

СОВРЕМЕННЫЕ АЛГОРИТМЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ (ЭРПХГ)

¹Тарасов А.Н., ²Васильев А.В., ²Дорофеева Т.Е., ^{1,2}Олевская Е.Р., ^{1,2}Дерябина Е.А.

¹ Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

² Челябинская областная клиническая больница

MODERN ALGORITHMS PREVENTION AND ENDOSCOPIC TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS AFTER ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY (ERCP)

Tarasov A. N., Vasilev A. V., Dorofeeva I. E., Olevskaya E. R., Deryabina E. A.

YUUGMU Russian Ministry of Health, the city of Chelyabinsk

Chelyabinsk regional clinical hospital

Тарасов А. Н., ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии, профессор.

Васильев А. В., Челябинская областная клиническая больница, врач-эндоскопист.

Дорофеева Т. Е., Челябинская областная клиническая больница, заведующая хирургическим отделением № 1.

Олевская Е. Р., Челябинская областная клиническая больница, заведующая эндоскопическим отделением. ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии, доцент.

Дерябина Е. А., Челябинская областная клиническая больница, врач-эндоскопист.

Tarasov A. N., SBEI HPE «South Ural Medical University» Chelyabinsk, Department of Hospital Surgery, PhD, MD

Vasilyev A. V., Chelyabinsk Regional Hospital, Endoscopy physician

Dorofeeva T. E., Chelyabinsk Regional Hospital, Head of Department of Surgery № 1

Olevskaya E. R., Chelyabinsk Regional Hospital, Head of Department of Endoscopy, SBEI HPE «South Ural Medical University» Chelyabinsk, Department of Hospital Surgery, Professor Assistant

Derjabina E. A., Chelyabinsk Regional Hospital, Endoscopy physician

Васильев Александр
Владимирович

Vasilev Alexander Vl.

Email:

74endo@mail.ru

Целью работы: является внедрение и оценка эффективности новых алгоритмов профилактики и эндоскопического лечения острого панкреатита, возникающего вследствие эндоскопических транспапиллярных вмешательств на желчевыводящих путях.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ результатов ЭРПХГ выполненных в эндоскопическом отделении Челябинской областной клинической больницы — клинике госпитальной хирургии Южно-уральского государственного медицинского университета в 2009–2013 году по поводу доброкачественной окклюзии внепеченочных желчных протоков 1778 пациентов. Мужчин 710 (39,9%), женщин 1068 (60,1%). Причиной окклюзии у 832 (46,8%) пациентов был первичный (при сохраненном желчном пузыре) холедохолитиаз, у 356 (20,5%) резидуальный холедохолитиаз (конкременты выявлены при фистулографии или в первые две три недели после холецистэктомии), у 214 (12,0%) рецидивные холедохолитиаз, возникший по прошествии полутора и более лет после холецистэктомии, стриктура желчных протоков, чаще всего БДС у — 376 (21,1%). Окклюзия желчных протоков у 614 (34,5%) больных осложнилась механической желтухой, в сочетании с холангитом у 329 (18,6%), панкреатитом у 138 (7,8%). Не осложненное состояние или компенсированное за счет наружного дренирования желчных протоков на момент выполнения ЭРПХГ имело место 697 (39,2%). В зависимости от особенностей профилактических мероприятий больные разделены на две группы.

Первая группа — 2009–2012 годы 1255 пациентов. В качестве премедикации и профилактики острого панкреатита за 30 минут до ЭРПХГ вводили 0,1% раствор атропина сульфата — 0,5мл подкожно, 40 мг (2,0мл) раствора дротаверина гидрохлорида подкожно или внутримышечно. У пациентов рассчитанного высокого риска развития острого панкреатита за 30 минут до проведения ЭРПХГ вводили 100 мг раствора октреотида подкожно. В первый час после ЭРПХГ проводилась инфузионная спазмолитическая терапия, а также подкожно вводилось 100 мг раствора октреотида. Все вмешательства проводили под тотальной интравенозной анестезией.

Вторая группа — 523 пациента оперированные в течение 2012–2013 года. К мерам профилактики острого панкреатита, которые использовались у первой группы пациентов, дополнительно назначали внутримышечное введение ксифокама — 8 мг за 30–40 минут до ЭРПХГ. В случае возникновения вирсунгографии или случайной катетеризации Вирсунгова протока при ЭРПХГ у 27 (5,2%) пациентов операцию заканчивали стентированием главного панкреатического протока пластиковым стентом 5Ch-5cm. При появлении клинических признаков острого панкреатита у 4 пациентов также выполнено стентирование главного панкреатического протока. Выделенные группы были сравнимы по полу, возрасту, количеству и тяжести осложнений окклюзии желчных протоков и исходного общего состояния, объему эндоскопического пособия.

Статистическая обработка данных выполнена в программе Statistics 17.0 Результаты и обсуждение.

В первой группе у 97 (7,7%) пациентов выполнение ЭРПХГ осложнилось развитием острого отечного панкреатита. У 37 (38%) из них в протоколах вмешательства отмечено случайное контрастирование и (или) катетеризация главного панкреатического протока.

У 9 (24%) из них острый панкреатит осложнился панкреонекрозом, умерло 7 (0,6%).

В лечении острого панкреатита в этот период времени использовали комплексную консервативную терапию, а при отсутствии эффекта малоинвазивные вмешательства: лапароскопическая санация брюшной полости, пункционное и лапароскопическое дренирование полостей.

Во второй группе превентивное введение ксифокама позволило сократить частоту развития острого панкреатита до 1,4% (7 пациентов). Профилактическое стентирование главного панкреатического протока при его случайной катетеризации или контрастировании во время ЭРПХГ выполнено 27 (5,2%) пациентам, что у всех больных позволило избежать возникновения острого панкреатита в послеоперационном периоде.

Стентирование главного панкреатического протока выполнено 4 больным с явлениями выраженного панкреатита, развившегося на первый — второй день после операции. Успешная декомпрессия панкреатического протока сопровождалась заметным уменьшением интенсивности болевого синдрома в течение первых 12 часов после катетеризации и обратным развитием клинических признаков панкреатита в течение 6–8 дней. У всех пациентов консервативное лечение острого постманипуляционного панкреатита оказалось успешным, что позволило избежать необходимости выполнения дополнительных оперативных вмешательств.

Выводы: Использование нестероидных противовоспалительных препаратов перед проведением ЭРПХГ и профилактическое стентирование Вирсунгова протока при его катетеризации позволило снизить частоту развития острых панкреатитов в пять с половиной раз; Возникновение панкреатической гипертензии вследствие случайного контрастирования Вирсунгова протока является важным фактором, определяющим высокую вероятность развития тяжелого панкреатита после выполнения ЭРПХГ.

Профилактическая или ранняя эндоскопическая декомпрессия существенно повышает эффективность комплексной консервативной терапии острого постманипуляционного панкреатита.

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 111 (11):97-98

Ekspierimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2014; 111 (11):97-98