

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

ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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).

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

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

4. К категории пациентов с острым панкреатитом следует относить всех пациентов с острыми воспалительными, гнойными, некротическими изменениями в поджелудочной железе и (или) в перипанкреатической клетчатке, которые развились как впервые, так и на фоне хронического процесса в поджелудочной железе.

5. В соответствии с классификацией острого панкреатита следует выделять:

- 5.1. острый панкреатит:
 - легкий;
 - тяжелый;

5.2. острое скопление жидкости (в ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатке) – острый интерстициальный панкреатит;

5.3. панкреонекроз (острый некротизирующий панкреатит, острый некротический панкреатит):

стерильный;

инфицированный;

5.4. панкреатическая ложная киста;

5.5. панкреатический абсцесс.

6. Следует выделять три фазы течения острого некротизирующего панкреатита, каждой из которых соответствует определенная клиническая форма заболевания:

I фаза – ферментативная (как правило первые 5 суток от начала заболевания) – происходит формирование некроза поджелудочной железы различной протяженности. Максимальный срок формирования некротических участков в поджелудочной железе составляет в среднем трое суток без последующего его прогрессирования. При тяжелом течении острого панкреатита период формирования очагов некроза может сократиться до 24 - 36 часов.

В эту фазу заболевания следует выделять две клинические формы: тяжелый и легкий (нетяжелый, отечный) острый панкреатит;

II фаза – реактивная (в среднем до 2 недель от начала заболевания). Клиническая форма данной фазы – парапанкреатический инфильтрат;

III фаза – расплавления и секвестрации (начинается, как правило, с 3-й недели заболевания и может длиться несколько месяцев).

Возможны два варианта течения и исхода этой фазы:

асептическое расплавление и секвестрация (возможно образование кист и свищей);

септическое расплавление и секвестрация (развитие гнойных осложнений).

7. Пациентов с диагнозом «Тяжелый острый панкреатит» по возможности следует госпитализировать в многопрофильные больничные организации здравоохранения.

Одной из главных задач врача-хирурга при поступлении пациента в больничную организацию здравоохранения является ранняя диагностика тяжелого острого панкреатита (острого некротического панкреатита), результат лечения которого во многом зависит от сроков и полноты проводимых лечебных мероприятий.

8. При оценке степени тяжести пациентов при поступлении в больничную организацию здравоохранения следует использовать определение признаков тяжелого панкреатита:

8.1. клинические:

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.;

олигоурия (менее 250 мл за последние 12 часов);

энцефалопатия (заторможенность или возбуждение, делирий);

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

8.2. общий анализ крови:

уровень гемоглобина выше 150 г/л;

количество лейкоцитов более 14×10^9 /л;

8.3. биохимическое исследование крови:

уровень декстрозы выше 10 ммоль/л;

концентрация мочевины выше 10 ммоль/л;

Наличие хотя бы двух признаков из разных категорий позволяет диагностировать тяжелый острый панкреатит.

9. Пациенты с тяжелым острым панкреатитом должны госпитализироваться в отделения интенсивной терапии и реанимации, с острым панкреатитом легкой степени – в хирургические отделения.

10. Пациенты с острым панкреатитом, развившемся в результате вклинения камня в большой дуоденальный сосочек, нуждаются в срочном восстановлении пассажа желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку. Оптимальным методом лечения таких пациентов является эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

11. Средняя длительность стационарного лечения: острый панкреатит легкой степени (отечная форма) не оперированный 5 - 7 календарных дней; острый некротизирующий панкреатит – продолжительность лечения индивидуальна в зависимости от характера течения болезни и наличия осложнений.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

12. Обязательные диагностические мероприятия:

12.1. экстренные (в течение 2 часов с момента поступления в больничную организацию здравоохранения (у пациентов с легким и тяжелым острым панкреатитом)):

12.1.1. клинические: жалобы, анамнез, осмотр, общая термометрия, антропометрия, пальпация, аускультация, перкуссия живота, подсчет ЧСС, определение уровня АД;

12.1.2. лабораторные:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества

эритроцитов и лейкоцитов, уровня гематокрита, подсчет лейкоцитарной формулы, СОЭ, определение количества тромбоцитов);

определение групп крови по системам АВ0 и резус;

биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, аспаратаминотрансферазы (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;

12.1.3. инструментальные:

электрокардиограмма;

обзорная рентгенография или рентгеноскопия брюшной полости;

обзорная рентгенография или рентгеноскопия грудной клетки;

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов брюшной полости;

12.1.4. оценка степени тяжести пациентов с использованием шкал APACHE II, Ranson, Glasgow, MOF, SAPS или других;

12.2. срочные диагностические мероприятия (в первые 24 - 48 часов с момента поступления в больничную организацию здравоохранения), как правило, у пациентов с тяжелым (острым некротизирующим) 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 в соответствии с результатами;

при пункции плевральной полости или лапароскопии необходимо выполнить следующие исследования экссудата: бактериологическое исследование и антибиотикограмма, концентрация альфа-амилазы в экссудате, цитологическое исследование экссудата на атипичные клетки;

исследование плазменного (коагуляционного) гемостаза (время свертывания крови по Ли-Уайту, определение активированного частично тромбопластинового времени (далее – АЧТВ), определение протромбинового индекса (далее – ПТИ), концентрация фибриногена в плазме и другие показатели);

эзофагогастродуоденоскопия;

12.3. диагностические мероприятия, выполняемые в течение 72 часов с момента госпитализации пациента в больничную организацию здравоохранения: компьютерная томография (далее – КТ) или магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) брюшной полости (при тяжелом (остром некротизирующем) панкреатите, подозрении на псевдокисту или

абсцесс поджелудочной железы);

12.4. обследование в динамике проводимого лечения (кратность определяется характером патологии и течением заболевания):

динамическое УЗИ органов брюшной полости;

повторная КТ или МРТ брюшной полости;

рентгеноскопия или рентгенография грудной клетки;

12.5. диагностические мероприятия, выполняемые на 2-е, 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);

12.6. диагностические мероприятия, выполняемые ежедневно в течение первых 5 суток, затем на 7-е, 14-е сутки с момента госпитализации, по медицинским показаниям и при выписке из больничной организации здравоохранения:

определение альфа-амилазы крови;

определение концентрации альфа-амилазы в моче;

12.7. диагностические мероприятия, выполняемые на 7-е, 14-е сутки с момента поступления, по медицинским показаниям и перед выпиской из хирургического отделения больничной организации здравоохранения: исследование плазменного (коагуляционного) гемостаза (время свертывания крови (по Ли-Уайту), АЧТВ, тромбиновое время, ПТИ, концентрация фибриногена в плазме крови).

13. Дополнительная диагностика (по медицинским показаниям):

биохимическое исследование крови (прокальцитонин, С-реактивный белок, липаза крови);

бактериологическое исследование крови;

показатели иммунной системы крови (Т- и В-лимфоциты, иммуноглобулины класса А, М, G, циркулирующие иммунные комплексы интерлейкины) и другие дополнительные методы обследования.

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГКОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА (ОТЕЧНАЯ ФОРМА)

14. Программа консервативной терапии пациентов с легким острым панкреатитом:

14.1. базисная терапия:

голод (не менее 2-4 суток) с постепенным переходом на режимы лечебного питания;

зондирование желудка и эвакуация желудочного содержимого (по медицинским показаниям);

анальгетики: ненаркотические, наркотические при выраженном болевом синдроме;

введение одного из спазмолитических лекарственных средств: папаверина гидрохлорида, дротаверина;

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

14.2. лечение легкого панкреатита может быть дополнено индивидуально в соответствии с результатами клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования:

при рвоте – метоклопрамид внутримышечно или внутривенно по 10 мг 3-4 раза в сутки;

ингибиторы протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол);

антациды (лекарственные средства, содержащие гидроксид алюминия и магния);

антиферментные лекарственные средства: овомин, аprotинин;

цефалоспориновый антибиотик III-IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим).

15. Продолжительность базисной терапии при легком остром панкреатите составляет 3 - 7 суток.

16. Основные критерии эффективности лечения легкого острого панкреатита: купирование болевого синдрома, отсутствие изменений показателей крови, свидетельствующих о наличии активного воспалительного процесса, нормализация температуры тела.

17. При отсутствии эффекта от проводимой базисной терапии в течение 6 - 8 часов при исключении других острых хирургических заболеваний следует констатировать тяжелый панкреатит, перевести пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии, где продолжить терапию по протоколу лечения тяжелого острого панкреатита.

ГЛАВА 4 ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА В ФЕРМЕНТАТИВНОЙ ФАЗЕ

18. Интенсивная консервативная терапия должна быть начата сразу же после установления диагноза панкреатита тяжелой степени (в течение

2 часов с момента госпитализации в больничную организацию здравоохранения).

19. Оперативное лечение в данной фазе заболевания показано при развитии гнойных осложнений или при осложнениях, которые невозможно устранить эндоскопическим способом (деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость и другие).

20. Программа консервативной терапии пациентов с тяжелым некротизирующим панкреатитом в ферментативную фазу включает в себя:

20.1. синтетический аналог соматостатина с целью подавления экзокринной функции поджелудочной железы и уменьшения ее отека (октреотид) не менее 5 дней;

20.2. коррекцию метаболических нарушений:

базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы;

сбалансированные полиионные растворы;

по медицинским показаниям назначают аминокислоты для внутривенного введения, жировые эмульсии, препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты, компоненты крови (альбумин, декстран, гидроксипроксиэтилкрахмал, желатин, свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса).

Общий объем инфузионных сред должен составлять не менее 40 мл на 1 кг массы тела. Соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов 1:4;

20.3. антибактериальную терапию:

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 ним микрофлоры.

Все антибактериальные лекарственные средства (за исключением карбапенемов) необходимо комбинировать с антианаэробными лекарственными средствами (метронидазол).

Курс антибиотикотерапии по медицинским показаниям дополняется антимикотической терапией (флуконазол);

20.4. антигипоксанты – мексидол;

20.5. пентоксифиллин внутривенно;

20.6. для профилактики тромбоэмболии легочной артерии и при отсутствии медицинских противопоказаний назначают одно из

лекарственных средств: надропарин, дальтепарин, гепарин;

20.7. антиферментные лекарственные средства индивидуально в соответствии с результатами клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования: овомин, апротинин;

20.8. проводится профилактика транслокации кишечной микрофлоры (энтеросорбция и другие методы);

20.9. используется раннее энтеральное питание через зонд, установленный в начальный отдел тонкой кишки во время операции или при эндоскопии.

Следует строго соблюдать методику зондового питания: сразу после установки зонда на 15 - 20 см ниже дуодено-еюнального перехода (связки Трейца) эндоскопическим способом или в первые 24 - 48 часов после операции (при отсутствии застоя в желудке и кишечнике) в тощую кишку следует вводить 0,9% раствор хлорида натрия со скоростью 50 мл в час. Затем – лечебное питание, увеличивая скорость введения каждые последующие сутки на 25 мл в час. Максимальный темп подачи смеси в кишку не должен превышать 125 мл в час. Оптимальным является введение 1000 мл лечебного питания в течение 18 - 20 часов. Для этих целей целесообразно использовать дозаторы для энтерального питания (перистальтические насосы);

20.10. при атонии желудочно-кишечного тракта назначают неостигмин, перидуральную анестезию, рефлексотерапию;

20.11. проводится профилактика эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта:

при невозможности приема перорально назначают внутривенно ингибиторы протонной помпы (омепразол, пантопразол);

при возможности приема лекарственных средств энтерально назначают ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол), антациды (лекарственные средства, содержащие гидроксид алюминия и магния);

20.12. после иммунодиагностики назначают иммунокоррекцию, варианты которой определяются индивидуально в зависимости от клинико-лабораторных показателей;

20.13. при поражении органов-мишеней (респираторный дистресс-синдром, острая почечная, печеночная или сердечно-сосудистая недостаточность и другие) – посиндромная терапия.

21. Экстракорпоральные методы детоксикации назначают индивидуально в соответствии с результатами клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования.

22. Пациентам с тяжелым течением острого некротизирующего панкреатита по медицинским показаниям применяется 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.

23. Детоксикация при тяжелом остром панкреатите также достигается путем эвакуации токсического экссудата из брюшной полости при лечебной лапароскопии, лапароцентезе, дренировании жидкостных коллекторов, забрюшинной клетчатки и брюшной полости под контролем УЗИ.

ГЛАВА 5 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ФЕРМЕНТАТИВНОЙ ФАЗЕ

24. Хирургическое лечение пациентов с острым некротизирующим панкреатитом на стадии панкреатогенного шока даже с использованием малоинвазивных технологий должно выполняться по строгим медицинским показаниям.

25. Основной операцией в ферментативной фазе некротизирующего панкреатита при отсутствии признаков бактериального инфицирования должна явиться (после УЗИ индивидуально в соответствии с результатами клинико-лабораторных исследований) лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости.

26. Лапароскопические (видеолапароскопические) операции показаны у пациентов с клинической картиной перитонита, при наличии ультразвуковых признаков наличия жидкости в брюшной полости и при необходимости дифференциальной диагностики острого панкреатита с другими заболеваниями органов брюшной полости. Они выполняются для удаления перитонеального экссудата, дренирования сальниковой сумки, забрюшинного пространства, круглой связки печени и брюшной полости, а также для декомпрессионной (при наличии признаков желчной гипертензии) микрохолецистостомии.

27. Дренирование желчного пузыря под лапароскопическим или ультразвуковым контролем при некротизирующем панкреатите показано при острой билиарной обструкции и при наличии признаков желчной гипертензии.

28. Медицинские показания к ранним (в первые 48 - 72 часа от

поступления в больничные организации здравоохранения) операциям традиционным (открытым) способом при тяжелом остром панкреатите в ферментативной фазе должны быть крайне ограничены и выполняться по строгим медицинским показаниям:

при угрожающих жизни пациента осложнениях острого панкреатита (кровотечение, перфорация полых органов и другие);

раннее инфицирование некротических тканей при тотально-субтотальном поражении (более 50% объема) ткани поджелудочной железы по данным КТ;

неэффективность борьбы с эндогенной интоксикацией и полиорганной недостаточностью при массивном поражении (30-50% объема) ткани поджелудочной железы по данным КТ и другие.

29. Операции традиционным (открытым) способом при остром некротизирующем панкреатите в ферментативной фазе должны выполняться по заключению врачебного консилиума (врач-хирург, врач-анестезиолог-реаниматолог и другие) с обязательным участием представителя администрации больничной организации здравоохранения и в дневное время суток сотрудника кафедры хирургии в клинической больничной организации здравоохранения.

ГЛАВА 6 ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА В РЕАКТИВНОЙ ФАЗЕ

30. Интенсивная терапия, начатая в первую фазу острого некротизирующего панкреатита, должна продолжаться во вторую (реактивную) фазу острого панкреатита. Она включает:

30.1. анальгетики: ненаркотические, наркотические при выраженном болевом синдроме;

30.2. введение одного из спазмолитических лекарственных средств – папаверина гидрохлорида, дротаверина;

30.3. инфузионную терапию в объеме до 40 мл на 1 кг массы тела пациента. Объем инфузионной терапии может меняться в зависимости от клинической ситуации;

30.4. коррекцию метаболических нарушений:

базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы;

сбалансированные полиионные растворы;

по медицинским показаниям назначают аминокислоты для внутривенного введения, жировые эмульсии, препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты (альбумин, декстран, гидроксипропилкрахмал, желатин, свежезамороженная плазма);

30.5. ингибиторы протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол);

30.6. антациды (лекарственные средства, содержащие гидроокись алюминия и магния);

30.7. антиферментные лекарственные средства индивидуально в соответствии с результатами клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования: овомин, апротинин;

30.8. антибактериальную терапию:

карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем, эртапенем, дорипенем) или цефалоспорины III-IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим) в комбинации с метронидазолом, или комбинированные защищенные цефалоспорины (цефоперазон/сульбактам) в комбинации с метронидазолом, или фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин) в комбинации с метронидазолом; ванкомицин или линезолид; колистин или другая схема антибактериальной терапии по заключению врачебного консилиума;

целенаправленная антибиотикотерапия лекарственными средствами в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры, полученной при бактериологическом исследовании во время операции.

Курс антибиотикотерапии по медицинским показаниям дополняется антимикотической терапией (флуконазол);

30.9. после иммунодиагностики назначают иммунокоррекцию, варианты которой определяются индивидуально в зависимости от клинико-лабораторных показателей;

30.10. лечебное питание или продолжается энтеральное зондовое питание. Парентеральное питание назначается по медицинским показаниям;

30.11. при поражении органов-мишеней (респираторный дистресс-синдром, острая почечная, печеночная или сердечно-сосудистая недостаточность и другие) назначают посиндромную терапию.

31. Контроль за эффективностью лечения проводится на основании следующих показателей в динамике: клинические симптомы, размеры инфильтрата, температурная кривая, лабораторные показатели воспалительного синдрома, УЗИ и КТ органов брюшной полости.

32. Следует выделять варианты течения и исходов реактивной фазы острого некротизирующего панкреатита:

медленная редукция инфильтрата с нормализацией температурной кривой и показателей воспаления – рассасывание;

регрессирование токсического синдрома при отсутствии уменьшения размеров инфильтрата и длительной гиперамилаземией – исход в постпанкреатическую кисту;

прогрессирование признаков интоксикации при увеличении

размеров инфильтрата и при его распространении на отдаленные от поджелудочной железы области: исход в нагноение с переходом в фазу секвестрации с реальной возможностью развития панкреатогенного сепсиса.

ГЛАВА 7 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ В РЕАКТИВНОЙ ФАЗЕ

33. Операции с использованием малоинвазивных технологий или традиционным (открытым) способом при остром некротизирующем панкреатите в реактивную фазу должны выполняться по заключению врачебного консилиума (врач-хирург, врач-анестезиолог-реаниматолог и другие) с обязательным участием представителя администрации больничной организации здравоохранения и сотрудника хирургической кафедры в клинической больничной организации здравоохранения.

34. Отношение к острым жидкостным скоплениям должно быть дифференцированным.

35. Активной тактики требуют парапанкреатические скопления более 5 см в диаметре без тенденции к уменьшению на фоне консервативной терапии. Она предусматривает пункцию таких жидкостных коллекторов под ультразвуковым контролем.

36. Медицинским показанием к дренированию жидкостных скоплений является быстрый темп накопления жидкости с высокой активностью в ней амилазы. Это свидетельствует о деструкции протоков поджелудочной железы.

37. Ферментативный перитонит не является медицинским показанием к выполнению традиционных (открытых) оперативных вмешательств. Эвакуацию жидкости из брюшной полости проводят путем лапароскопии или под контролем УЗИ с последующим дренированием брюшной полости.

ГЛАВА 8 ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА В ФАЗЕ РАСПЛАВЛЕНИЯ И СЕКВЕСТРАЦИИ

38. В фазе расплавления и секвестрации у пациентов с острым некротизирующим панкреатитом показано хирургическое лечение.

39. Консервативная терапия, проводимая во второй фазе острого некротизирующего панкреатита, должна продолжаться в послеоперационном периоде в третьей фазе острого панкреатита. Она включает:

39.1. антибиотикотерапию лекарственными средствами в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры. Схема эмпирической антибиотикотерапии в послеоперационном периоде назначается индивидуально с учетом антибактериальных средств, которыми лечился пациент в первую и вторую фазу заболевания. Курс антибиотикотерапии по медицинским показаниям дополняется антимикотической терапией (флуконазол);

39.2. инфузионную терапию:

базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы;

сбалансированные полиионные растворы;

по медицинским показаниям назначают аминокислоты для внутривенного введения, жировые эмульсии, препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты (альбумин, декстран, желатин, желатин, гидроксипропилкрахмал, свежезамороженная плазма).

Объем инфузионной терапии может меняться в зависимости от клинической ситуации;

39.3. энтеральную нутриционную поддержку через зонд, проведенный на 15 - 20 см ниже дуодено-еюнального перехода (за связку Трейца);

39.4. после иммунодиагностики назначают иммунокоррекцию, варианты которой определяются индивидуально в зависимости от клинико-лабораторных показателей;

39.5. посиндромную терапию.

40. Одним из медицинских показаний к операции при остром панкреатите является развитие гнойных осложнений (инфицированный некротизирующий панкреатит, абсцесс поджелудочной железы). Операция в таких случаях выполняется в кратчайшие сроки после диагностики гнойных осложнений (они развиваются нередко на 15 - 21 сутки от начала заболевания).

ГЛАВА 9 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ФАЗЕ РАСПЛАВЛЕНИЯ И СЕКВЕСТРАЦИИ

41. Хирургическое лечение острого некротизирующего панкреатита в фазу расплавления и секвестрации включает в себя 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.

42. При остром инфицированном некротизирующем панкреатите выполняются следующие виды операций:

панкреатонекрсеквестрэктомия с закрытым дренированием;

панкреатонекрсеквестрэктомия с дренированием и пролонгированной ирригацией;

панкреатонекрсеквестрэктомия с лапаростомией, этапные санации и дренирование «по программе»;

некрэктомия, оментобурсостомия и люмбостомия (с одной или обеих сторон), этапные санации, дренирование;

программированная релапаротомия с этапной секвестрэктомией, санацией и дренированием;

программированная прямая панкреатоскопия с панкреатонекрсеквестрэктомией (видеоассистированная некрэктомия);

чресфистульная некрсеквестрэктомия;

по медицинским показаниям применяют различные виды резекций поджелудочной железы и другие операции.

43. При необходимости операции при инфицированном некротизирующем панкреатите сопровождаются оперативными вмешательствами на желчных путях, спленэктомией, люмботомией и другими операциями.

44. При распространенном некрозе поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки более предпочтительны оперативные вмешательства без ушивания брюшной полости наглухо (открытые оперативные вмешательства).

45. При панкреатогенном абсцессе и инфицированных жидкостных скоплениях в области поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки при некротизирующем панкреатите в третью фазу заболевания выполняются следующие основные виды оперативных вмешательств:

различные виды эндоскопических и малоинвазивных дренирующих операций;

вскрытие абсцесса традиционным (открытым) способом с закрытым дренированием;

вскрытие и дренирование абсцесса с использованием ирригационной системы;

вскрытие абсцесса традиционным (открытым) способом с выполнением срединной лапаротомии и последующим формированием забрюшинных стом (бурсооментостомы, люмбостомы) для повторных санаций. Методика повторных операций через указанные стомы эффективна при левостороннем и центральном расположении забрюшинных некрозов;

программированная прямая панкреатоскопия с некрсеквестрэктомией и другие виды оперативных вмешательств.

46. Пункция и дренирование жидкостных панкреатогенных и гнойных образований могут быть выполнены под ультрасонографическим контролем в условиях операционной. Отсутствие эффекта от дренирования жидкостных структур под ультрасонографическим контролем является основанием для решения вопроса о применении традиционных (открытых) операций.

Выбор метода малоинвазивного вмешательства под ультрасонографическим контролем зависит от характера локальных осложнений в области поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки.

47. При панкреатогенных кровотечениях может выполняться ангиографический гемостаз (селективная или суперселективная окклюзия сосудов) или традиционные (открытые) методы оперативных вмешательств.

48. Минимально инвазивные вмешательства являются приоритетными при хирургическом лечении острого некротизирующего панкреатита, так как они сопровождаются меньшей летальностью по сравнению с традиционными (открытыми) видами оперативных вмешательств.