

10. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Острый панкреатит – хирургическое заболевание, развивающееся в результате некроза ацинарных клеток поджелудочной железы и приводящее к интерстициальному отеку или некрозу ткани поджелудочной железы. Некротическая форма сопровождается ферментной агрессией, последующим расширяющимся некрозом ткани поджелудочной железы, других органов и тканей брюшной полости и забрюшинного пространства, эндотоксикозом, местной и системной воспалительной реакцией, поражением отдаленных органов и систем, органной недостаточностью, возможным инфицированием и присоединением вторичной гнойной инфекции.

Коды по МКБ-10: K85, K85.0, K85.1, K85.2, K85.3, K85.8, K85.9.

Классификация

Классифицировать острый панкреатит следует с учетом классификации «Атланта-1992», рекомендаций Международной рабочей группы по классификации ОП «APCWG» (2012 г.).

1. По степени тяжести: легкий, средний и тяжелый.

При легкой степени тяжести отсутствуют некроз поджелудочной железы, местные осложнения и органная дисфункция. При средней имеется транзиторная органная дисфункция продолжительностью до 48 часов. Для тяжелой характерна органная дисфункция продолжительностью свыше 48 часов, нагноение некротических скоплений и зон секвестрации.

2. По объему некроза паренхимы поджелудочной железы: мелкоочаговый (< 30%); крупноочаговый ($\geq 30\%$ и $\leq 50\%$); субтотальный (> 50%); тотальный (100%).

3. По локализации процесса: в головке, теле, хвосте, двух и более отделах ПЖ; соответственно: правый тип, центральный тип, левый тип и смешанный тип.

4. По форме: стерильный или инфицированный.

Осложнения острого панкреатита, панкреонекроза:

- местные: асептическое или инфицированное острое парапанкреатическое жидкостное скопление, острое парапанкреатическое некротическое скопление, парапанкреатический

инфильтрат, псевдокиста поджелудочной железы с асептическим или инфицированным содержимым, секвестрация, асептический или инфицированный отграниченный некроз, абсцесс сальниковой сумки и забрюшинного пространства, распространенный гнойно-некротический парапанкреатит (флегмона);

- экстрапанкреатические: панкреатогенный асцит, ферментативный и гнойный перитонит, механическая желтуха, кровотечение, панкреатический свищ, деструкция полых органов, некроз паренхиматозных органов, абсцессы;
- системные: панкреатогенный, инфекционно-токсический шок, органная или полиорганная дисфункция, сепсис.

Для острого панкреатита легкой степени тяжести не характерны местные и системные осложнения, фазовое течение. Панкреонекроз проявляется средней или тяжелой степенью тяжести заболевания. Как правило, имеет фазовое течение.

I фаза (ранняя). Подразделяется на периоды IA и IB.

IA – 1-я неделя заболевания. Это период формирования очагов некроза в паренхиме поджелудочной железы и окружающей клетчатке. Характерно развитие эндотоксикоза. Локализация и объем некротических изменений и жизнеспособной паренхимы поджелудочной железы определяют масштаб и скорость распространения патологических изменений в парапанкреатической клетчатке, формирование жидкостных скоплений в забрюшинном пространстве, риск инфицирования и развития осложнений. Эндотоксикоз проявляется системными нарушениями в виде органной или полиорганной дисфункции различной степени выраженности.

IB – 2-я неделя заболевания. Период характеризуется системной реакцией на очаги некроза в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке. Клинически превалирует резорбтивная лихорадка. Формируется парапанкреатический инфильтрат.

II фаза (поздняя). Начинается с 3–4 недели заболевания и может длиться до нескольких месяцев. Возможно два варианта течения:

- асептическая секвестрация или стерильный панкреонекроз характеризуются образованием секвестров и жидкостных скоплений;

- септическая секвестрация развивается при инфицировании очагов некроза и секвестрации. Характеризуется гнойными осложнениями, к которым относятся инфицированные острые жидкостные скопления, инфицированный отграниченный некроз, псевдокиста поджелудочной железы с инфицированным содержимым, абсцесс сальниковой сумки или забрюшинного пространства, распространенный гнойно-некротический парапанкреатит (флегмона).

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

При формировании диагноза проводится стратификация острого панкреатита по этиологии, тяжести состояния, распространенности и характеру поражения.

Диагноз устанавливается на основании сочетания минимум двух из следующих признаков: характерная клиническая картина, гиперферментемия, типичные патологические изменения по данным УЗИ и КТ.

В дальнейшем для определения степени тяжести и прогноза развития заболевания целесообразно применение многопараметрических шкал APACHE II, SAPS, MODS, SOFA (QR-коды 1–4).



APACHE II



SAPS



MODS



SOFA

Обязательные исследования: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с определением белка, билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы и амилазы, определение активности АСТ и АЛТ; УЗИ органов брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства и плевральных синусов.

При остром панкреатите обязательно выполнение КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с болюсным контрастированием. КТ целесообразно выполнять при поступлении пациента, а затем через каждые 7–10 суток и по показаниям накануне хирургического вмешательства.

Дополнительные исследования: коагулограмма, С-реактивный белок, группа крови, Rh-фактор, HCV, HBsAg, RW; ЭКГ, рентгеновское исследование грудной клетки и брюшной полости, ЭГДС, магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, Эндо-УЗИ.

Использование лапароскопии возможно для проведения дифференциальной диагностики с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости.

Особенности диагностики в I (раннюю) фазу.

Целесообразно использование клинико-инструментального моделирования панкреонекроза с целью прогнозирования развития заболевания и определения оптимальной лечебной тактики.

Особенности диагностики во II (позднюю) фазу.

Целесообразно применение типирования гнойно-деструктивных осложнений панкреонекроза, которое позволяет установить

вариант поражения забрюшинных клетчаточных пространств и выбрать оптимальный хирургический доступ (QR-код 5).



Типы инфицированного панкреонекроза во II фазу ОП

Лечебная тактика

В I (раннюю) фазу острого панкреатита (панкреонекроза) предпочтительна только комплексная консервативная терапия в условиях реанимационного отделения, включающая аналгезию, коррекцию гипоксии, нарушений микроциркуляции, центральной гемодинамики, профилактику респираторных нарушений, детоксикацию, стимуляцию кишечника, нутритивную поддержку, профилактику синдрома интраабдоминальной гипертензии, деконтаминацию кишечника. При необходимости терапия может быть расширена применением препаратов соматостатина и экстракорпоральных методов детоксикации.

В раннюю фазу хирургические способы лечения допустимы по строгим показаниям с применением минимально травматичных технологий.

При наличии клинико-морфологических признаков «Модели-3» (правый тип), диссоциации протоковой системы и жизнеспособности паренхимы дистальных отделов поджелудочной железы в течение первых 3 суток от начала заболевания целесообразно выполнение экстренного эндоскопического транспиллярного стентирования главного панкреатического протока с проведением стента за зону поперечного некроза.

Осложненное (клинически значимое) острое жидкостное скопление служит показанием к применению пункционно-дренирующего способа. Отсутствие отделяемого, купирование жидкостного скопления по данным инструментального исследования являются показанием к удалению дренажей, что необходимо для исключения вторичного инфицирования.

Применение в I фазу открытых хирургических вмешательств показано исключительно при развитии осложнений, которые невозможно устранить с помощью минимально травматичных способов.

При асептическом варианте течения II фазы секвестрации проведение хирургических вмешательств допустимо лишь по строгим показаниям. Предпочтение при этом следует отдавать минимально травматичным технологиям.

Прогрессирование клинико-лабораторных показателей синдрома системного воспалительного ответа, ухудшение состояния пациента по данным многопараметрических шкал, КТ-признаки нагноения, положительные результаты бактериоскопии и бактериологического исследования свидетельствуют о наличии гнойно-деструктивных осложнений, служащих показанием к хирургическому лечению.

Хирургическая тактика во II фазу в значительной степени определяется отсутствием или наличием инфицирования некротических тканей поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки.

Во II фазу необходимо оценить показания к секвестрэктомии, определить оптимальный хирургический способ, оперативный доступ, а также объем операции.

Этапный способ хирургического лечения с использованием на 1-м этапе минимально травматичных вмешательств оптимален при подтвержденном инфицированном панкреонекрозе. Инфицированное острое жидкостное скопление или инфицированная псевдокиста поджелудочной железы, абсцесс сальниковой сумки и забрюшинного пространства служат показанием к применению чрескожного пункционно-дренирующего способа лечения.

С целью адекватной санации гнойно-некротических очагов с секвестрированными тканями показано выполнение секвестрэктомии. Возможно применение чрескожного пункционно-дренирующего способа, транслуминального, ретроперитонеоскопического, открытого и комбинированного способов. В ходе выполнения хирургических вмешательств целесообразно использование интраоперационной УЗ- и КТ-навигации.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Способ анестезиологического пособия определяется тяжестью состояния пациента, объемом планируемого хирургического вмешательства, наличием сопутствующей патологии. Целесообразно использование общей анестезии.

Выбор способа секвестрэктомии и оперативного доступа в позднюю фазу определяется диагностированным типом гнойно-деструктивных изменений в забрюшинных клетчаточных пространствах.

При наличии ограниченного гнойно-деструктивного процесса в собственно забрюшинном или парапанкреатическом клетчаточном пространстве возможно использование транслуминальной эндоскопической секвестрэктомии.

При формировании инфицированных секвестров в околоободочном клетчаточном пространстве следует применять минимально травматичный способ ретроперитонеоскопической секвестрэктомии.

Использование открытого способа показано при вовлечении в гнойно-некротический процесс парапанкреатического, околоободочного, околопочечного клетчаточных пространств, а также клетчаточного пространства по ходу мочеточников и магистральных сосудов. Открытый способ возможно комбинировать с чрескожным пункционно-дренирующим способом и ретроперитонеоскопической секвестрэктомией. Вмешательство предпочтительно осуществлять через минимально возможные по размеру внебрюшинные доступы. Объем операции заключается в секвестрэктомии. «Закрытый» или «открытый» варианты дренирования определяются адекватностью секвестрэктомии.

Хирургическое лечение панкреонекроза протяженно по времени. Важнейшим принципом служит ограничение свободной

брюшной полости от инфицированного забрюшинного пространства, позволяющее восстановить работу кишечника, проводить энтеральное питание в течение длительного лечебного процесса. Ревизии и этапные секвестрэктомии через свободную брюшную полость не проводятся. Контроль за эффективностью секвестрэктомии и дренирования осуществляется при помощи УЗИ, КТ и фистулографии. Показания к повторным ревизионным вмешательствам определяются клинической картиной и данными инструментального исследования.

Интенсивный болевой синдром, гиперамилаземия, гипербилирубинемия, повышение трансаминаз, характерные признаки билиарной гипертензии по данным УЗИ и/или МРХПГ, отсутствие желчи в двенадцатиперстной кишке при ЭГДС могут свидетельствовать о наличии вклиненного камня БДС. В таком случае необходимо восстановление пассажа желчи и панкреатического секрета. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией служит операцией выбора. Срочное эндоскопическое вмешательство следует проводить в течение 6–24 часов с момента поступления пациента.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение.

В послеоперационном периоде проводятся инфузионная терапия, респираторная и нутритивная поддержка, антибактериальная, антикоагулянтная и антисекреторная терапия, психоэмоциональная коррекция. Осуществляется лабораторный и инструментальный мониторинг с целью оценки тяжести состояния и выявления осложнений.