

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель Министра

 Е.Л.Богдан

2021 г.

Регистрационный № 078-0621

**МЕТОД ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОГО АЗИГОПОРТАЛЬНОГО
РАЗОБЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ
КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН
ПИЩЕВОДА**

(инструкция по применению)

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ: к.м.н., доцент Могилевец Э.В., д.м.н., профессор Гарелик П.В.

Гродно, 2021

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен метод открытой деваскуляризации пищевода и дна желудка с одномоментной транссекцией пищевода с целью улучшения результатов лечения пациентов с рецидивирующими кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода на фоне портальной гипертензии.

Инструкция предназначена для врачей-хирургов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с осложнениями портальной гипертензии на 2-4 уровнях оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

1. Наркозный аппарат, лекарственные средства и изделия медицинского назначения, необходимые для проведения общего обезболивания с искусственной вентиляцией легких.

2. Операционный стол.

3. Электрохирургический блок с возможностью подключения:

- держателя электродов в форме шпателя с кнопками активации – 1 шт.
- зажима диаметром 10 мм для биполярной коагуляции со встроенным ножом – 1 шт.

4. Ранорасширитель стоечный

5. Набор общехирургических инструментов:

- скальпель со съемным лезвием – 1 шт.;
- зажим для прикрепления операционного белья – 8 шт.;
- зажим кровоостанавливающий изогнутый с нарезкой – 6 шт.;
- иглодержатель с кремальерой большой – 1 шт.;
- иглодержатель с кремальерой малый – 1 шт.;
- пинцет хирургический – 1 шт.;
- корнцанг – 2 шт.;
- ножницы длинные, изогнутые по плоскости (по Куперу) – 1 шт.;
- ножницы короткие, изогнутые по плоскости (по Куперу) – 1 шт.

6. Аппарат циркулярного шва с диаметром головки 25 мм и длиной ствола 180 мм – 1 шт.

7. Трубка дренажная силиконовая одноканальная с внешним диаметром 9 мм – 2 шт.

8. Материал шовный:

– нить (0) с длительным сроком рассасывания (60-90 суток) с колющей иглой – 4 шт.;

– нить (2/0) с длительным сроком рассасывания (60-90 суток) с колющей иглой – 4 шт.;

– нить (3/0) с длительным сроком рассасывания (60-90 суток) монофиламентная с колющей иглой – 4 шт.

9. Операционное белье.

10. перевязочный материал:

– салфетка марлевая большая – 20 шт.;

– салфетка марлевая малая – 20 шт.

11. Лейкопластырь – 1 шт.

12. Антисептические средства для обработки операционного поля.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Рецидивирующие кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (I98.3, I85) на фоне эндоскопических методов профилактики.

Портальная гипертензия (K76.6).

Цирроз печени (K74) класс А или В по Чайлд-Пью.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Заболевания и патологические состояния, сопровождающиеся нестабильной гемодинамикой.

2. Выраженная коагулопатия.

3. Печеночная энцефалопатия III-IV степени.

4. Наличие рефрактерного асцита.

5. Иные противопоказания, соответствующие таковым для проведения хирургических операций на органах брюшной полости, а также для применения медицинских изделий и лекарственных средств, необходимых для реализации метода, изложенного в настоящей инструкции.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

1 этап – Предоперационная подготовка. Включает коррекцию основных констант гомеостаза и проведение общепринятыми методами комплекса мероприятий, необходимых при выполнении хирургических операций на органах брюшной полости.

2 этап – Обезболивание. Общее: эндотрахеальный наркоз. Осуществляется общепринятыми методами.

3 этап – Оперативное вмешательство.

3.1. Выполняется верхнесрединная лапаротомия. С помощью зажима диаметром 10 мм для биполярной коагуляции со встроенным ножом поэтапно выполняется деваскуляризация проксимальных 2/3 большой кривизны и дна желудка с сохранением питающей ножки правой желудочно-сальниковой артерии и вены. Производится деваскуляризация малой кривизны желудка и абдоминального отдела пищевода с лигированием левой желудочной артерии и вены. Выделяется и берется на держалку абдоминальный отдел пищевода с варикозно расширенными венами

3.2. В наиболее васкуляризированной части передней стенки выполняется гастротомия, через которую в абдоминальный отдел пищевода вводится аппарат циркулярного шва. После циркулярной фиксации пищевода с помощью нити между дистальной и опорной частью головки аппарата производится степлерная транссекция абдоминального отдела пищевода.

3.3. Выполняется максимально полное многоуровневое разобщение варикозно расширенных вен пищевода и желудка с целью профилактики кровотечения из них. Для этого дополнительно осуществляется прошивание вен желудка и пищевода отдельными узловыми трансмуральными погружными

швами со стороны серозной оболочки, при этом выявление варикозно расширенных венозных стволов, их прошивание и оценку полноты деваскуляризации осуществляют под фиброзофагогастроскопическим контролем или с помощью лапароскопа, вводимого через гастротомическое отверстие, с использованием эффекта трансиллюминации. Варикозно расширенные вены прошивают специальным швом, при котором осуществляют вкол иглы по одну сторону от варикозно расширенной вены через всю толщу стенки, огибают вену в просвете желудка либо пищевода и производят выкол иглы по другую от нее сторону в обратном направлении от слизистой к серозной оболочке, формируя петлю вокруг вены. Затем иглу с нитью проводят от места ее выкола в серозной оболочке в серозномышечном слое к месту первоначального вкола, выполняют завязывание узла и погружают его в толщу стенки через место первоначального вкола. После прошивания всех варикозно расширенных вен производят укрытие мест погружения узлов швов с помощью отдельных серозно-мышечных швов.

3.4. Гастротомическое отверстие ушивается двухрядным обвивным швом длительно рассасывающейся нитью. Далее выполняется внеслизистая пилоропластика по Микуличу с целью профилактики гастростаза. Проводится контроль на гемостаз и инородные тела. В подпеченочное пространство, левое поддиафрагмальное пространство и малый таз устанавливаются силиконовые дренажные трубки. Срединная рана послойно ушивается.

4 этап – Послеоперационный период. Дренажи удаляются на 4-6 сутки послеоперационного периода после прекращения истечения асцитической жидкости. В зависимости от наличия количества отделяемого по назогастральному зонду, последний удаляется на 1-3 послеоперационные сутки с параллельным назначением перорального приема жидкости с постепенным наращиванием ее объема и расширением диеты.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

1. Кровотечение из сосудов передней брюшной стенки – для устранения электрокоагуляция, лигирование с прошиванием.

2. Коагуляционное повреждение стенки желудка или ободочной кишки на этапе деваскуляризации – применение ножниц и диссектора вблизи стенок органов, соблюдение правил использования монополярной коагуляции.

3. Повреждение селезенки – для устранения электрокоагуляция, использование гемостатических губок, синтетических клеевых основ.

4. Повреждение печени – для устранения электрокоагуляция, использование гемостатических губок, синтетических клеевых основ.

название

учреждения

здравоохранения

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач

И.О.Фамилия

20 г.

МП

А К Т

учета практического использования инструкции по применению

1. Инструкция по применению: «Метод трансабдоминального азигопортального разобщения у пациентов с рецидивирующими кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода».

2. Утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь
№ _____

3. Кем предложена разработка сотрудниками УО «Гродненский государственный медицинский университет»: заведующим 1-й кафедрой хирургических болезней Э.В.Могилевцом, заведующим кафедрой общей хирургии П.В.Гареликом.

4. Материалы инструкции использованы для _____

5. Где внедрено _____

наименование учреждения здравоохранения

6. Результаты применения метода за период с _____ по _____
общее кол-во наблюдений «___»

положительные «___»

отрицательные «___»

7. Эффективность внедрения (восстановление трудоспособности, снижение заболеваемости, рациональное использование коечного фонда, врачебных кадров и медицинской техники) _____

8. Замечания, предложения: _____

20 _____ Ответственные за внедрение

Должность

подпись

И.О.Фамилия

Примечание:

акт о внедрении направлять по адресу:
1-я кафедра хирургических болезней
УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
ул.Горького, 80
230009, г.Гродно

