

Гострий панкреатит: діагностика та лікування

Рекомендації Американської колегії гастроентерологів¹ (липень 2013 р.)

В останнє десятиліття виникло нове розуміння етіології та перебігу гострого панкреатиту (ГП), а тому з'явилися нові підходи до діагностики, етіології та ведення пацієнтів із ГП на різних стадіях цієї хвороби.

Гострий панкреатит є одним із найбільш поширених захворювань шлунково-кишкового тракту, що спричинюють величезний емоційний, фізичний та фінансовий тягар для людства. У США в 2009 р. ГП був найпоширенішим гастроентерологічним діагнозом при виписуванні хворих, загальна вартість лікування яких становила 2,6 млрд доларів. За даними нещодавніх досліджень, захворюваність на ГП протягом останніх десятиліть стрімко зростає, варіюючи нині в межах 4,9-73,4 випадків на 100 000 населення в усьому світі. Хоча летальність від ГП (відношення кількості померлих від хвороби до кількості переживорілих) знизилася з плином часу, рівень смертності (відношення кількості померлих від хвороби до середньої чисельності популяції) при цьому захворюванні в загальній популяції залишився незмінним.

З моменту прийняття Атлантської класифікації 1992 р. відбулися важливі зміни у визначеннях і класифікації ГП; зокрема протягом останнього десятиліття було визнано кілька обмежень, що зумовило перегляд консенсусів щодо ГП. Визначено дві різні фази ГП:

- початкова (протягом 1 тижня), яка характеризується синдромом системної запальної реакції і/або органною недостатністю;
- пізня (> 1 тижня), характеризується місцевими ускладненнями.

Першорядну важливість має розпізнавання функціональної недостатності органу для визначення тяжкості захворювання.

Місцеві ускладнення визначають як перипанкреатичні скупчення рідини, панкреатичний і перипанкреатичний некроз (асептичний або інфікований), псевдокісти і відмежований некроз (асептичний або інфікований). Ізольовані вогнища екстрапанкреатичного некрозу також входять у поняття некротичного панкреатиту; хоча при цьому стійка органна недостатність, інфікований некроз та смерть трапляються частіше, як порівняти з інтерстиціальним панкреатитом. Ці ускладнення переважно спостерігаються у пацієнтів із некрозом паренхіми підшлункової залози. На сьогодні визначено третій проміжний ступінь – ГП середньої тяжкості, – який характеризується місцевими ускладненнями за відсутності стійкої органної недостатності (табл. 1).

У пацієнтів із середньотяжким ГП може бути транзиторна органна недостатність тривалістю < 48 ч. У разі ГП середньої тяжкості можуть також посилюватися прояви супутніх захворювань, але рівень смертності при цьому низький. Тяжкий ГП нині визначається виключно за наявності стійкої органної недостатності (за допомогою модифікованої шкали Маршалла).

У рекомендаціях насамперед розглянуто питання діагностики, етіології та ступенів тяжкості ГП; підкреслено важливість вчасного застосування інтенсивної внутрішньовенної гідратації, яка дає змогу зменшити частоту ускладнень і смертність; обговорено лікування при ускладненнях, зокрема панкреонекрозі. Розглянуто також питання застосування антибіотиків,

Таблиця 1. Визначення ступеня тяжкості при гострому панкреатиті: порівняння Атлантських критеріїв (1993) і нещодавнього їх перегляду (2013)

Атлантські критерії (1993)	Переглянуті Атлантські критерії (2013)
<i>Легкий перебіг гострого панкреатиту</i>	<i>Легкий перебіг гострого панкреатиту</i>
Органна недостатність відсутня Локальні ускладнення відсутні	Органна недостатність відсутня Локальні ускладнення відсутні
<i>Тяжкий перебіг гострого панкреатиту</i>	<i>Перебіг гострого панкреатиту середньої тяжкості</i>
Локальні ускладнення і/або Органна недостатність Шлунково-кишкові кровотечі (> 500 мл/добу) Шок (систолический артеріальний тиск ≤ 90 мм рт. ст.) Парціальний тиск O ₂ в артеріях ≤ 60% Вміст креатиніну ≥ 2 мг/дл	Локальні ускладнення і/або Транзиторна органна недостатність (< 48 год)
	<i>Тяжкий перебіг гострого панкреатиту</i>
	Стійка органна недостатність > 48 год (нині визначається за допомогою модифікованої шкали Маршалла)

¹The American College of Gastroenterology – ACG.

харчування, проведення ендоскопічних, рентгенологічних, хірургічних та інших малоінвазивних втручань.

Для визначення якості доказів і класифікації рекомендацій було використано систему GRADE (детальніше див. у матеріалі «Целіакія: діагностування і ведення пацієнтів», розміщеному у цьому номері на с. 35).

Діагностика

1. Діагноз ГП найчастіше встановлюють за наявності двох із трьох критеріїв:

- біль у животі, характерний для цього захворювання;
- активність сироваткової амілази і/або ліпази більш ніж у три рази вища за верхню межу норми;
- характерні результати досліджень із візуалізації органів черевної порожнини (сильна рекомендація, середня якість доказів).

2. Контрастну комп'ютерну томографію (КТ) і/або магнітно-резонансну томографію підшлункової залози слід «зарезервувати» для пацієнтів із незрозумілим діагнозом або для тих, у яких не вдається досягти клінічного поліпшення протягом 48-72 год після госпіталізації (сильна рекомендація, слабка якість доказів).

Етіологія

3. Трансабдомінальне ультразвукове дослідження (УЗД) слід проводити всім пацієнтам із ГП (сильна рекомендація, низька якість доказів).

4. За відсутності каменів у жовчному міхурі та/або інформації щодо вживання значних доз алкоголю в анамнезі необхідно визначити вміст тригліцеридів у сироватці; якщо він > 1000 мг/дл, слід розглянути це як етіологічний фактор захворювання (умовна рекомендація, середня якість доказів).

5. У пацієнтів віком > 40 років як можливу причину ГП слід розглядати пухлину підшлункової залози (умовна рекомендація, низька якість доказів).

6. Треба обмежувати застосування ендоскопічного дослідження у пацієнтів із гострим ідіопатичним панкреатитом, оскільки ризику та користь такого дослідження у цих пацієнтів не з'ясовані (умовна рекомендація, низька якість доказів).

7. Пацієнтів із ідіопатичним панкреатитом слід направляти до діагностичних центрів (умовна рекомендація, низька якість доказів).

8. Застосування генетичного тестування можна розглянути для молодих пацієнтів (< 30 років), якщо причина не є очевидною і наявний сімейний анамнез захворювань підшлункової залози (умовна рекомендація, низька якість доказів).

Первинна оцінка стану пацієнта і стратифікація ризику

9. Гемодинамічний статус слід оцінювати одразу ж після госпіталізації і, за необхідності, вжити реанімаційних заходів (сильна рекомендація, середня якість доказів).

10. Слід оцінювати категорії ризику пацієнтів для стратифікації їх на групи вищого й нижчого ризику, щоб полегшити сортування хворих, наприклад, для госпіталізації до відділень інтенсивної терапії (умовна рекомендація, середня якість доказів) (табл. 2).

Таблиця 2. Клінічні прояви, пов'язані з тяжким перебігом гострого панкреатиту, що застосовуються для початкової оцінки ризику*

Характеристики пацієнта	
Вік > 50 років	
Ожиріння (ІМТ > 30 кг/м ²)	
Змінений ментальний статус	
Супутне захворювання	
Синдром системної запальної реакції	
Наявність > 2 критеріїв:	
– частота серцевих скорочень > 90 уд./хв	
– частота дихальних рухів > 20/хв або артеріальний тиск CO ₂ < 32 мм рт. ст.	
– температура тіла > 38 або < 36 °C	
– кількість лейкоцитів > 12 000 або < 4000 на мм ³ або > 10% незрілих нейтрофілів (палічкочядерних)	
Лабораторні показники	
Азот сечовини крові > 20 мг/дл	
Збільшення вмісту азоту сечовини крові	
Збільшення гематокриту	
Підвищений вміст креатиніну	
Рентгенографічні дані	
Випіт у плевральній порожнині	
Легеневі інфільтрати	
Множинні або поширені екстрапанкреатичні скупчення рідини	

* Про тяжкий перебіг гострого панкреатиту свідчить наявність органної недостатності та/або панкреонекрозу

11. Пацієнтів із органною недостатністю слід за можливості госпіталізувати у відділення інтенсивної терапії тощо (сильна рекомендація, низька якість доказів).

Початкове лікування

12. Інтенсивну (агресивну) гідратацію (введення ізотонічного розчину кристалолідів у дозі 250-500 мл/год) слід застосовувати у всіх пацієнтів, за винятком тих, хто страждає на супутні серцево-судинні та/або ниркові захворювання. Рання агресивна внутрішньовенна гідратація є найбільш корисною протягом перших 12-24 год; поза межами цього періоду може бути малоефективною (сильна рекомендація, середня якість доказів).

13. Пацієнт із тяжкою дегідратацією, яка проявляється гіпотензією і тахікардією, може потребувати швидшого відновлення нормоволемії (у болюсній формі) (умовна рекомендація, середня якість доказів).

14. Може бути доцільнішим введення розчину Рінгера з лактатом, а не ізотонічного розчину кристалолідів (умовна рекомендація, середня якість доказів).

15. Потребу в рідині слід повторно оцінювати через певні проміжки часу в перші 6 год після госпіталізації і протягом наступних 24-48 год. Мета інтенсивної гідратації – зменшити вміст азоту сечовини в крові (сильна рекомендація, середня якість доказів).



Рисунок. Ведення пацієнта з панкреонекрозом за підозри на інфекцію

Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ) при гострому панкреатиті

16. Пацієнтам із гострим панкреатитом та супутнім гострим холангітом слід провести ЕРХПГ протягом 24 год після госпіталізації (сильна рекомендація, середня якість доказів).

17. Проведення ЕРХПГ не потребують більшість пацієнтів із жовчнокам'яним панкреатитом за відсутності в них лабораторних або клінічних ознак триваючої обструкції жовчних шляхів (сильна рекомендація, низька якість доказів).

18. За відсутності холангіту та/або жовтяниці і за значної підозри на холедохолітіаз для виявлення останнього доречніше провести не діагностичне ЕРХПГ, а магнітно-резонансну панкреатохолангіографію або ендоскопічне УЗД (умовна рекомендація, низька якість доказів).

19. Після проведення ЕРХПГ у пацієнтів високого ризику слід застосувати стентування протоків підшлункової залози і/або нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) у формі ректальних супозиторіїв з метою зниження ризику розвитку тяжкого постпроцедурного панкреатиту.

Антибіотикотерапія при гострому панкреатиті

20. Антибіотики слід застосовувати при екстрапанкреатичних інфекціях, таких як холангіт, катетерасоційовані інфекції, бактеріємія, інфекції сечовивідних шляхів, пневмонія (сильна рекомендація, висока якість доказів).

21. Не рекомендовано застосовувати планову профілактичну антибіотикотерапію у пацієнтів із тяжким ГП (сильна рекомендація, середня якість доказів).

22. Не рекомендовано застосовувати антибіотики у пацієнтів із асептичним некрозом для запобігання розвитку інфекційного некрозу (сильна рекомендація, середня якість доказів).

23. Наявність інфекційного некрозу слід запідозрити у пацієнтів із цукровим діабетом або екстрапанкреатичним некрозом, стан яких погіршується або не поліпшується після 7-10 днів госпіталізації. У таких хворих слід застосувати первинну тонкогolkову аспіраційну біопсію під контролем КТ із забарвлюванням отриманого матеріалу за Грамом і культуральним дослідженням для визначення відповідних антибіотиків або ж призначити емпіричну антибіотикотерапію (сильна рекомендація, низька якість доказів) (**рисунок**).

24. У пацієнтів із інфікованим некрозом можна використовувати антибіотики, здатні проникати в уражену тканину (карбапенеми, хінолони, метронідазол), для відтермінування (а інколи й уникнення) хірургічного втручання, що сприяє зменшенню частоти ускладнень і смертності (умовна рекомендація, низька якість доказів).

25. Планове призначення протигрибкових засобів разом із профілактичним або терапевтичним застосуванням антибіотиків не рекомендоване (умовна рекомендація, низька якість доказів).

Харчування при гострому панкреатиті

26. При легкому перебігу ГП можна одразу розпочинати оральне харчування за відсутності нудоти, блювання і абдомінального болю (умовна рекомендація, середня якість доказів).

27. При легкому перебігу ГП ініціювання вживання твердих/густих продуктів із низьким вмістом жиру видається настільки ж безпечним, як і нульова ліку-

вальна дієта (рідкі й желеподібні продукти) (умовні рекомендації, середня якість доказів).

28. При тяжкому ГП для запобігання інфекційним ускладненням рекомендоване ентеральне харчування. Парентерального харчування слід уникати, окрім випадків, коли ентеральне харчування не доступне, не переноситься або не відповідає енергетичним потребам (сильна рекомендація, висока якість доказів).

29. Назогастральний і назоєюнальний доступи для ентерального харчування видаються порівнянними за ефективністю та безпекою (сильна рекомендація, середня якість доказів).

Роль хірургічного втручання при гострому панкреатиті

30. Пацієнтам із легким перебігом ГП, у яких виявлено камені в жовчному міхурі, з метою запобігання рецидиву ГП слід провести холецистектомію до виписки з медичного закладу (сильна рекомендація, середня якість доказів).

31. У пацієнта з некротичним біліарним ГП проведення холецистектомії слід відкласти до припинення активного запалення і розсмоктування/стабілізації скупчень рідини, щоб запобігти інфекції (сильна рекомендація, середня якість доказів).

32. Наявність безсимптомних псевдокіст і панкреатичного і/або екстрапанкреатичного некрозу, незалежно від розміру, локалізації і/або поширеності, не є підставою для хірургічного втручання (сильна рекомендація, середня якість доказів).

33. Проведення хірургічного, рентгенологічного і/або ендоскопічного дренирування у стабільних пацієнтів із інфекційним некрозом слід відкласти, бажано на строк до 4 тижнів, поки відбудеться зріджування вмісту вогнищ некрозу і навколо них виникнуть фіброзні перегородки (тобто сформується так званий відмежований некроз) (сильна рекомендація, низька якість доказів).

34. У симптоматичних пацієнтів із інфікованим некрозом слід віддавати перевагу малоінвазивному методу відкритої некретомії (сильна рекомендація, низька якість доказів).

Реферативний огляд підготувала Наталія Купко за матеріалами Tenner S., Baillie J., DeWitt J., Swaroop Vege S. American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis. Am J Gastroenterol 2013; 108 (9): 1400-15; (виправлення – 2014; 109 (2): 302)