

## ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА ОПЫТА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

<sup>1,2</sup>*Чернов О.Н.,<sup>2</sup>Лазаревич Н.А.*

<sup>1</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,  
г. Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Острый постманипуляционный панкреатит (ОПМП) частое побочное осложнение внутрипросветных эндоскопических вмешательств на панкреатобилиарной зоне. Несмотря на все попытки минимизировать частоту его возникновения, по данным литературы может достигать до 40 % случаев. Тяжелые формы данного панкреатита зачастую приводят к панкреонекрозу, а иногда и летальному исходу. Единых стандартов профилактики данного осложнения в Республике Беларусь, Российской Федерации и странах ближнего и дальнего зарубежья нет. Существуют лишь локальные региональные и внутрибольнично-академические рекомендации профилактики данного заболевания.

**Цель.** Изучить эффективность лекарственной профилактики ОПМП согласно методических рекомендаций «Профилактика и лечение реактивного острого панкреатита после эндовисцальной ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ)» утверждённых в мае 2018 года в УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» и обозначить задачи дальнейшего совершенствования профилактики данного осложнения.

**Материалы и методы.** Проведён ретроспективный анализ 485 историй болезней всех пациентов 1-го хирургического отделения УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» которым проводились внутрипросветные эндоскопические вмешательства на панкреатобилиарной зоне с 2018 года, когда были утверждены методические рекомендации «Профилактика и лечение реактивного острого панкреатита после эндовисцальной ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ)» по 2024г. Критериями исключения составляли пациенты с уже имеющимся острым панкреатитом либо транзиторной гиперамилаземией более 100 Е/л.

**Результаты.** За период с 01.01.2018 г. по 31.12.2024 г. включительно в условиях 1-го хирургического отделения УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» было выполнено 673 внутрипросветных эндоскопических вмешательств на панкреато-билиарной зоне. Согласно

локальных внутрибольнично-академических методических рекомендаций «Профилактика и лечение реактивного острого панкреатита после эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ)» медицинская профилактика заключалась в следующем:

1. Премедикация за 30 минут до ЭРХПГ (в хирургическом отделении):

1.1 НПВС в дозировке 100 мг. ректально (Диклофенак или Индометацин) непосредственно до ЭРХГ рекомендовано ESGE (Европейская Ассоциация Гастроинтестинальной Эндоскопии) в руководстве «Профилактика ЭРХПГ-индуцированного панкреатита» (2010 г.);

1.2 Нитросорбид 10 мг. сублингвально (ESGE: отмечено уменьшение частоты панкреатита после ЭРХПГ, но при этом рутинного его использование для профилактики не рекомендовано).

2. Анестезиологическое сопровождение ЭРХПГ: мониторинг и анальгоседация, по показаниям – внутривенная анестезия.

3. При проведении контрастирования протоков вводить раствор контрастного вещества необходимо без усилия. Если в процессе выполнения ЭХПГ (транспапиллярного вмешательства) имеет место технически сложная катетеризация БДС либо отмечается канюляция и/или контрастирование главного панкреатического протока – пациента следует относить к группе риска развития реактивного острого панкреатита. В этом случае желательно аспирировать контрастное вещество из панкреатического протока, после чего аккуратно (без чрезмерного давления) промыть протоки 0,25 % раствора новокаина. Показано временное (на 3-7 суток) стентирование главного панкреатического протока пластиковым эндопротезом 3-7 Fr, которое должно быть выполнено непосредственно в ходе текущего эндоскопического вмешательства.

4. Пациентам группы риска необходимо сразу после ЭРХПГ обеспечить дальнейшее лечение в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (острой почечной и полиорганной недостаточности) либо отделения реанимации и интенсивной терапии (для пациентов хирургического профиля) в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым панкреатитом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» (Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 01.06.2017г. № 46.)

5. В течение 1 суток после ЭРХПГ оценить динамику клинического состояния, лабораторных показателей (ОАК, БАК) и данных инструментальных исследований (УЗИ). В случае прогрессивного нарастания симптоматики тяжелого панкреатита – проведение катетеризации ВБА (ЧС) и начало продлённой регионарной артериальной инфузии в первые сутки после ЭРХПГ, а также продолжение медикаментозного лечения в соответствии с клиническим

протоколом. При отсутствии картины острого панкреатита – через 1 сутки после ЭРХПГ перевод пациента в общехирургическое отделение для дальнейшего лечения.

6. Временный панкреатический стент удаляется эндоскопически не ранее 3 суток с момента установки.

Несмотря на выполнение вышеперечисленных рекомендаций явления ОПМП выявлены в 154 случаях, что составило 22,88%. Транзиторная гиперамилаземия без болевого синдрома либо без КТ или УЗИ-признаков панкреатита выявлена в 69 случаях, что составило 10,25%. Распределение по годам ОПМП и транзиторной гиперамилаземии следующие: 2018г. 33% и 5,95%; 2019г. 21,25% и 6,25%; 2020г. 29,78% и 11,7%; 2021г. 20,83% и 13,54%; 2022г. 17,64% и 10,78%; 2023г. 27,5% и 11,66%; 2024г. 10,3% и 10,3% соответственно. В большинстве случаев отмечалась лёгкая форма ОПМП 78,2%, которая быстро купируется применением стандартных консервативных мероприятий, остальные случаи приходились на среднетяжёлые формы, тяжёлые формы были представлены единичными случаями, летальность при которых стремилась к 0% и была связана скорее с общим состоянием пациента а не решающей ролью ОПМП в клинической картине синдрома взаимного отягощения.

Обращает на себя внимание, что превалирующий пол пациентов с ОПМП женский 65,58% максимальна гендерная разница отмечена в 2023г. и составила 72,72%. Замечена корреляционная связь между изначальным уровнем содержания амилазы в крови до ЭХПГ, так при уровне амилазы ниже референсного значения 22 Е/л. ОПМП либо гиперамилаземия не выявлены ни в одном случае наблюдений. Возраст пациентов варьировал от 20 до 86 лет. Чаще ОПМП возникал в молодом возрасте до 50 лет 67,2%. Также имели место корреляционные зависимости возникновения ОПМП с общеклиническими лабораторными показателями крови (до проведения внутрипросветных эндоскопических вмешательств на панкреатобилиарной зоне) и особенностями проведения самого внутрипросветного эндоскопического вмешательства.

**Выводы.** Первые результаты ретроспективный анализ показали, что частота ОПМП сопоставима с мировыми литературными данными и максимально достигала за год порядка 33%, что требует дальнейшего совершенствования мер медицинской профилактики данной патологии.

Ввиду наличия корреляционной связи некоторых показателей с вероятностью развития ОПМП, то созрела необходимость разработать формулу индивидуального прогнозирования развития данной патологии у конкретно взятого пациента, согласно имеющимся у него входных данных таких как пол пациента, уровень амилазы согласно референсного интервала, уровня билирубина, уровня лейкоцитоза и иных входных данных; и оформить данную

формулу в виде приложения в смартфоне для удобства пользования в практической медицине лечащему врачу.

Необходимо продолжить начатое в 2025 году проспективное исследование медикаментозной профилактики ОПМП новыми лекарственными схемами начатое в 1-м хирургическом отделении УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» используя результаты вышеизложенного ретроспективного анализа как контрольной группы.