



БЪЛГАРСКО ХИРУРГИЧЕСКО ДРУЖЕСТВО

www.bss.dir.bg E-mail: secbss@yahoo.com

**КОНСЕНСУС
ЗА ПОВЕДЕНИЕ
КЪМ БОЛНИТЕ
С ОСТЪР ПАНКРЕАТИТ**

КОНСЕНСУС ЗА ПОВЕДЕНИЕ КЪМ БОЛНИТЕ С ОСТЪР ПАНКРЕАТИТ ¹

У нас все още съществуват множество различни терапевтични подходи за поведение към болните с остър панкреатит и най-вече към тези с некротичен панкреатит. Те с аплод на стари, отречени вече от съвременната хирургия познания; на изводи от собствен, недостатъчно богат и научно недоказан опит; на непознаване на съвременните, доказано ефективни терапевтични тактики; на научен скептицизъм и недоверие по отношение на значително по-добрите резултати от лечението на болните с некротичен панкреатит във водещите световни центрове. Всичко това наложи изработването на консенус за поведение към болните с остър панкреатит, който бе представен на XI национален конгрес по хирургия. Консенсусът е изработен въз основа на препоръките за поведение към болните с остър панкреатит на EPC (European Pancreatic Club) и IAP (International Association of Pancreatology), приети на годишната среща на споменатите асоциации, проведена в град Хайделберг, Германия от 19 до 22 юни 2002 г. Тези препоръки се основават на клинични резултати, проверени в множество контролирани проучвания и са базирани на строгите научни принципи, прилагани при определяне на терапевтичната тактика, които се основават на доказателства – Evidence-based medicine. В зависимост от вида на студиите, на основата на които са изведени доказателствата, те се разделят на три групи:

A/ Строго доказателствени – изведени на основата на мета-анализ на рандомизирани контролирани студии или поне на една рандомизирана контролирана студия;

B/ Средно доказателствени – резултат на нерандомизирани клинични проучвания;

C/ Ниско доказателствени – изведени на основата на заключения на експертни комитети, мнения и личен опит на доказани експерти и в отсъствието на директно приложими клинични резултати.

Лекият (интерстициален) панкреатит не е показан за хирургично лечение (B).

При около 80% от болните с остърпанкреатит се наблюдава леката форма на болестта – остър интерстициален (оточен) панкреатит (ОИП). Острият интерстициален панкреатит, наречен още “self-limiting disease”, търпи обратно спонтанно развитие в рамките на 3-5 дни. Болните с ОИП

¹ Консенсусът е предложен от О. Чолаков, Г. Григоров, Ю. Ванев, Х. Цеков, Б. Стефанов, Б. Стоянов, А. Червеняков, В. Христов, Ш. Таджер, Д. Раденовски, Н. Владов, Р. Маджов, В. Димитрова, Д. Трифонов, Д. Дамянов, Г. Златарски пред XI Национален конгрес по хирургия, София, 1-4 октомври 2002 г. Той се базира на препоръки на IAP (International Association of Pancreatology) и EPC (European Pancreatic Club)

не се нуждаят от интензивно лечение и не подлежат на оперативна интервенция. При останалите 20% от болните е налице тежката форма на болестта – некротичен панкреатит (НП). В хода на НП се разграничават две фази: 1) – ранна (вазотоксична) фаза – до края на втората седмица на болестта, характеризираща се с освобождаването на множество медиатори на възпалението, отключването на системния имунен отговор на организма (SIRS) и развитието на полиорганна недостатъчност (MODS) и 2) късна (септична) фаза – след 14 ден от началото на болестта, при която е налице развитието на локални и системни септични усложнения и освобождаването на един нов медиатор – ендотоксин. Честотата на инфекциране на панкреасната и парапанкреасната некроза е в пряка зависимост от срока и големината на некрозата. Инфектираната панкреасна некроза (IPN) и свързаните с нея Sepsis и MODS са основната причина за морталитета при болните с НП (до 50%).

Профилактичната употреба на широкоспектърни антибиотици намалява честотата на инфектиране при СТ-доказан некротичен панкреатит, но може и да не подобрят изхода на болестта. (A)

Множество контролирани рандомизирани студии доказаха ефективността на употребата на антибиотици за снижаване честотата на септичните усложнения. Антибиотикът на избор е Imipenem/Cilastatin в дозировка 3-4 x 500 мг. Добър ефект имат също така хинолоните и цефалоспорините трета и четвърта генерация. Ранната ентéralна алиментация с цел намаляване на бактериалната транслокация от колона също е едно от средствата, намаляващи честотата от развитие на септични усложнения при болните с некротичен панкреатит.

Тънкоиглената пункционна аспирация (FNP) би трябвало да се прилага за диференциране на стерилната и инфектираната панкреасна некроза при пациенти с клинични белези на сепсис. (B)

От изключително голямо значение е разпознаването на IPN. За тази цел се използва тънкоиглената пункционна аспирация (FNP) с посявка и оцветяване на пунктата по Gram, и то само при болни с клинични белези на сепсис и цел предпазване на панкреаса от вторична инфекция. Тъй като този метод не е рутинен у нас, доказването на IPN може да се извършва по клинични белези.

Инфектирана панкреасна некроза (IPN) с клинични белези и симптоми на сепсис е индикация за интервенция, включваща оперативно лечение или радиологичен дренаж. (B)

Болните с IPN подлежат на оперативно лечение, докато тези със стерилна панкреасна некроза (SPN) продължават да бъдат лекувани консервативно. Ако IPN не се оперира, морталитетът е 100% от MODS и Sepsis, докато при оперираните болни е 10-30%.

Пациенти със стерилна панкреасна некроза (SPN) – FNP-нега-

тивни, би трябвало да се лекуват консервативно и само в селективни случаи подлежат на интервенция. (B)

Докато необходимостта от оперативно лечение на IPN не подлежи на съмнение, то поведението при болни със SPN все още е дискусивно. Обикновено при тези болни е налице докрай адекватен отговор на интензивната терапия и при тях не се налага оперативна интервенция. Морталитетът е около 5%. Една малка част от болните със SPN, тези които развиват MODS, са показани за оперативно лечение. Морталитетът при тях е 10-15%. На оперативно лечение подлежат болните, които развиват бързо прогресираща органна дисфункция в първите дни на болестта (флуидинантен панкреатит). Прогнозата при тези болни е много лоша.

Ранната операция, в рамките на 14 дни от началото на болестта, не е препоръчителна за болни с некротичен панкреатит. (B)

През първата фаза на HP болните са заплашени от развитие на органна дисфункция и последваща смърт. Година наред болните бяха оперирани през тази ранна фаза. Този подход е съпроводен с много висок морталитет – до 65%. Понастоящем се приема становището, че операцията трябва да се проведе толкова по-късно, колкото е възможно, и да не се предприема такава докато е налице адекватен отговор на интензивното лечение. Рационалното в отлагането на оперативната интервенция е демаркирането на некрозата. Некрозектомията тогава е технически лесна, максимално щадяща останалия витален паренхим и с най-малък риск от развитие на опасно кървене. Оптималният срок е след втората, дори след третата седмица от началото на болестта.

При оперативното лечение и другите методи на интервенционално поведение е препоръчителен органосъхраняващият подход, който включва дебридман или некрозектомия, комбинирани с постинтервенционално поведение, което позволява максимална следоперативна евакуация на отпадните продукти и ексудат от ретроперитонеума. (B)

Оперативното лечение има за цел отстраняване на некрозата, саниране на инфекцията и евакуация на патологичния ексудат. Отстраняването на жизнен паренхим при частична или тотална анатомична резекция на панкреаса е ненужно "свърхлечение" и води до развитие на екзо- и ендокринна панкреасна недостатъчност. Понастоящем общоприетият подход е органосъхраняващата оперативна тактика – некрозектомия, комбинирана с различен тип следоперативно поведение: 1) затворен продължителен лаваж на бурсата; 2) програмирани етапни релапаротомии; 3) лапаростома. Във водещите центрове морталитетът при болните с некротичен панкреатит, лекувани с един от изброените методи, е под 15%.

В последните години се появиха съобщения за някои миниинвазивни и интервенционални техники за лечение на болните с HP. Все още обаче това са резултати от малки групи пациенти и тяхната ефективност предстои тепърва да бъде доказана в контролирани рандомизирани студии.

ERCP с последваща папилосфинктеротомия и екстракция на камъните трябва да се провежда при билиарен панкреатит с наличие на жълтеница или холангит. (A)

При около 40% от болните причина за болестта е холелитиазата. Временната или персистираща обструкция на ampula Vateri от жлъчни камъни е един от патогенетичните механизми за развитие на остър панкреатит. Лечението на тези болни зависи от клиничната изява на панкреатита и наличието на иктер и холангит. Етиологичното доказване генезата на билиарния панкреатит е от изключително значение, тъй като ранната ERCP (24-48 час) с папилосфинктеротомия и екстракция на камъните води до излекуване на болестта. Дискусионен е въпросът за необходимостта и срока на ERCP при болни с билиарен панкреатит, но без механичен иктер и холангит.

За избягване рецидив на билиарен панкреатит трябва да се извършва холецистектомия. (B)

При лек билиарен панкреатит холецистостомията трябва да се извърши веднага след възстановяването на болния – най-добре по време на същия болничен престой. (B)

При тежък билиарен панкреатит холецистектомията трябва да се отложи до стихване на възпалителния процес и до клиничното възстановяване на болния. (B)

При 50-60% от болните с билиарен панкреатит се наблюдава рецидивизиране на болестта. За да не се случва това е необходимо извършването на холецистектомия. Тя трябва да се проведе още по време на същия болничен престой. При леките форми оптималният срок е 5-7 ден (след стихване на острата симптоматика). При тежките форми холецистектомията трябва да се отложи до стихване на възпалителния процес. При развитие на локални септични усложнения холецистектомията се извършва тогава, когато се пристъпи към тяхното оперативно лечение.

Винаги, когато е възможно, холецистектомията трябва да се извършва лапароскопски.

Ендоскопската папилосфинктеротомия е алтернатива на холецистектомията при тези болни, при които не е възможно да бъдат подложени на оперативно лечение, с цел намаляване на риска от рецидив на билиарния панкреатит. Съществува теоретичен риск от въвеждане на инфекция при болните със SPN. (B)

Така представените препоръки представляват най-добрия световен опит в лечението на острия панкреатит. Тъй като у нас трябва да се съобразяваме с някои специфични (медицински и финансови) условия, допустими са известни отклонения от представената терапевтична стратегия.