Akutní pankreatitida - terapie

Terapie závisí na individuálním stavu pacienta a tíži akutní pankreatitidy. Vzhledem k faktu, že tíže onemocnění je většinou vyjádřena do 24 hodin od začátku příznaků, je možno ve většině případů relativně rychle odhadnout další vývoj onemocnění a zajistit dostatečná opatření. Lehká akutní pankreatitida může být léčena na standardním oddělení, těžká akutní pankreatitida by měla být léčena na JIP. Dle moderního konsenzu je léčba v drtivé většině konzervativní a chirurgická léčba se spíše soustřeďuje na řešení infikované nekrózy a dalších komplikací (abscesy, cystoidy, krvácení, apod.).

Udržení vnitřního prostředí

V případě **hypoxie** je nutné podávání kyslíku brýlemi, či při těžké respirační insuficienci zvážit intubaci s umělou plicní ventilací. Zcela zásadní je korekce hypovolémie, která je přítomna u většiny pacientů v časné fázi akutní pankreatitidy. Preferuje se parenterální **hydratace** krystaloidy, v těžších případech koloidy (dextran). Hemodiluce s udržením hematokritu cca 30% je účinnou prevencí vzniku pankreatické nekrózy. Farmakologická podpora oběhu je možná v případě hypotenze bez reakce na substituci tekutin, na druhou stranu je nutné brát v úvahu, že farmaka jako je noradrenalin mohou snížit perfuzi splanchniku a tím i pankreatu.

Výživa

Pacient by neměl hladovět déle než 2-5 dnů. V případě zástavy střevní pasáže se doporučuje zahájit **parenterální výživu**, která by však měla být co nejdříve převedena na **enterální výživu** dle tolerance pacienta. Enterální výživa je ideální pro udržení střevní bariéry a snížení rizika bakteriální translokace, dříve se striktně doporučovalo podávání enterální výživy **nasojejunální sondou** zavedenou do distálního duodena, nyní se přistupuje smířlivěji i k podávání enterální výživy nasogastrickou sondou.

U nemocných s lehkou pankreatitidou je výhodou perorální přísun potravy dle tolerance a chuti k jídlu. Dieta by měla obsahovat zejména karbohydráty a střední množství proteinů a lipidů. Indikací k nasazení potravy by měl být zejména zlepšený klinický stav pacienta.

Bolest

Terapie bolesti se nejčastěji provádí opiátovými analgetiky. Spasmolytika se nedoporučuji pro možnost zhoršení paralytického ileu, standardní morfin se nedoporučuje pro spastický efekt na Oddiho svěrač. Další možností u těžké bolesti je epidurální analgézie.

Antibiotika

Cílem podávání antibiotik je zabránění infikace pankreatických nekróz bakteriemi. Bylo pozorováno, že ve většině případů šlo o bakterie odpovídající střevní mikroflóře. Z antibiotik nejlépe pronikajících do pankreatické tkáně jde o **ciprofloxacin**, norfloxacin, **metronidazol** a imipenem. Léčba je indikována pouze u těžké pankreatitidy s nekrózami a je vhodné ji zahájit relativně časně, ideálně do 24-48 hodin od začátku onemocnění. Doba trvání antibiotické terapie je cca 14 dnů dle klinického stavu pacienta.

Chirurgická terapie

Hlavní indikací chirurgické terapie je infikovaná nekróza, která je hlavní příčinou pozdní mortality těžké akutní pankreatitidy. Konzervativní prostředky mají za cíl udržet pacienta naživu v první fázi akutní pankreatitidy a zabránit multiorgánovému selhání. K chirurgické terapie je vhodné přistupovat s odstupem po stabilizaci stavu, či výjimečně v případě fulminantně probíhající těžké pankreatitidy bez reakce na konzervativní léčbu.

Operační zákrok většinou spočívá v šetrném odstranění nekróz se zachováním funkčního pankreatu. Zákrok je možno provádět s ponechaným "open abdomen" a relaparotomiemi, či jako nekrektomie s extenzivní uzavřenou kontinuální drenáží.

Endoskopická léčba

Endoskopická léčba má význam v akutní fázi biliární pankreatické pankreatitidy (viz. níže). Kromě toho je vhodná v terapii komplikací jako jsou pankreatické kolekce tekutin, cystoidy a nekrózy - provedení transgastrické nasopankreatické drenáže s proplachy.

Pozn: Akutní biliární pankreatitida

Kromě klasické terapie tohoto stavu je nutno zmínit nutnost časného **ERCP** v případě nálezu obstrukčních markerů, dilatace choledochu a známek infekce. Akutní **ERCP** by mělo být provedeno do 48 hodin u těžké biliární pankreatitidy a v případě cholangitidy ihned.

Součástí terapie je **laparoskopická cholecystektomie**, která může být ve většině případů provedena krátce po odeznění akutního stavu.