



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь при остром панкреатите

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **СМП51**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

Автор: В.Р. Гольцов, д.м.н., профессор, руководитель отделения панкреатологии Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Острый панкреатит (ОП) характеризуется развитием отёка поджелудочной железы (отёчный панкреатит) или первично асептического панкреонекроза (деструктивный панкреатит) с последующей воспалительной реакцией.

Острый деструктивный панкреатит имеет фазовое течение, причём каждой его фазе соответствует определённая клиническая форма.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
K85	Острый панкреатит

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причины острого панкреатита:

- злоупотребление алкоголем и острой или жирной пищей;
- желчнокаменная болезнь;
- травмы поджелудочной железы;
- нетравматические стриктуры панкреатических протоков;
- заболевания двенадцатиперстной кишки (язва, дуоденостаз).

Острый деструктивный панкреатит — это первично асептический панкреонекроз с последующей воспалительной реакцией на очаги сформировавшегося некроза. Первичными агрессивными веществами, разрушающими клеточные мембраны панкреоцитов, являются ферменты поджелудочной железы. При остром панкреатите происходит внутрипротоковая активация ферментов (в норме находятся в поджелудочной железе в неактивном состоянии) и запуск процесса формирования панкреонекроза. После этого патологический процесс приобретает лавинообразный характер с образованием и выбросом в сосудистое русло вторичных агрессивных факторов — эндотоксинов (цитокинов, кининов, нейропептидов, продуктов перекисного окисления липидов и др.), которые в свою очередь ведут к развитию эндотоксикоза и в дальнейшем определяют клинику течения заболевания.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Острый панкреатит целесообразно классифицировать по клиническому течению на:

- лёгкий;
- средний;
- тяжёлый.

Морфологические проявления, как правило, соответствуют тяжести заболевания. Отёчная форма панкреатита имеет лёгкое течение. Панкреонекрозу (в зависимости от его масштаба) соответствует среднее или тяжёлое течение.

Острый деструктивный панкреатит (т.е. панкреонекроз) имеет фазовое течение.

- Ферментативная фаза (первые 5 сут. заболевания) характеризуется формированием панкреонекроза и развитием эндотоксикоза.
- В реактивной фазе (2-я неделя заболевания) происходит реакция организма на сформировавшийся панкреонекроз в виде перипанкреатического инфильтрата.
- В фазе секвестрации (3-я неделя и более) происходит формирование секвестров и отторжение некротических тканей:
 - асептическая секвестрация (без инфицирования) — с формированием кисты поджелудочной железы;
 - септическая секвестрация (с инфицированием) — с развитием гнойных осложнений.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Внезапно появляется сильная постоянная боль в эпигастральной области и верхних отделах живота, которая иррадирует в спину или имеет опоясывающий характер. Больной острым панкреатитом часто принимает вынужденное положение («позу зародыша»), уменьшающее боль. Нередко развивается неукротимая рвота, тахикардия, гипотония, парез кишечника, острый респираторный дистресс-синдром взрослых. Гемодинамические нарушения при остром панкреатите могут быть крайне тяжёлыми, вплоть до развития шока. Выраженность общих симптомов острого панкреатита тесно связана с тяжестью заболевания, которая в значительной степени определяет его прогноз.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Диагностика

Обязательные вопросы

- В каком месте живота Вы ощущаете боль? Какой характер боли? Куда боль иррадирует? Начало боли было внезапное? Сколько времени продолжается?
- Была ли рвота? Сколько раз?
- Повышалась ли температура?
- Уменьшилось ли мочеиспускание?
- Имеются ли заболевания желчевыводящей системы?
- Сколько алкоголя в день Вы пьёте?
- Были ли раньше приступы панкреатита?
- Были ли накануне погрешность в диете, употребление большого количества алкоголя?

Осмотр и физикальное обследование

- Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения.
- Визуальная оценка цвета кожи (мраморность кожи живота и конечностей, кровоизлияния на боковых поверхностях живота и пупочной области), видимых слизистых (сухой язык).
- Исследование пульса, измерение ЧСС и АД (тахикардия, гипотония).
- Пальпация живота:
 - боль при поверхностной пальпации в верхней половине живота;
 - напряжение мышц;
 - положительные симптомы раздражения брюшины.
- Симптомы острого панкреатита:
 - Кёрте — локальное вздутие по ходу поперечной ободочной кишки и напряжение мышц передней брюшной стенки.
 - Мейо–Робсона — локализация болей в левом рёберно-позвоночном углу;
 - Воскресенского — отсутствие пульсации брюшной аорты;
 - Щёткина–Блюмберга (перитонит) — усиление болей в момент резкого отнятия производящей давление руки.
- Наличие ассоциированных симптомов: рвота, гипотония, метеоризм, анурия.

Лечение

- Обеспечение венозного доступа, мониторинг и поддержание витальных функций в соответствии с общереанимационными принципами.
- Обезболивание.
 - При боли средней интенсивности применяют спазмолитики: дротаверин в/в медленно, 40–80 мг (раствор 2% — 2–4 мл). Допустим приём нитроглицерина под язык в таблетках (0,25 мг или полтаблетки) или спрея (400 мкг или 1 доза).
 - При выраженном болевом синдроме используют ненаркотические анальгетики: в/в кеторолак 30 мг (1 мл), дозу необходимо вводить не менее чем за 15 с или в/м. (D,3)

Показания к госпитализации. Пациенты с острым панкреатитом нуждаются в госпитализации в стационарное отделение скорой медицинской помощи (приёмное отделение) специализированного стационара.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Диагностика

- 1) Основанием для установления диагноза острого панкреатита (после исключения другой хирургической патологии) является сочетание минимум двух из следующих выявленных признаков:
 - а) типичная клиническая картина (интенсивные некупируемые спазмолитиками боли опоясывающего характера, неукротимая рвота, вздутие живота; употребление алкоголя, острой пищи или наличие ЖКБ в анамнезе и др.);
 - б) УЗИ (увеличение размеров, снижение эхогенности, нечёткость контуров поджелудочной железы; наличие свободной жидкости в брюшной полости);
 - в) лабораторные показатели (гиперамилаземия, гиперамилазурия);

- 2) Параллельно с диагностикой острого панкреатита необходимо определение тяжести заболевания: тяжёлый, средний или лёгкий ОП. Наиболее важно раннее выявление тяжёлого панкреатита, результаты лечения которого во многом обусловлены сроком его начала. Признаки, характерные для тяжёлого ОП, следующие:
 - перитонеальный синдром;
 - олигурия (менее 250 мл за последние 12 часов);
 - кожные симптомы (гиперемия лица, «мраморность», цианоз);
 - систолическое артериальное давление менее 100 мм.рт.ст;
 - энцефалопатия;
 - уровень гемоглобина более 160 г/л;
 - количество лейкоцитов более 14×10^9 /л;
 - уровень глюкозы крови более 10 ммоль/л;
 - уровень мочевины более 12 ммоль/л;
 - метаболические нарушения по данным ЭКГ;
 - отсутствие эффекта от базисной терапии.

- 3) Наличие хотя бы двух признаков, перечисленных выше, позволяет диагностировать тяжёлый или среднетяжёлый ОП, который подлежит направлению в отделение реанимации и интенсивной терапии. Остальным пациентам (лёгкий ОП) показана госпитализация в хирургическое отделение стационара.

Лечение

- 1) Для лечения лёгкого панкреатита достаточно проведения базисного лечебного комплекса:

- голод;
- зондирование и аспирация желудочного содержимого;
- местная гипотермия (холод на живот);
- анальгетики;
- спазмолитики;
- инфузионная терапия в объёме 40 мл на 1 кг массы тела пациента с форсированием диуреза в течение 24-48 часов. (B,2++)

Базисную терапию целесообразно усиливать антисекреторной терапией:

- препарат выбора – сандостатин (октреотид) 100мкгх3р подкожно; (D,3)
- препарат резерва - квамател (40мгх2р в/в). (D,3)

2) При отсутствии эффекта от проводимой базисной терапии (п.1) в течение 6 часов и наличии хотя бы одного из признаков тяжёлого панкреатита (протокол диагностики п.2) следует констатировать тяжёлый/среднетяжёлый панкреатит и перевести больного в отделение реанимации и интенсивной терапии. (C,2+)

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или

	когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1 ⁺⁺ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1 ⁺ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2 ⁺⁺ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1 ⁺⁺ или 1 ⁺
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2 ⁺ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2 ⁺⁺
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2 ⁺

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1⁺⁺, 1⁺, 1⁻, 2⁺⁺, 2⁺, 2⁻, 3, 4) приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).