УДК 616.37-002.2-08:616-083.98

РЕАНИМАЦИОННО-ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ И ВОЗМОЖНОСТИ

Озодбеков Юсуфбек Шавкатбек угли

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи, ассистент

АННОТАЦИЯ

Острый панкреатит представляет собой острое воспалительное заболевание поджелудочной железы, которое в тяжёлых случаях может сопровождаться системной воспалительной реакцией, полиорганной дисфункцией и необходимостью лечения в отделении интенсивной терапии. Цель настоящей обзорной статьи — обобщить современные принципы реанимационно-интенсивной терапии пациентов с острым панкреатитом с акцентом на раннюю оценку тяжести, целенаправленную инфузионную терапию, органную поддержку, нутритивное обеспечение и своевременное лечение осложнений. Проведён описательный обзор международных клинических рекомендаций и рецензируемых публикаций по ведению острого панкреатита. Рассмотрены динамическая оценка гемодинамики и органной функции, осторожное применение кристаллоидных растворов с повторной оценкой ответа, обезболивание, поддержка дыхания и почечной функции, раннее энтеральное питание при переносимости, а также ограниченное применение антибиотиков по клиническим показаниям. Отдельное внимание уделено распознаванию стойкой органной недостаточности и осложнений, требующих мультидисциплинарного подхода. Современная тактика предполагает индивидуализацию лечения и отказ от неконтролируемой избыточной инфузии, рутинной профилактической антибиотикотерапии и неоправданного раннего парентерального питания.

Своевременная стратификация риска, частая переоценка состояния и лечение в соответствии с доказательными рекомендациями являются основой улучшения исходов у пациентов с тяжёлым острым панкреатитом.

Ключевые слова: острый панкреатит; отделение интенсивной терапии; инфузионная терапия; органная недостаточность; энтеральное питание; обезболивание; некротический панкреатит.

INTENSIVE CARE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS: CURRENT PRINCIPLES AND OPTIONS

Author: Yusufbek Shavkatbek o‘g‘li Ozodbekov; Assistant, Department of Anesthesiology, Reanimatology and Emergency Medical Care, Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

Abstract: Acute pancreatitis is an inflammatory disease of the pancreas that, in severe cases, may be accompanied by a systemic inflammatory response, multiple-organ dysfunction, and the need for treatment in an intensive care unit. This review aims to summarize current principles of intensive care management of acute pancreatitis, focusing on early severity assessment, goal-directed fluid therapy, organ support, nutritional care, and timely management of complications. A narrative review of international clinical guidelines and peer-reviewed publications on acute pancreatitis management was conducted. The review discusses dynamic assessment of hemodynamics and organ function, cautious administration of crystalloid solutions with repeated reassessment, analgesia, respiratory and renal support, early enteral nutrition when tolerated, and the restricted use of antibiotics according to clinical indications. Particular attention is paid to persistent organ failure and complications requiring a multidisciplinary approach. Current management emphasizes individualized treatment and avoidance of uncontrolled fluid overload, routine prophylactic antibiotic therapy, and unjustified early parenteral nutrition. Timely risk stratification, frequent reassessment, and care consistent with evidence-based

recommendations are central to improving outcomes in patients with severe acute pancreatitis.

Keywords: acute pancreatitis; intensive care unit; fluid therapy; organ failure; enteral nutrition; analgesia; necrotizing pancreatitis

АКТУАЛЬНОСТЬ

Острый панкреатит относится к частым причинам экстренной госпитализации по поводу острых заболеваний органов брюшной полости. Клиническое течение варьирует от лёгкого интерстициально-отёчного процесса до тяжёлого заболевания с некрозом поджелудочной железы, дыхательной, сердечно-сосудистой и почечной дисфункцией. Согласно пересмотренной классификации Atlanta, тяжесть заболевания определяется прежде всего наличием и продолжительностью органной недостаточности, а также местными и системными осложнениями [1].

Пациентам с признаками гиповолемии, нарушением гемодинамики, гипоксемией, олигурией или развивающейся органной дисфункцией необходимы интенсивное наблюдение и своевременная поддержка жизненно важных функций. При этом чрезмерная инфузионная нагрузка может привести к перегрузке объёмом, ухудшению газообмена и повышению внутрибрюшного давления. Поэтому современный подход предполагает не автоматическое введение больших объёмов жидкости, а индивидуальную инфузионную терапию с регулярной оценкой клинического ответа [2,3].

Цель статьи — обобщить современные принципы реанимационно-интенсивной терапии при остром панкреатите и выделить ключевые направления профилактики и коррекции органной недостаточности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Подготовлен описательный обзор клинических рекомендаций и рецензируемых публикаций, посвящённых лечению острого панкреатита, инфузионной терапии, нутритивной поддержке и ведению пациентов с органной недостаточностью. В основу обзора положены международные рекомендации American College of Gastroenterology, пересмотренная классификация Atlanta, рекомендации ESPEN по клиническому питанию, а также исследования по стратегии инфузионной терапии. Настоящая работа является обзорной: собственная клиническая выборка, экспериментальные данные и статистический анализ не проводились.

Материалы сгруппированы по направлениям: оценка тяжести и мониторинг; инфузионная и гемодинамическая поддержка; обезболивание и органная поддержка; питание; антибиотикотерапия и лечение осложнений. Практические решения должны приниматься лечащей командой с учётом клинической картины, сопутствующих заболеваний и действующих национальных протоколов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

1. Ранняя оценка тяжести и мониторинг

При поступлении необходимо оценить гемодинамику, уровень сознания, частоту дыхания, сатурацию кислорода, диурез, признаки дегидратации и возможной органной недостаточности. Лабораторная оценка обычно включает общий анализ крови, электролиты, мочевину и креатинин, глюкозу, печёночные показатели и маркеры воспаления по клиническим показаниям. Важна повторная оценка в первые 24–48 часов: тяжесть заболевания не всегда можно достоверно определить по одному показателю при поступлении [1,2].

К признакам высокого риска относятся сохраняющаяся гипотензия, нарастающая потребность в кислороде, олигурия, ухудшение функции почек, нарушение сознания и признаки системной воспалительной реакции. При подозрении на стойкую органную недостаточность показаны лечение в отделении

интенсивной терапии и раннее привлечение специалистов соответствующего профиля. Мониторинг должен быть направлен не только на отдельные лабораторные значения, но и на динамику перфузии, дыхательной функции и общего состояния.

2. Инфузионная терапия и гемодинамическая поддержка

Инфузионная терапия направлена на коррекцию внутрисосудистого дефицита объёма и поддержание тканевой перфузии. В большинстве случаев предпочтение отдаётся изотоническим кристаллоидным растворам; сбалансированные растворы могут рассматриваться с учётом клинической ситуации и локального протокола. Объём и скорость введения определяются по исходной гемодинамике, сопутствующим сердечным и почечным заболеваниям, диурезу, лабораторным данным и ответу на начальное лечение [2,3].

После каждого этапа инфузии необходимо повторно оценивать артериальное давление, частоту сердечных сокращений, периферическую перфузию, диурез, дыхание и признаки перегрузки жидкостью. При отсутствии ответа на инфузию следует пересмотреть причину нестабильности, а не продолжать введение жидкости автоматически. Исследование WATERFALL показало, что агрессивная инфузионная стратегия при остром панкреатите увеличивала риск перегрузки жидкостью без улучшения клинических исходов по сравнению с умеренной стратегией [3]. Поэтому чрезмерная инфузия не должна рассматриваться как универсальный стандарт.

При сохраняющейся гипотензии после адекватной оценки объёмного статуса необходимо рассмотреть другие причины шока, включая сепсис, кровотечение, кардиальную дисфункцию и внутрибрюшную гипертензию. Вазоактивная поддержка и расширенный гемодинамический мониторинг применяются по показаниям в условиях интенсивной терапии.

3. Дыхательная и почечная поддержка

Дыхательная недостаточность может развиваться вследствие системного воспаления, плеврального выпота, ателектазов, острого респираторного дистресс-синдрома или перегрузки жидкостью. При гипоксемии следует обеспечить кислородную поддержку и регулярно оценивать её эффективность. Неинвазивная респираторная поддержка может применяться у тщательно отобранных пациентов, тогда как при прогрессирующей дыхательной недостаточности, нарушении защиты дыхательных путей или истощении дыхательной мускулатуры может потребоваться интубация и искусственная вентиляция лёгких.

При проведении ИВЛ следует придерживаться защитной вентиляционной стратегии и избегать неоправданно высоких дыхательных объёмов и давлений. Необходимо учитывать риск перегрузки жидкостью и абдоминальной гипертензии, которые способны ухудшать механику дыхания.

Почечная дисфункция требует динамического контроля диуреза, креатинина, электролитов и кислотно-основного состояния. Коррекция гиповолемии должна сочетаться с предотвращением перегрузки жидкостью и исключением нефротоксических воздействий, насколько это возможно. Заместительная почечная терапия рассматривается при стандартных клинических показаниях, например при рефрактерных электролитных нарушениях, тяжёлом ацидозе, перегрузке объёмом или уремических осложнениях.

4. Обезболивание и нутритивная поддержка

Адекватное обезболивание является важной частью лечения, поскольку выраженная боль усиливает стрессовую реакцию и затрудняет дыхание и мобилизацию. Выбор анальгетика зависит от интенсивности боли, функции почек и печени, гемодинамики и риска нежелательных эффектов. Необходимо регулярно оценивать эффективность обезболивания и сочетать медикаментозные меры с поддерживающим уходом.

При лёгком остром панкреатите пероральное питание может быть возобновлено рано, как только пациент переносит пищу и нет клинических противопоказаний. При тяжёлом течении, когда пероральное питание невозможно, предпочтительно раннее энтеральное питание через зонд, если желудочно-кишечный тракт функционирует. Энтеральный путь помогает поддерживать кишечный барьер и обычно предпочтительнее рутинного раннего полного парентерального питания. Парентеральное питание рассматривают, когда энтеральный путь противопоказан или не обеспечивает потребности пациента [4].

Питание следует адаптировать к переносимости, нутритивному риску и метаболическим потребностям. Нет необходимости автоматически выдерживать длительное голодание до полного исчезновения боли или нормализации всех ферментов, если клиническое состояние позволяет безопасно возобновить питание.

5. Антибиотики и лечение осложнений

Профилактическое назначение антибиотиков при стерильном панкреонекрозе не рекомендуется. Антибиотикотерапия показана при подтверждённой или обоснованно предполагаемой инфекции, включая инфицированный некроз, холангит, пневмонию, инфекцию мочевых путей или другую установленную бактериальную инфекцию. Выбор препарата определяется вероятным очагом, локальной резистентностью, тяжестью состояния и результатами микробиологических исследований.

При инфицированном некрозе предпочтителен мультидисциплинарный подход с участием специалистов интенсивной терапии, гастроэнтерологов, хирургов, эндоскопистов и интервенционных радиологов. У стабильных пациентов инвазивное вмешательство нередко можно отложить до формирования отграниченного некроза, если это клинически допустимо. Необходимость и сроки

вмешательства определяются состоянием пациента, наличием инфекции, анатомией осложнения и ответом на консервативное лечение [2,5].

Следует также выявлять и лечить причину панкреатита, например билиарную обструкцию или метаболические нарушения, когда это применимо. При билиарном панкреатите срочная эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография не требуется всем пациентам; её необходимость определяется наличием холангита или сохраняющейся билиарной обструкции.

6. Организация помощи в отделении интенсивной терапии

Оптимальная помощь требует согласованной работы реаниматолога, хирурга, гастроэнтеролога, специалиста по питанию, эндоскописта и радиолога. Важны стандартизированные протоколы первичной оценки, регулярная переоценка органной функции, контроль баланса жидкости, ранняя мобилизация при возможности и профилактика осложнений длительного пребывания в отделении интенсивной терапии.

Качество лечения следует оценивать не по объёму введённой жидкости или количеству назначенных препаратов, а по динамике органной функции, переносимости питания, частоте осложнений и клиническим исходам. Решения должны корректироваться по мере изменения состояния пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реанимационно-интенсивная терапия острого панкреатита должна быть направлена на раннее выявление органной недостаточности, поддержание тканевой перфузии и дыхания, адекватное обезболивание, своевременное питание и лечение установленных осложнений. Инфузионная терапия требует индивидуального подхода с повторной оценкой ответа и предупреждением перегрузки жидкостью. Рутинная профилактическая антибиотикотерапия при стерильном некрозе и необоснованное откладывание питания не соответствуют

современному доказательному подходу. При тяжёлом течении необходимы раннее лечение в отделении интенсивной терапии и мультидисциплинарное взаимодействие. Соблюдение актуальных рекомендаций и динамическая оценка состояния пациента являются ключевыми условиями безопасного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013;62(1):102–111. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302779
2. Tenner S, Vege SS, Sheth SG, et al. American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2024;119(3):419–437. https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002645
3. de-Madaria E, Buxbaum JL, Maisonneuve P, et al. Aggressive or Moderate Fluid Resuscitation in Acute Pancreatitis. N Engl J Med. 2022;387:989–1000. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2202884
4. Arvanitakis M, Ockenga J, Bezmarevic M, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in acute and chronic pancreatitis. Clin Nutr. 2020;39(3):612–631. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.01.004
5. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. World J Emerg Surg. 2019;14:27. https://doi.org/10.1186/s13017-019-0247-0
6. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Pancreatology. 2013;13(4 Suppl 2):e1–e15. https://doi.org/10.1016/j.pan.2013.07.063
7. van Dijk SM, Hallensleben NDL, van Santvoort HC, et al. Acute pancreatitis: recent advances through randomised trials. Gut. 2017;66(11):2024–2032. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2016-313595

8. National Institute for Health and Care Excellence. Pancreatitis. NICE guideline NG104. https://www.nice.org.uk/guidance/ng104