

Своевременно начатая большая работа нашего хирургического сообщества по разработке национальных клинических рекомендаций в настоящее время получает убедительные подтверждения правильности этого выбранного направления развития отечественного здравоохранения. Несомненно, определяющую роль в этой оценке играет принятый Федеральный закон от 25.12.2018 N 489-ФЗ "О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций".

В соответствие с этим Законом в настоящее время медицинская помощь в нашей стране организуется и оказывается на основе клинических рекомендаций, разрабатываемых и утверждаемых медицинскими профессиональными некоммерческими организациями (т.е. РОХ). Это, с одной стороны, создает реальную организационную, методологическую и юридическую возможность профессиональному сообществу влиять на качество и результаты хирургической помощи населению, а с другой стороны, существенно повышает требования и ответственность к качеству и обоснованности утверждаемых клинических рекомендаций.

В связи с этим, хотелось бы затронуть актуальную широко обсуждаемую проблематику сложной нозологической группы – острого панкреатита.

Мы провели сравнение основных положений проектов национальных клинических рекомендаций (2015,2019) и международного консенсуса Атланта – 2012.

Атланта 2012 - это консенсус экспертов Рабочей Группы и членов 11 международных и национальных панкреатологических ассоциаций – International Association of Pancreatology (IAP), American Pancreatic Association (APA), European Pancreatic Club (EPC) and from the EPC to its affiliated societies, Pancreatic Disorders Section of the American Gastroenterological Association, Society for Surgery of the Alimentary Tract (SSAT), Pancreas Club, American Hepato -Pancreato-Biliary Association (AHPBA), Japanese Association of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery, Pancreas Network of New Zealand, Australasian Pancreatic Club, Japanese Pancreas Society).

***Острый панкреатит, Россия 2015  
versus Atlanta Classification  
of Acute Pancreatitis, 2012***

Россия 2015,2019	Атланта 2012
<b>Термины и определения</b>	
Панкреатический абсцесс	Термин «абсцесс поджелудочной железы» был исключен
Гнойно-некротический парапанкреатит Перипанкреатический инфильтрат	Данные термины отсутствуют
Персистирующая органная недостаточность, транзиторная органная недостаточность и полиорганная недостаточность	Транзиторная или стойкая органная недостаточность
Фазы течения острого панкреатита: I фаза(IA, IB) – 2 недели II фаза – с 3-ей неделе	Фазы течения острого панкреатита: Ранняя фаза – 1-2 недели (тяжесть ОП на ранней стадии зависит от наличия и продолжительности органных нарушений) Поздняя фаза - поздняя фаза происходит только у пациентов с умеренно тяжелым или тяжелым острым панкреатитом, период развития местных осложнений
Степени тяжести острого панкреатита: Острый панкреатит лёгкой степени Острый панкреатит средней степени Острый панкреатит тяжёлой степени	Степени тяжести острого панкреатита: Легкий острый панкреатит (mild) Умеренно-тяжелый острый панкреатит (moderately severe) Тяжелый острый панкреатит (severe)
<b>Критерии оценки тяжести ОП:</b> -шкала первичной экспресс-оценки тяжести острого панкреатита (СПб НИИ СП имени И.И. Джанелидзе –	<b>Критерии оценки тяжести ОП:</b> Характер местных и системных осложнений ОП (см. табл.*)

<p>2006г.) – 2015 год - АРАСНЕ – II – 2019 год</p>	
<p><b>Оценка органных нарушений:</b> рекомендуется использовать шкалу SOFA.</p>	<p><b>Оценка органных нарушений:</b> рекомендуется использовать модифицированную балльную систему Маршалла.</p>
<p><b>Диагностика ОП:</b> а) типичная клиническая картина б) характерные признаки по данным УЗИ в) гиперферментемия (гиперамилаземия или гиперлипаземия), превышающая верхнюю границу нормы в три раза и более.</p>	<p><b>Диагностика ОП:</b> 1) боль в животе, соответствующая острому панкреатиту 2) активность липазы в сыворотке (или активность амилазы) в три раза больше верхнего предела нормы; 3) характерные для острого панкреатита результаты контрастной КТ и реже - МРТ или трансабдоминального УЗИ.</p>
<p><b>Характеристика местных осложнений</b></p>	
<p>Панкреатический абсцесс (ПА) или неотграниченный – гнойно-некротический парапанкреатит (ГНПП) различной степени распространённости, постнекротическая псевдокиста. <i>Отсутствуют радиологические характеристики данных определений.</i></p>	<p><i>Даны определения и КТ-характеристики местных осложнений (acute peripancreatic fluid collections, pancreatic pseudocyst, acute necrotic collection, walled-off necrosis)</i></p>
<p><b>Подходы к лечению</b></p>	
<p>Рекомендуется эвакуация токсических экссудатов по показаниям. При ферментативном перитоните – санационная лапароскопия. Допустимо выполнение чрескожного</p>	<p>Не рекомендуется. Отсутствует термин «ферментативный перитонит» среди перечня системных и местных осложнений</p>

дренирования брюшной полости под УЗ- наведением или лапароцентеза.	
Рекомендуется системная антибиотикопрофилактика	Не рекомендуется антибиотикопрофилактика
Рекомендуется лечебное питание: стол № 5 при средне-тяжёлом ОП; нутриционная поддержка (пероральная, энтеральная или парентеральная) при тяжёлом ОП (2015год).	Рекомендуется раннее энтеральное питание при тяжёлом ОП.
Выполнение лапароскопии рекомендуется пациентам с перитонеальным синдромом, в том числе при наличии УЗ-признаков свободной жидкости в брюшной полости – для удаления перитонеального экссудата и дренирования брюшной полости.	Не рекомендуется
<b>Показания для вмешательства (эндоскопическое, рентгенологическое или хирургическое) при панкреонекрозе</b>	
<p>-Санационная лапароскопия при ферментативном перитоните и наличии в брюшной полости и сальниковой сумке 400 – 500 мл жидкости <i>в раннюю фазу заболевания.</i></p> <p>-Гнойные осложнения ОП</p> <p>-Перитонеальный синдром при ОП</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Инфицированный панкреонекроз с клиническим ухудшением (предпочтительно, когда некроз стал отграниченным&gt; 4 недель от начала заболевания)</li> <li>2. При документальном отсутствии инфекции продолжается органная недостаточность в течение нескольких недель после начала острого панкреатита (предпочтительно отграничение&gt; 4 недель)</li> <li>3. Стерильный панкреонекроз (большой объем) с обструкцией желудка, кишечника, желчных</li> </ol>

	<p>путей; стойкой болью</p> <p>4. Нарушение целостности главного панкреатического протока с сохраняющимися симптоматическим некротическим образованием</p>
--	--

табл.\***Факторы тяжести течения острого панкреатита**

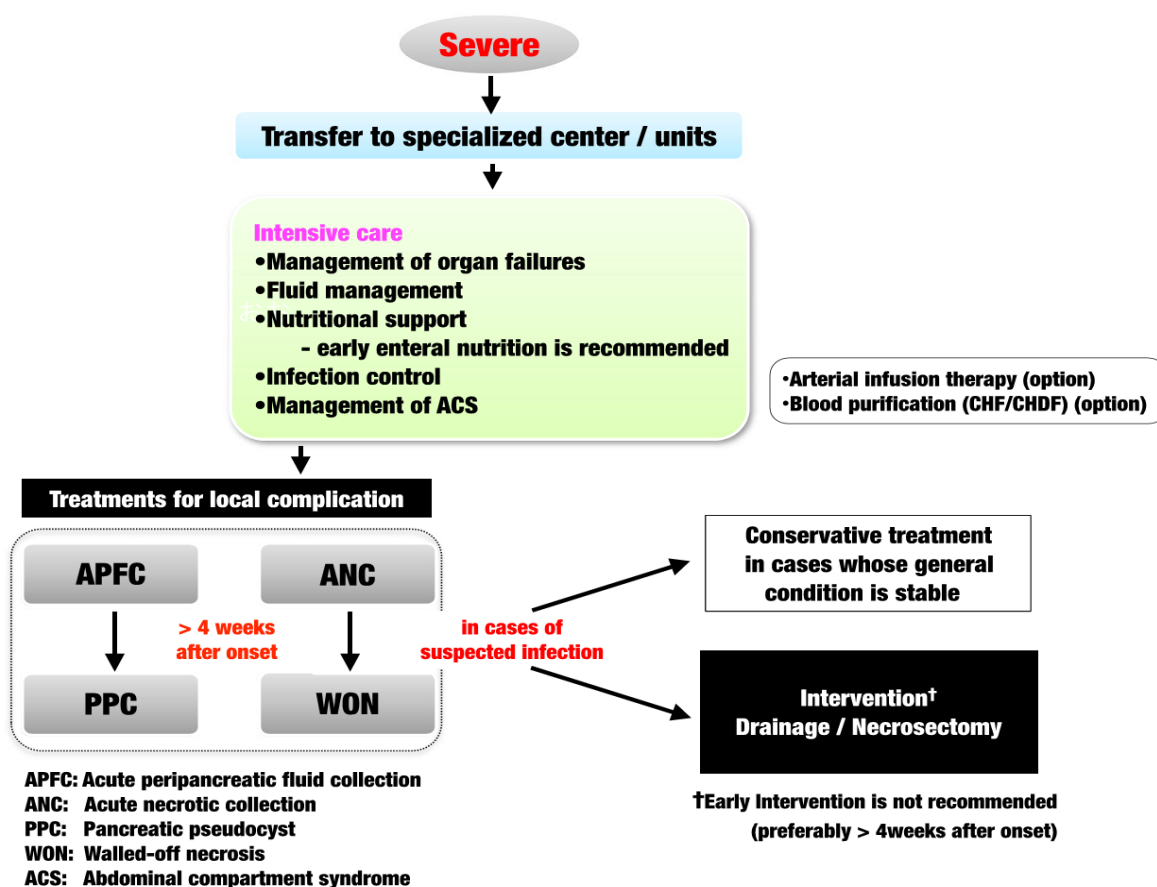
<b>Органная недостаточность</b>	<b>Отсутствие местных осложнений</b>	<b>Стерильные местные осложнения</b>	<b>Инфицированные местные осложнения</b>
нет	легкий	умеренно-тяжелый	тяжелый
транзиторная	умеренно-тяжелый	умеренно-тяжелый	тяжелый
стойкая	тяжелый	тяжелый	тяжелый

### **Основная стратегия Атланты 2012**

- 1.Компьютерно-томографическая классификация местных осложнений (жидкостных скоплений), позволяющая выработать на настоящий момент более или менее объективные критерии для определения тактики лечения.
- 2.Асептические формы панкреонекроза с жидкостными скоплениями не требуют выполнения хирургических вмешательств.
- 3.Операции при инфицированном панкреонекрозе (позже 4 недель от начала ОП) предпочтительно начинать с навигационного дренирования.

4. Варианты открытых хирургических вмешательств при инфицированном панкреонекрозе в первую очередь направлены на ограничение процесса и совершенствование технологий некрэктомии (pancreatic debridement).

Большинство национальных клинических рекомендаций базируются на международном консенсусе Атланта – 2012. Подобным примером успешной реализации международного консенсуса могут служить Японские рекомендации по лечению острого панкреатита (2015), которые предусматривают эффективную модель реализации этих рекомендаций на основе создания специализированных центров по лечению острого панкреатита (J Hepatobiliary Pancreat Sci .2015, 22:405–432)



Flowchart for the management of severe acute pancreatitis being adopted in JPN Guidelines 2015 (modified from reference 16).

Предлагаю для рассмотрения материалы по формированию общих подходов к созданию модели этапной лечебно-диагностической помощи больным острым панкреатитом.

## ПРОГРАММА ЭТАПНОГО ОКАЗАНИЯ ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

**Актуальность.** Расширяющаяся распространенность и многообразие клинических форм заболевания, сочетанный и комбинированный характер осложнений, сложность выбора эффективной тактики лечения и сохраняющиеся высокие показатели летальности при тяжелых формах панкреатита определяют целесообразность и необходимость разработки программы этапного оказания лечебно-диагностической помощи больным с острым панкреатитом (ОП).

**Цель программы:** улучшение ближайших и отдаленных результатов лечения больных ОП на основе унификации методов диагностики заболевания и его осложнений, разработки эффективной программы мультидисциплинарной лечебной помощи, организации 3-х уровневой системы оказания этапной помощи больным с использованием современных телемедицинских технологий, широкого внедрения в клиническую практику новых хирургических, эндоскопических, навигационных и гибридных вариантов лечения.

**Задачи программы:**

- разработка и утверждение национальных клинических рекомендаций, включающих систему оказания этапной помощи больным острым панкреатитом
- разработка и издание приказа МЗ РФ « О реализации программы этапного оказания лечебно-диагностической помощи больным с острым панкреатитом»
- организация региональных центров по лечению ОП
- организация федерального (окружных) центров по лечению ОП
- разработка и утверждение региональных «Порядков оказания этапной 3-х уровневой системы лечебно-диагностической помощи больным ОП»
- обучение специалистов региональных и межрайонных центров ОП на базе федеральных или окружных центров, обязательно – мультидисциплинарной бригадой (хирург, реаниматолог, радиолог-КТ, эндоскопист, интервенционный радиолог)
- мониторинг поступления больных и оперативный анализ результатов их лечения, экспертный разбор летальности

**Этапы реализации программы:**

1. Разработка и утверждение Национальных клинических рекомендаций по лечению острого панкреатита на основе Международного консенсуса Атланта 2012 с включением в нее *Алгоритма этапной лечебно-диагностической помощи больным ОП (с описанием трех этапов)*.
2. Разработка и утверждение Положения о региональном Центре по лечению ОП
3. Разработка и утверждение Положения о Федеральном (окружном) Центре по лечению ОП

**Этапная модель  
организации лечебно-диагностической помощи больным с острым  
панкреатитом**

**I уровень**

(Хирургические отделения районного и муниципального звена  
здравоохранения)

**Диагностика ОП:** постановка диагноза в течение 3 часов на основе наличия двух из трех следующих признаков:

- 1) боль в животе, соответствующая острому панкреатиту (острое начало, боль - постоянная, тяжелая, эпигастральная, часто иррадиирующая в спину);
  - 2) активность липазы в сыворотке (или активность амилазы) в три раза больше верхнего предела нормы;
  - 3) характерные для острого панкреатита результаты трансабдоминального УЗИ (и исключение других форм экстренной абдоминальной патологии).
- Выявление системных осложнений ОП - органной недостаточности- на основе элементов модифицированной шкалы Маршалла: креатинин  $\geq 134$  мкмоль / л, систолическое кровяное давление  $< 90$  мм рт.ст. не реагирующее на инфузию, потребность в ИВЛ; интегральная шкальная оценка тяжести состояния больных (APACHE II)



**Структурированный диагноз:** Острый панкреатит, тип тяжести течения – легкий, умеренно-тяжелый, тяжелый, транзиторная или стойкая органная недостаточность

**Передача формализованной информации** о поступившем пациенте в региональный центр с использованием дистанционных технологий в течение 3 часов после поступления

**Лечение:**

- **острый панкреатит, легкое течение:** консервативное лечение в хирургическом отделении (протокол №1), передача формализованной информации о результатах лечения в региональный центр с использованием дистанционных технологий

- **острый панкреатит, умеренно-тяжелое течение** (наличие транзиторной – до 48 часов - органной недостаточности): консервативное лечение (протокол №2), динамическое трансабдоминальное УЗИ, оценка признаков синдрома системного воспалительного ответа (SIRS) - частота сердечных сокращений > 90 ударов / мин, температура тела <36 ° С или > 38 ° С, лейкоциты крови <4000 или > 12000 / мм<sup>3</sup>, респирация > 20 / мин или PCO<sub>2</sub> <32 мм Hg, динамика СРБ, интегральная шкальная оценка тяжести состояния больных (APACHE II), телемедицинская консультация с региональным центром, *решение о переводе на II уровень в течение 7 суток от начала заболевания*

- **острый панкреатит, тяжелое течение** (наличие стойкой органной недостаточности – более 48 часов): лечение в отделении реанимации (протокол №3), мониторинг гомеостаза, интегральная шкальная оценка тяжести состояния больных (APACHE II), оценка органной недостаточности на основе элементов модифицированной шкалы Маршалла, стабилизация состояния, *перевод бригадой экстренной медицины в региональный центр в первые 3 суток от начала заболевания; перевод бригадой экстренной медицины в региональный центр больных с билиарным панкреатитом (механической желтухой) в первые 3 суток от начала заболевания*

**Хирургическое лечение по поводу острого панкреатита на I уровне оказания помощи не производится.**

**Инвазивные процедуры ( лапароскопия)** выполняются после телемедицинской консультации с региональным центром.

## **II уровень**

( хирургические отделения межрайонных многопрофильных и городских многопрофильных больниц)

**Диагностика ОП и его осложнений:** УЗИ экспертного уровня, гастродуоденоскопия, КТ с контрастированием и соблюдением протокола исследования, диагностика местных осложнений, возможность передачи результатов визуализации в региональный центр, оценка системных осложнений ОП (органной недостаточности) на основе модифицированной шкалы Маршалла, оценка признаков синдрома системного воспалительного ответа (SIRS), интегральная шкальная оценка тяжести состояния больных (APACHE II), интервенционная радиология.

**Структурированный диагноз:** Острый панкреатит, тип тяжести течения – легкий, умеренно-тяжелый, тяжелый, транзиторная или стойкая органная недостаточность, характер местных осложнений - в течение первых 4 недель от начала заболевания: APFC - острое перипанкреатическое жидкостное скопление, ANC – острое некротическое скопление; после 4 недель от начала заболевания: панкреатическая псевдокиста, WON (walled-off necrosis) – отграниченный некроз; диагностика инфицированных форм панкреонекроза.

**Передача формализованной информации** о поступивших и переведенных больных в региональный центр с использованием дистанционных технологий в течение 3 часов

#### **Лечение:**

- **острый панкреатит, легкое течение:** консервативное лечение в хирургическом отделении (протокол №1), передача формализованной информации о результатах лечения в региональный центр с использованием дистанционных технологий

- **острый панкреатит, умеренно-тяжелое течение** (наличие транзиторной – до 48 часов - органной недостаточности, наличие местных осложнений – неинфицированных жидкостных скоплений): консервативное лечение (протокол №2), динамическое трансабдоминальное УЗИ, оценка признаков синдрома системного воспалительного ответа (SIRS), интегральная шкальная оценка тяжести состояния больных (APACHE II), оценка системных осложнений ОП (органной недостаточности) на основе модифицированной шкалы Маршалла, КТ с контрастированием и соблюдением протокола исследования (не ранее 5 суток от начала заболевания), телемедицинский мультидисциплинарный консилиум со специалистами регионального центра по определению тактики лечения, по согласованию - выполнение дренирующих операций под контролем УЗИ по поводу единичных жидкостных скоплений после их отграничения (спустя 4 недели от начала заболевания), *перевод в региональный центр больных с неинфицированными жидкостными скоплениями (большой объем) с*

*обструкцией желудка, кишечника, желчных путей; стойкой болью; нарушением целостности главного панкреатического протока.*

**- острый панкреатит, тяжелое течение** (наличие стойкой органной недостаточности – более 48 часов, оценка APACHE II 8 баллов или выше в течение первых 48 часов, С-реактивный белок более 120 мг / дл, прокальцитонин более 1,8 нг / мл): лечение в отделении реанимации (протокол №3), мониторинг гомеостаза, интегральная шкальная оценка тяжести состояния больных (APACHE II), оценка органной недостаточности на основе модифицированной шкалы Маршалла, стабилизация состояния, *перевод бригадой экстренной медицины в региональный центр в течение первых 3 суток от начала заболевания; перевод бригадой экстренной медицины в региональный центр больных с билиарным панкреатитом (механической желтухой) в первые 3 суток от начала заболевания*

**- острый панкреатит, тяжелое течение** (наличие транзиторной органной недостаточности – менее 48 часов, наличие инфицированных жидкостных скоплений): лечение в отделении реанимации (протокол №3), мониторинг гомеостаза, оценка органной недостаточности на основе модифицированной шкалы Маршалла, оценка признаков синдрома системного воспалительного ответа (SIRS), интегральная шкальная оценка тяжести состояния больных (APACHE II), КТ с контрастированием и соблюдением протокола исследования в динамике, периодически-телемедицинский мультидисциплинарный консилиум со специалистами регионального центра по определению тактики лечения, по согласованию выполнение дренирующих операций под контролем УЗИ по поводу единичных инфицированных жидкостных скоплений после их отграничения (спустя 4 недели от начала заболевания), *перевод в региональный центр больных с инфицированными распространенными жидкостными скоплениями больших объемов и сложной формы, перевод в региональный центр больных с инфицированными жидкостными скоплениями при неэффективности выполненных дренирующих операций под контролем УЗИ.*

### **III уровень**

***Региональный центр по оказанию лечебно-диагностической помощи  
больным острым панкреатитом***

Областная многопрофильная (клиническая) больница

***Руководитель регионального центра - заместитель главного врача по хирургии*** областной многопрофильной (клинической) больницы

**Структура регионального центра:** хирургическое отделение, отделение реанимации и интенсивной терапии, эндоскопическое отделение, отделение лучевой диагностики, отделение УЗИ, отделение интервенционных методов лечения, отделение детоксикации и гравитационной хирургии крови, отделение клинической фармакологии, отдел телемедицины

***Основные задачи регионального центра:***

- Разработка «Порядка этапного оказания лечебно-диагностической помощи больным ОП в регионе» и его методологическое обеспечение
- Ведение регионального регистра больных ОП
- Обеспечение круглосуточной дистанционной консультативной помощи больным ОП для хирургических стационаров региона
- Внедрение современных методов диагностики ОП и его осложнений
- Внедрение мультидисциплинарных протоколов лечения ОП
- Совершенствование методов лечения на основе применения миниинвазивных и гибридных технологий хирургической обработки инфицированных форм некротизирующего ОП
- Обучение специалистов лечебных учреждений I и II уровня
- Анализ результатов лечения ОП и аудит

***Диагностика ОП и его осложнений:*** УЗИ экспертного уровня, гастродуоденоскопия, эндосонография, ЭРПХГ, МРТ и КТ с контрастированием и соблюдением протокола исследования, возможность передачи результатов визуализации в федеральный центр, оценка системных осложнений ОП (органной недостаточности) на основе модифицированной шкалы Маршалла, интегральная шкальная оценка тяжести состояния больных, интегральная шкальная оценка тяжести состояния больных (APACHE II), оценка признаков синдрома системного воспалительного ответа (SIRS), лабораторный мониторинг гомеостаза

***Лечение ОП и его осложнений.***

***Варианты миниинвазивных вмешательств при панкреонекрозе:*** чрескожная пункция или дренирование под контролем УЗИ, чрескожная пункция или дренирование под контролем КТ, трансгастральное дренирование под контролем эндосонографии, открытая эндоскопическая некрэктомия, комбинация чрескожного и эндоскопического доступов, лапароскопическая трансперитонеальная или трансгастральная хирургическая обработка, видеоэндоскопическая ретроперитонеальная санация [VARD], транспапилярное дренирование под контролем ЭРПХГ и эндосонографии,

ЭРПХГ – стентирование панкреатического протока, ЭРПХГ при холедохолитиазе

*Варианты открытых хирургических вмешательств* : открытая ( в том числе – трансгастральная) некрэктомия, оментобурсостомия, дренирование и ирригация ретроперитонеального пространства.

*Экстракорпоральная детоксикация, гемодиализация.*

***Протокол записи морфологических признаков, выявляемых компьютерной томографией с контрастным усилением***

1. Некроз ткани поджелудочной железы      нет    <30 %    30–50 %    >50 %
2. Перипанкреатический некроз
3. Панкреатическая /перипанкреатическая жидкость или скопление:
  - a) Локализация  
Интрапанкреатическая локализация  
Перипанкреатическая локализация
  - b) Характеристики жидкости  
Гомогенная \Гетерогенная
  - c) Хорошо выраженная демаркационная стенка (толщина в мм)  
Нет \Да
  - d) Внеполостные локализованные газовые пузырьки  
Нет \Да
  - e) Уровни газ/жидкость  
Нет \Да
  - f) Форма скопления  
Круглая или овальная \Неправильная
4. Экстрапанкреатические связанные с ОП данные:
  - (a) Холелитиаз
  - (b) Холедохолитиаз
  - (c) Внепеченочное билиарное расширение

*(d) Портальный венозный тромбоз/обструкция, гастроэзофагальный варикоз*

*(e) Верхне-брыжеечный венозный тромбоз/обструкция*

*(f) Тромбоз/обструкция селезеночной вены , варикоз желудка*

*(g) Артериальная псевдоаневризма*

*Локализация и размеры \_\_\_\_\_*

*(h) Плевральный выпот*

*(i) Асцит*

*(j) Воспалительное вовлечение органов*

*Желудок ДПК Тощая кишка Толстая кишка Аппендикс Печень Почка*

*(левая/правая) Мочеточник (левый/правый)*

*(k) Некроз толстой кишки*

*(l) Признаки хронического панкреатита, кальцификаты*

*5. Несвязанные с ОП внутрибрюшные или внутригрудные находки*

*Описание выводов \_\_\_\_\_*