

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ
ПРИ АКУТЕН ПАНКРЕАТИТИС

Член 1

Со ова упатство се пропишува приод кон дијагностицирањето и терапијата на акутниот панкреатитис.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и терапија на акутниот панкреатитис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и терапија при акутен панкреатитис по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на акутниот панкреатитис, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-9002/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

АКУТЕН ПАНКРЕАТИТИС

МЗД Упатство
26.11.2010

- Основни податоци
- Анамнеза и физикален преглед
- Лабораториски испитувања
- Радиолошки испитувања
- Третман на лесен панкреатитис
- Интервенции кај билијарен панкреатитис
- Некротизирачки панкреатитис
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Треба да се помисли на акутен панкреатитис кај секој пациент со епигастрична болка и нарушена општа состојба од непозната етиологија и анамнеза за консумација на алкохол.
- Идентификувајте го акутниот панкреатитис во рана фаза врз база на клиничката слика и одредувањето на амлаза во плазма/урина или трипсиноген-2 во урината (стик тест).
- Упатете ги во централната болница сите пациенти со акутен панкреатитис кои имаат
 - нарушена општа состојба или
 - јасно покачена серумска концентрација на CRP.

АНАМНЕЗА И ФИЗИКАЛЕН ПРЕГЛЕД

- Прашајте за консумација на алкохол, билијарни болести и претходни епизоди на панкреатитис.
- Типична е појасна епигастрична болка која ирадира кон грбот. Кај најтипичните случаи болката започнува по прекилот на консумација на алкохол.
- Најважна е проценката на општата состојба.
- Шок, респираторен дистрес, анурија и ментална конфузија упатуваат на тежок панкреатитис.
- Палпирајте за епигастрична болна осетливост и палпабилни маси.
- Погледајте ја кожата на слабините и околу папокот за хематоми (Grej-Tarner-ов или Cullen-ов знак).
- Опсервирајте ги симптомите и клиничките знаци за перитонитис и цревна парализа.

ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА

- Уринарниот трипсиноген-2 стик тест е најдобар скрининг метод. (ннд-**В**)
- Амлаза во урината над 2000 U/l (панкреатична плазма амлаза > 65 U/l; амлаза во серум > 300 IU/l) сугерира панкреатитис, а концентрација над 6000 U/l (панкреатична плазма амлаза > 200 U/l, амлаза во серум > 900 IE/l, > 3 x од горната граница на референтната вредност) се смета за дијагностичка. Одредувањето на амлазата (исто и стик тестот) се

погодни за примарна дијагноза, но треба да се има предвид дека тестот на амилаза е неспецифичен и дека концентрацијата на амилаза не корелира со тежината на панкреатитисот.

- Одредувањето на липазата во серумот може, исто така, да се користи во дијагнозата на акутниот панкреатитис. Дијагностичката вредност е слична на амилазата, но нивоата остануваат покачени за подолг период (3-7 дена).
- Серумскиот С-реактивен протеин е добар тест за оценка на тежината на панкреатитот. Јасно зголемена концентрација над 100 mg/l сугерира тежок панкреатит.
- Забележително покачување (3 ×) на AST или ALT сугерира билијарен панкреатитис. (ннд-С)
- Доколку е нејасна етиологијата, се советува одредување на серумскиот калциум и концентрацијата на триглицеридите во плазмата на гладно.

РАДИОЛОШКИ ИСПИТУВАЊА

- Нативна рендгенска снимка на абдоменот може да е корисна за диференцијална дијагноза (перфориран пептички улкус, цревна опструкција).
- Ултрасонографијата е корисен прелиминарен метод, но корисноста е намалена од гасот во цревата кој спречува адекватна визуализација на панкреасот. Понатаму, ултрасонографијата не е погодна за оценка на тежината на акутниот панкреатитис. Ултрасонографијата и магнетно резонантната холангиопанкреатографија (МРЦП), можат да укажат на постоење на жолчни камења како можна етиологија на панкреатитот.
- Контрастната компјутеризирана томографија е најточен имиџинг метод за дијагноза и оценка на тежината на болеста. Магнетната резонанса, исто така, е погоден, но помалку достапен имиџинг метод.

ТРЕТМАН НА ЛЕСЕН ПАНКРЕАТИТИС

- И лесен панкреатитис треба да се третира во болница заради ризикот од компликации.
- Доволен навремен надомест на течности е основа на конзервативниот третман. Дури и лесен панкреатитис причинува дехидрација и минимумот потреба од течности за првите 24 часа е 5 l. Со надоместот на течности се продолжува според клиничката состојба и диурезата. Најпогодни се раствори на гликоза и физиолошки раствор.
- Адекватна аналгезија и следење се неопходен дел на третманот.
- Антибиотици, други лекови, со можен исклучок на антисекреторните средства (ннд-А) и назогастричната сукција не се од корист според резултатите на контролирани студии. Назогастрична сукција може да се користи ако пациентот профузно повраќа поради цревна парализа.
- Исходот од конзервативниот третман скоро секогаш е добар.
- Серумскиот С-реактивен протеин, гликозата во крвта, крвната слика, серумскиот калциум, натриум и калиум треба да се одредуваат секојдневно. Треба да се одредуваат и концентрациите на амилаза во серум и урина, но тие не корелираат со тежината на панкреатитисот.
- Оптимална рехидратација обезбедена со интравенски инфузии со едновремен мониторинг на диурезата и исхрана на уста треба да започат што е можно порано. (ннд-В)

ИНТЕРВЕНЦИИ КАЈ БИЛИЈАРЕН ПАНКРЕАТИТИС

- Итна (за време на првиот ден) сфинктеротомија и отстранување на калкули од заедничкиот жолчен канал при ЕРЦП ја подобрува прогнозата на тешкиот панкреатитис, ако има знаци за билијарна опструкција или холангитис. (ннд-В)

НЕКРОТИЗИРАЧКИ ПАНКРЕАТИТИС

- Третманот на некротизирачки панкреатитис треба да биде концентриран во единици за специјализирана нега со најдобро искуство и спремност за интензивна нега поради ризикот од компликации и висока смртност.
- Симптомите на тежок панкреатитис, како резултат на оштетување на органите, вклучуваат перитонитис, шок, респираторен дистрес, анурија и ментална конфузија.
- Покачена концентрација на серумскиот С-реактивен протеин (над 100 mg/l) е најточниот индикатор за тежок панкреатитис, заедно со нарушената општа состојба и наодите на контрастната компјутеризирана томографија.
- Антибиотици, профилактички, (ннд-**B**) се индицирани кај тежок панкреатитис. (ннд-**D**)
- Третманот на некротизирачкиот панкреатитис е променет во корист на конзервативниот пристап кој вклучува агресивен надомест на течности (во почетниот стадиум до 10 l/ден) и конзервативни мерки за одржување на кардиоваскуларната и респираторната функција (во интензивна нега). Секако, хируршки третман и понатаму може да биде индициран. Примарна индикација за хирургија е инфекција на панкреасната некроза.
- Како компликација на тежок панкреатитис, може да се покачи интраабдоминалниот притисок што ја влошува респираторната функција и диурезата. Според неодамнешни искуства во третманот на т.н. абдоминален компартман синдром, кога интраабдоминалниот притисок е покачен на 25-35 mm Hg, корисно е да се направи лапаротомија, да се остави абдоминалната празнина незатворена и да се започне третман на т.н. “отворен абдомен”. Субкутаната фасциотомија без лапаротомија покажа ветувачки резултати.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Кај пациентите со акутен панкреатитис, ентералната исхрана го намалува морталитетот, мултиорганското попуштање, системските инфекции, како и потребата од оперативни интервенции споредено со тоталната парентерална исхрана. (ннд-**B**).

Други збирни докази

- Негативниот резултат на уринарен трипсиноген -2 стик тест исклучува акутен панкреатитис. (ннд-**B**).

Литература

1. Frossard JL, Steer ML, Pastor CM. Acute pancreatitis. Lancet 2008 Jan 12;371(9607):143-52.
2. Mitchell RM, Byrne MF, Baillie J. Pancreatitis. Lancet 2003 Apr 26; 361(9367):1447-55.
3. Beckingham IJ, Bornman PC. ABC of diseases of liver, pancreas, and biliary system. Acute pancreatitis. BMJ 2001 Mar 10; 322(7286):595-8.
4. Lempinen M, Puolakkainen P, Kempainen E. Clinical value of severity markers in acute pancreatitis. Scand J Surg 2005; 94(2):118-23.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Sainio V, Kempainen E, Puolakkainen P, Taavitsainen M, Kivisaari L, Valtonen V, Haapiainen R, Schröder T, Kivilaakso E. Early antibiotic treatment in acute necrotising pancreatitis. Lancet 1995 Sep 9; 346(8976):663-7.

1. **EBM Guidelines, 26.11.2010, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до ноември 2014 година.**

