

**Національна медична академія післядипломної
освіти імені П.Л.Шупика**

**Гострий панкреатит: визначення пріоритетів
у лікуванні з позиції доказової медицини**

Ігор Шлапак

Професор, зав. кафедри
анестезіології та інтенсивної
терапії

Гострий панкреатит (ГП): летальність

- Набряковий панкреатит до 1%
- Некротичний панкреатит від 10% до 24%
- Панкреатичний сепсис від 70% до 80%

Ідентифікація хворих високого ризику

- ГП тяжкого перебігу: розвиток ранньої ПОН
- Високий ризик швидкого погіршення:
 - похилий вік
 - ожиріння
 - недостатня волемічна ресуститація
 - некроз залози (>30%)

Рекомендована госпіталізація до ВІТ (рівень доказовості 5, категорія рекомендації Д)

Волемічна ресуститація – найбільш важливий терапевтичний пріоритет

- Хворі на ГП мають часто мегадефіцит ОЦК
- Гіповолемія викликає:
 - ішемію і некроз залози
 - ішемію кишечника, транслокацію мікрофлори та інфікування (локальне і системне)
- Встановлено 12 – годинне “терапевтичне вікно”, щоб попередити перехід панкреатиту з легкої форми в більш тяжку

JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: medical management of acute pancreatitis

Адекватний об'єм рідини необхідно невідкладно ввести в/в для корекції дефіциту та підтримки базальних потреб
(рекомендація А)

Takeda K., Takada T., Kawarada Y., Hirata K., Mayomi T. et al.
J Hepatobiliary Pancreat Surg 2006; 13:42-47

Гострий панкреатит: тактика волемічної ресуститації

- Початкова доза 60 – 120 мл/кг маси тіла розчинів кристалоїдів і колоїдів
- 1/2 – 1/3 добової дози ввести в перші 6 год
- Немає переконливих доказів про переваги колоїдів або кристалоїдів
- За рекомендаціями експертів використовують колоїди і кристалоїди у відношенні 1:3

Контроль адекватності волемічної ресуспитації

- Моніторинг погодинного діурезу (>1 мл/кг/год)
- Динаміка гематокриту (30% - 35%)
- ЦВТ (8 – 12 см вод. ст.)
- Оцінка респіраторної функції (гіпоксемія?) і КОС

Ризики волемічної ресуститації

- Недостатнє покриття дефіциту рідини:
 - вазоконстрикція спланхнічної зони
 - погана мікроциркуляція в підшлунковій залозі
 - збільшення зони некрозу
- Значний позитивний баланс рідини:
 - периферичні набряки
 - збільшення рідини в легенях, набряк
 - необхідність ШВЛ

Абдомінальний біль персистентного характеру

- Є характерною ознакою ГП
- Є важливою ланкою патогенезу ГП
- Часто біль буває надзвичайно інтенсивним

Аналгезія при панкреатичному болі

- Існують застереження щодо опіатів через можливий спазм сфінктера Одді. Контрольовані дослідження відсутні
- Призначення бупренорфіну або петідину, які не мають цієї побічної дії
- Трамадол, як альтернативу опіатам, не рекомендують через часті нудоту і блювоту*
- Комбінація НПЗП з малими дозами опіоїдів
- Епідуральна аналгезія

Альтернативи в лікуванні панкреатичного болю

- Як базову терапію M.Runzi et al. (2000) рекомендують прокаїн гідрохлорид (в/в 2 г/доб)
- Прокаїн для аналгезії при панкреатиті неефективний (C. Zwernemann et al., 2000)
- При необхідності прокаїн рекомендують поєднувати з опіоїдами
- Механізм дії прокаїну невідомий, можливо, пригнічення фосфоліпази A2

Антибіотики у лікуванні гострого панкреатиту

- Інфікування панкреонекрозу підвищує летальність (70% - 80%)
- Тому для лікування гострого панкреатиту традиційно призначають антибіотики
- Досліджень ефективності антибіотикопрофілактики панкреатичного сепсису проведено мало

Некротичний панкреатит: інфікування і роль антибіотиків

- В 25% - 75% випадків панкреонекроз інфікується*
- Строки інфікування найчастіше 2 – 4 тиждень від початку захворювання*
- Достатній рівень пенетрації в залозу встановлено для: кліндаміцина, іміпенема, меропенема, метронідазола, фторхінолонів, цефоласпоринів*
- Раннє призначення антибіотиків пацієнтам з некротичним панкреатитом може зменшити число ускладнень і навіть летальність**

*Golub R, Siddiqi F, Pohl D j Gastrointest Surg 1998; 2 (6): 496 - 503

**Bassi C, Lavrin M, Villatoro E, Cochrane Database Syst Rev 2003; (4): CD 0029441

Некротичний панкреатит і грибкова інфекція

- В 20% досліджень резекційного матеріалу зон некрозу залози виявили інфікування грибками
- Синхронно виявляли грибки в гемокультурі
- Багато пацієнтів мали грибовий сепсис, який адекватно не лікували

Антимікотична профілактика і терапія при ГП

- Рандомізованих досліджень не проводилось
- Не встановлено, як пенетрують в тканини залози протигрибкові препарати
- В ретроспективному дослідженні встановлено, що профілактика флуконазолом зменшувала інфікування кандидами, але не впливала на летальність*

*De Waele JJ, Vogelaers D, Blot S, Colardyn F Clin Infect Dis 2003; 37: 208 - 213

ГП тяжкого ступеня: оптимальний спосіб нутритивної підтримки

- Ентеральне харчування має переваги перед тот. парент. харчуванням
- Ініціація ентерального харчування після первинної ресуспитації
- Використання інтраєюнального шляху введення (по можливості)

Рівень доказовості 1a; категорія А

ГП тяжкого ступеня: оптимізація нутрітивної підтримки

- Парентеральне харчування рекомендують на 5 – 7 день після невдалих спроб ініціації ентерального харчування (рівень доказовості 5, рекомендація D)
- Парентеральне харчування слід збагачувати глутаміном (рівень доказовості 5, рекомендація D)
- При нутрітивній підтримці слід використовувати контроль глікемії за протоколом (рівень доказовості 1b, рекомендація A)

ГП: аспекти патогенетичної терапії

- Інгібітори панкреатичних ферментів більше не рекомендуються для лікування гострого панкреатиту на підставі 2 мультицентрових досліджень*
- Інгібітори панкреатичної секреції не виявили терапевтичної дії*
- Імуномодуляція запальної реакції: анти – TNF і Lехіраfant, не виявили лікувальної дії. Не рекомендують для використання (рівень доказовості 1b, рекомендація A)**

*Mayerle J., Simon P., Lerch M.M. Gastroenterol Clin N Am 2004; 33: 855-869

**Nathens A.B., Curtis J.R., Beale R.J. et al. Crit Care Med 2004; 32:2524-2536



Дякую за увагу!