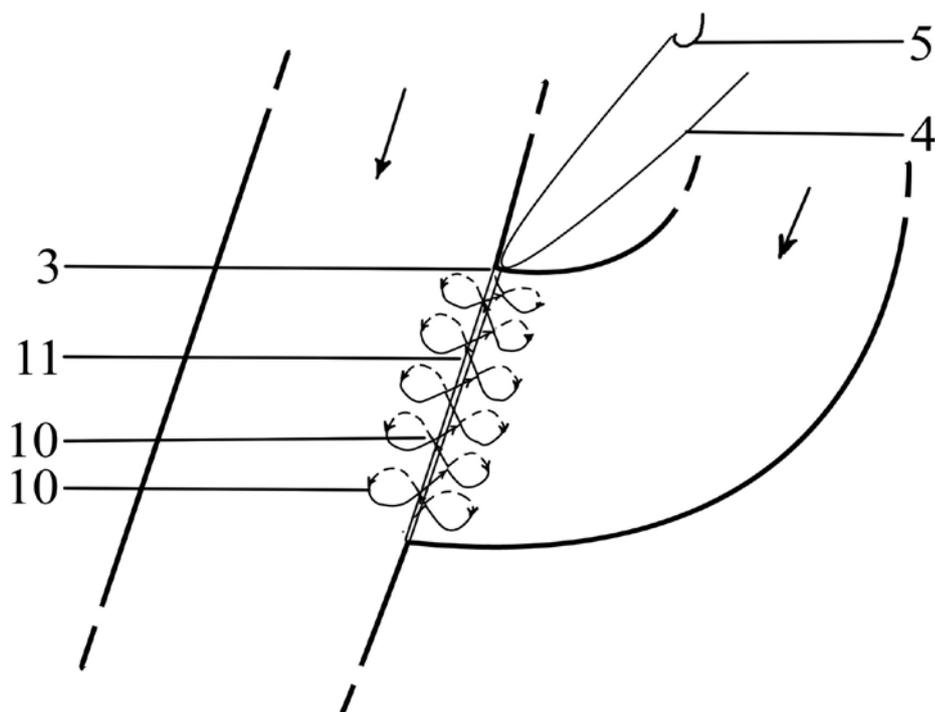


3 — первый завязанный узел в верхнем углу сшиваемых концов тонкой кишки;
 4 — лигатура от завязанного узла; 5 — игла с нитью; 8 — вкол иглы со стороны внутреннего слоя кишки (слизистая оболочка); 9 — выкол иглы в наружный слой кишки (серозная оболочка)

**Рисунок 6. — Наложение первого ряда швов на переднюю стенку
 межтонкокишечного анастомоза**

9. Наложение серозно-мышечных швов второго ряда

Этой же нитью с иглой, обработанными антисептическим раствором, накладывают второй ряд непрерывных серозно-мышечных швов в форме восьмерки по всей окружности анастомоза, при этом делают вкол иглой с серозной оболочки непосредственно от линии швов первого ряда, направляя иглу по кривой наружу, прошивая мышечный слой кишки с выколом на серозной оболочке. Заканчивают формировать анастомоз, связывая нить с иглой с лигатурой от завязанного узла над первым узлом (рисунок 7).



3 — первый завязанный узел в верхнем углу сшиваемых концов тонкой кишки;
 4 — лигатура от завязанного узла; 5 — игла с нитью; 10 — вкол и выкол иглы со стороны наружного слоя кишки (серозная оболочка); 11 — линия швов первого ряда

Рисунок 7. — Наложение серозно-мышечных швов второго ряда на переднюю стенку межтонкокишечного анастомоза

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

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

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

3. Вялотекущий третичный перитонит без дефектов полых органов (консервативная терапия — перитонеальный диализ, антибактериальная терапия).

4. Внутрибрюшное абсцедирование (дренирование).

УТВЕРЖДАЮ

руководитель учреждения, в котором

внедрен метод

« ____ » _____ 20 ____ г.

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

1. Название предложения для внедрения: Метод лечения перитонита после хирургической операции по поводу рака желудка

2. Кем предложено (наименование учреждения-разработчика, авторы):
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.