



БЪЛГАРСКО ХИРУРГИЧЕСКО ДРУЖЕСТВО

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

Проект !

**ХРОНИЧЕН ПАНКРЕАТИТ
ДИАГНОСТИЧЕН И ЛЕЧЕБЕН
СТАНДАРТ ЗА ДОБРА
КЛИНИЧНА ПРАКТИКА**

ХРОНИЧЕН ПАНКРЕАТИТ ДИАГНОСТИЧЕН И ЛЕЧЕБЕН СТАНДАРТ ЗА ДОБРА КЛИНИЧНА ПРАКТИКА¹

ОПРЕДЕЛЕНИЕ.

Хроничният панкреатит е прогресивно необратимо фиброзиране на панкреаса, съчетано с деструкция и загуба на екзокринна и ендокринна тъкан и развитие на панкреасна функционална недостатъчност.

ЧЕСТОТА.

През последните десетилетия заболяването прогресивно зачестява, включително в нашата страна. За Европа се регистрират средно 3 до 10 новозаболенели на 100 000 души население. Честотата му нараства успоредно с нарастващата консумация на алкохол. Заболяването е социално значимо, нарушава трудовата и социална активност на боледуващите. Засяга най-активната трудоспособна възраст (клинична изява средно около 37-39 години). Протича доживотно и изисква доживотно лечение.

ЕТИОЛОГИЯ.

Водеща е комбинацията между злоупотребата с алкохол и тютюнопушенето. Непренебрежими като етиологични фактори са: хиперпаратиреоидизъм, нарушен хранителен режим, стеноза на панкреатичния проток, стеноза на папилата, малформации на холедоха, pancreas divisum, преживяна тъпа травма, вирусна инфекция, паразитерна инвазия и др. Различават се още фамилни (хередитарни), автоимунни и идиопатични форми. Идиопатичният хроничен панкреатит може да се прояви като ранен (средно около 19 годишна възраст) и късен (средно около 56 годишна възраст).

ПАТОМОРФОЛОГИЯ И ПАТОФИЗИОЛОГИЯ.

За хроничен панкреатит се говори при наличие на типични морфологични промени: 1) фокална некроза, включително псевдокисти; 2) фиброза – сегментна или дифузна; 3) дилатация и деформация на панкреасния канал, с или без образуване на конкременти във Вирсунговия проток, калцификати в паренхима. Фиброзата се развива на базата на 4 основни па-

¹ Стандартът е изготвен на базата на Стандарта от Световната консенсус-конференция в Берн, Швейцария, 2000 г. и Стандарт, възприет от Българското дружество по гастроентерология на Национална конференция, Сандански, 2004 г.

тофизиологични механизми: 1) некроза на мастни клетки; 2) некроза на дуктусни клетки; 3) некроза на ацинозни клетки; 4) апоптоза.

КЛАСИФИКАЦИЯ

Според определението на консенсусните срещи в Марсилия (1984) и Рим (1988) се различават две основни форми:

- 1) хроничен калцифициращ панкреатит – при 80-90% от болните, основно последица на хроничен алкохолизъм. Разглежда се като първично паренхимно заболяване на панкреаса, като еволюцията му преминава през две фази – прекалцифицираща и калцифицираща.
- 2) Хроничен обструктивен панкреатит – последица на пълно или непълно запушване на панкреасния канал, вкл. в областта на папилата. Панкреасният проток е равномерно дилатиран, развива се периканална и междуделчеста фиброза, а в късния етап – панкреасна функционална недостатъчност. По правило липсват калцификати.

Консенсусната конференция в Берн (2000) прие класификация, отчитаща резултатите от клиничното, биохимичното и инструменталното изследване, включени в сокорова схема според тежестта на проявите:

A	Болка от всякакъв вид и/или атака на остър панкреатит; без усложнения, без стеаторея, без диабет
B	Наличие на усложнения, но без клинични прояви и без загуба на функция (стеаторея, диабет)
C	Наличие на клинични прояви или функционална недостатъчност (екзо- и ендокринна), с/без усложнения; загуба на панкреасна функция (стеаторея и диабет)
C1-	Стеаторея или диабет
C2-	Стеаторея и диабет
C3-	Стеаторея, диабет и усложнения

ДИАГНОЗА

Клинични симптоми.

Рецидивираща болка или постоянна болкова симптоматика (80% от болните), симптоми на малабсорбция, захарен диабет.

Физикално изследване:

Консумация на тегло, палпаторна болезненост в епигастриума, палпируема тумора формация, хепатоспленомегалия, иктер, белези на хроничен алкохолизъм.

Функционални тестове:

а) за нарушена екзокринната секреция на панкреаса:

- директен тест – секретинов и холецистокинин-секретинов тест (доказателен само при 100% паренхимна фиброза);

- индиректни неинвазивни фекални тестове:
 - fecal test (при стеаторея);
 - fecal chemotrypsin (лоша корелация с панкреасните ензими);
 - fecal elastase (прост за изпълнение, 100% чувствителност при тежки форми);
 - pancreolauryl test (75% чувствителност при леки форми, 100% при останалите);

б) за нарушение на ендокринната секреция на панкреаса: кръвна захар, кръвозахарен профил, глюкозотолерантен тест, изследване на хормоналния статус (инсулин, глюкагон, С-пептид).

При остър тласък на хроничния панкреатит се установява повишена амилаза. Продължителното повишение е указание за сформирание на псевдокиста.

Инструментални образни методи

Чрез обзорна графия на корема се установяват калцификати. За морфологични промени в паренхимата, усложнения в жлезата и съседни органи, калцификати – ехография, компютърна томография. За обективизиране на протоковата система (стенози, дилатации) - ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография. За диференциална диагноза с панкреасния рак принос има ендоскопската ехография.

Диагностиката и продължителното медикаментозно лечение се извършват от гастроентеролози.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечението на хроничния панкреатит е дълготрайно, строго индивидуализирано и включва медикаменти и хирургична намеса.

Консервативното лечение бива:

- а) етиопатогенетично – спиране на употребата на алкохол, корекция на хранителния режим, лечение на болестни състояния, ендоскопски манипулации за преодоляване на стенозите в панкреасния проток.
- б) симптоматично лечение – включва лечение на болковия синдром, на панкреасната екзо- и ендокринна недостатъчност.

Лечебна стратегия по отношение на болковия синдром.

- А) Елиминиране на етиологичния фактор – спиране на алкохолния внос
- Б) Инхибиране на панкреасната секреция
 - Ензимни препарати – с високо съдържание на трипсин (Cotazym, Nutrizym)
 - Инхибиторни хормони – Соматостатин, Сандостатин
 - Диетичен режим
- В) Аналгетици
 - Ненаркотични средства

- Опиоидни препарати
- Г) Ендоскопски процедури: сфинктеротомия, протезиране, екстракция на конкременти, други.
- Д) Инфилтрация на слънчевия сплит с алкохол под ехо- или КТ-контрол.
- Е) Хирургично лечение.

Лечение на екзокринната недостатъчност:

- А) Диетичен режим
- Б) Панкреасни ензимни препарати
 - конвенционални ензимни препарати (Cotazum, Pancreon, Nutrizum). Инактивират се 90% от стомашните киселини.
 - ензимни препарати с киселинно-устойчиво ентérosолвентно покритие (Panzytrat, Creon, Pancrease HL). Дозировката е индивидуална в 3 до 5 приема дневно до обща доза 100000 IU липаза.

Лечение на ендокринната недостатъчност.

Прилагат се диета, орални противодиабетни средства, инсулин. Повишен риск от хипогликемични епизоди.

ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ.

Необходимост от операция възниква при изчерпване възможностите на консервативното лечение. Показания за хирургично лечение има при:

- 1) неовладима болка;
- 2) усложнения, в които са въввлечени съседни органи (холедох, дуоденум, далачни съдове и далак, псевдокиста, абсцес на панкреаса, вирусно-голитиаза, остър панкреатит, панкреатогенен асцит);
- 3) съмнение за развитие на неоплазми на панкреаса.

Намесите върху симпатисовите аференти (двустранична трансторакална спланхнинектомия) представляват алтернатива за лечението на болката без манипулация върху паренхимата или каналчестата система.

Има две основни групи операции:

- А) Дренажни процедури.

Латеролатералната надлъжна панкреатикоеюноанастомоза по Partington-Rochelle е показана при диаметър на панкреасния канал над 7 мм и отсъствие на възпалителна маса в главата на панкреаса. Възможен е рецидив на болковата симптоматика (40% в следоперативния период).

Към тази група спадат билиодигестивните анастомози (при съчетание с билиарна хипертония и иктер), гастроентероанастомозата по техниката на Ру (при дуоденална обструкция) или съчетание на две или три от дренажните прийоми според клиничната картина.