

А. В. Лукьянец, А. А. Петушкова
**ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ
ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ**

*Научные руководители: канд. мед. наук, ассист. А. В. Буравский¹,
зав. эндоскопич. отделением И. М. Сологуб²
2-я кафедра хирургических болезней
Белорусский государственный медицинский университет¹,
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи²,
г. Минск*

Резюме. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, находившихся в 2017 году на стационарном лечении в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Минска, которым проводилась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ). Всего в течение 2017 года было выполнено 208 ЭРХПГ - исследований у 191 пациента. В результате проведенного анализа не было выявлено предикторов, указывающих до выполнения процедуры на высокий риск развития ЭРХПГ-индуцированного панкреатита.

Ключевые слова: эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, острый ЭРХПГ-панкреатит, предикторы, профилактика.

Resume. Retrospective analysis of medical records of patients hosted in the City Clinical Emergency Hospital in Minsk during 2017, towards whom ERCP was tried to make or made. In total, during 2017, 208 ERPHG studies of 191 patients were carried out. As a result of the study, there were no predictors indicating a high risk of ERCPH-induced pancreatitis before the procedure.

Keywords: endoscopic retrograde cholangiopancreatography, post-ERCP pancreatitis, predictor, prevention.

Актуальность. Одним из возможных осложнений ЭРХПГ является острый панкреатит (ОП), частота развития которого, по данным разных авторов, может составлять от 1% до 40% [1].

Цель: выявление возможных предикторов и причин развития острого панкреатита после ретроградной холангиопанкреатографии и эндоскопических манипуляций в зоне большого дуоденального сосочка (БДС).

Задачи:

1. Посредством ретроспективного анализа медицинской документации выявить пациентов, у которых после ЭРХПГ отмечено развитие изучаемого осложнения.
2. Провести сравнительную оценку исходных параметров пациентов (возраст), а также изучить иные лабораторные показатели и их динамику в процессе лечения.
3. На основании полученных данных выявить предикторы развития острого панкреатита после ЭРХПГ и наметить пути улучшения результатов лечения.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, находившихся на стационарном лечении в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Минска, которым в течение 2017 г. была предпринята попытка либо выполнена ЭРХПГ. В ходе работы оценивались гендерно-возрастные параметры выборки, характер патологии, технические и временные аспекты ЭРХПГ и последующих эндоскопических манипуляций (папиллосфинктеротомия, холедохолитоэкстракция, стентирование), а также состояние пациентов в динамике с

учетом лабораторных данных и результатов инструментальных исследований. Тщательному анализу подвергались случаи развития реактивного ОП после проведения ЭРХПГ.

Результаты и их обсуждение.

Всего в течение 2017 года было выполнено 208 ЭРПХГ- исследований у 191 пациента (дважды – у 13 пациентов, трижды – у двух). Возраст пациентов общей выборки (N=191) составил 65,0(49,0;77,0) лет. Женщины – 65%; мужчины – 35%.

Неоднократные манипуляции в зоне БДС в течение одной госпитализации прошли у этих пациентов без развития ОП. Отсюда следует, что многое зависит от индивидуальных особенностей организма пациента (в том числе индивидуальные реакции на контраст и ЭРХПГ).

Заканюлировать большой дуоденальный сосочек и выполнить исследование и последующие манипуляции удалось в 181 случае. Результаты исследования представлены на рисунке (рисунок 1).

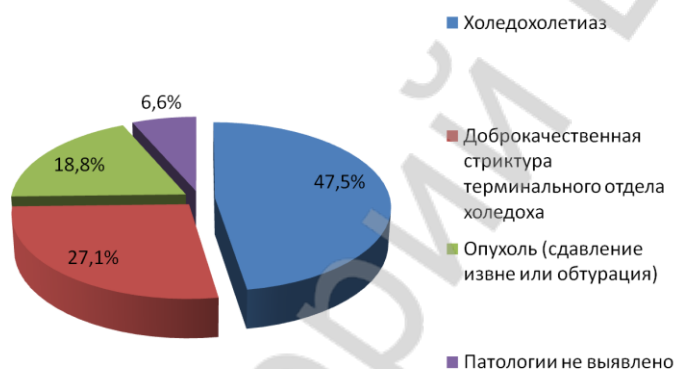
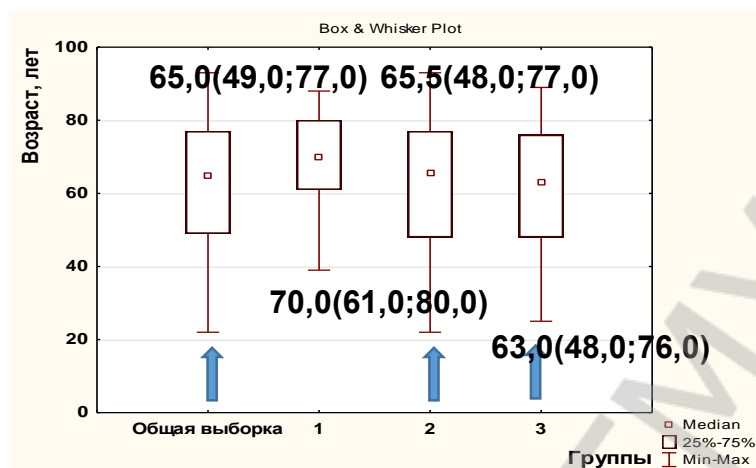


Рисунок 1 – Распределение пациентов по выявленной патологии после проведенного исследования

Общая выборка была разделена на 3 группы: в первую группу вошли пациенты, у которых не удалось визуализировать БДС/заканюлировать проток – 27 исследований. Вторая группа была без технических трудностей и составила 137 исследований. Третья группа – технические трудности (канюляция и контрастирование панкреатического протока) составила 44 исследования.

При оценке возрастных параметров статистических различий между группами выявлено не было ($p > 0,05$ во всех случаях), а между общей выборкой и группами 2 (без технических трудностей) и 3 (с техническими трудностями) практически отсутствуют еще и различия в цифрах (рисунок 2).



$p > 0,05$ во всех случаях

Рисунок 2 – Распределение пациентов по возрасту

При отсутствии сложностей в процессе выполнения ЭРХПГ (137 исследований) летальности не было, у нескольких пациентов отмечена транзиторная гиперамилаземия (до 1000 единиц) без клинических проявлений (6 наблюдений) либо легкий панкреатит (1 случай), которые были купированы краткосрочным консервативным лечением.

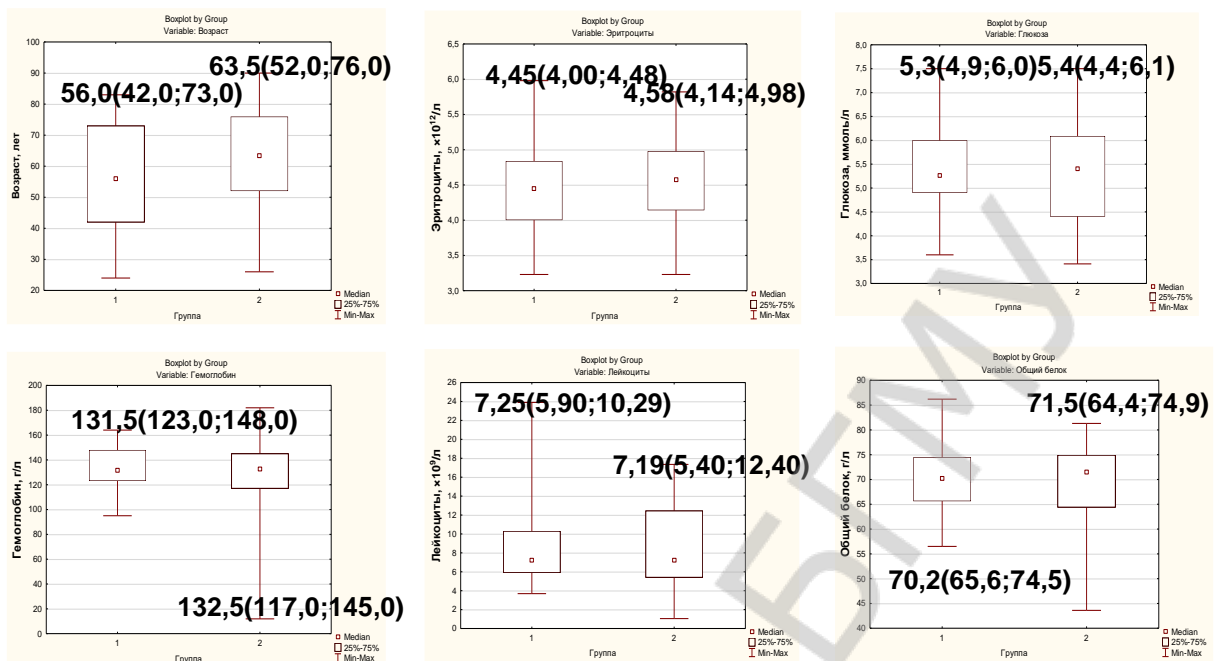
В ряде случаев при выполнении ультразвукового контроля после проведения ЭРХПГ было зарегистрировано увеличение диаметра главного панкреатического протока до 2 мм, что может свидетельствовать о временной вирсунгеальной гипертензии, обусловленной постманипуляционным отеком БДС либо спазмом сфинктера Одди или собственного сфинктера протока поджелудочной железы.

Частота острого панкреатита составила 0,7%, а летальность – 0%.

В группе с техническими трудностями было зарегистрировано: 4 случая развития тяжелого панкреатита, 3 из которых закончились летальным исходом; в двух случаях из 4-х тяжелый панкреатит развился после безуспешной попытки выполнения ЭРХПГ в ранние сроки после лапароскопической холецистэктомии с дренажом Холстеда, один из пациентов в результате умер; также отмечено 2 случая среднетяжелого течения реактивного панкреатита; и 3 случая легкого течения реактивного панкреатита; у 2 пациентов была зарегистрирована транзиторная гиперамилаземия (до 500 единиц) без клинических проявлений.

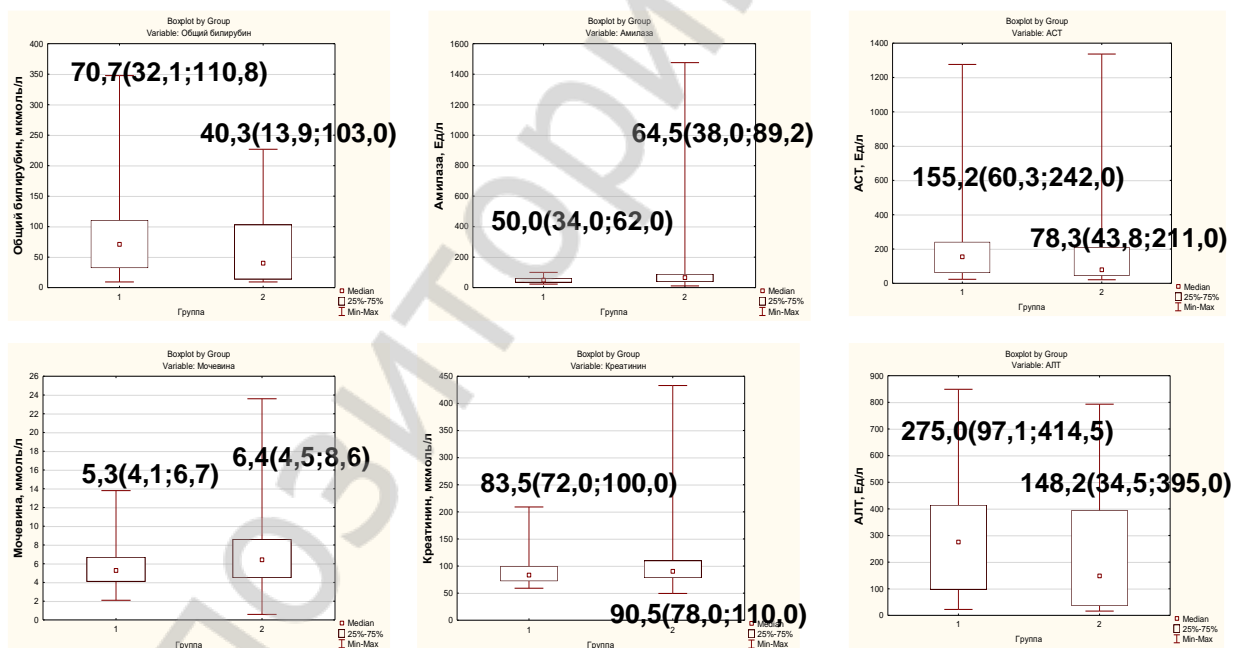
Частота острого панкреатита составила 20,5%, а летальность – 6,8%.

Сравнительный анализ результатов лабораторных исследований крови до проведения ЭРХПГ показал отсутствие различий между группой пациентов, у которых развился острый панкреатит или транзиторная гиперамилаземия после ЭРХПГ – это группа 1, и теми, у кого никаких осложнений после ЭРХПГ зарегистрировано не было (группа 2) (рисунок 3,4).



$p > 0,05$ во всех случаях

Рисунок 3 – Лабораторные показатели пациентов



$p > 0,05$ во всех случаях

Рисунок 4 – Лабораторные показатели пациентов

Выводы.

1 В результате проведенного исследования не было выявлено предикторов, указывающих на высокий риск развития ЭРХПГ-индуцированного панкреатита до выполнения процедуры.

2 Неоднократные попытки канюляции с попаданием катетера и/или контраста в главный панкреатический проток повышают риск развития реактивного панкреатита, в том числе тяжелого и с неблагоприятным прогнозом.

3 У пациентов, перенесших накануне холецистэктомию с наружным дренированием, желательна очень осторожно подходить к выполнению либо отказаться от раннего проведения процедуры ЭРХПГ.

В европейских гайдлайнах указаны следующие способы профилактики ЭРХПГ-индуцированного панкреатита: учёт факторов риска развития ОП, связанных с пациентом; медикаментозная профилактика; установка временного панкреатического стента у пациентов высокого риска; раннее выявление клинических и лабораторных проявлений ОП после ЭРХПГ.

Возможные тактические и организационные решения, которые могут улучшить ситуацию на практике в наших условиях:

1. Учитывать факторы риска развития острого панкреатита, связанные с пациентом, перед планированием рентгенэндоскопических вмешательств на БДС. При наличии факторов риска – решение вопроса о возможности применения других методов визуализации внепечёночных желчных путей (магнитно-резонансная-холангиография, эндоскопическая ультрасонография) [1].

2. В соответствии с европейскими рекомендациями, для премедикации ЭРХПГ можно использовать схему медикаментозной подготовки: нитроглицерин (назначаемый сублингвально или в виде кожных пластырей), нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в виде суппозиторий, антибиотики, ингибиторы панкреатической секреции: Соматостатин (Окреотид), ингибиторы протеаз: Габексат, Улинастатин и Нафамостат мезилат. Однако ни для одного из компонентов медикаментозной профилактики ЭРХПГ-индуцированного ОП (кроме НПВС) нет достаточных доказательств клинической эффективности.

3. Вероятно, нужен комплексный подход, который должен заключаться в ранней диагностике и своевременно начатом многокомпонентном лечении [2,3].

A. V. Lukjanets , A. A. Petushkova

CAUSES OF DEVELOPMENT OF ACUTE PANCREATITIS AFTER ENDOSCOPIC RETROGRADIVE HOLANGIOPANKREATOGRAPHY

Tutors: assistant A. V. Buravsky¹, I. M. Salahub²

2nd DEPARTMENT OF SURGICAL DISEASES,

Belarusian State Medical University¹,

Minsk city emergency hospital²,

Minsk

Литература

1. Барановский, А. М. Билиарнозависимый панкреатит / А. М. Барановский, О. Протопова, П. Селиверстов // Врач. – 2011. – № 4. – С. 30-35.
2. Бобоев, Б. Д. Миниинвазивные методы в диагностике и лечении холедохолитиаза / Б. Д. Бобоев, Ф. И. Махмадов, Б. А. Икромов // Новости хирургии. – 2011. – Т. 19, № 6. – С. 59-63.
3. Осложнения эндоскопической папиллотомии и их морфологическая основа / Б. С. Брискин, П. В. Эктов, А. Г. Карцев и др. // Анналы хирург. гепатологии. – 2005. – № 1. – С. 91-98.