

## ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ: (ПО ДАННЫМ МЕЖДУНАРОДНОЙ СОГЛАСИТЕЛЬНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ)

(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)

**Вопрос 1. Когда пациенты, госпитализированные с ТОП, подлежат мониторингу в отделении интенсивной терапии (ОИТ)?**

**Рекомендация 1.** Рекомендуется госпитализация в ОИТ для пациентов, удовлетворяющих стандартным критериям госпитализации в ОИТ. Кроме того, возможность лечения в ОИТ должна приниматься во внимание для пациентов с высоким риском быстрого ухудшения состояния: пожилые, больные с ожирением, пациенты, нуждающиеся в постоянной инфузионной терапии, и пациенты с развившимся некрозом (Уровень доказуемости 5, степень рекомендации D).

**Рекомендация 2.** Рекомендуется, чтобы лечение пациентом с острым панкреатитом в критическом состоянии, при возможности, осуществлялась многодисциплинарной командой с доминирующей ролью intensivиста и с возможностью незамедлительного привлечения специалистов по эндоскопии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, хирургии и радиологии (Уровень доказуемости 3а, степень рекомендации B).

**Рекомендация 3.** Рекомендуется тщательный клинический мониторинг пациентов с ОП вне зависимости от места оказания им помощи. Как правило, эти пациенты нуждаются в ранней и агрессивной инфузионной терапии. У них имеет место высокий риск развития ранней органной дисфункции как результат неадекватной ресуспитации, системных и локальных осложнений панкреатита. Клинический мониторинг должен быть сосредоточен на оценку внутрисосудистого объема (физикальное обследование, мочеотделение и кислотно-основное состояние), оценке дыхательной функции (гипоксемия). Для идентификации пациентов с высоким риском осложнений дополнительную пользу могут оказать шкалы, специфичные для тех или иных патологических процессов, и шкалы глобальной оценки тяжести пациентов. Однако такие подходы не должны заменять часто выполняемую оценку клинических симптомов (Уровень доказуемости 5, степень рекомендации D).

**Рекомендация 4.** Для обоснования клинического решения, прогноза клинического течения панкреати-

ти или установления очередности оказания помощи не рекомендуется использование на рутинной основе таких маркеров, как С-реактивный протеин или прокальцитонин (Уровень доказуемости 5, степень рекомендации D).

**Рекомендация 5.** Рекомендуется в случаях диагностической неопределенности на момент исходной оценки состояния после адекватной жидкостной ресуспитации для подтверждения диагноза ОП или исключения альтернативных диагнозов выполнить КТ – сканирование органов брюшной полости (с в/в контрастированием при отсутствии противопоказаний). КТ – сканирование при поступлении может также выполнять функцию исходного информационно звена при выполнении КТ исследований в последующем (Уровень доказательности 5, степень рекомендации D).

**Рекомендация 6.** Рекомендуется, чтобы для выявления местных осложнений, по возможности, КТ было отложено на 48-72 ч, поскольку ранее некроз может и не визуализироваться (Уровень доказуемости 5, степень рекомендации D).

**Вопрос 2. Должны ли пациенты с тяжелым острым панкреатитом получать антибиотики профилактически?**

**Рекомендация 7.** Рутинное профилактическое системное назначение антигрибковых или антибактериальных препаратов у пациентов с панкреонекрозом в свете неубедительных доказательств и противоречивых мнений экспертов не рекомендуется. Часть пациентов, которым необходима профилактика антибиотиками, может быть выявлена при дальнейшем исследовании (Уровень доказуемости 2в, степень рекомендации D).

**Рекомендация 8.** При лечении пациентов с панкреонекрозом рутинное применение селективной деконтаминации кишечника не рекомендуется. Необходимы дальнейшие исследования в этой области.

**Вопрос 3. Каков оптимальный способ и каково оптимальное время начала нутритивной поддержки у пациентов с тяжелым острым панкреатитом?**

**Рекомендация 9.** Для пациентов с тяжелым острым панкреатитом энтеральное питание предпочтительнее парентерального. Энтеральное питание следует начинать после исходных мероприятий интенсивной терапии. При возможности использовать интраюнальный путь введения (Уровень доказуемости 1а, степень рекомендации А).

**Рекомендация 10.** Парентеральное питание рекомендуется при условии неудачных на протяжении 5-7 дней попыток энтерального питания (Уровень доказательности 5, степень рекомендации D).

**Рекомендация 11.** Если энтеральное питание осуществляется, смесь должна быть обогащена глютамином (Уровень доказуемости 5, степень рекомендации D).

**Рекомендация 12.** Рекомендуется при проведении как парентерального, так и энтерального питания, следовать протоколу контроля гликемии (Уровень доказуемости 1в, степень рекомендации D).

**Рекомендация 13.** Не рекомендуется рутинное применение иммуноусиленных энтеральных смесей или пробиотиков (Уровень доказуемости 5, степень рекомендации D).

**Вопрос 4. Каковы показания к хирургическому вмешательству при остром панкреатите и какие сроки оптимальные? Какова роль малоинвазивных вмешательств, включая чрескожное дренирование и лапароскопию?**

**Рекомендация 14.** У пациентов с рентгенологическими признаками панкреатического некроза и клиникой инфицирования для разграничения стерильного и инфицированного некроза рекомендуется проведение тонкоигольчатой аспирации панкреатических и околопанкреатических тканей под контролем УЗИ или КТ с последующей окраской по Грамму и бактериологическим исследованием (Уровень доказуемости 5, степень рекомендации D).

**Рекомендация 15.** У пациентов со стерильным некрозом не рекомендуется удаление зон некроза и/или дренирование (Уровень доказуемости 4, степень рекомендации C).

**Рекомендация 16.** Рекомендуется удаление зон некроза или дренирование у пациентов с инфицированным панкреонекрозом и/или абсцессом, подтвержденным рентгенологическим выявлением газа или результатами тонкоигольчатой аспирации. Золотым стандартом считается проведение открытого оперативного вмешательства. Малоинвазивные методики,

включая лапароскопию и/или чрескожные вмешательства, могут быть эффективными у определенной группы пациентов (Уровень доказуемости 4, степень рекомендации C).

**Рекомендация 17.** Рекомендуется (при возможности) отсрочить выполнение оперативной некрэктоми и/или дренирования на 2-3 недели для демаркации некроза. Однако главным определяющим фактором сроков проведения вмешательства является клиническая картина (тяжесть и динамика) (Уровень доказуемости 4, степень рекомендации C).

**Вопрос 5. При каких условиях у пациентов с желчекаменным панкреатитом должно выполняться вмешательство для санации желчного потока?**

**Рекомендация 18.** У всех пациентов с тяжелым острым панкреатитом необходимо предполагать желчекаменную этиологию, и таким образом, все пациенты должны быть исследованы с использованием УЗИ и биохимических методов (Уровень доказуемости 4, степень рекомендации C).

**Рекомендация 19.** При наличии механической желтухи (или других признаков острой обструкции желчного или панкреатического протока) или острого панкреатита с подозреваемыми или подтвержденными камнями желчевыводящих путей рекомендуется выполнение urgentной эндоскопической ретроградной холецистопанкреатографии в течение 72 ч с момента появления симптомов. При технических сложностях выполнения обязательно необходимо рассмотреть альтернативные методы дренажа желчи (Уровень доказуемости 5, степень рекомендации D).

**Рекомендация 20.** При отсутствии механической желтухи, но при ОП с подозреваемыми или подтвержденными камнями желчевыводящих путей, настоятельно рекомендуется рассмотреть вопрос о проведении эндоскопической ретроградной холецистопанкреатографии в течение 72 ч от момента появления симптомов (Уровень доказуемости 1с, степень рекомендации B).

**Вопрос 6. Имеет ли смысл у пациентов с тяжелым острым панкреатитом терапия, направленная на воспалительную реакцию?**

**Рекомендация 21.** Общие поддерживающие мероприятия, применяемые у пациентов в критическом состоянии, должны применяться и у пациентов с тяжелым острым панкреатитом, поскольку эти подходы могут играть важную роль в уменьшении степени проявлений системной воспали-

тельной реакции. Таким образом, рекомендуется ранняя инфузионная терапия (Уровень доказуемости 1в, степень рекомендации А) и легочно-протективная вентиляция в случае острого легочного повреждения (Уровень доказуемости 1в, степень рекомендации А).

**Рекомендация 22.** У пациентов с тяжелым ОП при развитии или подозрении на развитие инфекции, а также у пациентов с тяжелым ОП, удовлетворяющих критериям тяжелого сепсиса, рекомендуется проведение лечения сепсиса. Данные методы терапии включают использование рекомбинантного человеческого протеина С (Уровень доказуемости 1б, степень рекомендации В). Рекомендуется взвешенное назначение рекомбинантного протеина С, что основывается на существовании теоретических предположений (но не доказанных) о возможности возникновения ретроперитонеальных кровотечений (Уровень доказуемости 5, степень рекомендации D)/

**Рекомендация 23.** Не рекомендуется использование иной иммуномодулирующей терапии, направленной на воспалительные медиаторы, накапливающиеся при тяжелом ОП, например, анти-TNF-а и Ixīrafant (Уровень доказуемости 1б, степень рекомендации А для Ixīrafant; уровень доказуемости 5, степень рекомендации D в других случаях).