

*Овсяник А.В., Смурага Д.Д.*

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Неверов П.С.*

*Кафедра хирургии и трансплантологии с курсом повышения квалификации и переподготовки  
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Острый панкреатит остается самым частым и клинически значимым осложнением ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ), встречаясь в 3-25% случаев и не имея надежных методов абсолютной предикции. Существующие зарубежные модели риска часто неприменимы в конкретных клиниках из-за различий в технике, опыте оператора и контингенте пациентов. В связи с этим выявление факторов риска (со стороны пациента, процедуры и операционной бригады) является актуальной задачей для персонализации тактики и снижения тяжести ятрогенных осложнений.

**Цель:** выявить факторы риска развития острого панкреатита после ретроградной холангиопанкреатографии.

**Материалы и методы.** На базе УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска проведен ретроспективный анализ медицинской документации. Исследуемую выборку составили 95 человек, были сформированы 2 группы: группа 1 (n=80) – основная группа, в которую включены пациенты, не имевшие пост-РХПГ панкреатит; группа 2 (n=15) – контрольная группа, которую составили пациенты, имевшие пост-РХПГ панкреатит. Согласно The 2020 ESGE guideline on ERCP-related adverse events критерии пост-ЭРХПГ панкреатита: боль в животе и 3-х кратное повышение амилазы в крови в течение 24 часов после проведенной РХПГ, приводящие к продлению плановой госпитализации или требующие госпитализации. Материалы исследования подвергнуты статистической обработке с использованием методов непараметрического анализа с применением MS Office Excel 2021 и программ Statistica 12.0, MedCalc.

**Результаты и их обсуждение.** В большинстве случаев показаниями для проведения РХПГ послужили: наличие холедохолитиаза – 42 (44,2%) случая, наличие стриктуры желчных протоков и большого сосочка двенадцатиперстной кишки – 33 (34,7%) случая, а также сочетание наличия холедохолитиаза и стриктуры желчных протоков и большого сосочка двенадцатиперстной кишки – 9 (9,47%) случаев.

Медиана возраста пациентов в основной группе составила 68 [61; 75] лет, в контрольной группе – 66 [61,75;75,5] лет ( $p<0,05$ ). Амилаземия ( $>1000$  Ед/л) до проведения РХПГ отмечалась у 2 (2,5%) пациентов основной группы, в то время как в группе контроля – у 10 (66,67%) пациентов ( $\chi^2= 47.126$ ;  $p<0,001$ ). Наличие острого панкреатита в анамнезе встречалось у 15 (18,75%) человек основной группы, в то время как в группе контроля – у 7 (46,67%) человек ( $\chi^2= 5.532$ ;  $p<0,05$ ). Контрастирование главного протока поджелудочной железы (ГППЖ) в ходе РХПГ было проведено у 11 (13,75%) пациентов основной группы, а также у 7 (46,67%) пациентов в группе контроля ( $\chi^2= 8.912$ ;  $p<0,05$ ). Проведение папиллосфинктеротомии (ПСТ) наблюдалось у 31 (38,75%) пациента основной группы, в то время как в группе контроля – у 10 (66,67%) пациентов ( $\chi^2= 4.013$ ;  $p<0,05$ ). Трехкратное повышение амилазы в крови в течение 24 часов после проведенной РХПГ было отмечено у 15 (100%) пациентов группы контроля, в основной группе – у 10 (14,3%) человек ( $\chi^2= 49.875$ ;  $p<0,001$ ), при этом боль в животе была отмечена у всех пациентов, имевших пост-РХПГ панкреатит, в то время как в основной группе – ни у одного пациента ( $\chi^2= 46.316$ ;  $p<0,001$ ).

**Выводы.** Проведенное исследование показало, что наибольший вклад в развитие пост-РХПГ панкреатита вносят такие факторы, как амилаземия до проведения РХПГ, наличие острого панкреатита в анамнезе, контрастирование ГППЖ в ходе РХПГ, проведение PST во время РХПГ.