**Тактика ведения пациентов с тяжёлым панкреатитом**

Раздел: Практические рекомендации и руководства

**Острый панкреатит** — заболевание, имеющее несколько степеней тяжести — от лёгкой, с тенденцией к самовыздоровлению, при которой необходима непродолжительная госпитализация, до быстропрогрессирующей, злокачественной формы, сопровождающейся полиорганной недостаточностью (ПОН) и сепсисом. Тяжёлые формы панкреатита, требующие госпитализации в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) встречаются у небольшого числа пациентов, однако летальность у этой категории больных достигает 30-50%, а средняя продолжительность госпитализации составляет более 1 месяца. В 2004 г. состоялась международная согласительная конференция, в которой приняли участие представители Американского торакального общества (ATS), Европейского респираторного общества (ERS), Европейского общества интенсивной терапии (ESICM), Общества критической медицины (SCCM) и Французского реаниматологического общества (SRLF). Целью конференции явилась разработка рекомендаций по лечению пациентов с тяжёлым острым панкреатитом (ТОП), находящихся в критическом состоянии и госпитализированных в ОРИТ. Новые рекомендации, в отличие от предложенных ранее, составлены на основании доказательных данных. В согласовании рекомендаций приняли участие 10 экспертов — специалистов в области хирургии, терапии и медицины критических состояний. Всего было предложено 23 рекомендации, затрагивающие основные аспекты лечения пациентов с ТОП:

Когда надо госпитализировать пациентов в ОРИТ для мониторинга параметров жизнедеятельности?

Должны ли антибиотики назначаться для профилактики инфекционных осложнений всем пациентам с ТОП?

Каким должен быть режим и время начала нутритивной поддержки?

Каковы показания для хирургического вмешательства при остром панкреатите, оптимальное время для вмешательства и каково значение менее инвазивных хирургических процедур, как, например, чрескожное дренирование и лапароскопия?

Каковы показания для хирургического удаления камней из желчных путей у пациентов с билиарным панкреатитом?

Существуют ли доказательные данные для назначения противовоспалительной терапии?

В ходе обсуждения были разработаны рекомендации по ведению данной категории пациентов:

**I. Когда надо госпитализировать пациентов в ОРИТ для мониторинга параметров жизнедеятельности?**  Одним из факторов риска отрицательного исхода у пациентов с тяжёлым острым панкреатитом является раннее развитие органной недостаточности. Наличие нескольких систем оценки тяжести состояния у больных панкреатитом, биологических маркеров и рентгенологических признаков тяжести процесса для раннего выявления пациентов из группы риска по развитию полиорганной недостаточности подразумевают динамическое наблюдение в условиях ОРИТ. Основой ведения также является раннее начало инфузионной терапии, которую наиболее целесообразно проводить в ОРИТ. **Рекомендация 1.** Не существует специфических критериев для госпитализации в ОРИТ пациентов с тяжёлым острым панкреатитом. Следует ориентироваться на традиционные, общепринятые показания для госпитализации. Особое внимание необходимо уделять пациентам с высоким риском быстрой отрицательной динамики: пожилые, с избытком массы тела (>30 кг/м2), требующие непрерывного проведения инфузионной терапии и пациенты с большим объёмом панкреонекроза (>30%). Уровень доказательности 5, категория D. **Рекомендация 2.** По возможности, пациентов с тяжёлым острым панкреатитом должен наблюдать многопрофильный коллектив врачей под руководством реаниматолога. Необходимо обеспечить доступ к проведению дополнительных методов исследования: эндоскопии, эндоскопической ретроградной холангиопакреатографии (ЭРХПГ), обычной операционной, а также кабинету для проведения вмешательств под радиологическим контролем. Уровень доказательности 3а, категория В. **Рекомендация 3.** Следует проводить инвазивный мониторинг гемодинамики. Необходимо проводить ежедневную оценку состояния (клиническое обследование, диурез, газы крови) с оценкой функции лёгких (гипоксемия). Специфичные шкалы необходимо использовать для выявления пациентов из групп риска по развитию осложнений, однако, это не должно заменять динамическое наблюдение больного. Уровень доказательности 5, категория D. **Рекомендация 4.** Вместо определения уровня маркеров, таких как, например, С-реактивный белок и прокальцитонин, рекомендуется руководствоваться общими данными клинического состояния для уточнения динамики тяжёлого острого панкреатита и для сортировки больных. Уровень доказательности 5, категория D. **Рекомендация 5**. При затруднении в диагностике при первом осмотре, для подтверждения диагноза и дифференциальной диагностики, при отсутствии противопоказаний, рекомендована компьютерная томография органов ЖКТ (с в/в контрастированием) после проведения адекватной инфузионной терапии. Уровень доказательности 5, категория D. **Рекомендация 6.** Для выявления местных осложнений, проведение компьютерной томографии, по возможности, рекомендуется отложить на 48-72 ч ввиду того, что панкреонекроз может не визуализироваться раньше этого срока. Уровень доказательности 5, категория D.

**II. Должны ли антибиотики назначаться с профилактической целью пациентам с ТОП?**

Инфекционные осложнения с панкреонекрозом развиваются у 30-50% пациентов, что подтверждается данными исследований с помощью компьютерной томографии или непосредственно во время проведения оперативного вмешательства. Эти пациенты также подвержены более высокому риску развития полиорганной недостаточности и летального исхода. **Рекомендация 7.** Ввиду низкого уровния доказательств, полученных в результате нескольких клинических исследований и данных мета-анализов, профилактическое использование системных антибактериальных и противогрибковых препаратов у пациентов с панкреонекрозом не рекомендовано. Уровень доказательности 2b, категория В. **Рекомендация 8**. Селективная деконтаминация кишечника не рекомендована у пациентов с панкреонекрозом. Для подтверждения данной стратегии ведения пациентов с тяжёлым острым панкреатитом необходимы дальнейшие исследования.

**III. Каким должен быть режим и время начала нутритивной поддержки?**

Состояние пациентов с тяжёлым острым панкреатитом часто характеризуется как усиленный метаболизм, поэтому своевременное назначение нутритивной поддержки необходимо для профилактики мальабсорбции. **Рекомендация 9.** У пациентов с тяжёлым острым панкреатитом предпочтительно назначение энтерального питания перед парентеральным. Энтеральное питание необходимо назначать после компенсации гемодиначеских расстройств после проведения инфузионной терапии. По возможности энтеральное питание должно проводиться через еюнальный зонд, проведённый в тонкий кишечник. Уровень доказательности 1а, категория А. **Рекомендация 10.** Парентеральное питание назначают после того, как энтеральное питание оказывается неэффективным в течение 5-7 дней использования. Уровень доказательности 5, категория D. **Рекомендация 11.** При назначении парентерального питания следует отдавать предпочтение средам, богатым глутамином. Уровень доказательности 5, категория D. **Рекомендация 12.** У пациентов, получающих парентеральное и энтеральное питание, необходимо обязательно контролировать уровень глюкозы в крови. Уровень доказательности 1b, категория А. **Рекомендация 13.** Не рекомендуется рутинное использование для энтерального питания составов, содержащих иммуномодуляторы и пробиотики. Уровень доказательности 5, категория D.

**IV. Каковы показания для оперативного вмешательства при остром панкреатите, оптимальное время проведения вмешательства, каково значение малоинвазивных хирургических процедур, как, например, чрескожное дренирование и лапароскопия?**

Рекомендация 14. Рекомендуется тонкоигольная аспирационная биопсия под УЗИ или КТ-контролем с окраской по Граму и культуральным исследованием полученного материала у пациентов с рентгенологическими признаками панкреонекроза и клиническими признаками инфицирования. **Рекомендация 15.** У пациентов с неинфицированным панкеронекрозом не рекомендуется выполнять некрэктомию и/или дренирование. Уровень доказательности 4, категория С. **Рекомендация 16**. Хирургическая некрэктомия и дренирование рекомендованы у пациентов с инфицированным панкреонекрозом и/или при наличии абсцесса, подтверждённого рентгенологически наличием свободного газа или по данным исследования с помощью тонкоигольной аспирационной биопсии. «Золотым стандартом» считается открытая хирургическая некрэктомия. У некоторых категорий пациентов возможно использование малоинвазивных процедур, таких как лапароскопическое и/или чрескожные вмешательства. Уровень доказательности 4, категория С. **Рекомендация 17.** Показаны отсроченное выполнение (2-3 недели) оперативной некрэктомии и/или дренирование для обеспечения лучшей демаркации некротизированных участков поджелудочной железы. Однако приоритетными показаниями для времени проведения оперативного вмешательства должны являться клиническая картина (тяжесть и динамика симптомов). Уровень доказательности 4, категория С.

**V. При каких обстоятельствах пациентам с билиарным панкреатитом показано хирургическое удаление камней из желчных путей?**

**Рекомендация 18.** Билиарный панкреатит следует подозревать у всех пациентов с тяжёлым острым панкреатитом, поэтому у этой категории больных необходимо проводить исследование с помощью ультразвука и биохимические тесты. Уровень доказательности 4, категория С. **Рекомендация 19.** В случае наличия обструктивной желтухи (или других признаках обструкции желчевыводящих путей и/или протоков поджелудочной железы) и остром билиарном панкреатите, подтверждённым или подозреваемым, рекомендовано проведение ЭРХПГ в течение 72 ч после появления симптомов. Если по техническим причинам невозможно проведение ЭРХПГ, необходимо воспользоваться альтернативными методами дренирования желчных протоков. Уровень доказательности 5, категория D. **Рекомендация 20.** При отсутствии обструктивной желтухи, но при наличии тяжёлого острого панкреатита, развившегося вследствие подозреваемого или подтверждённого холелитиаза, ЭРХПГ необходимо провести в течение 72 ч после первого появления симптомов. Уровень доказательности 1с, категория B.

**VI. Существуют ли доказательные данные для назначения противовоспалительной терапии у пациентов с ТОП?**

Рекомендация 21. Необходимо раннее назначение инфузионной терапии для восполнения объёма циркулирующей крови (уровень доказательности 1b, категория А) и мероприятия для устранения дыхательной недостаточности у пациентов с острым респираторным дистресс-синдромом (уровень доказательности 1b, категория А). **Рекомендация 22.** После подтверждения или высокой вероятности инфицирования панкреонекроза, лечение следует осуществлять в соответствии с современными рекомендациями по лечению пациентов с сепсисом. Среди новых лекарственных средств и режимов используют активированный рекомбинантный протеин С (дротрекогин альфа) (уровень доказательности 1b, категория А) и низкие дозы глюкокортикоидов для коррекции шока (уровень доказательности 1b, категория В). **Рекомендация 23**. Иммуномодуляторы, такие как TNF-альфа и лексипафант, не рекомендуются для использования у данной категории пациентов. Уровень доказательности 5, категория D.

Nathens A.B., Curtis J.R., Beale R.J., Cook D.J., Moreno R.P., Romand J.A., Skerrett S.J., Stapleton R.D., Ware L.B., Waldmann C.S.

Management of the critically ill patient with severe acute pancreatitis.

Crit Care Med. 2004; 32: 2524-2536.