

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ

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

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

2 Челябинская областная клиническая больница

THE POSSIBILITIES OF MODERN PROPHYLAXIS OF ACUTE PANCREATITIS AFTER ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY (ERCP)

Tarasov A. N.¹, Vasilyev A. V.², Dorofeeva T. E.², Olevskaya E. R.^{1,2}, Derjabina E. A.², Mashkovskiy F. V.²

1 SBEI HPE "South Ural Medical University" Vorovskogo Str., 64, Chelyabinsk, 454048

2 Chelyabinsk Regional 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.

Машковский А. М., 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

Mashkovskiy F. V., Chelyabinsk Regional Hospital, Endoscopy physician

Тарасов
Алексей Николаевич
Tarasov Aleksei N.
E-mail:
alex_tar74@mail.ru

Резюме

В статье представлены результаты выполнения ЭРХПГ у 1778 больных доброкачественной окклюзией желчных протоков. Дана оценка эффективности использования ксифокама, превентивного и терапевтического использования стентирования главного панкреатического протока у 31 пациента.

Ключевые слова: Желчевыводящие протоки, холедохолитиаз, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), осложнения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), острый панкреатит.

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 111 (11):57-60

Summary

The paper presents the results of the 1778 performed ERCP on patients with benign bile duct occlusion. Father was given evaluation of the effectiveness of using ksifokam, and usage of preventive and therapeutic stenting of the main pancreatic duct in 31 patients

Keywords: bile ducts, choledocholithiasis, endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), endoscopic complications papillosphincterotomy (EPST), acute pancreatitis.

Ekspierimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2014; 111 (11):57-60

Актуальность проблемы

Высокая частота доброкачественных обструктивных заболеваний желчевыводящих протоков вместе с ростом осложненных форм этой патологии способствуют сохранению значительной летальности и инвалидизации пациентов [6, 11, 14]. Клиническая картина этих заболеваний и их осложнений отличается значительным полиморфизмом и нуждается в уточнении [4, 11]. Ранняя и точная диагностика наличия и параметров обструкции желчевыводящих протоков обеспечивает выбор наиболее эффективного метода лечения [10, 16, 17].

Безопасные методы лучевой диагностики не всегда дают возможность детализировать особенности поражения билиарного тракта, а информативный метод прямого контрастирования желчных протоков эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) сопровождается опасными осложнениями [7, 5, 2]. Вместе с тем, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) в сочетании с ЭРХПГ позволяют получить отличные терапевтические результаты, превосходящие таковые при традиционных хирургических операциях, и лишь развитие грозных осложнений определяет сдержанное отношение к ним клиницистов [1].

Продолжающиеся в течение более двадцати лет исследования, посвященные снижению специфических осложнений, не позволили надежно устранить их возникновение. Данные последнего десятилетия показали, что общее количество осложнений

ЭПСТ составляет 7,7–19%, с летальностью 1,5–2,0% [8, 9, 12, 13, 15].

Наиболее частым (3,6–5,4%) и специфическим ранним осложнением эндоскопических операций на большом дуоденальном сосочке (БДС) является острый панкреатит, который отличается быстротой развития и тяжелым течением [33]. В отдельных публикациях его частота достигает 20–25,3% [31], а летальность при билиарных панкреатитах достигает 25–30% [34].

С 2012 года стали появляться публикации, демонстрирующие предварительные положительные результаты использования нестероидных противовоспалительных препаратов для профилактики и лечения острого панкреатита [32] и высокой эффективности стентирования главного панкреатического протока в лечении некротизирующего панкреатита [35]. Несмотря на многочисленные исследования, направленные на повышение безопасности ЭРПХГ, частота и тяжесть течения острого постманипуляционного панкреатита сохраняют свою клиническую значимость. Что предопределяет необходимость продолжения исследований способов профилактики этого осложнения [21].

Целью работы является внедрение и оценка эффективности новых методов профилактики острого панкреатита, возникающих вследствие эндоскопических транспапиллярных вмешательств на желчевыводящих путях.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ результатов выполнения ЭРПХГ выполненных в эндоскопическом отделении Челябинской областной клинической больницы — клиники 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 — 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%). После выполнения контрастирования желчных протоков у всех больных исследование завершалось необходимыми эндоскопическим лечебным вмешательством, выполняемым по стандартным показаниям — папиллотомией, литоэкстракцией, стентированием или дренированием желчных протоков

В зависимости от особенностей профилактических мероприятий панкреатите, выполняемых в различные временные промежутки исследуемые больные разделены на две группы.

Первая группа — 2009–2012 годы 1255 пациентов. Показания к исследованию при неясной клинической картине и характере окклюзии уточняли посредством магниторезонансной томографии (МРТ). Данной группе пациентов в качестве премедикации и профилактики острого панкреатита за 30 минут до эндоскопических транспапиллярных вмешательств вводили 0,1% раствор атропина сульфата — 0,5 мл подкожно, 40 мг (2,0 мл) раствора дротаверина гидрохлорида подкожно или внутримышечно [34]. У пациентов рассчитанного высокого риска развития острого панкреатита за 30 минут до проведения ЭРПХГ вводили 100 мг раствора октреотида подкожно [34]. В первый час после ЭРПХГ проводилась инфузионная спазмолитическая терапия, а также, с целью подавления секреторной функции поджелудочной железы подкожно вводилось 100 мг раствора октреотида [34]. Все вмешательства проводили под тотальной интравенозной анестезией, во время которой в качестве профилактики острого панкреатита также применяли спазмолитические и антисекреторные препараты [34].

Вторая группа — 523 пациента оперированные в течение 2012–2013 года. Дополнительно к мерам профилактики острого панкреатита, которые

использовались у первой группы пациентов, дополнительно назначали внутримышечное введение ксифокама — 8 мг за 30–40 минут до ЭРПХГ [32]. В случае возникновения вирсунгографии или случайно катетеризации Вирсунгова протока при ЭРПХ у 27 (5,2%) 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. Во время катетеризации главного панкреатического протока положение стента уточняли введением 38% раствор урографина, объемом не более 2,0 мл.

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) катетеризаций главного панкреатического протока.

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

По всей видимости, возникновение даже кратковременной внутрипротоковой гипертензии и возможное влияние контраста могут существенно повышать риск развития постманипуляционного панкреатита. 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 (Рис.1)¹, что у всех больных позволило избежать возникновения острого панкреатита в послеоперационном периоде.

Стентирование главного панкреатического протока выполнено 4 больным с явлениями выраженного панкреатита (болезненный инфильтрат в эпигастральной области, признаки интоксикации), 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.

¹ На цветной вклейке в журнал.

Выводы

Использование нестероидных противовоспалительных препаратов перед проведением ЭРПХГ и профилактическое стентирование главного панкреатического протока при его катетеризации позволило снизить частоту развития острых панкреатитов в пять с половиной раз;

Возникновение панкреатической гипертензии вследствие случайного контрастирования главного

панкреатического 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.

Литература

1. Абдуллаев А. Л. Исторические аспекты «постхолестэктомиического синдрома»: обзор литературы / А. Л. Абдуллаев // Хирургия. — 1999. № 4 — С.99–105.
2. Агафонов И. В. Причины осложнений транспиллярных вмешательств при эндоскопическом лечении осложнений желчнокаменной болезни / И. В. Агафонов, А. А. Давыдов, А. Ф. Исаев и др. // Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии 6-й: сб. тез. / под ред. Ю. И. Галингера. — М., 2002. — С.8–10.
3. Нестеренко Ю. А., Лищенко А. Н., Михайлулов С. В. Гнойно-некротические осложнения острого панкреатита (руководство для врачей и преподавателей). М., 1998.
4. Антюхин К. Э. Применение монополярного тока высокой частоты для выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии / К. Э. Антюхин, А. Л. Мирингоф // 5-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: тез. докл. — М., 2001. — С. 254–255.
5. Бабанин А. В. Дифференциально-диагностические возможности магнитно-резонансной томографии при синдроме механической желтухи: материалы XI международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ / А. В. Бабанин, Е. А. Пустовгар, О. И. Охотников // Анналы хирургической гепатологии. — 2004. — Т. 9, № 2. — С.252.
6. Балалыкин А. С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / А. С. Балалыкин. — М., 1996. 340с.
7. Балалыкин А. С. Комплексное эндохирургическое лечение доброкачественных сочетанных заболеваний желчного пузыря и желчных протоков / А. С. Балалыкин, А. В. Оноприев // Анналы хирургической гепатологии. — 1998 Т. 9, № 2. — С.35. — Материалы

- 6-й международной конференции хирургов гепатологов стран СНГ.
8. Балалыкии А. С. ЭРПХГ. ЭПТ и чреспапиллярные операции — успехи и проблемы / А. С. Балалыкии // Сборник тезисов 3-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. — М., 1999. — С.22–24.
 9. Белоусов А. С. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение болезней органов пищеварения / А. С. Белоусов, В. Д. Водолагин, В. П. Жаков. — М.: Медицина, 2002. — 424 с.
 10. Благовидов Д. Ф. Показания и техника папиллосфинктеротомии / Д. Ф. Благовидов, М. В. Данилов, В. А. Вишневский // Вестн. хирургии. — 1976. — № 7. — С.17–21.
 11. Борисов А. Е. Значение и возможности эндовидеохирургии в диагностике и комплексном лечении острого панкреатита / А. Е. Борисов, А. Г. Мирошническо, М. А. Кацадзе и др. // Эндоскопическая хирургия. — 1997. — № 1. — С. 52.
 12. Борисов А. И. Малоинвазивные технологии в абдоминальной хирургии у лиц с высоким операционным риском / А. И. Борисов, С. Г. Григорьев // Эндоскопическая хирургия. — 2000. № 2. — С. 2–13.
 13. Брискин Б. С. Холедохолитиаз: проблемы и перспективы / Б. С. Брискин, А. Э. Иванов, П. В. Эктов и др. // Анналы хирургической гепатологии. — 1998. — № 2. — С.71–78.
 14. Брискин Б. С. Ранние видеолaparоскопические и малоинвазивные вмешательства как путь снижения летальности в хирургии острого панкреатита / Б. С. Брискин, Г. С. Рыбаков, Д. А. Демидов и др. // Эндоскопическая хирургия. — 1999. — № 2. — С. 12.
 15. Брискин Б. С. Ретродуоденальные перфорации при эндоскопическом рассечении большого сосочка двенадцатиперстной кишки / Б. С. Брискин, П. В. Эктов, А. Г. Кариев и др. // Эндоскопическая хирургия. — 2003. № 5 — С.30–34.
 16. Будзинский А. А. Поражения большого дуоденального сосочка: эндоскопический и клиничко-морфологический подходы / А. А. Будзинский, М. И. Прудков Г. А. Кучин и др. // Материалы международной научно-практической конференции. — Екатеринбург, 2002. — С.2–4.
 17. Ветшев П. С. Хирургический стресс при различных вариантах холецистэктомии / П. С. Ветшев и др. // Хирургия. — 2002. — № 3. — С.4–10.
 18. Филимонов М. И., Гельфанд Б. Р., Бурневич С. З. Деструктивный панкреатит: комплексная диагностика и лечение. // Новый мед. журн. 1997; 3: 10–3.
 19. Rau B., Pralle U., Mojer J. M., Beger H. C. Role of ultrasonographically guided fine needle aspiration cytology in diagnosis of infected pancreatic necrosis. Brit J Surg 1998; 85: 179–84.
 20. Савельев В. С., Буянов В. М., Огнев В. Ю. Острый панкреатит. М.: Медицина, 1983; 240.
 21. Савельев В. С., Гельфанд Б. Р., Филимонов М. И., Бурневич С. З. Комплексное лечение больных панкреонекрозом. Анналы хирургии. 1999; 1: 18–22.
 22. Савельев В. С., Филимонов М. И., Гельфанд Б. Р., Бурневич С. З., Соболев П. А. Оценка эффективности современных методов лечения деструктивного панкреатита. // Анналы хирургической гепатологии. 1996; 1: 58–61.
 23. Филин В. И., Костюченко А. Л. Неотложная панкреатология. // «Питер». — СПб, 1994; 410.
 24. Antillon, M.R., et al., Single-step EUS-guided transmural drainage of simple and complicated pancreatic pseudocysts. Gastrointest Endosc, 2006. 63 (6): p. 797–803.
 25. Hookey, L.C., et al., Endoscopic drainage of pancreatic-fluid collections in 116 patients: a comparison of etiologies, drainage techniques, and outcomes. Gastrointest Endosc, 2006. 63 (4): p. 635–43.
 26. Lawrence, C., et al., Disconnected pancreatic tail syndrome: potential for endoscopic therapy and results of long-term follow-up. Gastrointest Endosc, 2008. 67 (4): p. 673–9.
 27. Пугаев А. В., Богомолова Н. С., Багдасаров В. В., Сирожетдинов К. Б. // К патогенезу гнойных осложнений острого панкреатита. Вестник хирургии № 1 том 154. II — 1995 — с 32–34.
 28. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Общая часть. Учебное пособие. Изд. Дом «Равновесие» 2005 г.
 29. Майстренко Н. А., Стукалов В. В., 2000; Vitale G. C. et al., 2003; Martin D. J. et al., 2006.
 30. Huguet J. M. et al., 2005; Beauchant M. et al., 2008.
 31. Рандомизированное исследование по эффективности нестероидных противовоспалительных препаратов перед проведением ЭРПХГ в качестве профилактики острых панкреатитов — N Engl J Med 2012; 366:1414–1422 April 12, 2012 DOI: 10.1056/NEJMoal111103.
 32. Балалыкин А. С., 1996; Мирингоф А. А., и соавт., 2002; Pungpramong S. et al., 2005; Ong T. Z. et al., 2005
 33. Повышение безопасности и эффективности эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных доброкачественными обструктивными заболеваниями желчевыводящих протоков: автореф. дис. к-та мед. наук / Е. А. Дерябина. — М., 2009. — С. 6–12.
 34. Рандомизированное исследование по эффективности стентирования главного панкреатического протока во время проведения ЭРПХГ в качестве профилактики острых панкреатитов — Urgent ERCP with pancreatic stent placement or replacement for salvage of post-ERCP pancreatitis. Division of Gastroenterology, Department of Medicine, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota, United States 2 Department of Surgery, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota, USA 2014.

К статье

Тактика хирургического лечения и особенности предоперационной подготовки больных со злокачественными опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны (*стр. 57–60*).



Рисунок 1.

Эндоскопическая картина стентированного главного панкреатического протока. Видно интенсивное поступление панкреатического сока показан стрелкой.