

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым панкреатитом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях»

Состав членов ОО «Белорусская ассоциация хирургов» (рабочей группы) по пересмотру и обновлению действующего клинического протокола, утвержденного Постановлением МЗ РБ №46 от 01.06. 2017:

Д.м.н., профессор Кондратенко Г.Г.

К.м.н., доцент Василевич А.П.

К.м.н., доцент Неверов П.С.

К.м.н., доцент Куделич О.А.

У членов рабочей группы не возникло конфликта интересов и персональной заинтересованности, которая могла бы повлиять на надлежащее выполнение возложенного поручения по пересмотру настоящего клинического протокола. Содержащаяся в обновленном клиническом протоколе информация отражает собственный опыт и доступные опубликованные тематические данные последних лет, рабочая группа не несет ответственности в случае противоречий, а также расхождений с другими официальными рекомендациями и руководствами. Пересмотр и обновление настоящего клинического протокола осуществляется систематически при появлении новых данных/дополнений, обоснованных с позиций доказательной медицины, но не чаще 1 раза в 3 года.

Год утверждения – 202.....

ОГЛАВЛЕНИЕ

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПЕРЕЕМСТВЕННОСТЬ (МАШРУТИЗАЦИЯ) ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ	3
ГЛАВА 2 ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ	5
ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	7
ГЛАВА 4 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГКИМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ	10
ГЛАВА 5 КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ (НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ) ПАНКРЕАТИТОМ В I ФАЗЕ	11
ГЛАВА 6 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ (НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ) ПАНКРЕАТИТОМ В I ФАЗЕ	14
ГЛАВА 7 КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ (НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ) ПАНКРЕАТИТОМ ВО II ФАЗЕ	15
ГЛАВА 8 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ ВО II ФАЗЕ	15
ГЛАВА 9 МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ	16
ПРИЛОЖЕНИЯ	18

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПЕРЕЕМСТВЕННОСТЬ (МАШРУТИЗАЦИЯ) ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

1.1. Настоящий Клинический протокол устанавливает общие требования к объемам медицинской помощи, оказываемой с целью диагностики и лечения в стационарных условиях пациентов (взрослое население) с острым панкреатитом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее - МКБ-10) - K85).

1.2. Требования настоящего Клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

1.3 Диагностика и лечение пациентов с острым панкреатитом осуществляется на основе 4-уровневой организации медицинской помощи, сформированной в системе здравоохранения Республики Беларусь и включающей:

- Районный,
- Межрайонный,
- Областной,
- Республиканский уровни.

1.4 Цель, которую преследует такая организация помощи – предоставление дифференцированного обследования и лечения пациентов в зависимости от тяжести острого панкреатита и его осложнений с учетом ресурсного оснащения, обеспеченности квалифицированными кадрами и возможностями оказывать медицинскую помощь в экстренном и срочном порядке.

1.5 На догоспитальном этапе при первичном осмотре основанием для постановки диагноза «острый панкреатит» является триада симптомов I(1B)*:¹

- выраженная боль в эпигастрии с иррадиацией в спину или опоясывающего характера;
- многократная рвота;
- напряжение мышц в верхней половине живота и связь с погрешностью в диете накануне, употребление алкоголя.

Пациенты с острым панкреатитом должны быть направлены (доставлены) в приемное отделение стационара.

1.6 В приемном отделении диагностически подтвержденный острый панкреатит является абсолютным показанием для экстренной госпитализации пациентов в профильный стационар.

1.7 Пациенты с легким острым панкреатитом госпитализируются в

¹ * - здесь и далее обозначается уровень достоверности и убедительности рекомендаций, полученных на основе единых шкал из доступных опубликованных международных данных (см. шкалы в приложении...)

хирургический стационар любого уровня, с тяжелым острым панкреатитом – всегда в отделение реанимации районного, межрайонного, областного, республиканского уровней.

1.8 Из медицинских учреждений любого уровня эвакуация (перевозка) пациентов с острым панкреатитом для оказания специализированной помощи осуществляется силами выездных бригад скорой медицинской помощи или выездных специализированных бригад анестезиологии-реанимации или выездных консультативных бригад скорой помощи и других с учетом транспортабельности пациента.

1.9 Требования к межрайонному уровню оказания медицинской помощи при тяжелом остром панкреатите: круглосуточная работа хирургической, реанимационно-анестезиологической, эндоскопической, ультразвуковой служб и возможность круглосуточно проводить интенсивную терапию с многокомпонентным мониторингом состояния пациентов.

1.10 Требования к областному уровню оказания помощи при тяжелом остром панкреатите и его осложнениях: а) возможность в любое время суток проводить современную интенсивную терапию, включая экстракорпоральные методы детоксикации, высокоинформативный мониторинг состояния пациентов; и возможность выполнения сложных и высокотехнологичных вмешательств; б) организация круглосуточной работы хирургической, эндоскопической, ультразвуковой и рентгенологической, КТ, и рентгенэндоваскулярной служб.

1.11 Республиканский уровень оказания медицинской помощи при тяжелом остром панкреатите и его осложнениях осуществляется в крупномасштабных клинических центрах с современным оборудованием для интенсивной и органозаместительной терапии с возможностью их функционирования в круглосуточном режиме. На этом уровне должна обеспечиваться круглосуточная доступность неотложной КТ и МРТ диагностики, интервенционной радиологии и эндоскопии, а также ресурсное оснащение с возможностью экстренного круглосуточного сложного и высокотехнологичного хирургического лечения любых осложнений некротизирующего панкреатита.

1.12 Показания и порядок перевода пациентов на более высокий уровень оказания медицинской помощи при тяжелом остром панкреатите: а) отсутствие соответствующей квалификации специалистов; б) отсутствие возможностей для диагностики патологии поджелудочной железы; в) отсутствие возможностей для выполнения малоинвазивных, сложных и высокотехнологичных оперативных вмешательств при неэффективности применяемых методов лечения.

Перевод осуществляется по решению консилиума после осмотра специалистом более высокого квалификационного уровня и согласования с администрацией при транспортабельности пациента и наличии условий безопасной эвакуации.

ГЛАВА 2 ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

2.1 Для целей настоящего Клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» (Ведамасці Вярхоунага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460).

2.2 К категории пациентов с острым панкреатитом следует относить всех пациентов с острыми воспалительными, некротическими и гнойными изменениями в поджелудочной железе и (или) в перипанкреатической клетчатке, развившиеся как впервые, так и на фоне хронического процесса в поджелудочной железе, при которых возможно поражение окружающих тканей и отдаленных органов.

2.3 В соответствии с классификацией острого панкреатита следует выделять

Острый панкреатит: легкий, тяжелый;

При легком остром панкреатите наблюдается острое диффузное накопление жидкости в ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатке вследствие воспалительного отека - острый интерстициальный панкреатит. По частоте легкая форма занимает 80-85 % в общей структуре заболевания, она не имеет фазового течения и не (или редко) сопровождается развитием локальных и системных осложнений.

Тяжелый острый панкреатит, как правило, наблюдается при некротизирующем панкреатите (панкреонекрозе), который характеризуется возникновением диффузных или очаговых зон некроза паренхимы поджелудочной железы чаще всего в сочетании с некрозом брюшинной жировой клетчатки. Эта форма заболевания обычно имеет фазовое течение.

2.4 Термины, используемые при тяжелом остром панкреатите:

острое (перипанкреатическое или некротическое) жидкостное скопление – наличие жидкости с (или без) признаками некроза паренхимы поджелудочной железы и брюшинной жировой клетчатки в первые 4 недели заболевания, не имеющее четкого отграничения;

перипанкреатический инфильтрат – экссудативно-пролиферативный воспалительный процесс в поджелудочной железе (с панкреонекрозом или без) и окружающих тканях, сопровождающийся острым скоплением жидкости не имеющей грануляционной или фиброзной стенок с возможным исходом в полное рассасывание или образование псевдокисты, или в развитие гнойных осложнений;

псевдокиста поджелудочной железы – отграниченное грануляционной или фиброзной капсулой скопление жидкости, возникающее после 4-х недель от начала острого панкреатита, как правило, являющееся исходом

инфильтрата; киста может содержать секвестры, содержимое может быть стерильным или инфицированным;

2.5 Следует выделять две фазы течения острого некротизирующего панкреатита, каждой из которых соответствует определенная клиническая форма заболевания:

I фаза – ранняя, продолжается в течение первых 2-х недель и подразделяется на два периода: IA и IB.

IA фаза продолжается, как правило, первые 5 суток от начала заболевания. В это время происходит формирование некроза поджелудочной железы различной протяженности и развитие эндотоксикоза. Максимальный срок формирования некротических участков в поджелудочной железе составляет в среднем трое суток без последующего его прогрессирования. При крайне тяжелом (фульминантном) течении острого панкреатита период формирования очагов некроза может сократиться до 24 - 36 часов. Эндотоксикоз может сопровождаться системными нарушениями вплоть до полиорганной недостаточности, одним из источников эндотоксикоза является накапливаемый в брюшной полости и забрюшинной клетчатке ферментативный выпот.

IB фаза обычно развивается на 2-ой неделе от начала заболевания, характеризуется реакцией организма на возникшие в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке очаги некроза, в этот период обычно формируется парапанкреатический инфильтрат и наблюдаются явления резорбтивной лихорадки.

II фаза (поздняя) – фаза расплавления и секвестрации, она начинается, как правило, с 3-й недели заболевания и может длиться несколько месяцев. При секвестрации больших участков панкреонекроза может повреждаться протоковая система поджелудочной железы, от чего зависят масштабы и скорость распространения жидкостных образований в забрюшинном пространстве и риск развития других осложнений.

Возможны два варианта течения этой фазы:

- асептическое расплавление и секвестрация, когда стерильный панкреонекроз сопровождается образованием неинфицированных жидкостных скоплений, постнекротических псевдокист и свищей поджелудочной железы;

- септическое расплавление и секвестрация (инфицированный панкреонекроз) с развитием гнойных осложнений: гнойно-некротические флегмоны забрюшинного пространства, абсцессы брюшной полости и забрюшинного пространства, гнойный перитонит, эрозивные кровотечения, желудочные, кишечные и панкреатические свищи, сепсис и других).

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

3.1 В приемном отделении стационара любого уровня при постановке диагноза острый панкреатит (кроме типичной клинической картины), дополнительно рекомендуется использовать определение амилазы в крови пациента и характерные признаки при визуализации поджелудочной железы (чаще УЗИ). Сочетание минимум двух признаков из трех (типичная клиническая картина, гиперамилаземия, 3-кратно превышающая верхнюю границу нормы, или характерные признаки острого панкреатита при визуализации поджелудочной железы) является основанием для диагностики острого панкреатита и обязательной госпитализации пациента.

3.2 Одной из главных задач врача-хирурга при поступлении пациента в приемное отделение является диагностика тяжелого острого панкреатита (некротизирующего панкреатита). Для определения тяжелого острого панкреатита рекомендуется использовать следующие признаки:

- клинические:

наличие кожных симптомов (гиперемия лица, «мраморность» кожных покровов и другие); перитонеальные симптомы;

- гемодинамические нарушения - тахикардия (частота сердечных сокращений (далее - ЧСС) более 120 ударов в минуту) или брадикардия (ЧСС менее 70 уд в мин); снижение систолического артериального давления (далее - АД) ниже 100 мм рт.ст.;

- энцефалопатия (заторможенность или возбуждение, делирий);

- общий анализ крови:

уровень гемоглобина выше 150 г/л;

количество лейкоцитов более 14×10^9 /л;

- биохимическое исследование крови:

уровень глюкозы выше 10 ммоль/л; (необязательно будет повышена в начале заболевания, зависит от локализации при очаговом некротизирующем панкреатите)

концентрация мочевины выше 10 ммоль/л

Наличие двух или более признаков из разных категорий позволяет диагностировать тяжелый острый панкреатит.

3.3 Пациентов с тяжелым острым панкреатитом рекомендуется всегда госпитализировать в отделения интенсивной терапии и реанимации (предпочтительно межрайонного или областного центров), с легким острым панкреатитом - в хирургические отделения любого уровня. Перевод пациентов с тяжелым острым панкреатитом из приемного отделения больницы районного уровня в межрайонный региональный центр (или областной) осуществляется в течение 2-х часов специализированной бригадой скорой помощи. Предварительно рекомендуется передать информацию о пациенте в приемное отделение межрайонного (или областного) центров с использованием дистанционных технологий.

3.4 Обязательные экстренные диагностические мероприятия, которые

выполняются в течение 2 часов с момента поступления пациентов с легким и тяжелым острым панкреатитом в больничную организацию здравоохранения:

Клинические: жалобы, анамнез, осмотр, общая термометрия, антропометрия, пальпация, аускультация, перкуссия живота, подсчет ЧСС, определение уровня АД; для динамической оценки тяжести течения заболевания его началом считается время появления болевого синдрома, а не время госпитализации.

Лабораторные:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, уровня гематокрита, подсчет лейкоцитарной формулы, СОЭ, определение количества тромбоцитов); определение группы крови и резус-фактора; биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, аспартатаминотрансферазы (далее - АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее - АлАТ), альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор); определение уровня глюкозы в крови; общий анализ мочи; определение концентрации альфа-амилазы в моче;

Инструментальные: электрокардиограмма; обзорная рентгенография или рентгеноскопия брюшной полости; обзорная рентгенография или рентгеноскопия грудной клетки; ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов брюшной полости (1В);

3.5 Оценка степени тяжести пациентов и органной дисфункции может производиться с использованием шкал APACHE II, Ranson, Glasgow, MOF, SAPS, SOFA или других;

3.6 Срочные диагностические мероприятия, выполняемые после поступления в больничную организацию здравоохранения, как правило, у пациентов с тяжелым острым панкреатитом:

лапароскопия (видеолапароскопия) - после УЗИ индивидуально в соответствии с результатами клинико-лабораторных исследований;

пункция плевральной полости - после рентгеноскопии или рентгенографии грудной клетки и УЗИ плевральных полостей индивидуально по показаниям в соответствии с результатами;

при пункции плевральной полости или лапароскопии необходим забор экссудата для бактериологического исследования и бактериограммы, определения концентрации альфа-амилазы в экссудате и цитологического исследования экссудата на атипичные клетки;

исследование коагулограммы: определение активированного частично тромбoplastинового времени (далее - АЧТВ), протромбинового индекса (далее - ПТИ), концентрации фибриногена в плазме и других показателей;

определение «С»-реактивного белка в плазме крови (1В)

эзофагогастродуоденоскопия;

Компьютерная томография (КТ):

- предпочтительно выполнять не ранее чем через 72 часа от начала заболевания;
- обязательно использовать контрастное усиление;
- в ранние сроки (до 72 часов от начала заболевания) КТ рекомендуется при диагностической неопределенности, отсутствии эффекта от начальной терапии или клиническом ухудшении для дифференциальной диагностики;
- в поздние сроки - для определения локализации патологических очагов и планирования операции не позднее 12 часов перед инвазивным вмешательством (1 В).

При оценке первичного КТ следует учитывать объем и конфигурацию некроза поджелудочной железы: при некрозе >30 % паренхимы, как правило, развивается секвестрация и гнойные осложнения, при некрозе >50 % в сагиттальной (поперечной) плоскости железы высока вероятность повреждения главного панкреатического протока, от чего зависит масштаб и скорость распространения жидкостных образований в забрюшинном пространстве, риск инфицирования и других осложнений.

магнитно-резонансная томография (МРТ):

при тяжелом остром панкреатите рекомендуется использовать при наличии противопоказаний к КТ (непереносимость контраста, почечная недостаточность и др.). В срочном порядке этот метод целесообразен при подозрении на билиарный панкреатит (1В)

3.7 Обследование в динамике: объем и кратность определяются показаниями в соответствии с характером патологии и течением заболевания:

- динамическое УЗИ органов брюшной полости;
- повторная КТ или МРТ брюшной полости;
- рентгеноскопия или рентгенография грудной клетки.

3.8 Диагностические мероприятия, выполняемые на 3-е, 7-е, 14-е сутки с момента поступления, по медицинским показаниям и при выписке из больничной организации здравоохранения:

- общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, уровня гематокрита, подсчет лейкоцитарной формулы, СОЭ, определение количества тромбоцитов);
- биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, АсАТ, АлАТ, альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);
- коагулограмма.

Дополнительная диагностика (по медицинским показаниям):

- в динамике (прокальцитонин, «С»-реактивный белок, липаза крови);
- бактериологическое исследование крови.

3.9 Вследствие воспалительного процесса в поджелудочной железе, системного повышения сосудистой проницаемости, отека брюшины и забрюшинного пространства, выпота в брюшной полости и пареза кишечника может развиваться внутрибрюшная гипертензия (абдоминальный

компаратмент синдром), когда давление в брюшной полости превышает > 15-20 мм.рт.ст. Данный синдром ассоциируется с развитием полиорганной недостаточности, он выявляется путем измерения давления в мочевом пузыре, которое в норме составляет 12 мм.рт.ст.

3.10 С целью определения динамики воспалительного процесса и мониторинга парапанкреатического инфильтрата рекомендуются не менее 2 УЗИ ОБП в течение второй недели заболевания (фаза I B). В конце второй недели заболевания для определения возможного исхода IB фазы (рассасывание, секвестрация парапанкреатического инфильтрата, формирование псевдокисты) целесообразно выполнение повторной КТ или МРТ (1С).

3.11 Во II фазе заболевания при формировании постнекротической псевдокисты рекомендуется УЗ-контроль за ее размерами и возможными осложнениями - 1 раз в 2-4 недели в среднем до 6 месяцев (1С). При отсутствии осложнений (инфицирование, кровотечение в полость кисты, прорыв в свободную брюшную полость с перитонитом, сдавление соседних органов и др.) динамическое наблюдение допустимо проводить амбулаторно.

3.12 Для выявления инфицирования очагов панкреатогенного некроза и деструкции во II фазе заболевания рекомендуется использовать нарастание маркеров острого воспаления («С»-реактивного белка, прокальцитонина, пресепсина и других), а также увеличение жидкостных образований, девитализированной ткани и /или наличие пузырьков газа по данным КТ, МРТ, УЗИ.

ГЛАВА 4 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГКИМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

4.1 Базисная консервативная терапия рекомендуется всем пациентам с легким острым панкреатитом (5С):

- голод (не менее 1-2 суток) с постепенным переходом на режимы щадящего лечебного питания естественным путем после купирования болевого синдрома, тошноты, рвоты;

- ненаркотические анальгетики,

- введение спазмолитических лекарственных средств: папаверина гидрохлорида, дротаверина или других;

- инфузионная терапия в объеме до 40 мл на 1 кг массы тела пациента в течение 24-48 часов. Используют солевые растворы (0,9% раствор хлорида натрия, раствор рингера лактата и другие), 5% или 10% растворы глюкозы. Объем и состав инфузионной терапии может меняться в зависимости от клинической ситуации;

- лечение легкого панкреатита может быть дополнено индивидуально в зависимости от клинических проявлений и в соответствии с результатами лабораторных и инструментальных методов исследования:

- при рвоте - метоклопрамид внутримышечно или внутривенно по 10

мг 3-4 раза в сутки или другие противорвотные средства;

- антисекреторные средства (H₂-блокаторы) и (или) ингибиторы протонной помпы (ранитидин, омепразол, лансопразол, пантопразол и др.) для лечения, как правило, имеющейся сопутствующей патологии ЖКТ, а также для профилактики и лечения эрозивно-язвенных поражений ЖКТ;

- антациды (лекарственные средства, содержащие гидроксид алюминия и магния и (или) их аналоги).

4.2 Продолжительность базисной терапии при легком остром панкреатите, в среднем составляет 3 - 7 суток.

4.3 Основные критерии эффективности лечения легкого острого панкреатита: купирование болевого и диспептического синдрома, отсутствие изменений в показателях крови, свидетельствующих о наличии активного воспалительного процесса, гиперферментемии и нормализация температуры тела пациента.

4.4 При отсутствии эффекта от проводимой базисной терапии в течение 6 - 12 часов при исключении других острых хирургических заболеваний следует констатировать тяжелый острый панкреатит, перевести пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии районного, межрайонного (или областного) уровней, где продолжить терапию по протоколу лечения тяжелого острого панкреатита.

ГЛАВА 5 КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ (НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ) ПАНКРЕАТИТОМ В I ФАЗЕ

5.1 Интенсивная консервативная терапия должна быть начата сразу же после установления диагноза тяжелого острого панкреатита с момента госпитализации в больничную организацию здравоохранения. В отделении интенсивной терапии и реанимации проводится катетеризация центральной вены, постановка катетера в мочевого пузыря и зонда в желудок.

5.2 В программу консервативной терапии всем пациентам с тяжелым острым панкреатитом в I А фазу необходимо включать купирование болевого синдрома. Для этого применяются анальгетические препараты: нестероидные противовоспалительные средства (при отсутствии острого повреждения почек, 2В), при их неэффективности – наркотические средства (фентанил и др.). Эпидуральная анестезия может быть применена как альтернатива или как компонент сочетанной анальгезии (2 В).

5.3 Всем пациентам в первой фазе тяжелого острого панкреатита рекомендуется ранняя интенсивная инфузионная терапия (1А). Коррекцию гиповолемических нарушений рекомендуется проводить с использованием солевых инфузионных растворов (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы глюкозы и (или) сбалансированных полиионных растворов;

- по медицинским показаниям внутривенно назначаются

плазмозамещающие препараты (декстраны, гидроксипропилкрахмал и другие), препараты и компоненты крови (альбумин, свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса и другие).

- ориентировочный стартовый объем инфузионных сред должен составлять не менее 40 мл на 1 кг массы тела. Однако он может корректироваться в зависимости от наличия органной дисфункции и исходной дегидратации. Соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов 1:4. Для контроля адекватности инфузии могут быть использованы следующие целевые показатели: ЧСС < 120/мин, среднее АД – 60-85 мм.рт. ст., диурез > 0,5 - 1 мл/кг/час, гематокрит – 35-44% (1В).

5.4 Назначаются синтетические аналоги соматостатина с целью подавления экзокринной функции поджелудочной железы и уменьшения ее отека (октреотид и др. аналоги) не менее 5 дней.

5.5 Антибактериальная терапия (при экстрапанкреатической инфекции и/или подозрении на инфицированный панкреонекроз):

- эмпирическая: карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем, эртапенем, дорипенем); цефалоспорины III - IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим); комбинированные защищенные цефалоспорины (цефоперазон/сульбактам); фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин); ванкомицин или линезолид; колистин;

- целенаправленная антибиотикотерапия лекарственными средствами в соответствии с чувствительностью к антибиотикам микрофлоры.

Применение всех антибиотиков (за исключением карбапенемов) рекомендуется комбинировать с антианаэробными лекарственными средствами (метронидазол и прочие).

Курс антибиотикотерапии по медицинским показаниям дополняется антимикотической терапией (флуконазол или аналоги).

5.6 Рекомендуется применение антигипоксантов, антицитокиновых и других лекарственных средств в зависимости от клинической ситуации: мексibel, реогемин, реамберин, пентоксифиллин и другие внутривенно.

5.7 Для профилактики тромбоэмболических осложнений под контролем показателей коагулограммы при отсутствии медицинских противопоказаний рекомендуется назначать одно из антикоагулянтных лекарственных средств: надропарин, дальтепарин, гепарин и др.

5.8 При явлениях гастростаза и пареза кишечника, которые, как правило, наблюдаются при тяжелом остром панкреатите, рекомендуется продленная зондовая назогастроинтестинальная декомпрессия (1А).

5.9 При выявлении абдоминального компартмент синдрома для его ликвидации вначале рекомендуется обеспечить адекватную аналгезию, принять меры по устранению гипергидратации тканей, удалению выпота из брюшной полости, назначить прокинетики, провести коррекцию инфузионной терапии, возможно, ультрафильтрацию (2В). Оперативное лечение абдоминального компартмент синдрома (лапароскопия,

лапароцентез) может быть применено при безуспешности консервативных мероприятий только по решению консилиума.

5.10 Раннее энтеральное питание через зонд, установленный в начальный отдел тощей кишки, рекомендуется использовать после купирования гастростаза и кишечного пареза, а также снижения амилазы крови до уровня менее 3-х нормальных величин. При этом в тощую кишку вначале рекомендуется вводить 0,9% раствор хлорида натрия со скоростью 50 мл/час. Затем в зависимости от величины кишечного остатка зондовое питание следует осуществлять специальными сбалансированными энтеральными смесями. Оптимальным является введение 1000 мл лечебного питания в течение 18 - 20 часов.

5.11 При атонии желудочно-кишечного тракта рекомендуется назначать стимуляторы перистальтики (неостигмин, нейромидин и прочие).

5.12 Для профилактики эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта при невозможности приема лекарственных средств перорально рекомендуется назначать внутривенно антисекреторные препараты, такие как блокаторы гистаминовых H₂ – рецепторов, ингибиторы протонной помпы (квamatел, омепразол, пантопразол и др.);

при возможности приема лекарственных средств перорально дополнительно назначаются антациды, содержащие гидроокись алюминия и магния и др.

5.13 При поражении органов-мишеней и развитии полиорганной недостаточности (респираторный дистресс- синдром, острая почечная, печеночная или сердечно-сосудистая недостаточность и другие) рекомендуется проводить целенаправленную интенсивную посиндромную терапию.

5.14 Экстракорпоральные методы детоксикации, позволяющие удалять из крови пациента эндотоксины, цитокины и другие токсические вещества, назначаются индивидуально в соответствии с клинической ситуацией, результатами клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования.

- детоксикация при тяжелом остром панкреатите также достигается путем эвакуации токсического экссудата из брюшной полости при лечебной лапароскопии, лапароцентезе, дренировании жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке и брюшной полости под контролем УЗИ.

5.15 Пациентам с тяжелым течением острого некротизирующего панкреатита по медицинским показаниям при наличии оборудования и опыта применения может использоваться продленная регионарная артериальная инфузия длительностью 3 - 5 суток через артериальный катетер, установленный в верхнюю брыжеечную артерию или чревный ствол. Начало введения должно быть не позднее первых 5 суток от начала заболевания. Смесь вводится при помощи инфузомата, в ее состав входят: гепарин в суточной дозе 24000 ЕД со скоростью 1000ЕД/час; пентоксифиллин 200 мг в разведении до 50 мл 0,9% натрия хлорида в

течение 30 минут через 12 часов; эмоксипин 300 мг в разведении до 50 мл 0,9% натрия хлорида в течение 60 минут через 8 часов. По медицинским показаниям состав смеси может быть изменен индивидуально.

5.16 Факторами риска в отношении неблагоприятного исхода при тяжелом остром панкреатите являются: ожирение с ИМТ>30, сопутствующие заболевания и возраст >60 лет.

ГЛАВА 6 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ (НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ) ПАНКРЕАТИТОМ В I ФАЗЕ

6.1 Хирургическое лечение пациентов с тяжелым острым (некротизирующим) панкреатитом в I фазе заболевания даже с использованием малоинвазивных технологий выполняется по строгим медицинским показаниям решением консилиума.

6.2 Пациенты с тяжелым острым панкреатитом, развившемся в результате вклинения камня в большой дуоденальный сосочек, нуждаются в срочном (6-12 часов) восстановлении пассажа желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку. Выраженный болевой синдром, быстро прогрессирующая желтуха, отсутствие желчи в двенадцатиперстной кишке при ЭГДС, признаки билиарной гипертензии по данным УЗИ свидетельствуют о наличии вклиненного камня большого дуоденального сосочка. Оптимальным методом разрешения является эндоскопическая папиллосфинктеротомия (предпочтительно без введения контраста в протоки) и литоэкстракция (2В). При острой билиарной обструкции и желчной гипертензии возможны другие оперативные пособия для их ликвидации.

6.3 В I фазе заболевания индивидуально в соответствии с результатами клинико-лабораторных исследований лапароскопическое вмешательство показано у пациентов с клинической картиной перитонита, при наличии ультразвуковых признаков жидкости в брюшной полости и при необходимости дифференциальной диагностики острого панкреатита с другими заболеваниями органов брюшной полости. Лапароскопическими признаками острого панкреатита является: наличие выпота с высокой активностью амилазы, очагов стеатонекроза на брюшине, отечности корня брыжейки поперечно-ободочной кишки и (или) забрюшинной клетчатки, а также ее геморрагического пропитывания. Во время лапароскопии удаляется перитонеальный экссудат и дренируется брюшная полость (1В).

6.4 При бессимптомных небольших (неосложненных) острых жидкостных/некротических скоплениях, независимо от их местоположения, если отсутствует болевой синдром, а также признаки сдавления соседних органов, механической желтухи, острой кишечной непроходимости, инфицирования и другие, проведение оперативных вмешательств не рекомендуется (2В). Эти образования под воздействием консервативного лечения в 60-70% случаев подвергаются инволюции и рассасыванию.

6.5 При отсутствии тенденции к уменьшению на фоне консервативной терапии, а также при осложненных и прогрессирующих острых жидкостных/некротических скоплениях рекомендуется их дренирование с использованием миниинвазивных технологий (2В). При их неэффективности в зависимости от клинической ситуации показано хирургическое лечение осложненных форм из открытых или лапароскопических доступов.

6.6 Показания к ранним операциям открытым способом в I фазе острого панкреатита должны быть крайне ограничены, выполняться по строгим медицинским показаниям по заключению консилиума при угрожающих жизни пациента осложнениях (кровотечение, перфорация полых органов и другие).

ГЛАВА 7 КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ (НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ) ПАНКРЕАТИТОМ ВО II ФАЗЕ

7.1 Консервативная терапия во второй фазе тяжелого острого (некротизирующего) панкреатита, должна включать:

антибиотикотерапию лекарственными средствами в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры и индивидуальным учетом антибактериальных средств, которыми лечился пациент в первую фазу заболевания. Курс антибиотикотерапии по медицинским показаниям рекомендуется дополнять антимикотическими средствами (флуконазол и/или другие);

7.2 Состав и объем посиндромной медикаментозной инфузионной терапии и энтеральной нутритивной поддержки, а также применение других методов и средств, следует назначать индивидуально в зависимости от клинической ситуации с привлечением при необходимости смежных специалистов.

ГЛАВА 8 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ ВО II ФАЗЕ

8.1 Хирургическое лечение гнойных осложнений острого некротизирующего панкреатита в фазу расплавления и секвестрации включает вскрытие, санацию и дренирование гнойных очагов брюшной полости и забрюшинного пространства. Основным методом санации гнойно-некротических очагов является некрсеквестрэктомия. Она может быть одно- или многоэтапной и выполняется как традиционными (открытыми), так и малоинвазивными методами. Оптимальным сроком их выполнения является 4-5 неделя от начала заболевания.

8.2 При необходимости операции по поводу гнойных осложнений некротизирующего панкреатита могут дополняться вмешательствами на

желчных путях и другими операциями.

8.3 Первичное дренирование гнойно-некротического парапанкреатита предпочтительно выполнять минимально инвазивным способом – под УЗИ-контролем и другими (2В).

8.4 Во II фазе заболевания при неосложненных псевдокистах поджелудочной железы размерами более 5 см рекомендуется в сроки до 6 месяцев в плановом порядке выполнить наружное дренирование, предпочтительно с применением малоинвазивных технологий (1В), при отсутствии сообщения псевдокисты с главным панкреатическим протоком.

8.5 Несформировавшиеся (менее 6 мес.) псевдокисты поджелудочной железы размерами менее 5 см рекомендуется подвергнуть динамическому наблюдению с УЗИ (КТ, МРТ) контролем не реже 1 раза в месяц, так как возможна их полная инволюция.

8.6 При осложнениях псевдокист поджелудочной железы, таких как инфицирование, кровотечение в полость кисты, прорыв кисты в свободную брюшную полость с развитием перитонита, сдавление соседних органов с развитием механической желтухи, стеноза выходного отдела желудка, кишечной непроходимости и других, решение вопроса о порядке и виде оперативного пособия рекомендуется принимать консилиумом с привлечением специалистов в каждом конкретном случае.

8.7 При развитии кровотечений из зоны поджелудочной железы предпочтение следует отдавать рентгенэндоваскулярным методам гемостаза, при отсутствии такой возможности выполнять открытую операцию.

8.8 Наружный панкреатический свищ, формирующийся в послеоперационном периоде, рекомендуется лечить консервативно в течение 4-6 месяцев, в результате чего он в большинстве случаев закрывается самостоятельно. При стойком свище (более 6 мес.) рекомендуется плановое оперативное лечение.

8.9 Основанием для выписки из медицинского учреждения (стационара) является удовлетворительное общее состояние и самочувствие пациента, нормализация лабораторных показателей и температуры тела пациента.

ГЛАВА 9 МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

9.1 При тяжелом остром панкреатите длительное пребывание пациента в стационаре может привести к атрофии мышц, развитию контрактур, истощению, пролежням, функциональной недостаточности и инвалидности. Поэтому реабилитационные мероприятия при тяжелом остром панкреатите рекомендуются начинать рано и проводить под наблюдением хирурга и анестезиолога-реаниматолога (3С).

9.2 В стационаре при тяжелом остром панкреатите реабилитацию

рекомендуется организовывать при участии у врача физиотерапевта, специалиста по ЛФК, массажу и других специалистов. В самом начале следует обеспечить профилактику пролежней и контрактур.

9.3 После оказания специализированной помощи и выписки пациента из стационара реабилитационные мероприятия в зависимости от клинической ситуации необходимо продолжить в реабилитационном отделении поликлиники или дневного стационара, или санатория.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

ДД	Расшифровка
·	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
·	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
·	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
·	Несравнительные исследования, описание клинического случая
·	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УР	Расшифровка
	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)