**Ассоциация**

**специалистов хирургического профиля**

**Ростовской области**

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

**Проект клинических рекомендаций**

Ростов-на-Дону

2017

# Ассоциация специалистов хирургического профиля Ростовской области

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

**Клинические рекомендации**

Предложения составлены в соответствии с Российскими клиническими рекомендация «Диагностика и лечение острого панкреатита» Принятых на совместном заседании Российского общества хирургов и Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, совещание главных хирургов Северо-Западного Федерального Округа по рассмотрению вопроса национальных клинических рекомендаций по диагностике и лечению острого панкреатита (г. Санкт-Петербург, 30 октября 2014 г.) и материалами экспертной группы РОХ (проект согласительного документа) «Острый панкреатит» (протоколы, диагностика и лечение) Дибиров М.Д., Багненко С.Ф., Благовестнов Д.А., Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Дибиров М.Д., Прудков М.И., Филимонов М.И., Чжао А.В.

В соответствии рекомендациями РОХ целесообразно использовать Классификацию острого панкреатита Российского общества хирургов – 2014 г., разработанную с учётом классификации Атланта–92 и её модификаций:

**Острый панкреатит лёгкой степени.** Панкреонекроз при данной форме острого панкреатита не образуется (отёчный панкреатит) и органная недостаточность не развивается.

**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).

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

Начало острого панкреатита определяется по времени появления абдоминального болевого синдрома. Диагноз острого панкреатита лёгкой, средней или тяжёлой степени устанавливается по факту законченного случая заболевания.

**Фазы острого панкреатита:**

**Отечный (интерстициальный) панкреатит** – характеризуется легкой степенью тяжести заболевания и редким развитием локальных осложнений или системных расстройств, фазового течения не имеет.

**Некротический панкреатит (панкреонекроз)** – проявляется средней или тяжёлой степенью заболевания, имеет фазовое течение заболевания с двумя пиками летальности – ранней и поздней. После ранней фазы, которая обычно продолжается в течение первых двух недель, следует вторая или поздняя фаза, которая может затягиваться на период от недель до месяцев.

**I фаза – ранняя**, подразделяется на два периода:

**IА фаза**, как правило, первая неделя заболевания. В этот период происходит формирование очагов некроза в паренхиме поджелудочной железы или окружающей клетчатке и развитие эндотоксикоза. Эндотоксикоз проявляется легкими или глубокими системными нарушениями в виде органной (полиорганной) недостаточности. Максимальный срок формирования некроза в поджелудочной железе обычно составляет трое суток. При тяжёлом панкреатите период его формирования сокращается до 24-36 часов. В брюшной полости происходит накопление ферментативного выпота (ферментативные перитонит и парапанкреатит). Средняя степень тяжести течения заболевания проявляется преходящей дисфункцией отдельных органов или систем. При тяжёлых формах заболевания в клинической картине могут преобладать явления органной (полиорганной) недостаточности: сердечно-сосудистой, дыхательной, почечной, печеночной и др. Ферментативный эндотоксикоз может привести к ферментативному шоку, гепаторенальному синдрому, гемодинамическими и микроциркуляторноми расстройствами, респираторному дистресс-синдрому с гидротороксом, делирия, синдрома кишечной недостаточности с внутрибрюшной гипертензией, ДВС – синдрома, образованию острых гастродуоденальных стресс-язв с риском развития кровотечения и перфорации, местному и системному воспалительному ответу.

**IВ фаза**, как правило, вторая неделя заболевания. Характеризуется генерализованной реакцией организма на сформировавшиеся очаги некроза (как в поджелудочной железе, так и в парапанкреальной клетчатке). Клинически превалируют явления резорбтивной лихорадки, формируется **перипанкреатический инфильтрат**.

**II фаза – поздняя, фаза секвестрации** (начинается, как правило, с 3-ей недели заболевания, может длиться несколько месяцев). Секвестры в поджелудочной железе и в забрюшинной клетчатке обычно начинают формироваться с 14-х суток от начала заболевания. При отторжении крупных фрагментов некротизированной ткани поджелудочной железы возможна разгерметизация её протоковой системы и образование внутреннего панкреатического свища. Варианта течения **II фаза**:

* **асептическая секвестрация – стерильный панкреонекроз** характеризуется образованием изолированного скопления жидкости в области поджелудочной железы и постнекротических **псевдокист поджелудочной железы**;
* **септическая секвестрация** возникает при инфицировании некроза паренхимы поджелудочной железы и парапанкреальной клетчатки с дальнейшим развитием гнойных осложнений. Клинической формой данной фазы заболевания является **инфицированный панкреонекроз**, который может быть **отграниченным (абсцесс)** или **неотграниченным (гнойно-некротический парапанкреатит).** При прогрессировании гнойных осложнений инфицированный панкреонекроз может иметь собственные осложнения: гнойно-некротические затёки, абсцессы забрюшинного пространства и брюшной полости, гнойный перитонит, аррозионные и желудочно-кишечные кровотечения, дигестивные свищи, сепсис и т.д.. С развитием эндотоксикоза инфекционного генеза, органной (полиорганной) недостаточности.

**При формулировке диагноза необходимо учитывать следующую терминологию:**

**Отёчный панкреатит –** характеризуется диффузным (или иногда локальным) увеличением поджелудочной железы из-за воспалительного отека.

**Некротический панкреатит (панкреонекроз) -** диффузные или очаговые зоны нежизнеспособной паренхимы поджелудочной железы, которые, как правило, сочетаются с некрозом забрюшинной жировой клетчатки.

**Стерильный панкреонекроз** – панкреонекроз, который не содержит патогенной микрофлоры и не сопровождается развитием гнойных осложнений.

**Инфицированный панкреонекроз** – бактериально обсемененный некроз ткани поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки с гнойным их расплавлением и секвестрацией. Инфицированный панкреонекроз, не имеющий отграничения от здоровых тканей называется **гнойно-некротический парапанкреатит.** Инфицированный панкреонекроз, имеющий отграничение от здоровых тканей, следует расценивать, как **панкреатический абсцесс**.

**По распространенности процесса на поджелудочную железу различают:**

1. Интерстициальный отек поджелудочной железы (множественные микроскопические некрозы, не визуализирующиеся при ультразвуковом исследовании (УЗИ) и КТ).
2. Мелкоочаговый панкреонекроз (объем поражения поджелудочной железы по данным УЗИ и КТ < 30%).
3. Крупноочаговый панкреонекроз (объем поражения поджелудочной железы по данным УЗИ и КТ от 30 до 50%).
4. Субтотальный панкреонекроз (объем поражения поджелудочной железы по данным УЗИ и КТ > 50 - 75%).
5. Тотальный панкреонекроз > 75 (поражения всей поджелудочной железы по данным УЗИ и КТ).

**При развитии гнойно-некротического парапанкреатита следует учитывать распространенность процесса.**

**По глубине поражения забрюшинной клетчатки:**

– поверхностный ретроперитонеонекроз (не выходящий за передний листок околопочечной фасции);

– глубокий ретроперитонеонекроз (распространяющийся за передний листок околопочечной фасции – фасции Герота).

**По объему поражения забрюшинной клетчатки:**

– ограниченный ретроперитонеонекроз (поражены 1-2 анатомические области забрюшинного пространства);

– распространенный ретроперитонеонекроз (поражены больше 2-3 анатомических областей забрюшинного пространства);

– тотальный ретроперитонеонекроз (поражены все анатомические области забрюшинного пространства).

**Перипанкреатический инфильтрат** – это экссудативно-пролиферативный воспалительный процесс в поджелудочной железе и окружающих тканях, который сопровождается острым скоплением жидкости (с панкреонекрозом или без панкреонекроза), располагающейся внутри или около поджелудочной железы и не имеющей стенок из грануляционной или фиброзной ткани. Возникает в IB фазе острого панкреатита, имеет следующие исходы: полное разрешение и рассасывание (чаще к 4-ой неделе заболевания), образование псевдокисты поджелудочной железы, развитие гнойных осложнений.

**Псевдокиста поджелудочной железы** – скопление жидкости (с секвестрами или без секвестров), отграниченное фиброзной или грануляционной тканью, возникающее после приступа острого панкреатита. Возникает в сроки после 4-х недель от начала заболевания, в фазе асептической секвестрации некротического панкреатита. Содержимое кисты может быть асептическим и инфицированным. Бактериальная контаминация содержимого кисты часто не имеет клинического проявления. Инфицированную кисту более корректно называть **панкреатическим абсцессом.**

**Гнойные осложнения** (панкреатический абсцесс или гнойно-некротический парапанкреатит) определяются при наличии минимум одного из следующих признаков:

– пузырьки воздуха в зоне панкреонекроза, выявленные при компьютерной томографии;

– положительный бакпосев аспирата, полученного при тонкоигольной пункции;

– положительный бакпосев отделяемого, полученного при санирующей операции.

**Органная недостаточность** определяется по наихудшему показателю одной из 3 органных систем (сердечно-сосудистой, почечной и дыхательной) за 24-часовой период без предшествующей органной дисфункции. Определение производится по соответствующим показателям шкалы SOFA: превышение порога в 2 балла является основанием для диагностирования органной недостаточности:

– сердечно-сосудистая недостаточность: необходимость инотропных препаратов

– почечная недостаточность: креатинин >171 *μ*mol/L (>2,0 mg/dL).

– дыхательная недостаточность: PaО2/FiО2 < 300 mmHg (<40 kPa).

**Персистирующая органная недостаточность** – недостаточность одной органной системы в течение 48 часов или более.

**Транзиторная органная недостаточность** – недостаточность одной органной системы в течение менее 48 часов.

**Полиорганная недостаточность** – недостаточность двух и более органных систем.

**Диагностика и лечения острого панкреатита в IА фазе заболевания**

**Первичный протокол диагностики и тактики при остром панкреатите**

Как правило, осуществляется в приёмном отделении или отделении экстренной помощи.

Основанием для установления диагноза острого панкреатита (после исключения другой хирургической патологии) является сочетание минимум двух из следующих выявленных признаков:

– типичная клиническая картина (интенсивные некупируемые спазмолитиками боли опоясывающего характера, неукротимая рвота, вздутие живота; употребление алкоголя, острой пищи или наличие ЖКБ в анамнезе и др.);

– признаки по данным УЗИ: увеличение размеров, снижение эхогенности, нечёткость контуров поджелудочной железы; наличие свободной жидкости в брюшной полости;

– гиперферментемия (гиперамилаземия или гиперлипаземия), превышающая верхнюю границу нормы в три раза и более.

Для оценки тяжести ОП и прогноза заболевания следует примененять **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 х109/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.

Оценка шкалы:

* Если у конкретного пациента имеется минимум 5 признаков из числа перечисленных, то с 95% вероятностью у него имеется тяжёлая форма ОП.
* Если имеется 2-4 признака – ОП средней степени.
* Если нет ни одного признака или имеется максимум один из них – лёгкая форма ОП.

Важно раннее выявление тяжёлого панкреатита, результаты лечения которого во многом обусловлены сроком его начала.

Для оценки органных и полиорганных дисфункций наиболее целесообразно использовать шкалу SOFA. При невозможности использовать многопараметрические шкалы для определения тяжести ОП допустимо применение клинико-лабораторных критериев: признаки ССВО; гипокальциемия < 1,2 ммоль/л, гемоконцентрация: гемоглобин крови > 160 г/л или гематокрит > 40 Ед., гипергликемия > 10 ммоль/л; С – реактивный белок > 120 мг/л; шок (систолическое АД < 90 мм.рт.ст.), дыхательная недостаточность (РО2<60мм.рт.ст.); почечная недостаточность (олиго-анурия, креатинин > 177 мкмоль/л); печеночная недостаточность (гиперферментемия); церебральная недостаточность (делирий, сопор, кома); желудочно-кишечное кровотечение (более 500 мл/сутки); коагулопатия (тромбоциты < 100 х 109/л, фибриноген < 1,0г/л).

**Оптимальным видом лечения ОП в IА фазе является интенсивная консервативная терапия.** Хирургическое вмешательство в виде лапаротомии показано лишь при развитии осложнений хирургического профиля, которые невозможно устранить мининвазивными технологиями.

Протокол лечения острого панкреатита лёгкой степени

Госпитализация больных ОП лёгкой степени производится в хирургическое отделение. Для лечения лёгкого панкреатита достаточно проведения **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; ингибиторы панкреатической секреции.

При отсутствии эффекта от проводимого **базисного лечебного комплекса** в течение **6 часов** и наличии хотя бы одного из признаков тяжёлого панкреатита (шкала критериев первичной экспресс-оценки тяжести острого панкреатита) следует констатировать тяжёлый/средне-тяжёлый панкреатит и **перевести больного в отделение реанимации и интенсивной терапи**и и проводить лечение, соответствующее тяжёлому/средне-тяжёлому острому панкреатиту.

Протокол интенсивной терапии острого панкреатита средней степени

**Основной вид лечения – консервативная терапия**. Приведенный выше **базисный лечебный комплекс при средне-тяжёлом ОП необходимо дополнять специализированным лечебным комплексом** (см. ниже). Эффективность последнего максимальна при раннем начале лечения (первые 24часа 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 прогрессирования заболевания – гипотонии (АД < 100мм.рт.ст.), дыхательной недостаточности (ЧД > 30 в 1 минуту), делирия и др. (шкала критериев первичной экспресс-оценки тяжести острого панкреатита, шкала SOFA) – пациента необходимо перевести в ОРИТ.

**Специализированное лечениe**

* Ингибирование секреции поджелудочной железы (оптимальный срок – первые трое суток заболевания).
* Активная реологическая терапия.
* Инфузионная терапия в общей сложности не менее 40 мл соответствующих инфузионных средств на 1 кг массы тела с форсированием диуреза при наличии органной дисфункции.
* Антиоксидантная и антигипоксантная терапия.
* Эвакуация токсических экссудатов по показаниям (протокол лапароскопической операции). При ферментативном перитоните – санационная лапароскопия. Допустимо выполнение чрескожного дренирования брюшной полости под УЗ-наведением или лапароцентеза.

**Протокол интенсивной терапии острого панкреатита тяжёлой степени**

**Основной вид лечения – интенсивная терапия.** Приведенный выше базисный лечебный комплекс при тяжёлом ОП является недостаточно эффективным и должен быть дополнен **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 ОРИТ. 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 лечениe**

**К протоколу лечения острого панкреатита лёгкой и средней степени прибавляются:**

* Экстакорпоральные методы детоксикации – по показаниям (плазмаферез, гемофильтрация).
* Назогастральное зондирование для декомпрессии и, при возможности, назогастроинтестинальное зондирование – для ранней энтеральной поддержки.
* Коррекция гиповолемических нарушений.
* Целесообразно выполнение эпидуральной блокады.
* Целесообразно назначение дезагрегантной антитромботической терапии.

**Протокол лапароскопической операции**

**Лапароскопия показана:**

* пациентам с перитонеальным синдромом, в том числе при наличии УЗ-признаков свободной жидкости в брюшной полости;
* при необходимости дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов брюшной полости.
* при наличии свободной жидкости в брюшной полости и сальниковой сумке 300-500мл.

**Лапароскопические симптомы острого панкреатита:**

* Наличие отека корня брыжейке ободочной кишки
* Наличие геморрагического или серозного выпада с высоким содержанием амилазы (в 2-3 раза превышающей активность амилазы крови).
* Наличие пятен стеатонекроза
* Геморрагическое пропитывание или отек забрюшинной клетчатки
* Порез кишечника, гиперемия висцеральной и париетальной брюшины.

**Лапароскопические признаки тяжёлого панкреатита:**

* геморрагический характер ферментативного выпота (розовый, малиновый, вишнёвый, коричневый);
* распространённые очаги стеатонекрозов;
* обширное геморрагическое пропитывание забрюшинной клетчатки, выходящее за пределы зоны поджелудочной железы;

Во время лапароскопии удаляется жидкость из брюшной полости и сальниковой сумки, проводится промывание физиологическим раствором и производится дренирование брюшной полости и сальниковой сумки (рис.\_).

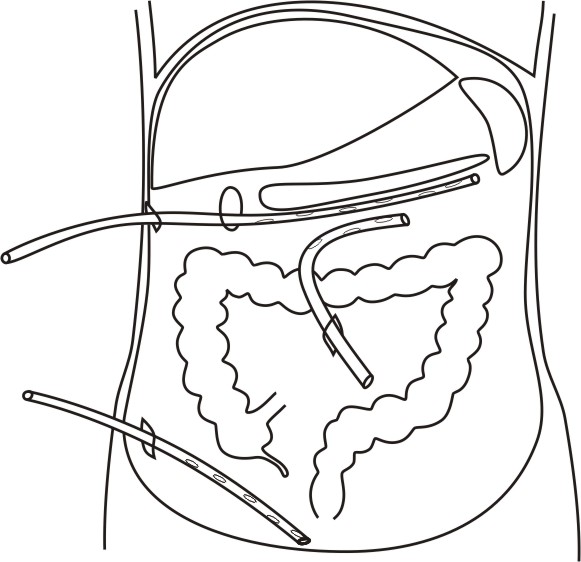


рис.\_

При лапароскопической санации ОП необходимо использовать силиконовые трубки диметром не менее 1,0 см. Дренаж в полость сальниковой сумки устанавливается через параумбиликальный доступ и желудочно-ободочную связку. Через контрапертуру менее 2,0 см в подвздошной области между передней и средней подмышечными линиями дренируется полость малого таза. При технической возможности, полость сальниковой сумки дренируется через контрапертуру менее 2,0 см между передней и средней подмышечными линиями в правом подреберье.

Возможно выполнение чрескожного дренирования брюшной полости под УЗ-наведением или лапароцентеза.

**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.**

**Компьютерная томография**

Показаниями для ранней МСКТА (МРТ) являются:

* Неясность диагноза и дифференциальная диагностика с другими заболеваниями.
* Необходимость подтверждения тяжести по выявленным клиническим прогностическим признакам тяжёлого ОП.
* Отсутствие эффекта от консервативного лечения.

Оптимальными сроками выполнения МСКТА (МРТ) для диагностики панкреонекроза (и оценки всего объема патологических изменений в грудной клетке, брюшной полости и забрюшинной клетчатке) являются 4 - 14 сутки заболевания.

МСКТА (МРТ) целесообразно выполнять накануне инвазивного вмешательства. Последующие МСКТА (МРТ) необходимо выполнять при прогрессировании заболевания, при отсутствии эффекта от лечения и для локализации очагов нагноения перед выполнением дренирующих вмешательств.

**Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита IВ фазе заболевания**

**Протокол диагностики и мониторинга перипанкреатического инфильтрата**

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 признаками тяжёлого или средне-тяжёлого ОП, тогда как при лёгком панкреатите эти признаки не выявляются.

Помимо клинических признаков (перипанкреатический инфильтрат и лихорадка) вторая неделя ранней фазы ОП характеризуется:

* Лабораторными показателями синдрома системной воспалительной реакции (ССВР): лейкоцитозом со сдвигом влево, лимфопенией, увеличенной СОЭ, повышением концентрации фибриногена, С-реактивного белка и др.;
* УЗ-признаками ПИ (сохраняющееся увеличение размеров поджелудочной железы, нечёткость её контуров и появление жидкости в парапанкреальной клетчатке).

Мониторинг перипанкреатического инфильтрата заключается в динамическом исследовании клинико-лабораторных показателей и данных повторных УЗИ (не менее 2 исследований на второй неделе заболевания).

В конце второй недели заболевания целесообразна компьютерная томография зоны поджелудочной железы, так как к этому сроку у подавляющего большинства пациентов наблюдается один из трёх возможных исходов IВ фазы:

* Рассасывание, при котором наблюдается редукция местных и общих проявлений острой воспалительной реакции.
* Асептическая секвестрация панкреонекроза с возможным последующим исходом в псевдокисту поджелудочной железы: сохранение размеров ПИ при нормализации самочувствия и стихании синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) на фоне сохраняющейся гиперамилаземии.
* Септическая секвестрация (развитие гнойных осложнений).

**Протокол тактики 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 миниинвазивными технологиями.

Состав лечебного комплекса:

* Продолжение базисной инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на восполнение водно-электролитных, энергетических и белковых потерь по показаниям.
* Лечебное питание: стол № 5 при среднетяжёлом ОП; нутриционная поддержка (пероральная, энтеральная или парентеральная) при тяжёлом ОП.
* Системная антибиотикопрофилактика (цефалоспорины III-IV поколений или фторхинолоны II-III поколений в сочетании с метронидазолом, препараты резерва - карбапенемы).
* Иммунотерапия (желательна коррекция клеточного и гуморального иммунитета).

При ограниченных жидкостных образованиях и инфицированном панкреонекрозе через 10-14 и более суток с начала заболевания необходима санация гнойных очагов, абсцесса и флегмоны путем дренирования пункционным способом под УЗ – наведением или через мини-доступы: оментобурсостомия, люмботомия, с адекватным дренированием и проточным сквозным диализом с вакуум-аспиратором (через толстые 2-х просветные силиконовые трубки);

**Поздняя фаза (секвестрации)**

**Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита в фазе асептической секвестрации**

**Протокол диагностики и мониторинга псевдокисты поджелудочной железы**

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.

Критерии верификации кисты поджелудочной железы:

* Стихание синдрома системной воспалительной реакции на фоне сохраняющейся гиперамилаземии.
* 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).

Если при асептической секвестрации не происходит вскрытия протоковой системы поджелудочной железы, то образование кисты не происходит, наблюдается рассасывание перипанкреатического инфильтрата (редукция жидкостного скопления в области поджелудочной железы) в сроки до 4-х недель. Этот период больные должны находиться под динамическим врачебным наблюдением (допустимо в амбулаторном порядке).

**Протокол лечения псевдокисты поджелудочной железы**

Псевдокисты поджелудочной железы небольшого размера (менее 5 см) оперировать нецелесообразно, они подлежат динамическому наблюдению хирурга. Псевдокисты поджелудочной железы большого размера (более 5см) подлежат оперативному лечению в плановом порядке при отсутствии осложнений. Операцией выбора незрелой (несформировавшейся) псевдокисты (менее 6 мес) является наружное дренирование. Зрелая (сформировавшаяся) псевдокиста (более 6мес) подлежит оперативному лечению в плановом порядке.

Осложнения псевдокисты поджелудочной железы:

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

**Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита**

**в фазе септической секвестрации**

**Протокол диагностики гнойных осложнений острого панкреатита**

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 верифицикация клинико-морфологических форм панкреатогенной инфекции.

Критерии ПА и ГНПП:

* 1 Клинико-лабораторные проявления гнойного очага:
* 1.1 Прогрессирование клинико-лабораторных показателей острого воспаления на третьей неделе ОП.
* Маркеры острого воспаления (повышение фибриногена в 2 раза и более, высокие «С»-реактивный белок, прокальцитонин и др.).
* КТ, УЗИ (нарастание в процессе наблюдения жидкостных образований, выявление девитализированных тканей и/или наличие пузырьков газа).
* Положительные результаты бактериоскопии и бакпосева аспирата, полученного при тонкоигольной пункции.

**Протокол лечения гнойных осложнений острого панкреатита**

При гнойных осложнениях ОП показано хирургическое вмешательство, целью которого является санация поражённой забрюшинной клетчатки. 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 миниинвазивными, так и традиционными методами.

При санации поражённой забрюшинной клетчатки необходимо использовать силиконовые трубки диметром не менее 1,0 см. Желудочно-ободочная связка широко вскрывается. Через контрапертуры менее 4,0 см в правом и левом подреберьях между передней и средней подмышечными линиями дренажами проведенными через Винслово отверстие и забрюшинно дренируется парапанкреатическая клетчатка. Дренажи в сальниковой сумке укладывают по верхнему и нижнему контурам поджелудочной железы. Полость малого таза и дренируется через контрапертуру менее 3,0 см в правой подвздошной области между передней и средней подмышечными линиями. К хвосту поджелудочной железы, в левое подреберье, через контрапертуру менее 3,0 см в левой подвздошной области между передней и средней подмышечными линиями подводится дренажная трубка.

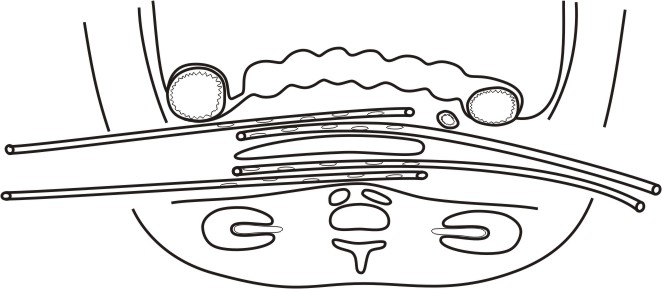
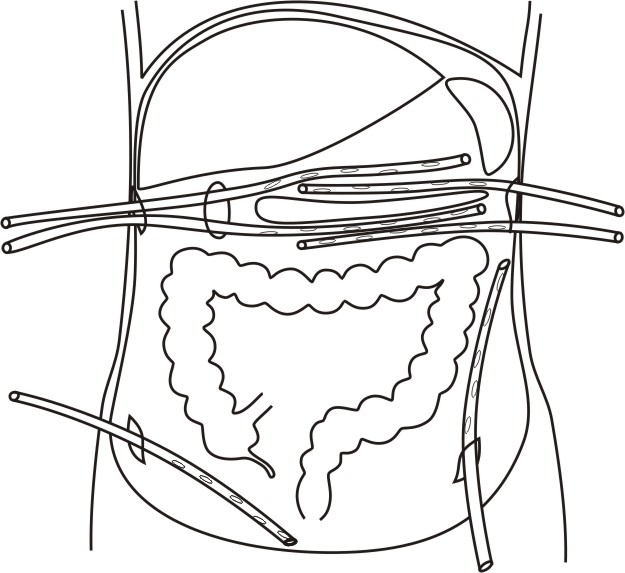


Рис.

При решении вопроса о первичном дренировании абсцесса поджелудочной железы или гнойно-некротического парапанкреатита следует отдавать предпочтение миниинвазивным вмешательствам (дренирование под УЗ-наведением, ретроперитонеоскопия, минилапаротомия с помощью набора «Мини-ассистент» и др.). При неэффективности миниинвазивного 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 миниинвазивных 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. Стойкий панкреатический свищ, не закрывающийся более чем за 6 месяцев, как правило, связан с крупными протоками поджелудочной железы. Больной подлежит оперативному лечению в плановом порядке.