

ОСТЪР ПАНКРЕАТИТ

*Диагностичен и терапевтичен
алгоритъм (консенсус)*

Изготвил: Проф.Н.Тоцев

Честота и социалпа значимост на острия панкреатит

- Честотата на острия панкреатит (ОП) варира от 11 до 22 нови случая на 100 000 население. Установява се при около 0,5% от аутопсираните. В последните години заболеваемостта от остър панкреатит е нараснала почти двукратно. Боледуват лица в активна трудова възраст. Установена е висока средна продължителност на отсъствията от работа на осигурените работещи, вследствие панкреасни заболявания - средно 22 до 26 дни на 1 случай.

Определение

- Острият панкреатит представлява остро самосмилане на панкреаса в резултат на вътрежлезно активиране на панкреасните ензими. Различават се две клиничко-морфологични форми:
- Остър едематозен (интерстициален) панкреатит. Установява се при 80-90% от случаите с остър панкреатит. Изявява се с лека до умерена клинична симптоматика и показва склонност към спонтанно отзвучаване. Завършва летално при 1-2% от случаите.
- - Остър некротичен панкреатит - масивна паренхимна и мастна некроза на панкреаса и парапанкреасните тъкани. Клинично протича с тежко изявена симптоматика и склонност към локални и системни усложнения. Протича с висока смъртност - при 20 до 40% от случаите.

Диагностика

- Диагностиката се осъществява въз основа на:
 - Клинична симптоматика
- Клиничните симптоми се определят от тежестта на морфологичните промени в панкреаса. Настъпват внезапно, обикновено няколко часа след прехранване или 24-48 часа след алкохолен абюз.

Клинични симптоми при остър панкреатит:

- Остър едематозен панкреатит-

- Коремна болка
- Повръщане
- Температура
- Преходен паралитичен субилеус

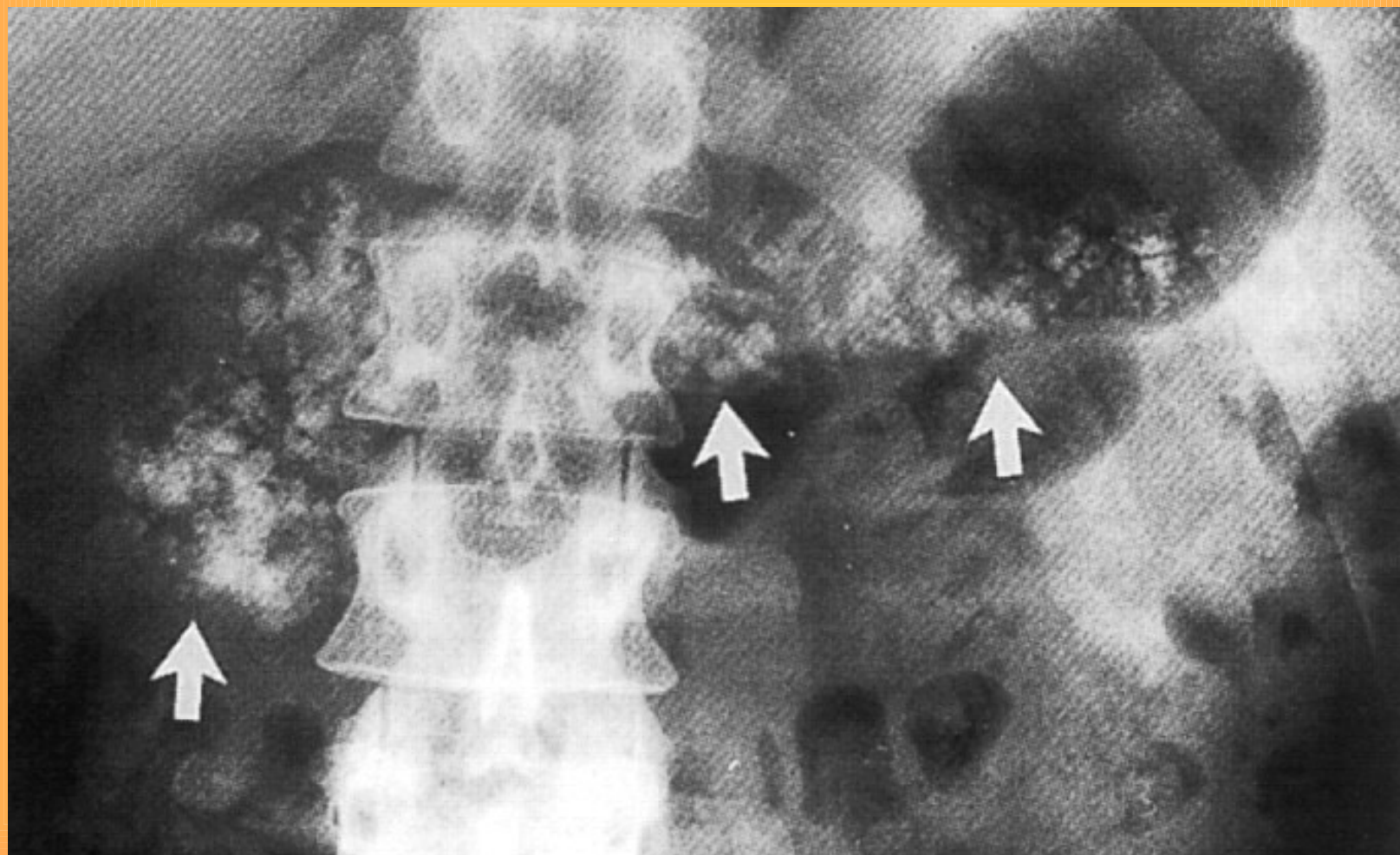
- Остър некротичен панкреатит-

- Коремна болка
- Повръщане
- Температура
- Паралитичен илеус
- Колапс или шок
- Белодробна недостатъчност
- Бъбречна недостатъчност
- Сепсис
- Енцефалопатия
- Кървене от ГИТ
- Хипокалцемиа
- Жълтеница

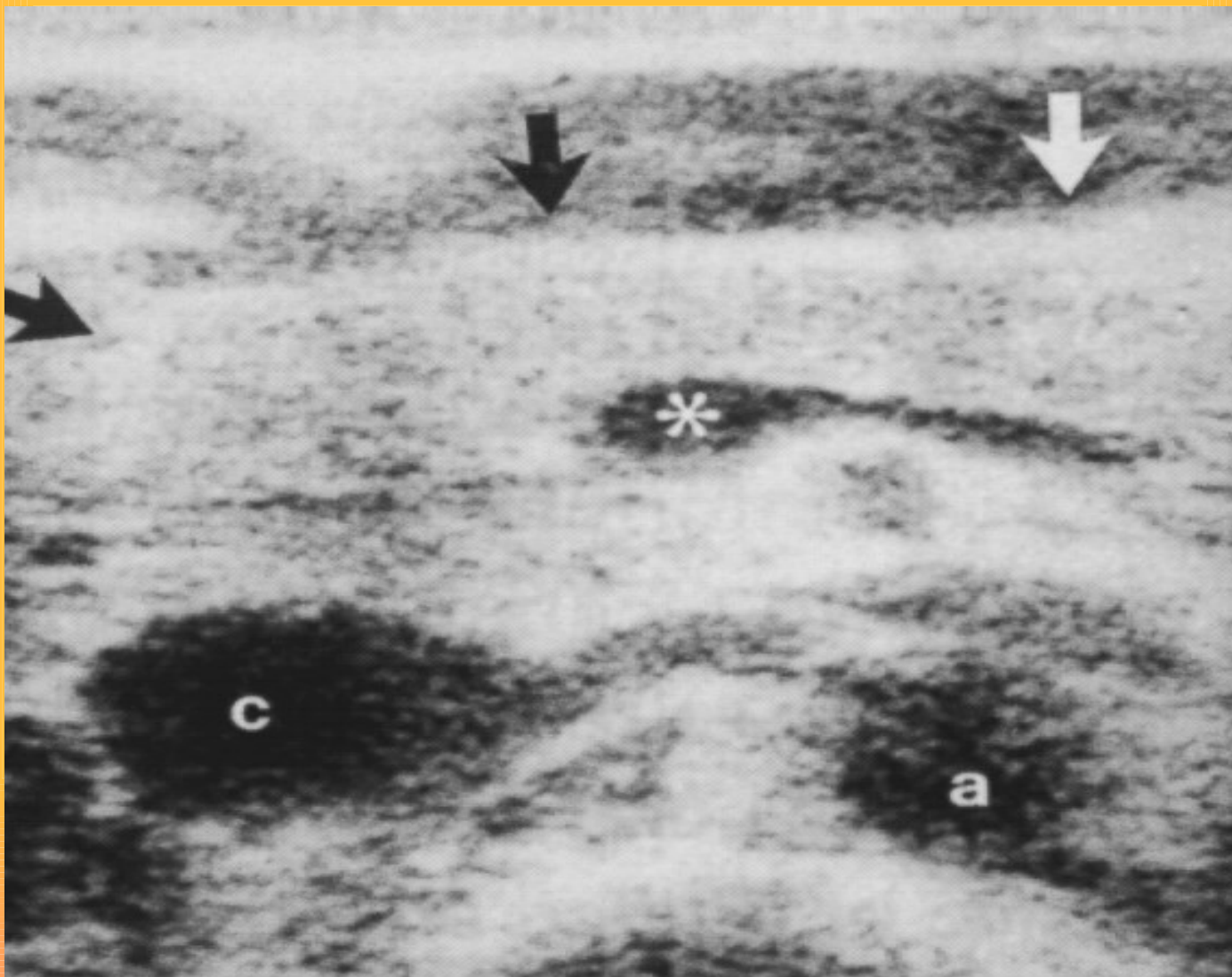
- • Физикално изследване
- Болните са в увредено общо състояние, страхово напрегнати, с фебрилитет, тахикардия, артериална хипотония. Коремът е метеористичен, без мускулен дефанс. Перисталтиката е вяла до липсваща при развитие на паралитичен илеус. В около 10% от болните има лек до умерен иктер.
- • Ензимна диагностика
- Определяне на серумната амилаза, по възможност и серумната липаза, която е с малко по-висока диагностична чувствителност и специфичност. Обичайно има три - четирикратно повишение над нормата. Липсва корелация между степента на тяхното увеличение и тежестта на панкреатита.

- • Други неспецифични лабораторни показатели: левкоцитоза с олевяване, висок хематокрит (спадане на хематокрита при хеморагично протичане), хипергликемия, хипокалцемия, хипонатриемия, хипохлоремия, азотемия.
Обзорна графия на корема - спомага в диференциалната диагноза (перфорация на кух орган).
- Ехография - Уточнява диагнозата, открива жлъчнокаменната болест като потенциална причина за заболяването, локалните усложнения и проследява хода на болестта. Изследването е затруднено при съпътстващ паралитичен илеус.

Рентгенография



Ехографски образ



Допълнителни методи за доуточняване на диагнозата и определяне тежестта на острия панкреатит

- КТ — провежда се при неуспешна ехография. Уточнява диагнозата, тежестта на заболяването и открива усложненията. КТ с контрастно венозно усилване разграничава интерстициалния от некротичен панкреатит и определя размера на некрозата
- ЕРХП - провежда се само при данни за холедохолитиаза като се комбинира с папилосфинктеротомия.
- Ендоскопската Ехография и Магнитнорезонансната холангиография (МРХП) установяват микролитиаза в жлъчния мехур и жлъчните пътища.
- • При тежък панкреатит се установяват повишени стойности на С-реактивен протеин (CRP), метхемалбумин, ЛДХ, интерлевкин 6 (IL-6) и др.
- С-реактивният протеин над 150 mg/l е „златен биохимичен стандарт“ за тежест на панкреатита като достига пикови стойности около третия ден след началото на болката.

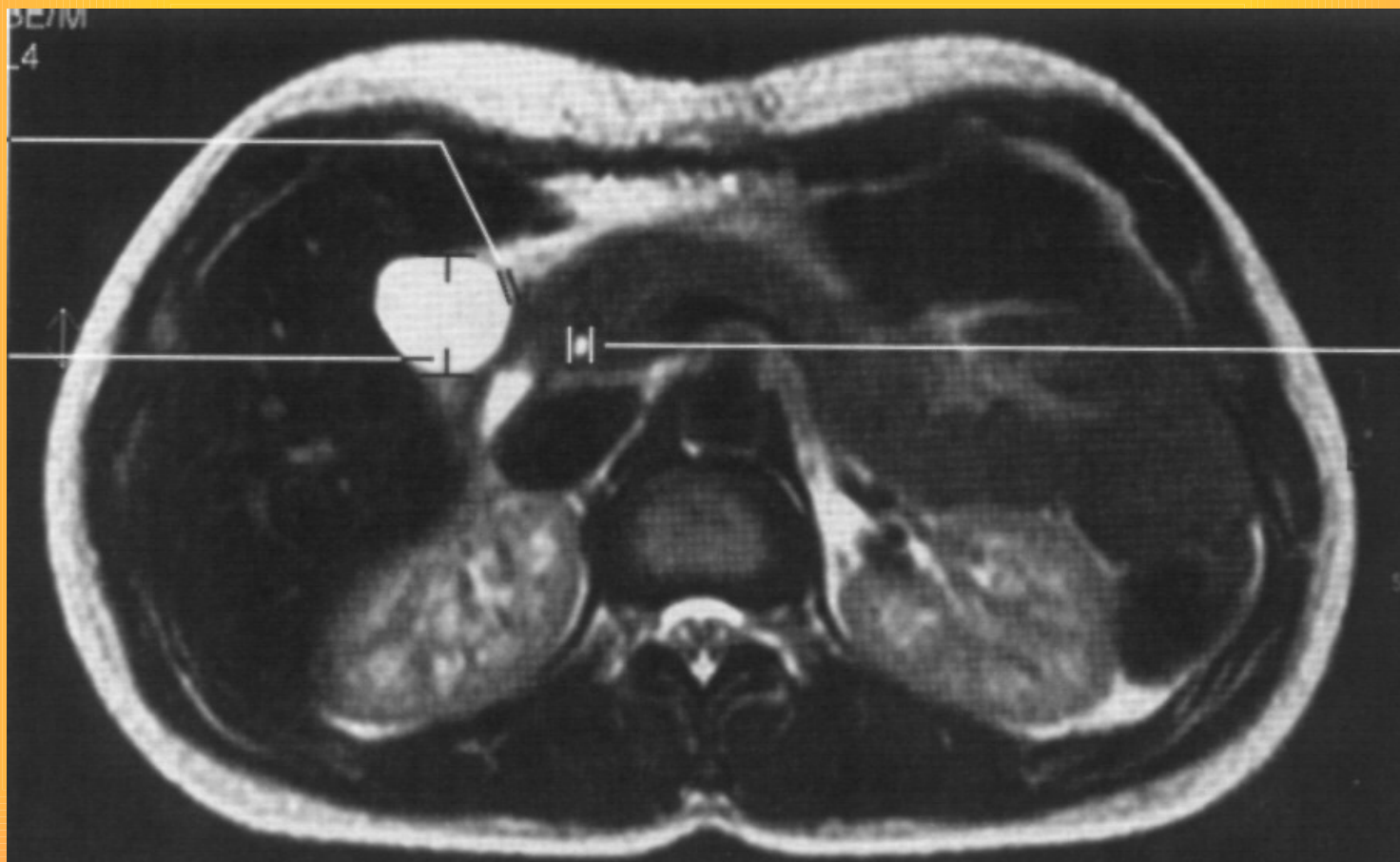
КТ-сре́з



ΕΡΧΠ



Магнитнорезонансна холангиография



Диагностичният процес при острия панкреатит преминава през следните етапи:

- А) Диагностициране на острия панкреатит
- Б) Определяне на тежестта на ОП - при приемането и в първите 48 часа е важно да се идентифицират пациентите с висок риск за летален изход. Приложение намират критериите на Ranson (табл. 1), Glasgow (тежък П при > 3 показателя) и/или APACHE II (при > 8) самостоятелно или в комбинация с CRP >150 mg/l. При тежък панкреатит с белези на органна недостатъчност или при влошаване на състоянието се провежда КТ с контрастно усилване 6 до 10 дни след хоспитализацията. Компютърно-томографският индекс за тежест се определя като към степените от А - Е с оценка 0 до 4 точки се прибавят точките за некроза - 2 точки за некроза до 30%, 4 точки за некроза 30%-50% и 6 точки за некроза повече от 50% (табл.2). Максималният брой точки е 10.
- При некроза в над 30% от паренхима, както и при по-малки зони на некроза с прояви на сепсис е важно отдиференцирането на стерилната от инфектирана панкреасна некроза. Инфектирането се доказва въз основа КТ данни за газ в ретроперитонеума или с провеждане на ТАБ под ехографски контрол с микробиологично изследване на аспирата.
- В) Установяване на етиологията на ОП - причината за заболяването трябва да се определи поне в 80% от случаите. Не повече от 20% трябва да се класифицират като идиопатичен ОП.

Основни принципи на лечение на острия панкреатит:

- **Къде се провежда лечението?**
- Болните с диагноза остър панкреатит се насочват за стационарно лечение.
- Едематозните форми на острия панкреатит подлежат на лечение в специализирана гастроентерологична клиника или гастроентерологично отделение с наличие на реанимационни и хирургични звена. Тежките некротичните форми по правило се настаняват в интензивно реанимационно отделение към хирургична клиника или хирургично отделение.

Основни принципи на лечение на острия панкреатит:

- Лечение и наблюдение на болните с остър панкреатит
- Основен принцип: Осигуряване на максимален секреторен покой на панкреаса.
- Глад и жажда в продължение на 3 до 5 дни.
- При упорито гадене и повръщане и/или илеус поставяне на стомашна сонда с аспирация на стомашен сок и промивки с алкални разтвори.
- При тежък некротичен панкреатит се прилага ентерално или тотално парентерално хранене.
- Венозно приложение на антисекреторни средства: H₂-блокери - Ranitidine (50mg на 6-8 часа), Famotidine (2 по 20 mg); инхибитори на протонната помпа - Esomeprazole (40mg).
- Инхибиторни хормони: Somatostatin - 24-часова венозна инфузия - 6 mg/дневно от 2 до 7 дни; Octreotide (Sandostatin) - 3 пъти по 0,200-0,300mg s.c. дневно в продължение на 10-20 дни.
- Лечение на болката - Аналгетици (Analgin, Tramadol 50mg, комбинирани препарати, Droperidol 2,5mg, Fentanyl 0,05mg i.m; i.v.). Морфинът и неговите деривати са противопоказани поради възможен спазъм на папилата.

Реанимационни мерки:

- Адекватна корекция на хиповолемията и електролитните нарушения — най-малко 3litre/24h вливания на глюкозни, електролитни разтвори, Human albumin, прясно замразена плазма.
- Антибиотици: Прилагат се профилактично с/у вторично инфектиране при доказване на панкреасна некроза в над 30% от паренхима при КТ и при доказана инфектирана панкреасна некроза. Предпочитат се антибиотиците с панкреасен тропизъм: хинолони (Ciprofloxacin 2 по 200 mg i.v.), цефалоспорини II и III генерация в комбинация с Metronidazole (15mg/kg тегло i.v.), Imipenem (0,5g на 8 часа i.v.), приложени в продължение на 10-14 дни.
- При билиарен панкреатит с тежко протичане, иктер и дилатиран холедох се провежда ендоскопска папилосфинктеротомия с екстракция на конкременти по възможност до 72-ия час от началото на болката.

Лечение на усложненията на острия панкреатит

- В хода на тежката форма на острия панкреатит се появяват редица локални и системни усложнения.

Локални усложнения:

- Парапанкреасни течни колекции - пункции и перкутанен дренаж под ехографски контрол
Инфектирана панкреасна некроза - Доказва се с тънкоиглена аспирационна биопсия под ехографски контрол на некротичната тъкан с микробиологично изследване. Лечение: антибиотици, налагане под ехографски контрол на постоянен перкутанен дренаж и при неуспех - хирургично лечение (некроектомия по възможност след активна реанимация 2-3 седмици след началото на панкреатита). Решението за операция се взема от коремен хирург, гастроентеролог и реаниматор.
- Псевдокисти - сформират се 4-6 седмици след острата атака. Резорбират се спонтанно при 25-50% от болните. Прилага се Sandostatin 2-3 пъти по 0,100-0,200mg s.c. Псевдокистите с давност над 6 седмици, размер над 6 см и симптоматичните псевдокисти се третират с еднократни или многократни пункции под ехографски контрол или постоянен перкутанен дренаж.

- Панкреасен абсцес - късно усложнение на острия панкреатит (след 2 до 6 месеца). Представява инфектирана псевдокиста или капсулирана инфектирана некроза. Лечението започва с перкутанен дренаж под ехографски контрол в специализирана гастроентерологична клиника в тясно сътрудничество с хирург и при неповлияване се превежда в хирургична клиника за оперативно лечение или по начало лечението се провежда в хирургична клиника/отделение.
- Панкреасен асцит, плеврален излив. Прилагат се коремни, плеврални пункции, Sandostatin, инфузии с Human albumin, парентерално хранене.

Системни усложнения - лош прогностичен белег.

- Най-честата причина за смърт в първата седмица от началото на заболяването е фулминантната мултисистемна органична недостатъчност, манифестирана с остър респираторен дистрес синдром и остра бъбречна недостатъчност. Овладяването на системните усложнения е възможно в условията на централна реанимация с възможности за механична вентилация, прилагане на диализно лечение и системно мониториране.

Наблюдение на болните с остър панкреатит

- На 4-6 часа се следят ЦВН, АН, пулс, часова диуреза, коремен статус. Ежедневно се изследва ПКК, амилаза, липаза, електролити (вкл. калций), кръвна захар, урея, креатинин, коагулационен статус, общ белтък, кръвно-газов анализ. Проследяване на CRP двукратно седмично.
- При лек панкреатит лечението и наблюдението на пациентите се провежда в гастроентерологична клиника/отделение в болници с наличие на реанимационни и хирургични звена с осигурена колаборация с хирург и реаниматор. При развитие на остър некротичен панкреатит наблюдението се провежда в интензивно отделение към хирургична клиника с участието на гастроентеролог.

Звена, отговорни за диагнозата, лечението и наблюдението на болните с остър панкреатит

Задължения на общопрактикуващия лекар:

- Да осъществи първичния преглед на пациента.
- Да предположи диагнозата въз основа на анамнезата за предшестващо преяждане и алкохолен абюз; съответната клинична картина и щателно физикално изследване
- Да назначи кръвни изследвания - серумна амилаза, кръвна захар, както и ПКК с хематокрит, диференциално броене, биохимични изследвания - билирубин, трансаминази, АФ, ГГТП, йонограма, урея, креатинин.
- Да изключи други причини за остра коремна болка (обзорна графия на гръден кош и корем при съмнение за перфорация на кух орган, чревна обструкция).
- Да проведе или организира провеждането на абдоминална ехография.
- При подозрение за остър панкреатит да насочи болния към специалист-гастроентеролог или направо за стационарно лечение в специализирана гастроентерологична клиника/отделение в болници, разполагащи с реанимационни и хирургични звена.

Задължения на специалиста гастроентеролог от ДБП

- Да потвърди или отхвърли диагнозата остър панкреатит, включително чрез прилагането на допълнителни методи за диагностика—разширяване на лабораторните изследвания, при необходимост повторна абдоминална ехография, КТ.
- Да насочи болния за настаняване в специализирана гастроентерологична клиника/отделение в болници с наличие на хирургична клиника и интензивно отделение.

Задължения на специалиста гастроентеролог от специализираната гастроентерологична клиника/ отделение

- Да потвърди диагнозата.
- Да изясни етиологията на панкреатита.
- Да определи тежестта на заболяването
- Да проведе лечението при едематозните форми на острия панкреатит.
- След лек панкреатит и жлъчнокаменна патология да насочи пациента за холецистектомия за предотвратяване рецидивите на панкреатита
- Да насочи пациентите с некротичен панкреатит в реанимационно отделение към хирургична клиника.
- След изписването на болния чрез епикриза да информира личния лекар за диагнозата, проведеното лечение и да даде насоки за по-нататъшното лечение и поведение при болния.

Клинична пътека

- Болните с лека форма на остър панкреатит могат да се лекуват успешно в гастроентерологично отделение/ клиника, а понякога и амбулаторно. Ако всеки болен попадне веднага в реанимационно отделение, независимо от тежестта на болестта, това би оскъпило лечението и натоварило ненужно реанимационното отделение/сектор. Екип от гастроентеролог, хирург и реаниматор трябва да преценят мястото на хоспитализация за всеки насочен към болница пациент. Болните с лек панкреатит могат да бъдат хоспитализирани в стандартно оборудвани гастроентерологични отделения/клиники.

- В тежките случаи - лечение в реанимационно отделение на лечебно заведение, отговарящо на следните условия:
- Наличие на отделение/сектор за мониториране на жизнените функции (реанимация), гастроентерологично/вътрешно отделение, хирургия
- Осигуряване на мултидисциплинарен екип

	СТАДИИ	ОЦЕНКА	НЕКРОЗА	ОЦЕНКА
НОРМАЛЕН ПАНКРЕАС	A	0	0	0
Интрапанкреасни промени	B	1	<30%	2
B + леки възп. промени на перипанкреасните меки тъкани	C	2	30% - 50%	4
C + по-изразени екстрапанкр. възп. промени (до 1 недобре дефинирана течна колекция	D	3	>50%	6
D + множ. или екстензивни екстрапанкреасни колекции	E	4		

КТ индекс за тежест = КТ оценка + оценка за некроза

Табл.1. Компютърно-томографски (КТ) индекс за определяне тежестта на панкреатита (E.Balthazar 1985,1990)

ОСТЪР ПАНКРЕАТИТ

СТАДИРА

ТЕЖЪК

ЛЕК

Интензивно отдел.

КТ

Консервативно лечение

Интерстициален панкреатит

Панкреасна некроза

Подобрение

Влошаване |

ТАБ |

Стерилна некроза

| **ИНФЕКЦИЯ** |

► **ХИРУРГИЯ** |

Фиг.2 Схема на поведение при ОП

1. Възраст- над 55 г.	1. Спадане на хематокрита с - над 10%
2. Лейкоцити - над 16 G/l	2. Сериумен калций - под 2 mmol/l
3. Кр. захар - над 10 mmol/l	3. Дефицит на основи - над 4 mmol/l
4. ЛДХ - над 350 IU/l	4. Увеличение на уреята с - над 1 mmol/l
5. АСАТ - над 120 Ш/l	5. Секвестрация на течности - над 6 litre
	6. Артериално РОг - под 60mmHg

Табл.2. Критерии на Ranson за тежест на панкреатита