

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00208&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00208. Гострий панкреатит

Автор: Pauli Puolakkainen  
Редактор оригінального тексту: Jukka Pekka Jousimaa  
Дата останнього оновлення: 2017-05-15

## Основні положення

- Гострий панкреатит підозрюють у кожного пацієнта з болем в епігастрії, а також у пацієнтів, у яких поганий загальний стан невідомої етіології та в анамнезі є вживання алкоголю.
- Гострий панкреатит виявляють на ранній стадії на підставі клінічної картини та визначення панкреатичної амілази в плазмі чи сечі або показника трипсиногену-2 (тестом-смужкою).
- До централізованого стаціонару слід направляти всіх пацієнтів з гострим панкреатитом, які мають:
  - погіршений загальний стан чи інші ознаки важкого панкреатиту або
  - явно підвищену концентрацію СРБ в плазмі.

## Анамнез та фізикальне обстеження

- Розпитайте про вживання алкоголю, захворювання жовчовивідних шляхів або попередні епізоди панкреатиту.
- Типово спостерігається оперізуючий біль в епігастрії з іррадіацією в спину, що починається після припинення вживання алкоголю.
- Загальний стан — найважливіший показник.
- Шок, респіраторний дистрес, анурія та сплутаність свідомості можуть вказувати на важкий панкреатит.

- Слід відмітити болючість в епігастрії та наявність утворень, що визначаються при пальпації.
- Огляньте шкіру фланків живота та пупа на наявність гематом (симптом Грея — Тернера або Каллена).
- Зверніть увагу на наявність симптомів та клінічних проявів перитоніту або паралічу кишківника.

## Лабораторні дослідження

- Визначення концентрацій панкреатичної амілази плазми та амілази сечі підходить для базової діагностики.
- Амілаза сечі вище 2 000 од./л (або панкреатична амілаза плазми P-Amyl-P > 65 од./л; сироваткова амілаза > 300 МО/л) вказують на панкреатит, концентрації вище 6 000 од./л (P-Amyl-P > 200 од./л, сироваткова амілаза > 900 МО/л, > 3 × верхня границя референсного діапазону) вважаються діагностичними. Концентрації амілази не корелюють з важкістю панкреатиту.
- Для діагностики гострого панкреатиту також можна використовувати вимірювання сироваткової ліпази. Її діагностична цінність аналогічна показникам амілази, але рівень залишається підвищеним впродовж більш тривалого часу (3–7 діб).
- Визначення трипсिनогену в сироватці можна використовувати під час діагностики, якщо симптоми тривали довгий час. Його концентрація може залишатись підвищеною до декількох тижнів.
- Швидкий тест сечі на трипсिनоген — прийнятний допоміжний метод діагностики. Негативний результат тесту надійно виключає панкреатит.
- Визначення СРБ — хороший тест для оцінки важкості панкреатиту, хоча його концентрація не обов'язково буде підвищеною на дуже ранній стадії захворювання. Концентрація вище 100 мг/л вказує на важкий панкреатит.
- Значно підвищенні (3 ×) АЛТ або АСТ вказують на жовчнокам'яний панкреатит [доказ 1С]<sup>602444</sup>
- Якщо етіологія неясна, рекомендується визначити концентрації кальцію плазми і тригліцеридів плазми натще вже на ранній стадії захворювання.

## Радіологічні дослідження

- Стандартна рентгенографія органів черевної порожнини може бути корисною для диференційної діагностики (з перфоративною пептичною виразкою, кишковою непрохідністю).
- Ультразвукове дослідження — хороший метод попередньої діагностики, але його корисність знижена за наявності газів в кишечнику, що перешкоджають надійній візуалізації підшлункової залози. Більш того, ультразвукове дослідження не підходить для оцінки важкості. Ультразвукове дослідження та магнітно-резонансна холангіопанкреатографія (МРХПГ) можуть надати відомості про наявність жовчних каменів як можливої етіології панкреатиту.
- Комп'ютерна томографія з контрастним підсиленням — найбільш точний візуалізаційний метод діагностики та оцінки важкості панкреатиту. Перед тим як вводити контрастну речовину, слід перевірити ниркову функцію пацієнта.

## Лікування панкреатиту легкого ступеня

- Навіть панкреатит легкого ступеня потребує спостереження в умовах стаціонару через ризик ускладнень.
- Основою консервативного лікування є рання інтенсивна регідратаційна терапія в достатньому обсязі. Навіть панкреатит легкого ступеня викликає зневоднення, тому мінімальна потреба в рідині протягом перших 24 годин складає 4–5 літрів. Інтенсивну регідратаційну терапію продовжують відповідно до клінічного стану та показників діурезу. Найбільш підходять для цього розчини глюкози та хлориду натрію.
- Адекватне знеболення та подальше спостереження — важливі частини лікування.
- Щодо вживання протимікробних лікарських засобів, інших ліків та назогастральної аспірації не було продемонстровано впливу даних методів на одужання від цього захворювання. Назогастральний зонд можна застосовувати у випадку, якщо в пацієнта є профузне блювання через параліч кишечника.
- Слід щоденно визначати концентрацію СРБ та глюкози в плазмі, робити загальний аналіз крові з кількістю тромбоцитів, вимірювати концентрацію кальцію, натрію та калію в плазмі.

- Достатню регідrataцію забезпечують шляхом внутрішньовенних інфузій з паралельним моніторингом діурезу, а ентеральне харчування розпочинають якомога раніше [доказ L00868 | B].

## Втручання з приводу жовчнокам'яного панкреатиту

- За наявності ознак непрохідності жовчовивідних шляхів або холангіту невідкладна (в першу добу) сфінктеротомія з вилученням жовчних каменів із загальної жовчної протоки під контролем ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії покращує прогноз при важкому панкреатиті [доказ L07055 | B].

## Панкреонекроз

- Лікування панкреонекрозу має проводитися в спеціалізованих відділеннях, що мають найкращий досвід та готовність до інтенсивної терапії через ризик ускладнень та значний рівень смертності.
- Симптоми важкого панкреатиту, що пов'язані з ушкодженням органів, включають спричинений перитонітом шок, респіраторний дистрес, анурію та сплутаність свідомості.
- Найбільш точним показником важкого панкреатиту є висока концентрація СРБ в плазмі (вище 100 мг/л) в комплексі з клінічним станом, поліорганною недостатністю чи поліорганним ураженням, а також інформацією, отриманою за допомогою комп'ютерної томографії з контрастним підсиленням.
- Лікування панкреонекрозу змінилось в бік консервативного підходу, що включає агресивну інтенсивну регідrataційну терапію (на початковому етапі до 6–8 л/добу) та консервативні заходи з підтримання функції серцево-судинної та дихальної систем (в умовах інтенсивної терапії). Однак, все ж можуть бути показання до хірургічного втручання. Первинними показаннями для хірургічного втручання є інфекція або некроз підшлункової залози. Згідно з сучасним «покроковим підходом» вживають методи лікування від найменш інвазивних, тобто дренажування під контролем візуалізаційних методик, до міні-інвазивних чи відкритих хірургічних втручань за необхідності.

- В якості ускладнення важкого панкреатиту можливе підвищення внутрішньочеревного тиску з порушенням дихальної функції та діурезу. Відповідно до останнього досвіду лікування так званого абдомінального компартмент-синдрому, коли внутрішньочеревний тиск підвищується до 25–35 мм рт. ст., корисно виконати лапаротомію та залишити черевну порожнину незашитою, розпочинаючи таким чином лікування так званим методом «відкритого живота».

## Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 00235 | Acute pancreatitis – Rel...\]](#)
- Інші огляди доказових даних [\[пов'язані 00235 | Acute pancreatitis – Rel...\]](#)
- Література [\[пов'язані 00235 | Acute pancreatitis – Rel...\]](#)

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 02444](#). Predicting gallstone pancreatitis with laboratory parameters.  
Дата оновлення: 2003-08-11  
Рівень доказовості: C  
Резюме: In patients with pancreatitis, an elevated (3 x) serum ALT or AST level may predict gallstone pancreatitis.
- [Доказовий огляд 00868](#). Enteral versus total parenteral nutrition for acute pancreatitis.  
Дата оновлення: 2010-09-01  
Рівень доказовості: B  
Резюме: In patients with acute pancreatitis, enteral nutrition appears to reduce mortality, multiple organ failure, systemic infections, and the need for operative interventions compared to total parenteral nutrition.
- [Доказовий огляд 07055](#). Early routine endoscopic retrograde cholangiopancreatography strategy versus early conservative management strategy in acute gallstone pancreatitis.  
Дата оновлення: 2012-09-14  
Рівень доказовості: B  
Резюме: In patients with acute gallstone pancreatitis and co-existing cholangitis or biliary obstruction, early ERCP appears to reduce mortality and local or systemic complications. There may be no benefit in early routine ERCP for all patients

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: ebm00208    Ключ сортування: 009.030    Тип: EBM Guidelines

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-05-15

---

---

Автор(и): Pauli Puolakkainen Автор(и) попередніх версій статті: Tom Schröder Редактор(и): Jukkapekka Jousimaa  
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd  
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

---

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Surgery Gastroenterology Internal medicine

---

Ключові слова індексу

mesh: Pancreatitis mesh: Fluid Therapy mesh: Pancreatitis, Alcoholic mesh: Abdomen, Acute mesh: Amylases  
mesh: intubation, gastrointestinal mesh: Dehydration mesh: Pancreatitis, Acute Necrotizing mesh: Acute pancreatitis  
mesh: C-Reactive Protein mesh: Vomiting mesh: bile pancreatitis mesh: Abdominal Pain mesh: Cholelithiasis  
icpc-2: D99 speciality: Gastroenterology speciality: Internal medicine speciality: Surgery