

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ДУОДЕНОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Е. Д. Хворостов, Ю. Б. Захарченко

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

PREVENTION AND TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS AFTER PERFORMANCE DUODENOSKOPIY TRANSPAPILLARY INTERVENTIONS IN CHOLEDOCHOLITHIASIS

E. D. Khvorostov, Yu. B. Zaharchenko

Реферат

Проанализированы результаты лечения 11 больных с острым панкреатитом, возникшим после дуоденоскопических транспапиллярных вмешательств на желчных протоках по поводу холедохолитиаза, что составило 2,1% из всех 523 больных, подвергшихся данному вмешательству. Целью исследования явилось установление основных причин возникновения острого панкреатита после выполнения трансдуоденальных дуоденоскопических вмешательств при холедохолитиазе и определение путей его профилактики. Причинами возникновения острого панкреатита у 9 пациентов явилась длительная канюляция сосочка с травмированием и возникновением отека устья вирсунгова протока, у 2 пациентов причиной послужило избыточное введение рентгенконтрастного препарата в протоковую систему поджелудочной железы. Во всех случаях имело место развитие острого отечного панкреатита с легкой клинической формой течения. Лечение больных проводилось консервативными методами с использованием интенсивной инфузионной терапии, направленной на подавление секреции поджелудочной железы и детоксикацию организма. Во всех случаях острый панкреатит купирован консервативно.

Ключевые слова: острый панкреатит, холедохолитиаз, дуоденоскопические транспапиллярные вмешательства.

Abstract

The results of treatment of 11 patients having acute pancreatitis which occurred after duodenoscopic transpapillary interventions on bile ducts for choledocholithiasis have undergone analysis, which made 2.1% of all 523 patients subjected to such intervention. The target of the research was to define main reasons for occurrence of acute pancreatitis after duodenoscopic transpapillary interventions in case of choledocholithiasis and to determine the ways of its prevention. The reason for acute pancreatitis with 9 patients turned to be long-lasting papilla cannulation with traumatizing and appearance of edema in Wirsung duct entrance, and with 2 patients the reason lied in excessive injection of the radiopaque substance into pancreas duct system. In all cases the development of acute edema pancreatitis took place with mild clinical treatment form. The patients were treated by means of a nonsurgical way of treatment using intensive infusion therapy aimed at pancreas epistasis and organism detoxification. Acute pancreatitis was stopped conservatively in all cases.

Key words: acute pancreatitis, choledocholithiasis, duodenoscopic transpapillary interventions.

Проблема лечения острого панкреатита в настоящее время остается не решенной до конца, несмотря на достигнутые в последнее время существенные успехи. Во всем мире постоянно увеличивается количество больных острым панкреатитом. В нашей стране за последние годы заболеваемость острым панкреатитом достигла 50—70 случаев на 100 тыс. населения, в это число входит панкреатит, возникший после выполнения дуоденоскопических транспапиллярных вмешательств, получивших в последнее время широкое клиническое распространение. Легкая форма течения характерна для острого отечного панкреатита, встречается в 80—90% пациентов, проходит без осложнений, поддается консервативной терапии и часто разрешается бесследно. Тяжелая форма течения проявляется при остром некротическом панкреатите и представляет собой одно из наиболее сложных, тяжелых острых заболеваний органов брюшной полости. Летальность при панкреонекрозе находится в пределах 15—30%, при инфицированных

формах достигает 85,7%. У пациентов, перенесших острый некротический панкреатит имеются осложнения, которые приводят к глубокой инвалидизации. Социально—экономическое значение проблемы обусловлено в первую очередь тем, что острый панкреатит развивается преимущественно у лиц трудоспособного возраста 30—50 лет.

В настоящее время не выработана окончательная доктрина консервативного и хирургического лечения острого некротического панкреатита. Предметом дискуссий остается прогнозирование, выбор показаний и сроков выполнения хирургических вмешательств, объем и технические приемы, вопросы интенсивной инфузионной терапии.

Целью исследования явилось установление основных причин возникновения острого панкреатита после выполнения трансдуоденальных дуоденоскопических вмешательств при холедохолитиазе и определение путей его профилактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 11 больных с острым панкреатитом, возникшим после дуоденоскопических транспапиллярных вмешательств на желчных протоках по поводу холедохолитиаза, что составило 2,1% из всех 523 больных подвергшихся данному вмешательству. Мужчин было 3, женщин 8. Возраст больных находился в пределах от 37 до 64 лет. Причинами возникновения острого панкреатита у 9 пациентов явилась длительная канюляция сосочка с травмированием и возникновением отека устья вирсунгова протока, у 2 пациентов причиной послужило избыточное введение рентгенконтрастного препарата в протоковую систему поджелудочной железы. Во всех случаях имело место развитие острого отечного панкреатита с легкой клинической формой течения. Объективизация острого панкреатита подтверждалась наличием характерного болевого синдрома опоясывающего характера в проекции поджелудочной железы, гиперамилаземией и гиперамилазурией, ультразвуковыми признаками острого панкреатита (увеличением размеров органа поджелудочной железы, снижением четкости границ, повышением степени гипоехогенности, появлением парапанкреатических скоплений жидкости). Всем больным до вмешательства с профилактической целью развития панкреатита вводили подкожно препараты соматостатина для снижения уровня секреции. Лечение больных проводилось консервативными методами с использованием интенсивной инфузионной терапии направленной на подавление секреции поджелудочной железы (препараты соматостатина, ингибиторы желудочной секреции) и детоксикацию организма.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Во всех случаях острый панкреатит купирован консервативно, что констатировано ликвидацией клинических симптомов (опоясывающей боли в проекции поджелудочной железы, пареза поперечноободочной кишки, тошноты, рвоты), нормализации уровня сывороточной амилазы крови и диастазы мочи, обратным развитием ультразвуковых признаков острого панкреатита — уменьшением размеров органа, повышением четкости границ, снижением степени гипоехогенности, рассасывание парапанкреатических скоплений жидкости.

Высокая лечебно—диагностическая ценность дуоденоскопических транспапиллярных вмешательств

при патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны обусловила их широкое клиническое распространение. Однако наряду с бесспорной клинической и экономической эффективностью существует реальная возможность возникновения осложнений в пределах 5—10% случаев. В структуре осложнений наиболее серьезными являются острый панкреатит, кровотечение из папиллотомной раны, перфорация стенки двенадцатиперстной кишки. Острый панкреатит случается в 1,9 — 4,5% случаев. Причинами возникновения острого панкреатита являются в большинстве случаев длительные попытки канюляции сосочка с травмированием его тканей и особенно устья главного панкреатического протока, а также выполнение панкреатикографии с избыточным введением концентрированного контрастного препарата в протоковую систему поджелудочной железы с созданием внутрипротоковой гипертензии. В большинстве случаев развивается отечный панкреатит с легкой клинической формой течения, который успешно купируется без последствий на протяжении нескольких суток с использованием консервативной инфузионной терапии, включающей в обязательном порядке препараты соматостатина. В тех случаях, когда развивается некротический панкреатит с тяжелой клинической формой течения, прогноз выздоровления для больного становится крайне серьезным в силу тех обстоятельств, что у пациента до этого уже имеется выраженная патология, как правило, желчевыводительной системы с механической желтухой.

ВЫВОДЫ

1. Причинами возникновения острого панкреатита после транспапиллярных дуоденоскопических вмешательств являются длительные попытки канюляции большого дуоденального сосочка, вирсунготомия или избыточное введение контрастного препарата в просвет панкреатических протоков с получением паренхимогаммы поджелудочной железы.

2. Профилактическое применение препаратов соматостатина перед выполнением вмешательства, а также уменьшение степени травматичности и длительности попыток канюляции большого дуоденального сосочка и недопущение избыточного введения контрастного препарата в вирсунгов проток, позволяет снизить процент возникновения острого панкреатита, а также снизить уровень его тяжести.

ЛИТЕРАТУРА

1. Конькова М. В. Ультразвуковая диагностика и диапневтика острого панкреатита / М. В. Конькова, Н. Л. Смирнов, А. А. Юдин // Украинский журнал хірургії.— 2013.— № 3 (22). — С. 132—136.
2. Крылова Е. А. Возможности инструментальных методов диагностики осложненных форм панкреатита / Е. А. Крылова, Н. В. Гравировская // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. — 2012,— № 1.— С. 19—24.
3. Комплексная профилактика острого панкреатита после рентгенэндоскопических транспапиллярных вмешательств / Б. О. Матвийчук, А. И. Кушнирук, И. Я. Клецко [и др.] // Укр. журн. хірургії. — 2013. — № 3 (22). — С. 84—89.
4. Ничитайло М. Ю. Ускладнення ендоскопічних транспапілярних втручань на органах панкреатобіліарної системи / М. Ю. Ничитайло, П. В. Огородник., А. Н. Литвиненко // Укр. журн. малоінвазивної та ендоскоп. хірургії — 2012. — № 3. — С. 31—32.
5. Ничитайло М. Е. Миниинвазивная хирургия доброкачественной обструкции дистального отдела общего желчного протока / М. Е. Ничитайло, П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко // Український журнал хірургії. — 2013. — (22). — № 3. — С. 45—50.
6. Огородник П. В. Эндоскопические хирургические вмешательства при различных формах холедохолитиаза / П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, В. И. Коломийцев, Д. И. Хрыстюк // Укр. журн. малоінваз. та ендоскоп. хірургії. — 2013. — № 2. — С. 51—53.