

АНАЛИЗ 1300 СЛУЧАЕВ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТ-ЭРХПГ ПАНКРЕАТИТА

*Лакиза Н.О., Щерба А.Е., Кирковский Л.В., Коротков С.В., Савченко А.В,
Матюх А.В., Касперович А.И.
ГУ МНПЦ ХТуГ, Республика Беларусь*

Введение. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) - важная эндоскопическая процедура, занимающая более 20 лет свое место в многих национальных стандартах для лечения и диагностики патологии желчного дерева и поджелудочной железы, клинико-лабораторным проявлением которых является механическая желтуха и панкреатит.

Однако, несмотря на высокую клиническую значимость, на сегодняшний день, ЭРХПГ остается процедурой высокого риска, обусловленного пределами технологического прогресса, навыками и опытом оператора, а также анатомической вариабельностью пациентов. Превалирующим в структуре осложнений является пост-ЭРХПГ панкреатит и в меньшей степени: кровотечения, перфорации, гнойно-септические осложнения. Техническими приемами при выполнении данной процедуры, оказывающими наибольшее травматическое воздействие на зону БДС и риск пост-ЭРХПГ панкреатита являются :

- сложная канюляция желчного протока (более 10 минут или более 5-10 контактов с сосочком без достижения канюляции),
- повторная канюляция проводника в главный панкреатический проток (ГПП),
- многократные инъекции контрастного вещества или другой жидкости в ГПП,
- баллонная дилатация интактного желчного сфинктера,
- сфинктеротомия поджелудочной железы,
- эндоскопическая петлевая папиллэктомия

Стратегии профилактики пост-ЭРХПГ панкреатита за последние два десятилетия эволюционировали от поддерживающей терапии, аналогов соматостатина до стентирования главного панкреатического протока и предоперационного назначения НПВС [James L. Vuxbaum, с соавт., ASGE guideline, Gastrointestinal endoscopy, 2023].

Цель. Проанализировать опыт выполненных ЭРХПГ с 2012-2016г. и 2019г по 05.2023 г.г., структуру показаний для этих вмешательств, а также эффективность тактики профилактики развития пост-ЭРХПГ панкреатита.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 400 пациентов, перенесших ЭРХПГ с 2012 по 2016г.г. и 900 пациентов с 01.2019г. по 06.2023г. в условиях государственного учреждения «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии». Показаниями к РХПГ и транспапиллярным вмешательствам явились 1. стриктуры терминального отдела холедоха опухолевого генеза (38%), 2.

холедохолитиаз (33%), 3.билиарные стриктуры после трансплантации печени (29%).

Структура вмешательств представлена ЭРХПГ с папиллосфинктеротомией (ПСТ) – у 263 (29%) пациентов, ЭРХПГ с ПСТ и холедохолитэкстракцией – у 341 (38%) и ЭРХПГ с эндобилиарным стентированием или заменой стента – у 294 (33%) пациентов.

Критерии диагностики пост-ЭРХПГ панкреатита: болевой синдром длительностью более 12 ч и трехкратное повышение уровня амилазы крови; тяжелого панкреатита – СПОН (qSOFA) и потребность в мониторинге и протезировании витальных функций.

Критерии установки стента в ГПП – указанные выше признаки высокого риска пост-РХГ панкреатита.

По принципу медикаментозной профилактики НПВС (диклофенак или индометацин 200мг/сут ректально) ретроспективно сформированы 2 группы: группа 1 (ректальные НПВС), n=732 (81,3%) и группа 2 (без профилактики), n=168 (18,7%).

Результаты ЭРХПГ периода 2019-2023г.г. сравнены с таковыми периода 2012-2016г.г., в течение которого для профилактики пост-РХГ панкреатита использовались аналоги соматостатина, а стентирование ГПП практически не применялось.

Терапия пост-ЭРХПГ панкреатита включала голод, волемическую терапию с использованием раствора Рингера/Рингер-лактата/Лактосола, спазмолитики, ингибиторы протонной помпы, октреотид 600 мкг/кг/сут в виде продленной инфузии [Zhang ZF, с соавт., J Clin Gastroenterol, 2017].

Показанием к антибактериальной профилактике были холангит, неадекватное билиарное дренирование после РХПГ (включая злокачественные хиларные обструкции и склерозирующий холангит), билиарные осложнения после трансплантации печени у иммуносупрессированных пациентов [James L. Vuxbaum, с соавт., ASGE guideline, Gastrointestinal endoscopy, 2023].

Тактика при перфорации ДПК включала выполнение МСКТа, установку назодуоденального зонда, эндобилиарное стентирование нитиноловым стентом, малоинвазивное дренирование забрюшинного затека при прогрессировании ССВО и в целом максимально консервативное или миниинвазивное ведение.

Результаты. Общая заболеваемость панкреатитом после ЭРХПГ составила от 6,9% (n=62). Частота развития тяжелого пост-ЭРХПГ панкреатита (требующего лечения в ОАР) составила - 1,1% (9), из них 3 закончились летальным исходом (0,3%; в одном случае по поводу посттрансплантационной билиарной стриктуры). Группа пациентов, перенесших пост-ЭРХПГ панкреатита, характеризовалась более длительным пребыванием в стационаре после вмешательства (7 (5;13) против 5 (2;7) дней, $p<0.001$). Частота пост-ЭРХПГ панкреатита в изучаемых группах составила – 5,3% (39 из 732) в группе 1, и 13,7% (23 из 168) в группе 2. Показанием к

ЭРХПГ для большинства пациентов, перенесших тяжелый пост-ЭРХПГ панкреатит, явилась стриктура терминального отдела холедоха и в большинстве случаев (81%) ЭРХПГ у данной группы пациентов сопровождалась трудной канюляцией БДС и большей длительностью вмешательства. Частота перфораций ДПК составила 0,1% (1 случай).

В группе 400 пациентов, выполнявшихся ЭРХПГ с 2012 по 2016 г общая заболеваемость панкреатитом составила 6,8% (27 из 400). Частота развития тяжелого пост-ЭРХПГ панкреатита составила 2,5% (10 из 400). Двое пациентов погибли (0,6%; у одного по поводу посттрансплантационной билиарной стриктуры). Частота перфораций ДПК составила 1% (4 случая).

Выводы. Строгая приверженность к современным стандартам показаний и техники проведения процедуры ЭРХПГ, профилактики и ведения пост-ЭРХПГ панкреатита – является залогом достижения наилучшего возможного результата в условиях современного предела технологических возможностей. Изменение схемы профилактики и эволюция методических и технологических аспектов не повлияла на частоту всех форм острого панкреатита, но уменьшила частоту тяжелого пост-ЭРХПГ панкреатита и ассоциированную с ним летальность.