

Клинический протокол

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ 326
	Экземпляр	№ 1
	Введен в действие	Дата 2020
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	<i>Клинический протокол «Острый панкреатит»</i> <i>Коды МКБ (K85.0, K85.1, K85.2, K85.3, K85.8, K85.9)</i> <i>Возрастная группа- взрослые</i> <i>Год утверждения 2020 г</i>	

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	<i>Должность</i>			
Согласовано	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно- поликлинической работе	Адильханов Б.Г.		
	Заместитель главного врача по хирургической работе	Абдулмажидов Х.М.		
	Заведующий экспертным отделом	Махмудов Ф. Б.		
2021 г.				

I. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение

Острый панкреатит (ОП) – это первоначально асептическое воспаление поджелудочной железы, при котором возможно поражение окружающих тканей и отдаленных органов, а также систем.

1.2 Этиология и патогенез

Выделяют следующие этиологические формы острого панкреатита:

1. Острый алкогольно-алиментарный панкреатит – 55% .
2. Острый билиарный панкреатит (возникает из-за желчного рефлюкса в панкреатические протоки при билиарной гипертензии, которая возникает, как правило, вследствие холелитиаза, иногда – от других причин: дивертикул, папиллит, описторхоз и т.д.) – 35%.
3. Острый травматический панкреатит (вследствие травмы поджелудочной железы, в том числе операционной или после ЭРХПГ) 2 – 4 %.
4. Другие этиологические формы причины: аутоиммунные процессы, сосудистая недостаточность, васкулиты, лекарственные препараты (гипотиазид, стероидные и нестероидные гормоны, меркаптопурин), инфекционные заболевания (вирусный паротит, гепатит, цитомегаловирус), аллергические факторы (лаки, краски, запахи строительных материалов, анафилактический шок), дисгормональные процессы при беременности и менопаузе, заболевания близлежащих органов (гастродуоденит, пенетрирующая язва, опухоли гепатопанкреатодуоденальной области) – 6 – 8%.

Ведущая роль в патогенезе токсемии при остром панкреатите принадлежит ферментам поджелудочной железы: трипсин, липаза, фосфолипаза – А2, лизосомным ферментам, которые вызывают окислительный стресс, липидный дистресс-синдром, тромбоз капилляров, гипоксию, ацидоз, гиперметаболизм, повреждение мембран клеток и эндотелия.

1.3 Эпидемиология

В настоящее время распространенность острого панкреатита составляет 32-389 человек на 1 млн. населения, смертность от этого заболевания колеблется от 6 до 12 человек на 1 млн. населения. На сегодняшнем этапе, в статистике частоты заболеваний крупных мегаполисов, проходящих по скорой помощи под маркой “острого живота”, произошли значительные изменения: за период с 2000г. до 2009г. острый панкреатит уверенно занимал первое место. В последние годы число больных острым панкреатитом снизилось, однако, несмотря на снижение общего количества больных, доля ОП в структуре заболеваний «острого живота» остаётся на довольно высоком уровне (25%-35%), занимает второе место и уступает только острому аппендициту. За этот период наметилась тенденция к снижению общей летальности при остром панкреатите с 4,0%-4,5% до 2,5%-3,5%, однако послеоперационная летальность сохраняется на довольно высоком уровне (20%-25%).[6,10,10,12,13]

1.4. Кодирование по МКБ 10.

Острый панкреатит (K85):

- абсцесс поджелудочной железы;
- острый и инфекционный некроз поджелудочной железы;
- панкреатит:
 - острый (рецидивирующий);
 - геморрагический;
 - подострый;
 - гнойный;
 - БДУ.

K85.0 – Идеопатический острый панкреатит;

K85.1 – Билиарный острый панкреатит:

- желчнокаменный панкреатит;

K85.2 – Алкогольный острый панкреатит;

K85.3 – Медикаментозный острый панкреатит;

K85.8 – Другие виды острого панкреатита;

K85.9 – Острый панкреатит неуточнённый.

1.5 Классификация.

Классификация острого панкреатита Российского Общества Хирургов (2014г.) разработана с учётом классификации Атланта–92 и её модификаций, предложенных в г. Кочин в 2011г (Международная Ассоциация Панкреатологов, International Association of Pancreatology) и Международной рабочей группой по классификации острого панкреатита (Acute Pancreatitis Classification Working Group) в 2012г.

1. **Острый панкреатит лёгкой степени.** Панкреонекроз при данной форме острого панкреатита не образуется (отёчный панкреатит) и органная недостаточность не развивается.
2. **Острый панкреатит средней степени.** Характеризуется наличием либо одного из местных проявлений заболевания: перипанкреатический инфильтрат, псевдокиста, отграниченный

инфицированный панкреонекроз (абсцесс), – или/и развитием общих проявлений в виде транзиторной органной недостаточности (не более 48 часов).

3. **Острый панкреатит тяжёлой степени.** Характеризуется наличием либо неотграниченного инфицированного панкреонекроза (гнойно-некротического парапанкреатита), или/и развитием персистирующей органной недостаточности (более 48 часов).

Диагноз острого панкреатита лёгкой, средней или тяжёлой степени устанавливается по факту законченного случая заболевания.

II. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

2.1 Жалобы и анамнез

Основанием для диагностики острого панкреатита при первичном осмотре больного является классическая триада симптомов – выраженная боль в эпигастрии с иррадиацией в спину или опоясывающего характера, многократная рвота и напряжение мышц в верхней половине живота. Чаще всего появлению симптомов предшествует обильный прием пищи или алкоголя, наличие желчнокаменной болезни. Типичный болевой синдром возникает при остром панкреатите всегда. Обычно он интенсивный, стойкий, не купируется спазмолитиками и анальгетиками. Начало острого панкреатита должно определяться по времени появления абдоминального болевого синдрома, а не по времени поступления больного в стационар. Выявить момент начала заболевания можно при тщательном сборе анамнеза. При выраженном болевом синдроме допустима инъекция спазмолитических и нестероидных противовоспалительных препаратов. При переводе больного из одного стационара в другой (например, из ЦРБ в областную больницу) началом заболевания следует считать время появления болевого синдрома при первичном обращении за медицинской помощью.

Клинические проявления острого панкреатита зависят от морфологической формы, фазы заболевания, тяжести синдрома системного воспалительного ответа и развития органной (полиорганной) недостаточности. Каждой фазе заболевания соответствует определённая клинико-морфологическая форма ОП, поэтому целесообразно рассматривать диагностику ОП в соответствующих фазах заболевания.

2.2 Первичный протокол диагностики и тактики при остром панкреатите в IА фазе заболевания. Как правило, осуществляется в приёмном отделении или отделении экстренной помощи.

- Для установления диагноза острого панкреатита (после исключения другой хирургической патологии) **рекомендуется** использовать сочетание минимум двух из следующих выявленных признаков:
 - а) типичная клиническая картина (интенсивные некупируемые спазмолитиками боли опоясывающего характера, неукротимая рвота, вздутие живота; употребление алкоголя, острой пищи или наличие ЖКБ в анамнезе и др.);
 - б) характерные признаки по данным УЗИ: увеличение размеров, снижение эхогенности, нечёткость контуров поджелудочной железы; наличие свободной жидкости в брюшной полости;
 - в) гиперферментемия (гиперамилаземия или гиперлипаземия), превышающая верхнюю границу нормы в три раза и более.

- Для оценки тяжести ОП и прогноза развития заболевания **рекомендуется** применение шкалы критериев первичной экспресс-оценки тяжести острого панкреатита (СПб НИИ СП имени И.И. Джанелидзе – 2006г.):
 - перитонеальный синдром;
 - олигурия (менее 250 мл за последние 12 часов);
 - кожные симптомы (гиперемия лица, «мраморность», цианоз);
 - систолическое артериальное давление менее 100 мм.рт.ст;
 - энцефалопатия;
 - уровень гемоглобина более 160 г/л;
 - количество лейкоцитов более $14 \times 10^9/л$;

- уровень глюкозы крови более 10 ммоль/л;
- уровень мочевины более 12 ммоль/л;
- метаболические нарушения по данным ЭКГ;
- вишнёвый или коричнево-чёрный цвет ферментативного экссудата, полученного при лапароскопии (лапароцентезе);
- выявление при лапароскопии распространённого ферментативного парапанкреатита, выходящего за границы сальниковой сумки и распространяющийся по фланкам;
- наличие распространённых стеатонекрозов, выявленных при лапароскопии; отсутствие эффекта от базисной терапии.
- Для оценки органных и полиорганных дисфункций **рекомендуется** использовать шкалу SOFA. При невозможности использовать многопараметрические шкалы для определения тяжести ОП **рекомендуется** применение клинико-лабораторных критериев: признаки синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) ; гипокальциемия < 1,2 ммоль/л, гемоконцентрация: гемоглобин крови > 160г/л или гематокрит > 40 Ед., гипергликемия > 10 ммоль/л; С – реактивный белок > 120мг/л; шок (систолическое АД < 90 мм.рт.ст.) дыхательная недостаточность (PO₂<60мм.рт.ст.); почечная недостаточность (олиго-анурия, креатинин > 177 мкмоль/л); печеночная недостаточность (гиперферментемия); церебральная недостаточность (делирий, сопор, кома); желудочно-кишечное кровотечение (более 500мл/сутки); коагулопатия (тромбоциты < 100 x 10⁹/л, фибриноген < 1,0г/л).

- **Интенсивный болевой синдром**, не купируемый наркотическими анальгетиками, быстро прогрессирующая желтуха, отсутствие желчи в ДПК при ФГДС, признаки билиарной гипертензии по данным УЗИ свидетельствуют о наличии вклиненного камня большого дуоденального сосочка (БДС). В этом случае пациенту **рекомендуется** срочное (12-24 часов) восстановление пассажа желчи и панкреатического сока, оптимальным методом которого служит ЭПСТ с литоэкстракцией, после которой, при наличии возможностей, желательно выполнять дренирование главного панкреатического протока. При вклиненном камне БДС и при остром панкреатите ЭПСТ нежелательно и опасно производить контрастирование протоков.

- Компьютерная томография. **Рекомендуется** выполнение ранней МСКТА (МРТ) в следующих случаях:
 - Неясность диагноза и дифференциальная диагностика с другими заболеваниями.
 - Необходимость подтверждения тяжести по выявленным клиническим прогностическим признакам тяжёлого ОП.
 - Отсутствие эффекта от консервативного лечения.
 - Для диагностики панкреонекроза в оптимальные сроки (и оценки всего объема патологических изменений в грудной клетке, брюшной полости и забрюшинной клетчатке) **рекомендуется** выполнение МСКТА (МРТ) на 4 – 14 сутки заболевания.
 - МСКТА (МРТ) **рекомендуется** выполнять накануне инвазивного вмешательства.
 - Последующие МСКТА (МРТ) **рекомендуется** выполнять при прогрессировании заболевания, при отсутствии эффекта от лечения и для уточнения локализации очагов нагноения перед выполнением дренирующих вмешательств.

2.3 Протокол диагностики и мониторинга перипанкреатического инфильтрата в IV фазе заболевания.

Вторая неделя заболевания характеризуется наступлением периода асептической воспалительной реакции на очаги некроза в поджелудочной железе и окружающей клетчатке, которая клинически выражается появлением инфильтрата в эпигастральной области (местный компонент) и резорбтивной лихорадкой (системный компонент воспаления). Перипанкреатический инфильтрат (ПИ) и резорбтивная лихорадка являются закономерными признаками тяжёлого или средне-тяжёлого панкреатита, тогда как при лёгком панкреатите эти признаки не выявляются.

- Помимо клинических признаков (перипанкреатический инфильтрат и лихорадка) на второй неделе ранней фазы ОП **рекомендуется** определять:

- Лабораторные показатели синдрома системного воспалительного ответа: лейкоцитозом со сдвигом влево, лимфопенией, увеличенной СОЭ, повышением концентрации фибриногена, С-реактивного белка и др.;
- УЗ-признаки ПИ (сохраняющееся увеличение размеров поджелудочной железы, нечёткость её контуров и появление жидкости в парапанкреальной клетчатке). **Уровень убедительности рекомендации «D».** [2,4,9,11]
- Для мониторинга перипанкреатического инфильтрата **рекомендуется** производить динамическое исследование клиничко-лабораторных показателей и повторные УЗИ (не менее 2 исследований на второй неделе заболевания). **Уровень убедительности рекомендации «D».** [2,4,9,11]
- В конце второй недели заболевания **рекомендуется** выполнение компьютерной томографии зоны поджелудочной железы, 2.4 Протокол диагностики и мониторинга псевдокисты поджелудочной железы во II фазе заболевания (в фазе асептической секвестрации).

Клинической формой острого панкреатита в фазе асептической секвестрации является постнекротическая псевдокиста поджелудочной железы, срок формирования которой составляет от 4-х недель и в среднем до 6 месяцев.

- В фазе асептической секвестрации **рекомендуется** использовать следующие критерии верификации кисты поджелудочной железы:
 - Стихание синдрома системной воспалительной реакции на фоне сохраняющейся гиперAMILАЗЕМИИ.
 - Увеличение к 5-ой неделе заболевания размеров жидкостного скопления в парапанкреальной клетчатке и появление у него стенки по данным УЗИ, КТ.
 - При отсутствии осложнений (см. ниже) больного можно выписать на амбулаторное лечение. Размеры кисты необходимо мониторировать по данным УЗИ (1 раз в 2-4 недели). 2.5 Протокол диагностики гнойных осложнений острого панкреатита во II фазе заболевания (в фазе септической секвестрации).

Инфицирование очага панкреатогенной деструкции происходит, в среднем в конце 2-ой – начале 3-ей недели от начала заболевания. Однако при позднем поступлении больного, неадекватном лечении, или после слишком ранней и поспешной операции, инфицирование зон панкреонекроза и гнойно-деструктивные осложнения могут развиваться раньше, минуя период асептической деструкции ("перекрест фаз"). Клинической формой острого панкреатита в фазе септической секвестрации (третья неделя от начала заболевания и более) является инфицированный панкреонекроз: отграниченный – панкреатический абсцесс (ПА) или неотграниченный – гнойно-некротический парапанкреатит (ГНПП) различной степени распространённости. Важным моментом является своевременная диагностика инфицирования и верификация клиничко-морфологических форм панкреатогенной инфекции. [2,4,6,9,12,19,25,26]

- Для верификации панкреатического абсцесса или гнойно-некротического парапанкреатита **рекомендуется** использовать:
 - 1). Клиничко-лабораторные проявления гнойного очага:
 - Прогрессирование клиничко-лабораторных показателей острого воспаления на третьей неделе ОП.
 - 2). Маркеры острого воспаления (повышение фибриногена в 2 раза и более, высокие «С»-реактивный белок, прокальцитонин и др.).
 - 3). МСКТА, МРТ, УЗИ (нарастание в процессе наблюдения жидкостных образований, выявление девитализированных тканей и/или наличие пузырьков газа).
 - 4). Положительные результаты бактериоскопии и бакпосева аспирата, полученного при тонкоигольной пункции.

III. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.

3.1 Консервативное лечение

Ранняя (I) фаза.

Протоколы лечения острого панкреатита в IA фазе заболевания.

В

• качестве оптимального вида лечения ОП в IA фазе **рекомендуется** интенсивная консервативная терапия.

I. Протокол лечения острого панкреатита лёгкой степени.

Госпитализация больных ОП лёгкой степени производится в хирургическое отделение.

Для лечения лёгкого панкреатита **рекомендуется** проведение базисного лечебного комплекса: голод;

зондирование и аспирация желудочного содержимого;

местная гипотермия (холод на живот);

анальгетики;

спазмолитики;

инфузионная терапия в объёме до 40 мл на 1 кг массы тела пациента с форсированием диуреза в течение 24-48 часов.

Базисну

• ю терапию целесообразно усиливать ингибиторами панкреатической секреции.

Уровень убедительности рекомендации «С». [2,4,15,16,17]

1) При отсутствии эффекта от проводимой базисной терапии (п.1) в течение 6 часов и наличии хотя бы ещё одного из признаков шкалы экспресс оценки (протокол I.2) следует констатировать средне-тяжёлый (тяжёлый) панкреатит.

При

• средне-тяжелом (тяжелом) панкреатите лечение больного **рекомендуется** проводить в отделение реанимации и интенсивной терапии в соответствии с протоколами III, IV.

II. Протокол интенсивной терапии острого панкреатита средней степени

Основной вид лечения – консервативная терапия. Приведенный выше базисный лечебный комплекс при средне-тяжёлом ОП **рекомендуется** дополнять специализированным лечебным комплексом (см. ниже). Эффективность последнего максимальна при раннем начале лечения (первые 24 часа от начала заболевания). При поступлении больных ОП средней степени необходимо госпитализировать в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Для исключения диагностических ошибок дежурной службой больных ОП средней тяжести целесообразно наблюдать в течение суток в условиях ОРИТ. При отсутствии явлений органной недостаточности и прогрессирования заболевания в течение суток больных ОП средней степени можно перевести в хирургическое отделение. При условии появления у больных ОП средней тяжести, находящихся в хирургическом отделении, признаков органной дисфункции или недостаточности, что свидетельствует о прогрессировании заболевания – гипотонии (АД<100мм.рт.ст.), дыхательной недостаточности (ЧД>30 в 1 минуту), делирия и др. (см. протокол I.2, I.3), – последних необходимо перевести в ОРИТ.

Специализированное лечение:

- **Рекомендуется** применение ингибиторов секреции поджелудочной железы (оптимальный срок – первые трое суток заболевания). **Уровень убедительности рекомендации «D».** [2,4,9]
- **Рекомендуется** активная реологическая терапия.

- **Рекомендуется** инфузионная терапия в общей сложности не менее 40 мл соответствующих инфузионных средств на 1 кг массы тела с форсированием диуреза при наличии органной дисфункции (при отсутствии противопоказаний).
- **Рекомендуется** антиоксидантная и антигипоксанта́ная терапия. **Уровень убедительности рекомендации «D»**. [2,4,9]
- **Рекомендуется** эвакуация токсических экссудатов по показаниям (см. стандарт V). При ферментативном перитоните – санационная лапароскопия. Допустимо выполнение чрескожного дренирования брюшной полости под УЗ-наведением или лапароцентеза.
- **Не рекомендуется** применение антибиотиков с профилактической целью.

III. Протокол интенсивной терапии острого панкреатита тяжёлой степени

Основной вид лечения – интенсивная терапия. Приведенный выше базисный лечебный комплекс при тяжёлом ОП является недостаточно эффективным, **рекомендуется** его дополнять специализированным лечебным комплексом (см. ниже). Эффективность последнего максимальна при раннем начале лечения (первые 12 часов от начала заболевания). При поступлении больные ОП тяжёлой степени должны быть госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии. Лечебно-диагностический комплекс для больных ОП тяжёлой степени необходимо проводить в условиях ОРИТ, после купирования явлений органной недостаточности и стабилизации состояния (купирование делирия, расстройств гемодинамики, дыхательной деятельности и др.) возможен перевод пациентов в хирургическое отделение.

Специализированное лечение:

К протоколу II и III прибавляются:

- **Рекомендуется** применение экстракорпоральных методов детоксикации:
 - а) плазмаферез;
 - б) гемофильтрация**Уровень убедительности рекомендации «D»**. [2,4,15,16,17]
- **Рекомендуется** назогастральное зондирование для декомпрессии и, при возможности, назогастроинтестинальное зондирование – для ранней энтеральной поддержки. **Уровень убедительности рекомендации «D»**. [2,4,6,12]
- **Рекомендуется** коррекция гиповолемических нарушений. **Уровень убедительности рекомендации «C»**. [2,4,6,14,15,16,17]
- **Рекомендуется** выполнение эпидуральной блокады. **Уровень убедительности рекомендации «D»**. [6,12,14,17]
- **Не рекомендуется** применение антибиотиков с профилактической целью в первые трое суток заболевания. **Уровень убедительности рекомендации «C»**. [2,4,9,13,15,16,17]
- **Рекомендуется** назначение дезагрегантной антитромботической терапии. **Уровень убедительности рекомендации «D»**. [2,6,12,14,17]

Протокол лечения острого панкреатита в IV фазе заболевания, т.е. лечения перипанкреатического инфильтрата.

У подавляющего большинства пациентов лечение перипанкреатического инфильтрата является консервативным. Лапаротомия на второй неделе ОП выполняется только при осложнениях хирургического профиля (деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость и др.), которые невозможно устранить минимально инвазивными технологиями.

Состав лечебного комплекса:

- **Рекомендуется** продолжение базисной инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на восполнение водно-электролитных, энергетических и белковых потерь по показаниям. **Уровень убедительности рекомендации «С».** [2,4,9,11]
- **Рекомендуется** лечебное питание: стол № 5 при средне-тяжёлом ОП; нутриционная поддержка (пероральная, энтеральная или парентеральная) при тяжёлом ОП. **Уровень убедительности рекомендации «С».** [2,4,9,11]
- **Рекомендуется** системная антибиотикопрофилактика (цефалоспорины III-IV поколений или фторхинолоны II-III поколений в сочетании с метронидазолом, препараты резерва - карбапенемы). **Уровень убедительности рекомендации «С».** [2,6,4,9,10,11,12,14,28]
- **Рекомендуется** иммунотерапия (желательна коррекция клеточного и гуморального иммунитета). **Уровень убедительности рекомендации «D».** [2,4,6,9,11,19]

Поздняя (II) фаза (секвестрации).

Протокол лечения острого панкреатита в фазе асептической секвестрации, т.е. лечения псевдокисты поджелудочной железы.

- **Не рекомендуется** оперировать псевдокисты поджелудочной железы небольшого размера (менее 5см). **Уровень убедительности рекомендации «С».** [2,4,6,9,11,25]
Комментарии: Псевдокисты поджелудочной железы небольшого размера (менее 5см) подлежат динамическому наблюдению хирурга.
- Псевдокисты поджелудочной железы большого размера (более 5см) **рекомендуется** оперировать в плановом порядке при отсутствии осложнений. **Уровень убедительности рекомендации «С».** [2,4,6,9,11,25]
Комментарии: Операцией выбора незрелой (несформировавшейся) псевдокисты (менее 6см) является наружное дренирование. Зрелая (сформировавшаяся) псевдокиста (более 6см) подлежит оперативному лечению в плановом порядке.

Осложнения псевдокисты поджелудочной железы:

1. Инфицирование.
2. Кровотечение в полость кисты.
3. Перфорация кисты с прорывом в свободную брюшную полость с развитием перитонита.
4. Сдавление соседних органов с развитием механической желтухи, стеноза желудка, кишечной непроходимости и др.

3.2 Хирургическое лечение.

Ранняя (I) фаза.

Протоколы лечения острого панкреатита в IA фазе заболевания.

Протокол лапароскопической операции

- Выполнение лапароскопии **рекомендуется**:
 - пациентам с перитонеальным синдромом, в том числе при наличии УЗ-признаков свободной жидкости в брюшной полости. **Уровень убедительности рекомендации «С».** [2,4,11,12,14,15,16,17];

- при необходимости дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов брюшной полости.
- **Рекомендуется** выполнение чрескожного дренирования брюшной полости под УЗ-наведением или лапароцентеза.

Задачи лапароскопической операции:

- а) подтверждение диагноза острого панкреатита (и, соответственно, исключение других заболеваний брюшной полости, прежде всего острой хирургической патологии – мезентериального тромбоза и др.); к признакам ОП относятся:
 - наличие отёка корня брыжейки поперечной ободочной кишки;
 - наличие выпота с высокой активностью амилазы (в 2-3 раза превышающей активность амилазы крови);
 - наличие стеатонекрозов;
- б) выявление признаков тяжёлого панкреатита:
 - геморрагический характер ферментативного выпота (розовый, малиновый, вишнёвый, коричневый);
 - распространённые очаги стеатонекрозов;
 - обширное геморрагическое пропитывание забрюшинной клетчатки, выходящее за пределы зоны поджелудочной железы;

Верификация серозного («стекловидного») отёка в первые часы заболевания (особенно на фоне тяжёлого общего состояния пациента) не исключает наличие тяжёлого панкреатита, так как при лапароскопии в ранние сроки признаки тяжёлого панкреатита могут не выявляться, т.е. заболевание в дальнейшем может прогрессировать.

в) лечебные задачи:

- удаление перитонеального экссудата и дренирование брюшной полости.

Поздняя (II) фаза (секвестрации).

Протокол лечения острого панкреатита в фазе септической секвестрации, т.е. лечения гнойных осложнений.

- При гнойных осложнениях ОП **рекомендуется** хирургическое вмешательство, целью которого является санация поражённой забрюшинной клетчатки. **Уровень убедительности рекомендации «А»** [2,3,4,5,12,13,25,26,27]
Комментарии: *Вмешательство включает раскрытие, санацию и дренирование поражённой забрюшинной клетчатки. Основным методом санации гнойно-некротических очагов является некрсеквестрэктомия, которая может быть как одномоментной, так и многоэтапной, и достигается как минимально инвазивными, так и традиционными методами.*
- При решении вопроса о первичном дренировании абсцесса поджелудочной железы или гнойно-некротического парапанкреатита **рекомендуется** отдавать предпочтение минимально инвазивным вмешательствам (дренирование под УЗ-наведением, ретроперитонеоскопия, минилапаротомия с помощью набора «Мини-ассистент» и др.). **Уровень убедительности рекомендации «В».** [2,4,5,13,15,27,29,30,31,32]
Комментарии: *При неэффективности минимально инвазивного дренирования операцией выбора является санационная лапаротомия с некрсеквестрэктомией. Дренирование предпочтительно осуществлять внебрюшинными доступами. Оптимальными сроками выполнения первой санационной лапаротомии с некрсеквестрэктомией являются 4-5 недели заболевания. При развитии осложнений, которые невозможно купировать с помощью минимально инвазивных вмешательств, необходимо выполнять открытую операцию, в том числе из мини-доступа.*

После операции у большинства больных формируется наружный панкреатический свищ, который после купирования воспалительного процесса лечится консервативно и закрывается самостоятельно в среднем за 2-4 месяца.

- При стойком панкреатическом свище, не закрывающимся более чем за 6 месяцев, **рекомендуется** оперативное лечение в плановом порядке. **Уровень убедительности рекомендации «С».** [2,9,11,25]

Комментарии: как правило, панкреатический свищ в данном случае связан с крупными протоками поджелудочной железы.

В послеоперационном периоде показана комплексная терапия:

- **Рекомендуется** парентеральная или энтеральная нутриционная поддержка (через зонд, заведенный в тонкую кишку за связку Трейтца) при невозможности перорального питания. **Уровень убедительности рекомендации «В».** [2,3,4,5,6,9,12,13,15]

- **Рекомендуется** системная антибиотикотерапия в сочетании с профилактикой дисбактериоза и других осложнений. **Уровень убедительности рекомендации «В».** [2,3,4,5,6,9,12,13,15]

Комментарии: Выбор антибактериального препарата зависит от чувствительности выделенных микроорганизмов.

- **Рекомендуется** Имунокоррекция, варианты которой определяются индивидуально в зависимости от клинико-лабораторных показателей. **Уровень убедительности рекомендации «D».** [2, 4,6,9,12]

IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.

Медицинская реабилитация рекомендована всем пациентам с ОП, выбор оптимального метода реабилитации зависит от каждого конкретного случая ОП. Реабилитационные мероприятия рекомендуется начинать в максимально более ранние сроки от начала заболевания.

Реабилитация осуществляется в отделениях по профилю оказания специализированной помощи (I этап), в отделениях медицинской реабилитации стационара (II этап) и в реабилитационном отделении поликлиники, реабилитационном отделении дневного стационара, реабилитационном отделении санатория (III этап). При развитии функциональной недостаточности после завершения хирургического лечения или консервативной терапии (по завершению первого этапа реабилитации) пациент может быть направлен на реабилитацию на второй или на третий этап реабилитации в соответствии с оценкой его способности к самообслуживанию и его реабилитационного потенциала. Реабилитация организуется реабилитационной мультидисциплинарной бригадой в состав которой входят: врач-реабилитолог (координатор реабилитационной команды), врач по лечебной физкультуре, медицинский психолог, специалист по эрготерапии, специалист по физической реабилитации. На первом этапе лечащим врачом является врач-хирург и все мероприятия по реабилитации согласуются с врачом-хирургом и врачом анестезиологом-реаниматологом (при нахождении пациента в реанимации). При необходимости могут быть привлечены другие

специалисты. К наиболее распространённым реабилитационным проблемам пациентов при остром панкреатите являются: ПИТ-синдром, Иммобилизационный синдром и моторная депривация, Нутритивная недостаточность, Коммуникативная и сенсорная депривация, Психологические установки на смерть или болезнь, Боли, Стресс. Длительное пребывание в реанимации или больнице при тяжелом остром панкреатите может привести к двигательному дефициту (потере способности ходить), атрофии мышц, пролежням, истощению и другим проблемам, которые могут привести не только к функциональной недостаточности, но и к инвалидности. Действия реабилитационной команды должны быть направлены на предотвращение негативного влияния больничной среды на функционирование пациента. Нет данных о преимуществе тех или иных методов физиотерапии при остром панкреатите, физиотерапия может быть рассмотрена как альтернативная и дополнительная методика в дополнении к базисной хирургической помощи, консервативной терапии и реабилитации. Пациентам с болевым синдромом следует обеспечить противоболевые мероприятия. При отсутствии каких-либо специфических противопоказаний для пациента рекомендуется мультимодальный анальгетический режим (организуется совместно с медицинским психологом и специалистом по эрготерапии), включающий наркотические анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты и парацетамол. Пациентам с острым панкреатитом среда окружения в палате или реанимации должна быть устроена таким образом, чтобы снизить негативное влияние на пациента, уменьшить стресс и страдания, что обеспечивает специалист по эрготерапии. Пациент с тяжелым течением панкреатита должен быть позиционирован для профилактики пролежней и развития контрактур. Физиотерапия: Ультрафиолетовое облучение (УФО) общее по основной схеме в сочетании с электрофорезом лекарственных препаратов при заболеваниях поджелудочной железы, через день. На курс лечения 15–20 облучений. УФО области живота, 2–3 биодозы, через 2–3 дня. На курс лечения 5–6 процедур; соллюкс на область живота, длительность процедуры 10 мин, ежедневно: индуктотермию области живота, доза 200 мА, длительность процедуры 15–20 мин, через день. На курс лечения 10–15 процедур; 5) парафино-озокеритовые аппликации на область живота (температура 48–50 градуса по Цельсию, длительность процедуры 20–30 минут, через день, или: грязевые аппликации на область живота (температура 40–42 градуса по Цельсию), длительность процедуры 15 мин, через день: Электрофорез лекарственных препаратов йода на область живота, длительность процедуры 20 мин, через день

V. Дополнительные методы диагностики, лечения:

Методы	Наименование, кратность	Нормативный документ
Физиотерапевтические методы		
Клиническая лабораторная диагностика		
Цитологические, гистологические методы диагностики		

Иглорефлексотерапия		
Гирудотерапия		
Экстракорпоральные методы		
Методы традиционной китайской медицины		
Методы остеопатии		

VI. Порядок информирования и передачи информации в Роспотребнадзор в случае инфекционной патологии: информирования и передачи информации в Роспотребнадзор не требуется.

VII. Показания для госпитализации.

Острый панкреатит является абсолютным показанием для экстренной госпитализации в профильный стационар медицинской организации 1-3 уровня.

Основания для выписки пациента из медицинской организации. Удовлетворительное общее состояние и самочувствие пациента, нормализации температуры тела, нормализация лабораторных показателей.

VIII. Критерии оценки качества медицинской помощи:

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендации
1	Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	C	2+
2	Выполнение МСКТА (МРТ) для определения панкреонекроза	B	1+
3	Госпитализация больного в ОРИТ при выявлении органной недостаточности	B	1+
4	Применение консервативной терапии, как оптимального вида лечения в ранней (I) фазе заболевания	A	1++
5	Применение в IA фазе заболевания лапароскопии, чрескожного дренирования брюшной полости под УЗ-наведением или лапароцентеза при наличии перитонеального синдрома или для дифференциальной диагностики с другими заболеваниями	C	2++
6	Применение хирургического вмешательства при развитии гнойных осложнений в поздней (II) фазе заболевания (минимально инвазивного или традиционной лапаротомии)	A	1++
7	Применение минимально инвазивных вмешательств (дренирование под УЗ-наведением, ретроперитонеоскопия, минилапаротомия с помощью набора «Мини-ассистент» и др.) при решении вопроса о первичном дренировании абсцесса поджелудочной железы или	B	2++

	гнойно-некротического парапанкреатита		
8	Выполнено исследование выпота из брюшной полости с определением уровня амилазы в IA фазе заболевания	C	2+
9	Выполнено бактериологическое исследование содержимого, полученного при тонкоигольной пункции или после выполнения санирующей операции	B	1+
10	Выполнена оценка тяжести ОП по шкале SOFA более 2 баллов или признаков органной недостаточности: <ul style="list-style-type: none"> сердечно-сосудистая недостаточность: необходимость инотропных препаратов почечная недостаточность: креатинин $>171 \mu\text{mol/L}$ ($>2.0 \text{ mg/dL}$) дыхательная недостаточность: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300 \text{ mmHg}$ ($<40 \text{ kPa}$). 	B	1+
11	Установление диагноза «острый панкреатит» не позднее 1 часа после получения данных УЗИ и ферментов крови	B	1+

К (частота предоставления)	Критерии качества	Выполнение	Уровень достоверности и доказательств (при наличии)	Уровень убедительности рекомендаций (при наличии)
К 1	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях поджелудочной железы Визуальное исследование при болезнях поджелудочной железы Пальпация при болезнях поджелудочной железы Перкуссия при болезнях поджелудочной железы Аускультация общетерапевтическая Термометрия общая Исследование пульса Измерение частоты дыхания Измерение частоты сердцебиения Измерение артериального давления на	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		

периферических артериях	1		
Взятие крови из пальца	1		
Исследование общего гемоглобина крови	1		
Исследование уровня лейкоцитов в крови	1		
Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1		
Исследование оседания эритроцитов	1		
Регистрация электрокардиограммы	1		
Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1		
Взятие крови из периферической вены	1		
Исследование уровня С-реактивного белка в крови	1		
Исследование уровня креатинина в крови	1		
Исследование уровня общего билирубина в крови	1		
Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови	1		
Исследование уровня глюкозы в крови	1		
Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1		
Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1		
Исследование уровня амилазы в крови	1		
Исследование уровня липазы в сыворотке крови	1		
Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	1		
Исследование уровня фибриногена в крови	1		
Исследование уровня общего белка в крови	1		
Исследование уровня альбумина в крови	1		
Исследование уровня общих липидов в крови	1		
Исследование уровня триглицеридов в крови	1		
Исследование уровня холестерина в крови	1		
Исследование уровня липопротеидов в крови	1		
Исследование уровня	1		

	фосфолипидов в крови	1		
	Определение альфа-амилазы в моче	1		
	Исследование осадка мочи	1		
	Определение белка в моче	1		
	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1		
	Определение объема мочи	1		
	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1		
	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	1		
	Ультразвуковое исследование селезенки	1	1	
	Ультразвуковое исследование печени	1		
	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	1		
	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	1		
	Описание и интерпретация компьютерных томограмм	1		
К 0.9				
К 0.8				
К 0.7	Исследование уровня ионизированного кальция в крови	1		
К 0.6	Ультразвуковое определение жидкости в брюшной полости	1		
К 0.5	Определение объема мочи	1		
	Компьютерная томография органов брюшной полости	1		
	Компьютерная томография забрюшинного пространства	1		
	Рентгенография легких	1		
	Обзорный снимок брюшной полости	1		
	Ретроградная холангиопанкреатография	1		
	Исследование уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови	1		
	Исследование уровня антитромбина III в крови	1		

IX. Регламентирующие документы:

Нозологическая форма (<i>Острый панкреатит</i>)			
Мероприятия	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические протоколы (наименование, кем)	Другое (национальные клинические)

		разработан, номер, дата)	ие руководст ва)
Диагностика	ПРИКАЗ от 13 ноября 2007 года N 699 Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с острым панкреатитом (при оказании специализированн ой помощи)		
1.			
2.			
3.			
Лечение	ПРИКАЗ от 13 ноября 2007 года N 699 Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с острым панкреатитом (при оказании специализированн ой помощи)		
1.			
2.			
3.			
4.			

Х. Информация для пациента (кратко о заболевании).

Пациент должен придерживаться относительно простых и выполнимых ограничений. В выполнении они достаточно просты тем более, если учесть, что их игнорирование чревато достаточно неприятными и нежелательными последствиями.

Еда в домашних условиях должна быть перетертой, кашеобразной. Разрешаются молоко и молочные кисели, жидкие каши (лучше на воде), куриный и овощной бульон, овощные пюре. Диетическое питание прописываются пациенту в первые 2-3 месяца. Рацион питания влияет на состав микрофлоры кишечника и на активность его функций. Необходимо следовать таким принципам:

- дробное и частое питание, противопоказано одномоментное употребление крупных порций еды;
- пища не должна быть горячей или холодной, а лишь немного подогретой;

- полноценное питание, обеспечивающее организм всем спектром питательных веществ, витаминов и минералов, поскольку в восстановительном периоде требуется стимуляция и укрепление иммунитета;

- исключение продуктов, способствующих брожению и газообразованию в пищеварительном тракте; рацион питания не должен содержать бобовых, тяжелых животных жиров, любых сортов капусты, копченостей, маринадов и солений, исключается употребление алкогольных и газированных напитков.

В первые две недели из рациона исключаются:

- копченые, соленые, жирные, жареные и острые блюда;
- колбасы;
- специи, майонез, кетчуп;
- хлебобулочные изделия;
- алкоголь (вплоть до полного восстановления).

Пациенту настоятельно рекомендуется следить за своим весом. Для восстановления нормальной микрофлоры организму полезны молочные и кисломолочные продукты, обильный питьевой режим. Лучше отказаться от хлеба и хлебобулочных изделий, отличной их альтернативой могут быть хлебцы, где есть минимум клетчатки и углеводов. Благоприятно организмом воспринимаются овощи (морковь, свекла), бананы, от цитрусовых фруктов лучше отказаться. В тоже время для иммунизации организму необходим витамин С, который можно черпать из других продуктов питания или потреблять в таблетированном виде, равно как и другие витамины и витаминно-минеральные комплексы. Окончание диеты не должно быть резким. Рекомендуется постепенно расширять рацион.

XI. Алгоритмы действий врача (схема):

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ



