

УДК 617-089

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С МОЛНИЕНОСНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ

Е.А. Корымасов, А.В. Жданов, М.Ю. Хорошилов

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара

Резюме. Частота осложнений после эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), по данным литературы, варьируется от 1 % до 15 % [4]. Серьёзным осложнением эндоскопических транспапиллярных вмешательств является острый постманипуляционный панкреатит, который сопровождается стремительным неблагоприятным течением и высокими показателями летальности [8]. Панкреонекроз и полиорганная недостаточность сопровождает до 15 % случаев при тяжелом течении острого постманипуляционного панкреатита [4]. По данным разных авторов, при развитии «стерильного» панкреонекроза летальные исходы фиксируются от 15 до 30 %, а при условии развития инфицированных форм летальность достигает 85 % [3, 9]. Ведущую роль в патогенезе острого панкреатита играет внутрисекреторная гипертензия поджелудочной железы (ПЖ), а ранняя и адекватная декомпрессия позволяет минимизировать риск развития тяжелых парапанкреатических осложнений [1]. Применение стентирования главного панкреатического протока (ГПП) с профилактической целью позволило существенно снизить риск развития этого осложнения. Однако до сих пор отсутствует единое мнение в отношении эффективности данного профилактического мероприятия [7]. Поэтому требуется накопление коллективного опыта, который позволит выработать единую стратегию у пациентов с прогнозируемым риском развития острого постманипуляционного панкреатита, а также в качестве способа лечения.

Ключевые слова: панкреонекроз; острый панкреатит; молниеносное течение острого панкреатита; ЭРХПГ; стентирования; миниинвазивное лечение.

Для цитирования: Корымасов Е.А., Жданов А.В., Хорошилов М.Ю. Тактика лечения острого панкреатита с молниеносным течением после эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии // Вестник медицинского института «Реавиз». – 2020. – № 2. – С. 27–31.

TREATMENT STRATEGY FOR FULMINANT ACUTE PANCREATITIS AFTER ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY

E.A. Korymasov, A.V. Zhdanov, M.Yu. Khoroshilov

Federal State Budgetary Institution of Higher Education 'Samara State Medical University,' Ministry of Health of the Russian Federation, Samara

Abstract. The incidence of complications after endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is reported to be 1% to 15% [4]. Acute post-intervention pancreatitis is a serious complication after endoscopic transpapillary procedures; it is characterized by rapid progression and high mortality rates [8]. In up to 15% of patients, severe acute post-intervention pancreatitis is accompanied by pancreatic necrosis and multiple organ failure [4]. The death rate in sterile pancreatic necrosis varies between 15% and 30%, whereas in infective pancreatic necrosis, the death rate reaches 85% [3, 9]. Intraductal pancreatic hypertension has a crucial importance in the pathogenesis of acute pancreatitis; therefore, early and adequate decompression minimizes the risk of severe parapancratic complications [1]. Preventive stenting of the main pancreatic duct (MPD) significantly reduced the risk of this complication. However, there is still no consensus on the effectiveness of this preventive measure [7]. The accumulation of collective experience will allow us to develop a unified strategy for patients at risk of acute post-intervention pancreatitis.

Key words: pancreonecrosis; acute pancreatitis; fulminant acute pancreatitis; ERCP, stenting; minimally invasive treatment.

For citation: Korymasov E.A., Zhdanov A.V., Khoroshilov M.Yu. Treatment strategy for fulminant acute pancreatitis after endoscopic retro-grade cholangiopancreatography // Bulletin of Medical Institute Reaviz. – 2020. – № 2. – P. 27–31.

Введение

На сегодняшний день сложно представить себе лечение пациента с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), доброкачественными стриктурами желчных протоков, злокачественными заболеваниями панкреатобилиарной зоны, ятрогенными повреждениями холедоха и хроническим панкреатитом без применения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ). Внедрение малоинвазивных транспапиллярных вмешательств в широкую лечебную практику позволило существенно снизить летальность при лечении пациентов с вышеперечисленной патологией [1, 6]. Риск развития послеоперационных осложнений также существенно снизился по сравнению с традиционными хирургическими методами лечения.

Однако в повседневной клинической практике при применении эндоскопических вмешательств мы сталкиваемся и с нежелательными последствиями. При невысокой частоте осложнений после эндоскопической операции на большом дуоденальном сосочке (БДС) они имеют жизнеугрожающий характер [5].

К наиболее серьезным осложнениям стоит отнести кровотечение (1,1–17,2 %), перфорацию стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК) (0,2–1,6 %) [2]. Одним из грозных осложнений является острый панкреатит. По данным ряда авторов, его частота достигает 16,5 % [2]. Это связано с несовершенством медицинского оборудования, а также способов канюляции устья БДС. Летальность у данной категории пациентов составляет 3 %.

Как известно, одним из факторов развития реактивного панкреатита после проведения вмешательства на БДС является отек в области сфинктера Одди, а также

нарастание внутрипротоковой гипертензии поджелудочной железы (ПЖ). В результате ухудшается отток панкреатического сока, что в свою очередь запускает воспалительные процессы в ПЖ.

Попадание контрастного вещества в главный панкреатический проток (ГПП) также способствует развитию острого панкреатита [7]. Ключевым моментом развития воспаления ПЖ является нарушение оттока панкреатического сока. Кратковременное стентирование протока ПЖ позволяет купировать гипертензию за счет нормализации оттока секрета в ДПК.

Цель исследования: обоснование применения стентирования ГПП в составе комплексного лечения острого панкреатита с молниеносным течением после ЭРХПГ.

Материалы и методы исследования

В течение 2017 г. на базе НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Самара ОАО «РЖД»» было проведено 320 эндоскопических транспапиллярных вмешательств. Из 320 пациентов острый постманипуляционный панкреатит развился у 26 (8,1 %) пациентов. Манифестация заболевания проявлялась в виде внезапной боли в животе, неукротимой рвоты в течение первых 24 часов после выполненного вмешательства. Помимо клинической картины верификация диагноза осуществлялась с помощью лабораторных методов исследования: отмечалось повышение альфа-амилазы крови более чем в три раза, а также по данным ультразвукового исследования (УЗИ): увеличение размеров, снижение эхогенности, нечёткость контуров ПЖ. Всем пациентам была выполнена повторная дуоденоскопия, в ходе которой был выявлен существенный отёк БДС.

Критерием включения в исследование являлось наличие у пациента подтвержденного диагноза острый панкреатит, возникшего в первые 24 часов после выполнения транспапиллярного вмешательства. Критерием исключения из исследования – возникновение клиники острого панкреатита позднее 24 часов после проведенного вмешательства, а также отсутствие верификации диагноза острый панкреатит.

Нами были сформированы 2 группы исследования. В контрольную группу вошло 19 пациентов, которым осуществлялось лечение острого панкреатита в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями без стентирования ГПП. В основную группу вошло 7 пациентов с острым постманипуляционным панкреатитом, которым традиционное лечение острого панкреатита дополняли стентированием ГПП.

Среди наших пациентов было 11 мужчин (42,3 %) и 15 женщин (57,7 %). В контрольной группе было 8 мужчин (42,1 %) и 11 женщин (57,9 %), в основной группе 3 мужчин (42,8 %) и 4 женщины (57,2 %) ($\chi^2 = 0,001$, $p > 0,05$). Средний возраст в контрольной группе составил $53,88 \pm 13,43$ лет, в основной группе $52,26 \pm 13,14$ лет. Сопутствующие заболевания у больных были выявлены у 15 (78,9 %) пациентов контрольной группы и у 5 (71,4 %) пациентов основной группы. Статистически значимых различий между контрольной и основной группами по полу, возрасту, и сопутствующим заболеваниям не было выявлено, что давало нам возможность в дальнейшем предположить, что на результаты лечения могло повлиять только стентирование ГПП.

Результаты и их обсуждение

В контрольной группе у 19 пациентов, которым выполнялось консервативное лечение в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями в условиях ОРИТ, без дополнения его стентированием ГПП, отмечался стойкий болевой синдром, который не купировался наркотическими анальгетиками в течение 3–4-х суток. Отме-

чалось повышение альфа-амилазы крови более чем в 10 раз в первые сутки после вмешательства. Гиперамилаземия не купировалась в течение 4–6 суток, даже при условии ведения препаратов, уменьшающих секрецию ПЖ.

У 4-х пациентов (21 %) в течение 3-х суток от манифестации заболевания отмечалось прогрессирование полиорганной недостаточности, которая не купировалась методами интенсивной консервативной терапии и экстракорпоральной гемокоррекции. В последующем данным пациентам было выполнено «вынужденное» оперативное вмешательство в связи с неэффективностью консервативного лечения и прогрессирующим ухудшением общего состояния. Выполнение миниинвазивных вмешательств не представлялось возможным в связи с наличием абдоминального компартмент-синдрома и тотального поражения ПЖ с парапанкреатитом. В 2-х случаях наступил летальный исход. В контрольной группе показатель послеоперационной летальности составил 50 %, общей летальности – 10,5 %. Средний койко-день составил $25,96 \pm 4,46$.

В основной группе у 7 пациентов была предпринята попытка стентирования ГПП в первые 24 часа с момента развития болевого синдрома.

Для проведения стентирования ГПП мы использовали методику канюляции по струне – проводнику 0,035 с мягким гидрофильным атравматичным кончиком 5 см. Правильность канюляции ГПП контролировали при помощи С-дуги по характерному расположению струны проводника в ГПП. Контрастирование протоковой системы ПЖ не производилось, так как достоверно известно о повреждающем действии контрастного вещества на её паренхиму. Для стентирования ГПП использовался стент 5–7 см 5fr в диаметре с загибом «pigtail» с дуоденальной стороны и с наличием шипа на проксимальном конце. Стент имел множественные перфоративные отверстия. Доставка стента осуществлялась по струне

проводнику толкающим катетером. Контроль положения стента осуществлялся при помощи рентгеноскопии. Во всех случаях после эндопротезирования ГПП отмечалось обильное поступление панкреатического сока в просвет ДПК, что напрямую давало представление об адекватности вмешательства. Параллельно проводилось комплексное медикаментозное лечение, включающее в себя антибиотики широкого спектра действия, антисекреторные препараты, спазмолитические препараты и инфузионную терапию. Удаление стента производилось не ранее 5 суток после купирования болевого синдрома и нормализации лабораторных показателей. После выполнения стентирования ГПП, пациентам в течение суток назначался голод.

Среди пациентов после проведенного стентирования ГПП отмечалось выраженное улучшение состояния. Все пациенты отметили существенное снижение болевого синдрома. В первые сутки после вмешательства альфа-амилаза сыворотки крови снизилась до нормальных показателей. По данным УЗИ, регрессия отека ПЖ и расширения ГПП полностью завершалась к 3–4 суткам после стентирования. В основной группе оперативные вмешательства не выполнялись. Летальных исходов не было. Средний койко-день составил $6,28 \pm 2,13$.

Выводы

1. Острый панкреатит после транспиллярных вмешательств имеет молниеносный характер. Основным фактором его развития является несвоевременная коррекция внутрипротоковой гипертензии вследствие отека большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Особенностью такого панкреатита является прогрессирующая полиорганная недостаточность и крайне неблагоприятный прогноз.

2. Стентирование главного панкреатического протока является патогенетически обоснованным способом лечения острого постманипуляционного панкреатита с молниеносным течением. Даже если в результате этого не наступает «обрыв панкреатита», то заболевание все равно протекает более благоприятно.

3. Стентирование главного панкреатического протока должно рассматриваться и как основное профилактическое мероприятие развития молниеносного течения острого панкреатита после транспиллярных вмешательств.

4. Острый панкреатит после транспиллярных вмешательств требует особой хирургической тактики. При отсутствии эффекта от стентирования главного панкреатического протока не следует затягивать принятие решение о ранней операции, направленной на декомпрессию брюшной полости и забрюшинного пространства.

Список литературы // References

- 1 Vliyanie stentirovaniya glavnogo pankreaticheskogo protoka na rezul'taty lecheniya bol'nyh s ostrym pankreatitom / V.V. Mozharovskij [i dr.] // Hirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova. – 2019. – № 9. – S. 13–17
- 2 Neposredstvennye i otдалennye rezul'taty endoskopicheskoy papillosfinkterotomii / A.V. Gusev [i dr.] // Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. – 2015. – № 5. – S. 7.
- 3 Mancero M.P. Reaktivnyj pankreatit posle endoskopicheskikh manipulyaciy na bol'shom duodenal'-nom sosochke / M.P. Mancero, E.V. Moroz // Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, kolo-proktologii. – 2007. – T. 17, № 3. – S. 14–23.
- 4 Postmanipulyacionnyj pankreatit: aktual'nost' problemy, slozhnosti diagnostiki i nereshennye problemy / M.A. Popova [i dr.] // Politravma. – 2018. – № 3. – S. 93–101.
- 5 Profilakticheskoe i lechebnoe stentirovanie pankreaticheskogo protoka pri endoskopicheskikh vmeshatel'stvah na bol'shom duodenal'-nom sosochke / A.S. Maady [i dr.] // Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. – 2014. – T. 104, № 4. – S. 39–42.
- 6 Sovcov S.A. Optimizatsiya hirurgicheskoy taktiki lecheniya bol'nyh so steril'nym pankreonekrozom s ispol'zovaniem endohirurgicheskikh tekhnologij // Endoskopicheskaya hirurgiya. – 2019. – T. 25, № 2. – S. 21–25.

- 7 Sposob profilaktiki razvitiya ostrogo pankreatita posle vypolneniya diagnosticheskoy i lechebnoj endoskopicheskoy retrogradnoj pankreatoholangiografii / A.S. Tolstokorov [i dr.] // Saratovskij nauchno-meditsinskij zhurnal. – 2012. – № 3. – S. 845–849.
- 8 Stentirovanie protoka podzheludochnoj zhelezy v lechenii ostrogo pankreatita posle endoskopicheskikh transpapillyarnyh vmeshatel'stv / S.G. Shapoval'yanc [i dr.] // Annaly hirurgicheskoy gepatologii. – 2014. – T. 19, № 1. – С. 17–27.
- 9 Ökmen H. The effect of post-contrast washing on post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis / H. Ökmen et al. // International Journal of Clinical and Experimental Medicine. – 2016. – № 9. – P. 15868–15875.

Авторская справка

Корымасов Евгений Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии ИПО, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия

Жданов Алексей Викторович, ассистент кафедры хирургии ИПО, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия

Хорошилов Максим Юрьевич, аспирант кафедры хирургии ИПО, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия

Рукопись получена: 31 марта 2020 г.

Принята к публикации: 13 апреля 2020 г.