Острый панкреатит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K85.0, K85.1, K85.2, K85.3, K85.8, K85.9 · Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация детских хирургов", Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Региональная общественная организация "Санкт-Петербургское радиологическое общество"

Острый панкреатит — асептическое воспаление демаркационного типа с ферментной агрессией и некрозом ацинарных клеток поджелудочной железы, которое может осложняться поражением окружающих и отдалённых органов, органной недостаточностью и вторичной гнойной инфекцией. Рекомендация описывает диагностику по фазам заболевания, раннюю консервативную поддержку, критерии госпитализации и показания к минимально инвазивному или хирургическому лечению.

Главное

- Диагноз ОП устанавливают при наличии минимум двух признаков: типичной клинической картины, характерных изменений по УЗИ и гиперамилаземии или гиперлипаземии, превышающей верхнюю границу нормы в три раза и более (УУР С, УДД 5).
- Лёгкий ОП протекает без панкреонекроза и органной недостаточности; среднетяжёлый включает местные осложнения и/или транзиторную органную недостаточность до 48 часов; тяжёлый — инфицированный панкреонекроз и/или персистирующую органную недостаточность более 48 часов.
- В ранней IA-фазе оптимальна консервативная тактика. Среднетяжёлых и тяжёлых пациентов лечат в ОРИТ, а после купирования явлений органной недостаточности и стабилизации состояния возможен перевод в хирургическое отделение (УУР С, УДД 5).
- Рутинное применение профилактических антибиотиков при ОП не рекомендуется; антибактериальные препараты назначают при внепанкреатической инфекции, явном подозрении на холангит, несомненном холецистите или подозрении на инфицированный панкреонекроз (УУР В, УДД 1).
- Бессимптомные жидкостные или некротические скопления без признаков инфекции, боли, сдавления органов или сосудов, механической желтухи, стеноза желудка либо кишечной непроходимости не оперируют независимо от размера и расположения (УУР С, УДД 5).
- Инфицированные гнойно-некротические осложнения требуют хирургической санации; первично по возможности используют минимально инвазивное дренирование, а при его неэффективности переходят к открытой операции или VARD-технологии (УУР С, УДД 5).

Диагностика

1. На первичном осмотре ищут триаду: выраженную боль в эпигастрии с иррадиацией в спину или опоясывающую, многократную рвоту и напряжение мышц верхней половины живота (УУР С, УДД 5). Уточняют употребление алкоголя или обильный приём пищи и наличие желчнокаменной болезни.
2. Оценивают физикальные признаки: тахикардию, тенденцию к гипотонии, вздутие живота, боль в эпигастрии, ослабление или отсутствие кишечных шумов, признаки желтухи и цианоза; редко отмечаются напряжение мышц передней брюшной стенки и симптом Щёткина—Блюмберга.
3. Всем пациентам выполняют общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с общим белком, билирубином и фракциями, АСТ, АЛТ, амилазой, мочевиной, креатинином и глюкозой (УУР С, УДД 5). При среднетяжёлом и тяжёлом ОП добавляют коагулограмму, СРБ и липазу; детям — кислотно-основное состояние, натрий, калий и хлориды (УУР С, УДД 5).
4. Всем пациентам с подозрением на ОП проводят УЗИ органов брюшной полости (УУР С, УДД 5). Ищут увеличение и снижение эхогенности железы, нечёткость её контуров, жидкость в сальниковой сумке и брюшной полости.
5. КТ или МРТ с внутривенным болюсным контрастированием выполняют при неясном диагнозе, для дифференциальной диагностики, уточнения тяжести или отсутствии эффекта от лечения; раннее исследование проводят в сроки 24–96 часов от начала заболевания при отсутствии противопоказаний (УУР С, УДД 5). Перед оперативным вмешательством исследование должно быть выполнено не позднее 12 часов до его проведения.

6. Для оценки органных и полиорганных дисфункций используют шкалу SOFA (УУР С, УДД 5). По экспресс-шкале наличие хотя бы двух признаков позволяет диагностировать среднетяжёлый или тяжёлый ОП, который подлежит обязательному направлению в ОРИТ.

Лечение

- В IA-фазе проводят консервативное лечение. Лёгкий ОП лечат в хирургическом отделении или на койках краткосрочного пребывания, среднетяжёлый и тяжёлый — в ОРИТ; при органной дисфункции проводят постоянный мониторинг витальных функций (УУР С, УДД 5).
- При лёгком ОП базисный комплекс включает голод в течение суток, лечение функциональных нарушений ЖКТ, инфузию 0,9% раствора натрия хлорида в течение 24–48 часов согласно инструкции и ингибитор протонной помпы по показаниям при сопутствующей патологии (УУР С, УДД 5). Если за 6 часов эффекта нет и присутствует ещё один признак экспресс-шкалы, пациента переводят в ОРИТ.
- При среднетяжёлом и тяжёлом ОП начинают раннюю инфузионную терапию для коррекции дегидратации и детоксикации. Объём и скорость инфузии в первые 12–24 часа подбирают с учётом гемодинамики и диуреза; ориентировочная стартовая волемическая нагрузка составляет 30–40 мл/кг с коррекцией с учётом возраста, сердечно-сосудистой и почечной функции. Контролируют в динамике гематокрит, лактат, мочевину и креатинин (УУР С, УДД 5).
- Боль купируют анальгетиками. НПВС не применяют при остром повреждении почек; при их неэффективности или противопоказаниях используют опиоиды, включая морфин. Детям старше 1 года предпочтителен трамадол внутривенно или внутримышечно в разовой дозе 1–2 мг/кг; при недостаточном эффекте используют морфин.
- После купирования боли, тошноты и рвоты и снижения амилазы менее чем до трёх нормальных величин назначают щадящее питание естественным путём. Допустим сипинг жидких питательных смесей по 100–200 мл в течение часа маленькими глотками.
- При тяжёлом ОП устанавливают назогастральный зонд для декомпрессии и, если возможно, назоинтестинальный зонд для ранней энтеральной поддержки (УУР А, УДД 1). При невозможности обеспечить зондовое питание в течение 3–5 суток в объёме 1500 ккал и 60 г белка назначают дополнительное, а при необходимости полное парентеральное питание (УУР А, УДД 1).
- Профилактическую антибактериальную терапию и рутинные системные противогрибковые препараты не назначают (соответственно УУР В, УДД 1 и УУР В, УДД 2). При инфицированном ОП эмпирически выбирают системные антибиотики, проникающие в зоны некроза и охватывающие аэробную, анаэробную, грамположительную и грамотрицательную флору (УУР С, УДД 5).
- При гнойных осложнениях выполняют дренирование забрюшинного пространства и некрсеквестрэктомию; при первичном вмешательстве предпочтительны минимально инвазивные методы (УУР С, УДД 5). При вклиненном камне большого дуоденального сосочка требуется срочное восстановление оттока желчи и панкреатического сока в течение 6–24 часов, оптимально — ЭРПСТ с литоэкстракцией (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- ОП — абсолютное показание для экстренной госпитализации в профильный стационар медицинской организации 1–3 уровня.
- Лёгкий ОП направляют в хирургическое отделение или стационарное отделение скорой медицинской помощи; при среднетяжёлом или тяжёлом ОП, а также при наличии органной недостаточности, требуется ОРИТ.
- Для эвакуации на второй уровень достаточно минимум двух дополнительных признаков: перитонеального синдрома, олигурии менее 250 мл за 12 часов, кожных симптомов, систолического АД менее 100 мм рт. ст. или энцефалопатии. Тяжёлый ОП направляют на третий уровень.
- Пациента с неосложнённой постнекротической псевдокистой можно выписать на амбулаторное лечение; размеры кисты контролируют УЗИ один раз в 2–4 недели (УУР С, УДД 5).

Частые вопросы

Какие признаки позволяют поставить диагноз острого панкреатита?

После исключения других хирургических заболеваний нужны минимум два признака из трёх: типичная клиника, характерные изменения по УЗИ и гиперамилаземия или гиперлипаземия, превышающая верхнюю границу нормы в три раза и более (УУР С, УДД 5).

Когда пациенту с ОП нужна КТ или МРТ?

В ранние сроки КТ или МРТ с контрастированием проводят при неясном диагнозе, необходимости дифференциальной диагностики, подтверждения тяжёлого течения или отсутствии эффекта от консервативной терапии; ориентировочный интервал — 24–96 часов от начала заболевания. При противопоказаниях к КТ, включая непереносимость контрастных препаратов или почечную недостаточность, используют МРТ.

Нужно ли назначать антибиотики для профилактики инфицирования панкреонекроза?

Нет, рутинные профилактические антибиотики не рекомендуются, поскольку исследования не показали существенного снижения тяжести ОП и летальности (УУР В, УДД 1). Антибиотики назначают при подтверждённой или предполагаемой инфекции, холангите, холецистите или внепанкреатической инфекции.

Когда оперируют жидкостные или некротические скопления?

Бессимптомные и неинфицированные скопления не оперируют независимо от размера. При боли, сдавлении органов или сосудов, механической желтухе, стенозе желудка, кишечной непроходимости, инфицировании или других осложнениях выполняют вмешательство, начиная по возможности с минимально инвазивного дренирования.

Когда можно переходить от голода к питанию?

При лёгком и среднетяжёлом ОП после купирования боли, тошноты и рвоты и снижения амилазы менее чем до трёх нормальных величин назначают щадящее питание естественным путём. Для тяжёлого ОП используют декомпрессию и раннюю энтеральную поддержку; при невозможности зондового питания в течение 3–5 суток добавляют парентеральное питание.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/903-ostryj-pankreatit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/903_1