

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Ю.Л. Горбич

06. 2024 г.

Регистрационный № 015-0224



**МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ
ТЯЖЕЛОГО ЖЕЛЧНОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА
В ФЕРМЕНТАТИВНОЙ ФАЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»

АВТОРЫ: Мазаник А.В., к. м. н., доцент Блахов Н.Ю., к. м. н. Чуманевич О.А., д. м. н., доцент Трухан А.П.

Минск 2024

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) представлен метод лечения тяжелого желчного острого панкреатита в ферментативной фазе заболевания, который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на повышение эффективности лечения пациентов с тяжелым желчным острым панкреатитом.

Инструкция предназначена для врачей-хирургов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам в стационарных условиях.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

К 85.1 – желчный острый панкреатит (желчнокаменный панкреатит)

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Высокий операционно-анестезиологический риск (декомпенсация функций жизненно важных органов и систем, сахарный диабет в стадии декомпенсации, некорректируемая коагулопатия).
2. Поздние сроки беременности.
3. Ожирение III-IV степени.
4. Рак желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков.
5. Билио-билиарные или билио-дигестивные свищи.
6. Панкреонекроз и/или острые жидкостные (панкреатические / парапанкреатические) скопления.
7. Ранее перенесенные операции на органах верхнего этажа брюшной полости.
8. Послеоперационные вентральные грыжи больших размеров.
9. Воспалительные и рубцовые изменения в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, нарушающие топографическую анатомию треугольника Кало и, соответственно, затрудняющие дифференциацию и выделение его анатомических структур.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

1. Оборудование и инструментарий для выполнения видеолапароскопических операций.
2. Лапароскопическая игла для пункций и биопсий (длина 35 см, внутренний диаметр 1,4 мм).
3. Мочеточниковый катетер с проводником № 4-5.
4. Титановые клипсы.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА

В приемном отделении на основании первичного медицинского осмотра в соответствии с требованиями клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым панкреатитом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» проводят диагностику и начальную оценку тяжести течения острого панкреатита (ОП). Билиарную этиологию заболевания устанавливают на основании критериев, предложенных Голландской исследовательской группой по ОП (2009).

Лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) с дренированием холедоха по Холстеду в первые 72 ч заболевания выполняют в качестве запланированного этапа комплексного лечения ОП билиарной этиологии (ОПБЭ) для своевременного и адекватного купирования панкреатобилиарной гипертензии, профилактики многократного прохождения мелких конкрементов из желчного пузыря через большой дуоденальный сосочек и устранения источника возможного инфицирования панкреонекроза.

ЛХЭ с дренированием холедоха по Холстеду в первые 72 ч заболевания выполняют после 12-24-часового периода стационарного наблюдения при переносимости вмешательства в случаях отсутствия положительной клинико-лабораторной динамики, несмотря на проведение

интенсивной консервативной терапии, при этом без признаков прогрессирования местного патологического процесса (развитие панкреонекроза и/или формирование острых жидкостных скоплений). При сомнительных данных относительно характера и объема поражения ПЖ и окружающих тканей по результатам ультразвукового исследования выполняют компьютерную томографию с контрастным усилением.

ЛХЭ выполняют по стандартной четырехпортовой методике. Визуализируют и выделяют пузырные проток и артерию. Пузырный проток выделяют до места его впадения в общий печеночный, выделяют переднюю стенку холедоха на протяжении 1,5-2 см. Пузырную артерию клипируют и пересекают около стенки желчного пузыря. Проксимальный отдел пузырного протока клипируют в области шейки желчного пузыря. На расстоянии не менее 1,0 см от места впадения в холедох пузырный проток вскрывают ножницами на $\frac{1}{2}$ его диаметра.

На передней брюшной стенке определяют точку, проведение через которую дренажа обеспечит его оптимальный (прямолинейный) ход относительно пузырного протока и с учетом последующей десуффляции. В намеченной точке брюшную полость пунктируют лапароскопической иглой для пункций и биопсий в направлении сформированного в пузырном протоке отверстия, через которое вводят мочеточниковый катетер № 4-5 (в зависимости от диаметра пузырного протока) на 10-12 см для определения проходимости холедоха. Из мочеточникового катетера извлекают металлический проводник, к канюле присоединяют шприц объемом 5-10 мл. Постепенно подтягивая катетер до метки 5 см у дистального края отверстия в пузырном протоке, аспирируют содержимое, по цвету и характеру которого судят о положении катетера (содержимое желтого цвета свидетельствует о правильном положении катетера в холедохе). В мочеточниковый катетер вновь вводят проводник,

контролируют метку (5 см) у дистального края отверстия в пузырном протоке. Дистальный отдел пузырного протока клипируют и, соответственно, фиксируют катетер в нем двумя титановыми клипсами дозированым усилием до сведения бранш. Клипировать пузырный проток предпочтительно в двух разных плоскостях относительно его продольной оси. Проводник извлекают из катетера, в катетер вводят 10-20 мл физиологического раствора для проверки герметичности фиксации дренажа. Пузырный проток пересекают у проксимально наложенной клипсы в области шейки желчного пузыря. Выполняют типичную субсерозную холецистэктомию с электрокоагуляцией ложа желчного пузыря.

Мочеточниковый катетер фиксируют к коже передней брюшной стенки таким образом, чтобы в брюшной полости катетер располагался свободно, без натяжения при изменении положения тела пациента. Дренируют подпеченочное пространство, завершают операцию.

В послеоперационном периоде продолжают многокомпонентную интенсивную терапию ОП в соответствии с требованиями клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым панкреатитом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях». Дренаж используют для контроля объема и характера отделяемого и адекватной санации желчевыводящих путей.

Дренаж из холедоха извлекают на 21-е сутки после его установки при последующей госпитализации после контрольной холангиографии, подтверждающей свободный пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку и отсутствие холедохолитиаза.

ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕТОДА И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Выполнение ЛХЭ при нераспознанных в предоперационном периоде местных осложнениях (панкреонекроз и/или острые жидкостные скопления) ОП.

Строгое соблюдение 12-24-часового периода стационарного наблюдения и предоперационной подготовки для динамической оценки состояния пациента и исключения признаков прогрессирования заболевания.

2. Характерные при выполнении ЛХЭ ошибки и осложнения.

Строгое соблюдение показаний и противопоказаний к вмешательству лапароскопическим доступом, четкое соблюдение техники выполнения оперативных приемов (хирургических манипуляций).

При тщательном соблюдении инструкции осложнения и ошибки маловероятны.