

Ведення хворих на гострий і хронічний панкреатит у практиці сімейного лікаря

Л.С. Бабінець

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

У статті викладено основні положення європейського (фінського національного) клінічного протоколу щодо гострого і хронічного панкреатиту у первинній медичній практиці, створеного на засадах доказовості. Використання його у клінічній практиці і у викладанні сімейної медицини у медичних вузах дозволяє забезпечити прогнозовану ефективність і безпечність процесу діагностики і лікування, а також сприяє підвищенню позитивної результативності ведення таких серйозних захворювань у клінічній практиці, як гострий і хронічний панкреатит, підвищенню рівня виживаності пацієнтів з цими нозологіями і досягненню покращення якості їхнього життя.

Ключові слова: гострий панкреатит, хронічний панкреатит, європейський клінічний протокол, первинна медична допомога, ведення хворого.

Management of patients with acute and chronic pancreatitis in family practice

L.S. Babinets

The article outlines the main provisions of the European (Finnish national) clinical protocol for acute and chronic pancreatitis in primary medical practice, which is based on evidence. Its use in clinical practice and in the teaching of family medicine in medical universities allows to provide predicted efficiency and safety of the diagnostic and treatment process, as well as contributes to the increase of the positive effect of such serious diseases in clinical practice as acute and chronic pancreatitis, increasing the survival rate of patients with these nosologies and to improve the quality of their lives.

Key words: acute pancreatitis, chronic pancreatitis, European clinical protocol, primary health care, patient management.

Ведение пациентов с острым и хроническим панкреатитом в практике семейного врача

Л.С. Бабінець

В статье изложены основные положения европейского (финского национального) клинического протокола по ведению пациентов с острым и хроническим панкреатитом в первичном звене здравоохранения, созданного на основе доказательной медицины. Использование протокола в клинической практике, а также в процессе обучения семейных врачей в высших учебных заведениях позволит обеспечить прогнозируемую эффективность и безопасность процесса диагностики и лечения, а также будет способствовать повышению позитивной результативности ведения таких серьезных заболеваний в клинической практике, как острый и хронический панкреатит, повышение уровня выживаемости пациентов с этими нозологиями и достижению улучшения качества жизни.

Ключевые слова: острый панкреатит, хронический панкреатит, европейский клинический протокол, первичная медицинская помощь, ведение больного.

Згідно з останніми епідеміологічними даними, захворюваність на хронічний панкреатит (ХП) у країнах Європи становить 4–8 випадків, а поширеність – 25 випадків на 100 тис. населення [2]. В Україні епідеміологічні показники захворюваності на ХП у 3–4 рази гірші, ніж в Європі, причому поширеність продовжує зростати (Ю.М. Степанов, 2018; Ю.О. Філіпов, 2016). За даними Інституту гастроентерології НАМН України, на сьогодні в Україні налічується близько 1 млн хворих на ХП. За останні 30 років кількість хворих на ХП збільшилась удвічі, первинна інвалідизація пацієнтів працездатного віку досягла 15,0%, смертність – 20,0% [3, 5].

Отже, поширеність, тяжкість перебігу, часте поєднання із супутньою патологією ХП вимагає постійного удосконалення діагностики, лікування та реабілітації цієї недуги. Крім того, надзвичайно важливе завдання лікаря первинної медичної допомоги (ПМД) – це вчасно діагностувати гострий панкреатит (ГП), визначити правильну тактику формування маршруту такого пацієнта, а після повернення його для динамічного спостереження і проведення реабілітації забезпечити ефективне проведення цих заходів [3, 4]. Метою діяльності лікаря ПМД щодо ГП і ХП є якість життя пацієнтів з цими недугами, профілактика загострень ХП і переходу ГП у хронічний.

Для виконання цієї мети важливим є використання під час підготовки лікаря ПМД на до- і післядипломному рівнях медичної освіти, а також у процесі практичної діяльності положень міжнародних протоколів, посилання на які наведені на сайті МОЗ України. Серед послань, що рекомендовані до практично-

го використання у клінічній практиці, заслуженою повагою і пріоритетною затребуваністю користуються європейські (фінські) клінічні протоколи, які засновані на доказовості (The Finnish Medical Society Duodecim <https://www.duodecim.fi/>) [1, 4].

Мета – продемонструвати основні положення європейського (фінського) клінічного протоколу щодо ведення пацієнтів з гострим і хронічним панкреатитом на етапі первинної медичної допомоги, що рекомендується імплементувати до системи медичної освіти і клінічної амбулаторної практики.

Основна частина

В основних положеннях протоколу щодо ГП (рекомендації ЕВМ 15.5.2017 р., Pauli Puolakkainen) констатовано, що ГП підозрюють у будь-якого пацієнта з епігастральним болем і у пацієнтів з порушенням загального стану невідомої етіології та історією вживання алкоголю [1, 4]. Визначити ГП на ранній стадії рекомендовано на підставі клінічного виявлення та визначення вмісту амілази підшлункової залози (ПЗ) у плазмі чи сечі або трипсиногену-2 (скрінг-тест). Важливим положенням є необхідність спрямовувати до центральної лікарні усіх пацієнтів з ГП, які мають порушення загального стану, інших ознак тяжкого панкреатиту або підвищеної концентрації С-реактивного протеїну (СРП) у плазмі.

Під час збору анамнезу і фізикальному огляді важливим є відпрацювання наступних пунктів:

1. Запитайте про споживання алкоголю, захворювання біліарного тракту та попередні епізоди панкреатиту.

2. Хвилеподібний епігастральний біль, який ірадіює у спину та виникає після припинення вживання алкоголю, є типовим.
3. Оцінювання загального стану є важливим.
4. Шок, дихальний дистрес, анурія та психічні порушення можуть свідчити про наявність гострого панкреатиту.
5. Визначення епігастрального напруження і утворів, що пальпуються.
6. Обстежити шкіру фланків живота і гематоми навколо пупка (ознаки Грея-Тернера або Каллена).
7. Спостерігайте за симптомами та клінічними ознаками перитоніту або парезу кишечника.

Надзвичайно важливим є ретельне оцінювання наступних **лабораторних тестів**:

- Визначення концентрації амілази ПЗ у плазмі та сечі для базової діагностики.
- Амілаза сечі більше 2000 ОД/л (амілаза Р-Аміл-Р >65 ОД/л у панкреатичній плазмі; сироваткова амілаза >300 ОД/л) дозволяє припустити наявність панкреатиту, а концентрація вище 6000 ОД/л (Р-Аміл-Р >200 ОД/л, сироваткова амілаза >900 ОД/л, >3 верхня межа контрольного значення) вважається діагностичною. Концентрації амілази не співвідносяться з тяжкістю панкреатиту.
- Визначення рівня ліпази у сироватці крові також може використовуватися під час діагностики ГП. Діагностична цінність є співставною з визначенням амілази, але рівень залишається підвищеним протягом тривалого часу (3–7 днів).
- Визначення сироваткового трипсиногену може використовуватися у діагностиці, якщо симптоми констатували протягом тривалого часу. Концентрація може залишатися збільшеною протягом декількох тижнів. Швидкий тест на трипсиноген у сечі – це відповідна допомога у діагностиці. Негативний результат тесту надійно виключає панкреатит.
- СРП плазми є хорошим тестом для оцінювання тяжкості панкреатиту, хоча концентрація не обов'язково збільшується на самому початковому етапі захворювання. Концентрація вище 100 мг/л свідчить про тяжкий панкреатит.
- Підвищення у 3 рази і вище ALT або AST свідчить про жовчнокам'яний панкреатит (рівень доказовості С).
- Якщо етіологія є невизначеною, то рекомендується визначити концентрацію тригліцеридів у плазмі і рівень кальцію плазми на початковій стадії захворювання.

Наступним етапом є оцінювання **рентгенологічних досліджень**:

- Під час диференціальної діагностики (перфоративна виразкова хвороба, кишкова непрохідність) може бути корисним просте рентгеновське обстеження органів живота.
- Ультрасонографія є корисним попереднім методом, але його корисність знижується кишковим повітрям, що запобігає надійній візуалізації ПЗ. Крім того, ультрасонографія не підходить для оцінювання тяжкості.
- Ультрасонографія та магнітно-резонансна холангіопанкреатографія (MRCP) можуть давати підказки щодо жовчних каменів як можливої етіології панкреатиту.
- Контрастна комп'ютерна томографія є найбільш точним методом візуалізації для діагностики та оцінювання тяжкості панкреатиту. Перед уведенням контрастного засобу необхідно перевірити функцію нирок у пацієнта.

Визначення **тактики лікаря ПМД** щодо ГП є важливим етапом ведення хворого, дозволяє правильно сформулювати маршрут пацієнта. Треба враховувати наступні положення:

- Навіть нетяжкий гострий панкреатит слід вести у лікарні через ризик ускладнень.
- Достатня рання швидка регідратація є основою консервативного лікування. Навіть легкий панкреатит викли-

кає зневоднення, а мінімальна потреба у рідині протягом перших 24 год становить 4–5 л. Реабілітація рідини продовжується відповідно до клінічного стану та виходу сечі. Глюкозо-сольові розчини є найбільш придатними.

- Адекватна аналгезія та спостереження є важливою частиною лікування.
 - Застосування протимікробних препаратів. Інші ліки та назогастральне відсмоктування не впливають на одужання. Назогастральна трубка може бути використана, якщо у пацієнта сильне блювання внаслідок кишкового парезу.
 - Реакція на плазмовий СРП і глюкозу, основний аналіз крові з тромбоцитами; кальцій у плазмі крові, натрій та калій слід визначати щодня.
 - Достатня регідратація забезпечується внутрішньовенними вливаннями при одночасному моніторингу діурезу, пероральне харчування починається якнайшвидше (рівень доказовості В).
 - Втручання при **жовчнокам'яному панкреатиті** термінове (протягом першого дня) – сфінктеротомія та видалення жовчних каменів із загального жовчного протоку на ERCP покращує прогноз при тяжкому панкреатиті, якщо є ознаки ураження жовчних шляхів або холангіту (рівень доказовості В).
 - Лікування **некротичного панкреатиту** слід проводити у центрі спеціалізованої допомоги з найкращим досвідом і готовністю до інтенсивної терапії через ризик ускладнень та значної смертності.
 - Симптоми тяжкого панкреатиту, пов'язані з пошкодженням органів, включають перитоніт, дихальний дистрес, анурія та психічні порушення.
 - Висока концентрація СРП у плазмі крові (вище 100 мг/л), разом із клінічним станом, ураженням багатьох органів, а також інформацією, отриманою шляхом контрастної комп'ютерної томографії, є найбільш точним показником тяжкого панкреатиту.
 - Лікування некротичного панкреатиту було змінено на користь консервативного підходу, включаючи агресивну регідратацію (на початковій стадії до 6–8 л/добу) та консервативні заходи, що підтримують серцево-судинну та дихальну функцію (при реанімації).
 - Хірургічне втручання все ще може бути показано.
 - Основним показанням для операції є інфікований некроз ПЗ.
 - У сучасному «посиленому підході» способи лікування прогресують від радіологічних дренажних процедур до необхідної малоінвазивної або відкритої хірургії.
 - Внутрішньочеревний тиск як ускладнення тяжкого панкреатиту може порушувати дихальну функцію та діурез.
 - Згідно з нещодавнім досвідом, при виявленні синдрому органів черевної порожнини, коли внутрішньочеревний тиск підвищений до 25–35 мм рт.ст., необхідно проводити лапаротомію і залишити черевну порожнину відкритою, щоб розпочати лікування методом «відкритий живіт».
- Основні положення, які лікар ПМД має брати до уваги під час діагностики ХП, що визначаються згідно з фінським протоколом ведення хворого на ХП в амбулаторній практиці (рекомендації ЕВМ 15.5.2017; остання зміна 15.5.2017; автор – Reuolakkainen) [1, 4, 5]:
- вживання алкоголю перед виникненням захворювання;
 - ХП позиціонується як причина повторного болю у животі, схуднення та діареї;
 - виявлення цукрового діабету (ЦД) на ранній стадії у пацієнтів з ХП. Будьте обережні, щоб не викликати гіпоглікемію у пацієнтів з інсуліном;
 - ХП пов'язаний із підвищеним ризиком раку ПЗ.

Під час визначення етіології ХП рекомендовано врахувати наступні моменти:

1. Повторні гострі панкреатити можуть призвести до ХП.
2. Алкоголь є причинним фактором у 90% випадків. За рідкісним винятком пацієнт споживає 150–175 г чистою алкоголю щодня протягом 10–15 років перед початком захворювання.
3. Жовчнокам'яна хвороба.
4. Метаболічні розлади (гіпертригліцеридемія, гіперпаратиреоз).
5. Спадковий ХП (спадкова кальцифікація ПЗ).
6. Аутоімунна форма ХП з первинним склерозуючим холангітом, первинним біліарним цирозом і синдромом Шогрена.

Основними значущими симптомами є:

- біль у животі, який ірадіює у спину, що може призвести до нудоти та блювання;
- втрата маси тіла,
- жовтяниця,
- біль, що виникає внаслідок збільшення протокового тиску та неврити;
- у межах приблизно 8 років у 50% пацієнтів розвивається ендокринна і екзокринна недостатність, яка виявляється як стеаторея, втрата маси тіла і діабет.

Діагностика на рівні ПМД включає наступні кроки:

- Під час нападів болю можуть збільшуватися кількість амілази у плазмі/сечі, трипсиногену-2 у сечі, кількість лейкоцитів у крові та СРП.
- Концентрації у плазмі лужної фосфатази та білірубину збільшуються при біліарній обструкції.
- Необхідно визначити рівень глюкози у крові на випадок ЦД.
- СА 19-9 антиген в якості диференціального діагностичного тесту.
- Визначення фекальної еластази-1 є найлегшим дослідженням, якщо підозрюється ХП.
- Інші тести на екзокринну недостатність ПЗ.
- Ультразвукове дослідження для виявлення кальцифікації у ПЗ та для оцінювання стану її протоки, комп'ютерна і магнітно-резонансна томографія (MRCP) в якості подальших досліджень.

Консервативне лікування на етапі ПМД має включати наступні заходи:

- Пацієнт повинен відмовитися від вживання алкоголю негайно і повністю.
- Лікування ЦД.
- Дози інсуліну часто повинні бути невеликими (гіпоглікемія зазвичай розвивається легко).
- Невеликі порції їжі показані у разі болю та стеатореї. Дієта повинна бути з низьким вмістом жиру без клітковини. У раціоні рекомендовані ненасичені жирні кислоти.

- Замісна терапія ферментами показана, якщо 24-годинний фекальний жир становить >15 г. Ефект заміщення ферменту на біль не доведено (рівень доказовості D).
- Відповідні анальгетики.
- Гострий напад при ХП.
- Лікують, перш за все, як легкий ГП.
- Консервативне лікування.
- Достатня кількість регідрації.
- Анальгетики.
- Повторний сильний біль та ускладнення, такі, як псевдокісти, є показаннями для ендоскопічного або хірургічного лікування при ХП.

Показання для консультивання спеціалістами, які необхідно відпрацювати при виявленні ХП:

- Діагноз ХП базується на візуалізації (КТ, МРТ, ЕРХПГ, ендоскопічне ультразвукове дослідження).
- Підтвердження діагнозу, включаючи диференціальну діагностику (у тому числі рак ПЗ), часто вимагає госпіталізації до стаціонару для обстеження.
- Періодичні напади сильного болю.
- Лікування в лікарні: ЕРХПГ та стентування / Puestow's lateral vircungeojejunostomy – латеральна вірсунгоєюностомія за Пуестовим.

Підозрювані ускладнення:

- псевдокісти ПЗ (симптоми: біль, обструкція кишечника, біліарна обструкція; лікування: ЕРХПГ і стентування / ендоскопічна або оперативна псевдокістогастротомія / резекція ПЗ);
- псевдокіста ПЗ / кровотеча з псевдоаневризми (лікування: ендоскопічне нагрівання або оперативне лікування);
- панкреатичні нориці (лікування: ендоскопічне / оперативне);
- інфікування псевдокісти ПЗ (лікування: дренажування та антибіотики);
- біліарна обструкція (лікування: ЕРХПГ та стентування).

ВИСНОВКИ

Використання положень європейського (фінського національного) клінічного протоколу щодо гострого і хронічного панкреатиту у первинній медичній практиці, створеного на засадах доказовості, у клінічній практиці і у викладанні сімейної медицини у медичних вузах є потребою часу. Це дозволяє забезпечити прогнозовану ефективність і безпечність процесу діагностики і лікування, а також сприяє підвищенню позитивної результативності ведення таких серйозних захворювань у клінічній практиці, як гострий і хронічний панкреатит, підвищення рівня виживаності пацієнтів з цими нозологіями і досягненню поліпшення якості їхнього життя.

Сведения об авторе

Бабинец Лилия Степановна – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики-семейной медицины ГБУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», 46001, г. Тернополь, площадь Воли, 1; тел.: (067) 352-07-43. E-mail: lilyababinets@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. The Finnish Medical Society Duodecim <https://www.duodecim.fi/>.
2. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / за ред. Ю.М. Мостового. – 25-те вид.
3. Бараков А.Г. Лечение больных хроническим панкреатитом в амбулаторно-поликлинических условиях / А.Г. Бараков // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2017. – № 5. – С. 71–72.
4. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision. Geneva: World Health Organization; 2004 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>, accessed 6 May 2015).
5. Nair R.J., Lawler L., Miller M.R. Chronic Pancreatitis // Am Fam Physician. – 2017. – Vol. 76. – № 11. – P. 1679–1688.

Статья поступила в редакцию 09.04.2019

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ (ОДНА АБО ДЕКІЛЬКА ПРАВИЛЬНИХ ВІДПОВІДЕЙ)

1. Урахування якого чинника не є обов'язковим під час визначення етіології хронічного панкреатиту?

- Повторні гострі панкреатити в анамнезі
- Вживання у великій дозі чи постійне споживання у дозі 150–175 г чистого алкоголю щодня протягом 10–15 років перед початком захворювання
- Жовчнокам'яна хвороба
- Метаболічні розлади (гіпертригліцеридемія, гіперпаратиреоз)
- Аліментарне ожиріння.

2. Консервативне лікування на етапі ПМД не обов'язкове та має включати наступний захід:

- Пацієнт повинен відмовитися від вживання алкоголю негайно і повністю
- Адекватне лікування цукрового діабету
- Замісна терапія ферментами показана, якщо 24-годинний фекальний жир становить > 15 г
- Інгібітори протонної помпи в адекватній дозі
- Дієта повинна бути з низьким вмістом жиру без клітковини.

3. Яке положення щодо харчування при хронічному панкреатиті є сумнівним?

- Необхідно виключити м'ясні продукти
- Невеликі порції їжі показані у разі болю та стеатореї
- Не рекомендовано міцні бульйони і відвари
- Дієта повинна бути з низьким вмістом жиру без клітковини
- Ненасичені жирні кислоти рекомендовані у раціоні.

4. Методом візуалізації під час установлення діагнозу ХП не може виступати:

- Комп'ютерна томографія ОЧП
- Ехокардіографія
- Магнітно-резонансна томографія ОЧП
- ЕРХПГ
- Ендоскопічне ультразвукове дослідження ОЧП.

5. До можливих ускладнень ХП не належить:

- Псевдокісти ПЗ
- Псевдокіста ПЗ з кровотечею з псевдоаневризми
- Панкреатичні нориці
- Інфікування псевдокісти ПЗ
- Первинний склерозуючий холангіт.

6. Не є діагностичною лабораторною ознакою загострення ХП:

- Збільшення кількості амілази у плазмі/сечі
- Збільшення вмісту трипсиногену-2 у сечі
- Збільшення кількості лейкоцитів у крові та С-реактивного протеїну
- Збільшення тропонінів у сироватці крові
- Збільшення у плазмі лужної фосфатази та білірубину при міліарному ХП.

7. «Золотим стандартом» визначення наявності і глибини зовнішньосекреторної недостатності ПЗ при ХП є наступний тест:

- Визначення рівня глюкози в крові
- Визначення СА 19-9 антигена
- Визначення фекальної еластази-1
- Збільшення кількості амілази у плазмі/сечі
- Збільшення вмісту трипсиногену-2 у сечі.

8. Виконання якого лабораторного тесту не є першочергово важливим під час діагностики гострого панкреатиту?

- Визначення рівня сечової кислоти у крові
- Визначення концентрації амілази ПЗ у плазмі та сечі
- Визначення рівня ліпази у сироватці крові
- Визначення сироваткового трипсиногену, швидкий тест на трипсиноген у сечі
- С-реактивний протеїн плазми є хорошим тестом для оцінювання тяжкості панкреатиту.

Журнал «Сімейна медицина» індексується та/або представлений тут:

- Бібліометрика української науки (Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського);
- Science Index (eLIBRARY.RU);
- Crossref;
- Google Scholar/Academia;
- WorldCat;
- OpenAIRE.

