

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

**КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО
ПО ОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТУ
(краткая версия)**

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
ЦЕНТР СТАНДАРТИЗАЦИИ



Астана 2013

**Клиническое руководство
по острому панкреатиту
(краткая версия)**

Основой для создания данной версии служит полная версия руководства: «Practical Guidelines for Acute Pancreatitis»

Список разработчиков полной версии руководства:
Этот документ был подготовлен и разработан R. Pezzilli, A. Zerbi, V. Di Carlo, C. Bassi. G.F. Delle Fave and the Working Group of the Italian Association for the Study of the Pancreas on Acute Pancreatitis Italian Association for the Study of the Pancreas (Рабочая группа Итальянской ассоциации по изучению поджелудочной железы при остром панкреатите), Опубликован: Pancreatology 2010;10:523–535

Цель клинического руководства:	предоставить рекомендации для врачей при диагностике, лечении и ведении пациентов с острым панкреатитом.
---------------------------------------	--

Список рабочей группы по адаптации клинического руководства:	<ol style="list-style-type: none">1. Оспанов О. Б. – заведующий кафедрой эндохирургии ФНПР и ДО, Медицинский университет Астана, Президент Казахстанской ассоциации эндоскопических хирургов, д.м.н., профессор.2. Тургунов Е.М. – заведующий кафедрой хирургических болезней № 2, Карагандинский государственный медицинский университет, д.м.н., профессор.3. Тайгулов Е.А. – заведующий кафедрой по интернатуре, Медицинский университет Астана, д.м.н., профессор.
---	--

Рецензенты клинического руководства	<p>1. Шакенов А. Д. – заведующий кафедрой хирургических болезней №1, Медицинский университет Астана, д.м.н., профессор.</p> <p>2. Туганбеков Т.У. – заведующий кафедрой хирургических болезней № 2 Медицинский университет Астана, д.м.н., профессор.</p>
--	---

Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертной Комиссии по вопросам развития здравоохранения Министерства Здравоохранения Республики Казахстан (протокол №21 от 14 декабря 2012 г.)

Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных по ведению больных с острым панкреатитом, но не реже, чем 1 раз в 4 года.

Пользователи руководства: терапевты, врачи общей практики, гастроэнтерологи, хирурги

Категория пациентов: Больные с острым панкреатитом

Ключевые слова: Острый панкреатит, диагностика, лечение

Классификация силы рекомендаций

Степень рекомендаций	Качество доказательств	Определение	Объяснение
A	Высокое	Дальнейшее исследование вероятно не изменит нашу уверенность в оценке	Оно требует минимум одного рандомизированного контролируемого испытания хорошего качества и содержащего

		эффекта	конкретную реком- ментацию
В	Среднее	Дальнейшее исследование вероятно будет иметь важное воздействие на нашу уверенность в оценке эффекта и может изменить оценку	Оно требует наличия клинических исследований без рандомизации по теме рекомендации
С	Низкое	Дальнейшее исследование вероятно будет иметь важное воздействие на нашу уверенность в оценке эффекта и вероятно изменит оценку	Оно требует доказательства из отчетов или мнений экспертного комитета, или клинического опыта признанных специалистов при отсутствии напрямую применяемых клинических исследований хорошего качества
Рекомендации			
1. Клинические проявления (боли в животе и рвота) вместе с повышением концентрации в плазме ферментов поджелудочной железы являются важным моментом диагностики.			А
2. Правильный диагноз острого панкреатита должен быть установлен у всех пациентов в течение 48 часов от поступления.			С
3. Несмотря на то, что исследование амилазы широкодоступны и обеспечивают приемлемый уровень точности диагноза, исследование липазы является предпочтительнее для диагностики острого панкреатита.			А

4. Изображение поджелудочной железы с помощью контрастной компьютерной томографии доказывает наличие или отсутствие панкреатита.	С
5. Компьютерная томография должна быть проведена через 48-72 часа от начала симптомов у пациентов с прогнозируемым тяжелым панкреатитом, поскольку доказательство некроза хорошо коррелирует с риском других местных и системных осложнений. У пациентов с сохраняющейся органной недостаточностью, признаками сепсиса, или ухудшением клинического состояния через 6-10 дней после поступления потребуется дополнительная компьютерная томография.	В
6. Ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) часто не помогает в диагностике острого панкреатита.	С
7. Оценка тяжести заболевания является жизненно необходимой для соответствующего первоначального лечения острого панкреатита.	А
8. Значения сывороточного С-реактивного белка полезны для оценки тяжести, но они могут не отражать тяжесть в течение первых 48 часов после начала заболевания.	С
9. Компьютерная томография (далее - КТ) и магнитно-резонансная томография (далее - МРТ) с контрастированием играют важную роль в оценке тяжести заболевания.	А
10. Каждая больница, в которой есть отделение неотложной помощи, должна иметь специально подготовленных специалистов для ведения больных с острым панкреатитом.	С

<p>11. Направление в крупные центры необходимо для пациентов с обширным некротическим панкреатитом или другими осложнениями, которые могут потребовать оказания помощи в отделении интенсивной терапии или проведения радиологических, эндоскопических или хирургических вмешательств.</p>	<p>В</p>
<p>12. Этиология острого панкреатита в неотложной ситуации должна быть оценена: историей болезни (камни в желчном пузыре, злоупотребление алкоголем, наркотиками, метаболические и аутоиммунные заболевания, наличие членов семьи с заболеванием, инфекции и травмы); лабораторными анализами (концентрация АЛТ в сыворотке в три раза больше нормального верхнего предела, является лучшим предиктором желчной этиологии острого панкреатита в течение 48 часов от начала болезни, но любое значительное увеличение печеночных проб может предположить желчнокаменный панкреатит), измерением кальция и триглицеридов в сыворотке и УЗИ.</p>	<p>С</p>
<p>13. Этиология острого панкреатита должна быть установлена по крайней мере в 80% случаев.</p>	<p>В</p>
<p>14. Если острый панкреатит после обследования в экстренном порядке классифицируется как идиопатический, дополнительные исследования являются оправданными. Эти исследования должны быть выполнены после стабилизации состояния.</p>	<p>С</p>

15. Достаточный объем внутривенных инфузий следует вводить быстро, чтобы восстановить дефицит объема.	A
16. Острый панкреатит сопровождается постоянной сильной болью в животе. Анальгезия имеет решающее значение.	A
17. Назогастральная аспирация через назогастральную трубку не показана у пациентов с острым панкреатитом, кроме случаев, сопровождающихся развитием паралитической кишечной непроходимости и/или частой рвотой.	B
18. H ₂ -блокаторы также не показаны, если стрессовая язва отсутствует.	C
19. Непрерывное внутривенное введение повышенной дозы ингибитора протеазы снижает уровень осложнений на ранней стадии тяжелого острого панкреатита	B
20. Энтеральное питание, начатое в ранней стадии тяжелого острого панкреатита имеет преимущества перед полным парентеральным питанием, кроме случаев, сопровождающихся паралитической кишечной непроходимостью.	A
21. Энтеральное питание возможно у большинства пациентов, но не исключено, что потребуются дополнить его парентеральным путем.	A
22. Непрерывное энтеральное белковое питание возможно у большинства пациентов. Питание через тощую кишку рекомендуется, если желудочное питание не переносится.	C

<p>23. При тяжелом остром панкреатите, возможно также комбинировать полное парентеральное питание и энтеральное питание, когда адекватная калорийность не может быть получена только энтеральным путем.</p>	<p>C</p>
<p>24. Использование антибиотиков широкого спектра действия с профилактической целью снижает уровень инфекции при некротическом панкреатите, подтвержденном КТ, но может не влиять на выживаемость.</p>	<p>A</p>
<p>25. Тем не менее, антибиотики широкого спектра действия с хорошим тканевым проникновением необходимы для предотвращения инфекции при тяжелом остром панкреатите.</p>	<p>A</p>
<p>26. При легком остром панкреатите отсутствует необходимость в энтеральном питании, если пациент может потреблять пищу после 5-7 дней; пероральный прием пищи должны быть начат, как только возможно.</p>	<p>B</p>
<p>27. Рекомендуется возобновление кормления с диетой, богатой углеводами и белком и низким содержанием жира (<30% общей калорийности).</p>	<p>C</p>
<p>28. Неотложное эндоскопическое вмешательство показано пациентам с острым панкреатитом, у которых подозревается обструкция желчного протока или там, где есть доказательства наличия холангита.</p>	<p>A</p>

<p>29. Лапароскопическая холецистэктомия, также, как и открытая, может быть выполнена после купирования желчнокаменного панкреатита, в течение одного периода госпитализации (холедохотомия и дренирование холедоха должны быть выполнены при необходимости).</p>	<p>В</p>
<p>30. Лапароскопическая холецистэктомия при легкой форме острого панкреатита, связанного с желчнокаменной болезнью, должна быть выполнена после купирования панкреатита в течение той же госпитализации.</p>	<p>В</p>
<p>31. При тяжелом остром панкреатите, связанном с желчнокаменной болезнью, холецистэктомия должна быть отложена до тех пор, пока не будет купировано воспаление и достигнуто клиническое выздоровление.</p>	<p>В</p>
<p>32. Инфицированный панкреонекроз у пациентов с клиническими признаками и симптомами сепсиса является показанием для вмешательства, включая хирургическое лечение и дренирование под контролем лучевых методов визуализации.</p>	<p>В</p>
<p>33. Тонкоигольная аспирация с гистологическим исследованием полученной ткани, должна быть выполнена, с целью дифференциальной диагностики между стерильным и инфицированным панкреонекрозом у пациентов с сепсисом.</p>	<p>В</p>

<p>34. Пациенты со стерильным панкреонекрозом должны лечиться консервативно и подвергаться оперативному вмешательству только в отдельных случаях. Например, пациенты с полиорганной недостаточностью, у которых нет улучшений, несмотря на проведенную интенсивную терапию.</p>	<p>В</p>
<p>35. Хирургия, ранее чем 14 дней после начала болезни, не рекомендуется у пациентов с некротическим панкреатитом, если нет конкретных показаний, таких как полиорганная недостаточность, которая не улучшается, несмотря на интенсивную терапию, и у пациентов с симптомами раздражения брюшины.</p>	<p>В</p>
<p>36. Некрэктомия рекомендуется в качестве оптимальной хирургической процедуры при инфицированном панкреонекрозе.</p>	<p>А</p>
<p>37. Хирургический или чрескожный дренаж должен быть выполнен при абсцессе поджелудочной железы.</p>	<p>С</p>
<p>38. Если клинические результаты лечения абсцесса поджелудочной железы не улучшаются с помощью чрескожного дренажа, хирургический дренаж должен быть выполнен немедленно.</p>	<p>В</p>
<p>39. Геморрагические псевдокисты или псевдокисты, которые не имеют тенденцию к улучшению в ответ на чрескожный или эндоскопический дренаж, подлежат хирургическому лечению.</p>	<p>С</p>

Методология написания клинического руководства

Был осуществлен поиск в базе данных PubMed по всем статьям, опубликованным с 1966 по 2007 гг., используя термин «острый панкреатит», а также в Кокрановской библиотеке и других базах данных (Science Direct, Scopus, Web of Science). Были включены 21 публикация, которые соответствуют критериям включения и рассматривают клинические вопросы, относящиеся к данной теме. При помощи консультантов канадской консалтинговой компании CSIN был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантами проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано данное клиническое руководство для адаптации рабочей группой в Казахстане. В процессе проведения адаптации были просмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.

Ссылки

www.rcrz.kz

www.karger.com/pan

Для заметок

