

УДК 617.55:616.94]-08

МАЛЬЦЕВА Л.А., МОСЕНЦЕВ Н.Ф., ЧЕРНЕНКО В.Г., МОСЕНЦЕВ Н.Н.  
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,  
кафедра анестезиологии и интенсивной терапии

## НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ПАНКРЕАТИТОВ

**Резюме.** Освещены современные принципы диагностики, этиологии, прогнозирования тяжести острых панкреатитов: визуализация, организация интенсивной терапии, тактика при предполагаемой патологии билиарного тракта, показания и сроки для вмешательств при некротизирующих панкреатитах, интервенционных стратегий; выбор сроков холецистэктомий или эндоскопической сфинктеротомии.

**Ключевые слова:** острые панкреатиты, диагностика, этиология, интенсивная терапия, показания и сроки хирургических вмешательств.

Статья содержит изложение 12 главных пунктов (A–L) руководства Интернациональной ассоциации панкреатологов (IAP) в сотрудничестве с Американской панкреатической ассоциацией (APA), представляющих ответы на 38 клинических вопросов (Q1–Q38), ранжированных по методологии GRADE как строгие — 1 и слабые — 2 с качеством доказательности (A — высокое, B — среднее, C — низкое) [1].

### A. Диагноз острого панкреатита и этиология.

1. Определение острого панкреатита (ОП) базируется на наличии 2 из 3 критериев: клинических (боль в верхней части живота), лабораторных (сывороточные амилаза или липаза в 3 раза и более выше верхней границы нормы) и/или визуальных (компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), ультразвуковое исследование (УЗИ)) (1B).

2. При поступлении больного в стационар этиология ОП должна быть определена на основе анамнеза (перенесенный острый панкреатит, установленная желчнокаменная болезнь, потребление алкоголя, медикаментов, установленная гиперлипидемия, травма, перенесенные недавно такие инвазивные процедуры, как эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ)), а также семейного анамнеза на предмет панкреатической болезни, изменений лабораторных тестов (ферменты, кальций, триглицериды, данные визуальных исследований) (1B).

3. У пациентов с установленным идиопатическим ОП после исключения билиарной этиологии эндоскопическое УЗИ рекомендовано для исключения микролитиаза, хронического панкреатита.

Если результаты исследования носят отрицательный характер, вторым шагом для выявления редких морфологических изменений является магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ). КТ брюшной полости — в обязательном порядке. Если этиология ОП остается неустановленной, особенно после повторной атаки идиопатического панкреатита, следует предположить генетические факторы; генетические тесты необязательны (2C).

### B. Прогнозирование/определение тяжести.

4. Системный воспалительный ответ указывает на развитие тяжелого ОП при поступлении и персистирование синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) до 48 часов (2B).

5. При поступлении 3 группы факторов прогнозируют исход ОП: собственно факторы риска (возраст, коморбидность, масса тела), стратификация клинического риска (персистирующий ССВО) и мониторинг ответа на начальную терапию (персистирование ССВО, азот мочевины, креатинина) (2B).

### C. Визуализация.

6. Показаниями для инициального КТ-исследования при ОП могут быть: 1) диагностическая неясность; 2) подтверждение тяжести, основанное на клинических предикторах тяжелого ОП; 3) недостаточное реагирование на консервативное лечение или в случае клинического ухудшения.

© Мальцева Л.А., Мосенцев Н.Ф., Черненко В.Г., Мосенцев Н.Н., 2014

© «Медицина неотложных состояний», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

Оптимальные сроки для проведения начального КТ-исследования после 72–96 часов от начала заболевания (1С).

7. Последующие КТ- или МРТ-исследования при ОП показаны при отсутствии клинического улучшения или предполагаются инвазивные вмешательства (1С).

8. Рекомендовано выполнение многослойной КТ с тонкими срезами (5 мм или меньше), 100–150 мл внутривенного контрастного вещества со скоростью 3 мл/с. При использовании МРТ рекомендуется выполнение аксиального  $F_s-T_2$ - и  $F_s-T_1$ -сканирования перед введением внутривенного контраста и после его введения (1С).

#### **Д. Инфузионная терапия.**

9. Для начальной жидкостной реанимации при ОП рекомендовано использовать раствор Рингера лактат (1В).

10а. Использовать целенаправленную инфузионную терапию 5–10 мг/кг/час до достижения заданной цели (1В).

10б. Оценка эффективности инфузионной терапии должна проводиться по следующим критериям: 1) при неинвазивном измерении частота сердечных сокращений менее 120 уд/мин, среднее артериальное давление — от 65 до 85 мм рт.ст. (8,7–11,3 кПа), диурез  $> 0,5-1$  мл/кг/час; 2) целевые вариации ударного объема при инвазивном измерении интраторакального объема крови; 3) целевой уровень гематокрита 35–44 % (2В).

#### **Е. Интенсивная терапия (организация интенсивной терапии).**

11. Пациенты с тяжелым ОП, по определению резервированной классификации Атланты, должны лечиться в отделениях интенсивной терапии (1С).

12. Направление в специализированные центры необходимо для пациентов с тяжелыми ОП, требующими интервенционных рентгенологических, эндоскопических или хирургических вмешательств (1С).

13. Специализированные центры для лечения больных с ОП определяются как высокотехнологичные центры с современными возможностями интенсивной терапии, включая наличие дополнительного оборудования для органозаместительной терапии, с ежедневной круглосуточной готовностью как к интервенционным рентгенологическим, эндоскопическим вмешательствам, включая эндоскопическое УЗИ, ЭРХПГ, так и к хирургическим вмешательствам при некротизирующем ОП.

Пациенты должны включаться в проспективные аудиты для контроля качества, а также в клинические исследования (2С).

14. Ранняя жидкостная реанимация в первые 24 часа от начала ОП ассоциируется со снижением частоты персистирующего ССВО и органной недостаточности (1С).

15. Абдоминальный компартмент-синдром (АКС) определяется как сохраняющееся интрааб-

доминальное давление  $> 20$  мм рт.ст., ассоциированное с развитием новой органной недостаточности (2В).

16. Лечение АКС должно быть нацелено: 1) на содержимое пищеварительного тракта; 2) внутри- и внесосудистую жидкость; 3) растяжение абдоминальной стенки.

Инвазивное лечение должно применяться лишь после мультимедицинского обсуждения у пациентов с сохраняющимся интраабдоминальным давлением  $> 25$  мм рт.ст. и развитием новых органных нарушений, рефрактерных к консервативному лечению, назогастральной и ректальной декомпрессии.

Инвазивное лечение включает чрескожное дренирование асцита, срединную лапаротомию, билатеральную субкостальную лапаротомию или подкожную фасциотомию белой линии.

В случаях хирургической декомпрессии ретроперитонеальное пространство и сальниковая сумка должны оставаться интактными для снижения риска инфицирования перипанкреатического пространства и панкреатического некроза (2С).

#### **Ф. Профилактика инфекционных осложнений.**

17. Внутривенная антибиотикопрофилактика не рекомендована для предупреждения инфекционных осложнений при ОП (1В).

18. Селективная деконтаминация кишечника оказалась полезной в предупреждении инфекционных осложнений при ОП, однако требуются дальнейшие исследования (2В).

19. Профилактика пробиотиками не рекомендована для предупреждения инфекционных осложнений при ОП (1В).

#### **Г. Нутритивная поддержка.**

20. Пероральное питание при среднетяжелом ОП может возобновляться, если абдоминальная боль снижается и маркеры воспаления регрессируют (2В).

21. Энтеральное зондовое питание должно быть первоочередной терапией у пациентов с тяжелыми ОП, требующих нутритивной поддержки (1В).

22. При ОП могут быть использованы либо элементарные, либо полимерные питательные смеси (2В).

23. Энтеральное питание при ОП можно вводить как назоеюнальным, так и назогастральным способом (2А).

24. Парентеральное питание при ОП может применяться как терапия второй линии, если назоеюнальное питание плохо переносится, а нутритивная поддержка необходима (2С).

#### **Н. Нарушения билиарного тракта (тактика при предполагаемой патологии билиарного тракта).**

25. ЭРХПГ не показана, если предполагается билиарный панкреатит средней тяжести без холангита (1А).

ЭРХПГ чаще не показана, если предполагается билиарный панкреатит тяжелой степени без холангита (1В).

ЭРХПГ в большей мере показана при билиарном панкреатите с обструкцией общего желчного протока (1С).

ЭРХПГ обязательно показана у пациентов с билиарным панкреатитом и холангитом (1В).

26. Ургентная ЭРХПГ (до 24 часов) необходима пациентам с острым холангитом. В настоящее время нет доказательств в пользу оптимальных сроков ЭРХПГ у пациентов с билиарным панкреатитом без холангита (2С).

27. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография и эндоскопическое УЗИ могут снижать количество ЭРХПГ, которые могли выполняться при подозрении на камни общего желчного протока у пациентов с билиарным панкреатитом без холангита, без влияния на клиническое течение.

Эндоскопическое УЗИ превышает возможности МРХПГ при исключении конкрементов малых размеров (менее 5 мм). Однако МРХПГ менее инвазивная, менее зависимая от опыта оператора и более доступная, чем эндоскопическое УЗИ. Кроме того, в клинической практике не выявлено определенных преимуществ одного из данных методов (2С).

#### **I. Показания для вмешательств при некротизирующих панкреатитах.**

28. Обычными показаниями для интервенций (рентгенологических, эндоскопических или хирургических) при некротизирующих панкреатитах являются: 1) клиническое подозрение на инфицирование некротизирующего панкреатита с клиническим ухудшением, желательным при образовании капсулы некроза; 2) при отсутствии подтверждения инфицирования некротизирующего панкреатита, но продолжающейся органной недостаточности на протяжении нескольких недель после начала ОП, желательным при осумковании некроза (1С).

29. Рутинная чрескожная тонкоигольная аспирация перипанкреатических жидкостных образований не показана для обнаружения бактерий, так как клинические признаки (персистирующая лихорадка, повышение маркеров воспаления) и визуализированные признаки (наличие газа в перипанкреатических образованиях) являются верными предикторами инфицирования некроза у большинства пациентов.

Кроме того, если подтверждение получено с помощью тонкоигольной аспирации, есть риск ложноотрицательных результатов (1С).

30. Показаниями для вмешательств при стерильных некротизирующих панкреатитах (рентгенологических, эндоскопических или хирургических) являются: 1) продолжающийся гастростаз, интестинальная или билиарная обструкция за счет масс-эффекта осумкованного некроза (например, более 4–8 недель от начала ОП); 2) персистирующие симптомы, такие как боль, недомогание у пациентов с осумкованным некрозом без признаков инфекции (более 8 недель от начала ОП); 3) синдром отключенного протока (полное пере-

сечение панкреатического протока при наличии панкреатического некроза) с персистирующей симптоматикой (боль, обструкция), образований с некрозом без признаков инфекции (более 8 недель после начала ОП) (2С).

#### **J. Выбор сроков вмешательств при некротизирующих панкреатитах.**

31. У пациентов с доказанным или подозреваемым инфицированием некротизирующего панкреатита инвазивные вмешательства (чрескожное катетерное дренирование, эндоскопическое дренирование или некрэктомия, минимально-инвазивная или открытая некрэктомия) должны быть отсрочены насколько возможно, более 4 недель после начальных проявлений, до образования ограничительной стенки-капсулы (1С).

32. Наиболее доступные доказательства убеждают, что хирургическая некрэктомия в идеале должна быть отсрочена до появления стенки, ограничивающей некроз, обычно спустя 4 недели от начала ОП у всех пациентов с осложнениями некроза. Не выявлена подгруппа пациентов с улучшением течения заболевания после ранних или запоздалых вмешательств (1С).

#### **K. Интервенционные стратегии при некротизирующих панкреатитах.**

33. Оптимальной интервенционной стратегией у пациентов с предполагаемым или доказанным некротизирующим панкреатитом является начальное чрескожное ретроперитонеальное катетерное дренирование с визуальной навигацией или эндоскопическое чресстеночное дренирование с последующей эндоскопической или хирургической некрэктомией при необходимости (1А).

34. Чрескожное катетерное или эндоскопическое трансмуральное дренирование должно быть первым шагом в лечении пациентов с предполагаемым или доказанным (осумкованным) инфицированным некротическим панкреатитом (1А).

35. Недостаточно данных для выделения подгруппы пациентов с подозреваемыми или доказанными инфицированными некротизирующими панкреатитами, имеющими преимущества при использовании других терапевтических стратегий (2С).

#### **L. Выбор сроков холецистэктомии или эндоскопической сфинктеротомии.**

36. У пациентов с умеренным индексом тяжести билиарного панкреатита холецистэктомия представляется безопасной и рекомендована к исполнению. Удлинение сроков проведения холецистэктомии при билиарном панкреатите с умеренной тяжестью ассоциируется (сопряжено) с риском рецидива билиарного панкреатита (1С).

37. Холецистэктомия должна быть отсрочена у пациентов с перипанкреатическими образованиями до их разрешения или если они персистируют более 6 недель, тогда холецистэктомия может быть выполнена безопасно (2С).

38. У пациентов с билиарными панкреатитами, которые подвергались сфинктеротомии и

имеют показание к хирургическому лечению, холецистэктомия желательна, поскольку ЭРХПГ и сфинктеротомия предотвращают рецидив билиарного панкреатита, но не желчнокаменную болезнь (калькулезный холецистит) с приступами желчной колики и холецистита (2В).

Мальцева Л.О., Мосенцев М.Ф., Черненко В.Г., Мосенцев М.М.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра анестезіології та інтенсивної терпії

#### НОВЕ В ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ПАНКРЕАТИТІВ

**Резюме.** У статті висвітлені сучасні принципи діагностики, етіології, прогнозування тяжкості гострих панкреатитів: візуалізація, організація інтенсивної терапії, тактика при передбачуваній патології біліарного тракту, показання і строки для втручань при некротизуючих панкреатитах, інтервенційних стратегій; вибір строку холецистектомії або ендоскопічних сфинктеротомій.

**Ключові слова:** гострі панкреатити, діагностика, етіологія, інтенсивна терапія, показання та строки хірургічного втручання.

#### Список литературы

1. Tenner S., Baillie J., De Witt J., Vege S.S. American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis // *Am. J. Gastroenterol.* — 2013. — № 108(9). — P. 1400-1415.

Получено 19.06.14 ■

Maltseva L.A., Mosentsev N.F., Chernenko V.G., Mosentsev N.N.

SI «Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine», Chair of Anesthesiology and Intensive Care, Ukraine

#### NEW IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

**Summary.** The article highlights the current principles of diagnosis, etiology, prediction of acute pancreatitis severity: imaging, intensive care organization, tactics in the presumed biliary pathology, indications and the terms for intervention in necrotizing pancreatitis, intervention strategies; the terms for cholecystectomy or endoscopic sphincterotomy.

**Key words:** acute pancreatitis, diagnosis, etiology, intensive therapy, indications and terms for surgery.