



Причины развития постманипуляционного панкреатита (обзор литературы)

А. Е. Климов, М. В. Петрова, Е. Ю. Садовникова, М. Ю. Персов, А. А. Бархударов, С. С. Андреев

Российский университет дружбы народов, г. Москва

Цель обзора: обобщение данных современных литературных источников о причинах развития острого панкреатита после эндоскопических манипуляций на протоковой системе поджелудочной железы и «желчном дереве».

Основные положения. Заболевания органов гепатопанкреатобилиарной системы широко распространены и часто сопровождаются патологией большого сосочка двенадцатиперстной кишки и сфинктера Одди. Это обстоятельство объясняет высокую частоту применения малоинвазивных эндоскопических вмешательств и манипуляций при данной патологии, что часто приводит к развитию различных осложнений, в частности острого постманипуляционного панкреатита. Рассматриваются причины развития данного осложнения.

Заключение. Многообразие причин развития острого постманипуляционного панкреатита при проведении различных транспапиллярных манипуляций служит основанием для дальнейшего научного поиска путей улучшения результатов лечения больных с патологией органов гепатопанкреатобилиарной зоны и разработки методов профилактики развития осложнений при проведении транспапиллярных манипуляций.

Ключевые слова: транспапиллярные вмешательства, постманипуляционный панкреатит, профилактика осложнений, обзор причин развития.

Causes of Post-Procedural Pancreatitis: Literature Review

А. Е. Klimov, М. V. Petrova, E. Yu. Sadovnikova, M. Yu. Persov, A. A. Barkhudarov, S. S. Andreev

Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

Objective of the Review: To summarize information from current publications about the causes of acute pancreatitis that develops after endoscopic procedures on the pancreatic ductal system and the biliary tree.

Key Points: Disorders of the hepato-pancreato-biliary system are highly prevalent and are often associated with abnormalities of the major duodenal papilla and the sphincter of Oddi. This explains the high prevalence of minimally invasive endoscopic interventions and procedures in patients with these disorders. Such interventions often cause various complications, including acute post-procedural pancreatitis. We investigated potential causes of this complication.

Conclusion: A great variety of causes of acute post-procedural pancreatitis in people who underwent different transpapillary procedures supports the need for further scientific search for ways to improve treatment outcomes in patients with hepato-pancreato-biliary disorders as well as for the development of methods to prevent complications of transpapillary procedures.

Keywords: transpapillary interventions, post-procedural pancreatitis, prevention of complications, review of causes.

В этой статье хотелось бы рассмотреть и обобщить данные современных источников о причинах развития острого постманипуляционного панкреатита после различных транспапиллярных вмешательств на органах гепатопанкреатобилиарной зоны при различных патологиях.

За последние годы во всем мире резко увеличилась заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ), опухолевыми и воспалительными заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны, вызывающими непроходимость внепеченочных желчных протоков [2, 4, 5, 7, 10, 19, 23, 25, 26, 37]. Среди этих заболеваний важное место занимают патологические изменения в области большого дуоденального сосочка двенадцатиперстной кишки (ДПК) [1, 3, 7, 14, 15, 18, 29, 31, 32, 35, 36].

Сведения о распространенности указанных патологий весьма разнородны [8, 14]. Согласно отечественным данным [7, 9, 22], у пациентов, оперируемых на желчевыводящих путях, на этапах до- и интраоперационного обследования при первичных хирургических вмешательствах папилло-

стеноз диагностируется в 4–40% случаев, а при повторных операциях — в 11–85%. Разброс данных объясняется различными диагностическими возможностями исследователей и отсутствием единообразия интерпретации данных [19].

По наблюдениям зарубежных и отечественных авторов [16, 20, 34, 36–38], распространенность дисфункции сфинктера Одди (ДСО) в популяции составляет 1,5%. ДСО — собирательное понятие, под ним подразумевают как недостаточность, так и спазм сфинктера Одди, следствием которых является нарушение оттока желчи и сока поджелудочной железы в ДПК.

ДСО может стать причиной послехолецистэктомического синдрома у пациентов, перенесших холецистэктомию, в 13–23% случаев [5].

Среди больных, не страдающих ЖКБ, с необъяснимым болевым синдромом, локализующимся в правом подреберье, ДСО выявляется в 29% случаев, а при хроническом рецидивирующем идиопатическом панкреатите — в 14,7–72% [22, 26].

Андреев Сергей Сергеевич — ассистент кафедры факультетской хирургии Медицинского института ФГАУ ВО РУДН. 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8. E-mail: redaktor@rusmg.ru

Бархударов Александр Алексеевич — к. м. н., доцент кафедры факультетской хирургии Медицинского института ФГАУ ВО РУДН. 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8. E-mail: redaktor@rusmg.ru

Климов Алексей Евгеньевич — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии Медицинского института ФГАУ ВО РУДН. 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8. E-mail: redaktor@rusmg.ru

Персов Михаил Юрьевич — к. м. н., доцент кафедры факультетской хирургии Медицинского института ФГАУ ВО РУДН. 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8. E-mail: persov@yandex.ru

Петрова Марина Владимировна — д. м. н., профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии Медицинского института ФГАУ ВО РУДН. 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8. E-mail: redaktor@rusmg.ru

Садовникова Елена Юрьевна — аспирант кафедры факультетской хирургии Медицинского института ФГАУ ВО РУДН. 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8. E-mail: redaktor@rusmg.ru



По результатам статистических исследований, ЖКБ страдают почти каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина в мире [2, 10]. ЖКБ встречается при 6–29% всех аутопсий [1]. В Москве у четверти населения старше 60 лет и трети населения старше 70 лет имеются желчные камни [3]. О распространенности первичного склерозирующего холангита в мире точно не известно [28], но согласно литературным источникам в США она составляет около 6,3 случая на 100 000 населения [3, 26].

С учетом вышеупомянутых данных проблема лечения ЖКБ и ее осложнений, а также других заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны остается особенно актуальной в хирургической гастроэнтерологии [21]. Количество ранних осложнений эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) — 0,8–20% с летальностью 1,5–2%, что определяет необходимость дальнейшего совершенствования методов диагностики и лечения обтурирующих и рубцовостенозирующих патологий гепатопанкреатобилиарной системы [2, 17, 26, 27].

В последние годы при терапии заболеваний органов гепатопанкреатобилиарной зоны широкое распространение получили методы эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) с вмешательством на большом дуоденальном сосочке ДПК и последующей ревизией внепеченочного «желчного дерева». По данным многих авторов [2, 6, 9, 12, 24], ЭРПХГ является весьма ценным диагностическим и оперативным внутрипротоковым методом при механических желтухах различного генеза и наличии камней в магистральных желчных протоках. Достоверность этого метода исследования составляет 97,5% [22, 36].

ЭРПХГ особенно эффективна при поражении дистального отдела общего желчного протока, ранее наложенных билиодигестивных анастомозов, а также при патологии вирусного протока. Помимо того что они обладают диагностической ценностью, манипуляции на внепеченочных желчных протоках дают возможность разрешить патологический процесс в протоковой системе и ликвидировать обтурацию билиарного и панкреатического трактов.

Вместе с тем ЭРПХГ несет в себе опасность развития различных осложнений, частота которых варьирует от 4,0% до 4,95%, а у пациентов, перенесших ЭПСТ, достигает 9,8%. Летальность же после ЭРПХГ — не более 0,2–0,3% [16, 28].

Наиболее частыми осложнениями, возникающими после ЭРПХГ и ЭПСТ, являются, по данным мультицентровых исследований, острый панкреатит (2,5%), холангит (1,3%), кровотечение (1,7–2,3%), перфорация ДПК (1,3%) [2, 11, 20].

Кроме того, в 3–10% случаев выполнение ЭРПХГ бывает невозможным из-за трудности канюлирования фатерова сосочка [13]. Это может быть связано с наличием дивертикулов периапулярной зоны, стеноза ДПК. Невозможность канюляции желчного протока больным с билиодигестивными анастомозами встречается еще более часто (10–48%), что увеличивает процент развития острого постманипуляционного панкреатита в этой группе больных [13].

По данным некоторых авторов [13], безуспешное или неполное проведение ЭРПХГ имеет место в 10–20% случаев. Значит, большинство осложнений связано с техническими факторами проведения манипуляций, а остальные — с особенностями анатомического строения гепатопанкреатобилиарной зоны. В ряде случаев наблюдается проксимальная или дистальная миграция стентов [28].

Одно из самых тяжелых и распространенных осложнений — развитие острого постманипуляционного панкреатита. Высокая частота его развития после ЭРПХГ, а также отсутствие эффективных медикаментозных методов профилактики, результаты анализа тактических и технических ошибок и т. д. в ходе эндоскопических транспапиллярных вмешательств, ведущих к его возникновению, определяют актуальность изучения и разработки новых методов проведения внутрипротоковых вмешательств, повышающих безопасность и эффективность эндоскопического лечения, выработки комплекса мероприятий по профилактике, ранней диагностике и терапии этих осложнений [30, 33, 35].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Многообразие причин развития острого постманипуляционного панкреатита при проведении различных транспапиллярных манипуляций служит основанием для дальнейшего поиска путей улучшения результатов лечения больных с патологией органов гепатопанкреатобилиарной зоны и разработки методов профилактики развития осложнений при проведении транспапиллярных манипуляций.

ЛИТЕРАТУРА

- Аккуратова А. Ю. Динамическая гепатобилисцинтиграфия в дифференциальной диагностике рубцовых и функциональных изменений большого дуоденального сосочка у больных желчнокаменной болезнью: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. 144 с.
- Аминов И. Х. Профилактика острого панкреатита после рентгенэндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке (клиническое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Кемерово, 2015. 21 с.
- Балдин И. Н. Анестезиологическое обеспечение при хирургической тактике лечения желчнокаменной болезни у лиц старше 60 лет // Изв. Самарского научного центра РАН. 2014. Т. 16. № 5 (4). С. 1368–1372.
- Брыски Б. С., Демидов Д. А., Ивлев В. П. Опыт эндоскопических вмешательств на БДС при патологии холедоха и профилактика их осложнений // Сб. тр. симпозиума «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». М., 1998. С. 29–30.
- Бурков С. Г. О последствиях холецистэктомии или постхолецистэктомическом синдроме // Новости медицины и фармации. 2004. № 14 (154). С. 16–17.
- Ветшев П. С. Желчнокаменная болезнь и холецистит // Клини. аспекты гастроэнтерологии, гепатологии. 2005. № 1. С. 16–23.
- Виноградов В. В. Заболевания фатерова соска. М.: Медгиз, 1962. С. 47–62.
- Галлингер Ю. И., Наздрачев В. И., Будзинский А. А., Нихаев Д. А. Результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии, выполняемой в качестве повторной операции на желчевыводящих путях // Хирургия. 1983. № 10. С. 42–46.
- Гальперин Э. И., Ветшев П. С. Руководство по хирургии желчных путей. М.: Видар, 2009. 568 с.
- Каримов Ш. И., Ким В. Л., Боровская С. П. Малоинвазивные вмешательства в лечении холедохолитиаза // Анналы хирург. гематологии. 2000. Т. 5. № 2. С. 32–35.
- Киров Н. Х. Отдаленные результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни с использованием комплекта инструментов «Мини-Ассистент»: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2012. 25 с.
- Климов А. Е., Фёдоров А. Г., Давыдова С. В. Транспапиллярная установка нитиноловых стентов // Эндоскопическое стентирование стенозирующих заболеваний желудочно-кишечного тракта. СПб.: изд-во СПбГПМА, 2008. С. 49–56.
- Коростышевская А. М., Летягин А. Ю. Диагностические возможности и клиническое применение магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (обзор литературы) // Сиб. консилум. 2004. № 9 (39). С. 28–35.
- Кузин Н. М., Кузнецов Н. А. К проблеме хирургии калькулезного холецистита // Хирургия. 1995. № 1. С. 18–23.
- Лазебник Л. Б., Копанева М. И., Ежова Т. Б. Потребность в медицинской помощи после оперативных вмешательств на

- желудке и желчном пузыре (обзор литературы и собственные данные) // *Терапевт. арх.* 2004. № 2. С. 83–87.
16. Меньшикова И. Л. Профилактика острого панкреатита при эндоскопических эндобилиарных вмешательствах // *Вестн. КРСУ.* 2013. Т. 13. № 6. С. 162–165.
 17. Мехтиева О. А., Богданов Р. Н., Мехтиев С. Н. Алгоритм ведения пациентов с желчнокаменной болезнью // *Лечащий врач.* 2011. № 2. С. 22–28.
 18. Петровский Б. В. Пути развития реконструктивной восстановительной хирургии // *Хирургия.* 1988. № 6. С. 3–5.
 19. Пирцхалашвили Г. Г., Волков С. В., Сордия Д. Г. Использование эндоскопических методов диагностики и лечения больных с желтухой // *Сб. тр. симпозиума «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия».* М., 1998. С. 63–64.
 20. Погосян Г. А. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков, результаты хирургического лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2014. С. 5–6.
 21. Похабова Е. Ю., Белова Г. В. Современный взгляд на неопухольчатые стенозирующие поражения БДС — этиология и патогенез, возможности диагностики. Системный обзор // *Эксперим. и клин. гастроэнтерология.* 2012. № 6. С. 69–75.
 22. Ратников В. А., Черемисин В. М., Шейко С. Б. Современные лучевые методы (ультразвуковое исследование, рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография) в диагностике холедохолитиаза (обзор литературы) // *Мед. визуализация.* 2002. № 3. С. 99–106.
 23. Фёдоров А. Г. Оперативная дуоденоскопия: транспапиллярные вмешательства: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2010. 232 с.
 24. Фёдоров А. Г., Давыдова С. В. Оперативная дуоденоскопия: рентгеноэндобилиарные вмешательства, литоэкстракция, эндопротезирование: учеб. пособие. М., 2008. С. 8–9.
 25. Шалимов А. А., Шалимов С. А., Нечитайло М. Е., Доманский Б. В. Хирургия печени и желчных путей // *Здоров'я.* Киев, 1993. 57 с.
 26. Шулешова А. Г. Заболевания большого дуоденального сосочка в общей структуре патологии органов гепатопанкреатобилиарной зоны — диагностика, эндоскопические методы лечения и их результаты: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. 256 с.
 27. Щеголева А. А. Желчекаменная болезнь: учебно-методическое пособие для студентов, ординаторов, аспирантов, стажеров и интернов. М., 2015. С. 7.
 28. Юсиф-Заде К. Ф. К диагностике и лечению заболеваний билиарной системы методом эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии // *Рос. мед. журн.* 2015. № 4. С. 36–38.
 29. Bader T. R., Braga L., Beavers K. L., Semelka R. C. MR imaging findings of infectious cholangitis // *Magn. Reson. Imaging.* 2001. Vol. 19. N 6. P. 781–788.
 30. Bedogni G., Contini S., Ricci E. et al. Trattamento mediante papillosphincterotomia endoscopica della calcoloi residuae recidova del coledoco. Risultati di 180 casi. Minirva die tol // *Gastrienterol.* 1985. Vol. 31. P. 475–476.
 31. Classen M., Hagenmüller F. Endoscopic biliary drainage // *Scand. J. Gastroenterol. Suppl.* 1984. Vol. 102. P. 76–83.
 32. Cotton P., Burney P., Masson R. R. Transnasal bile duct catheterisation after endoscopic sphincterotomy: method for biliary drainage, perfusion and sequential cholangiography // *Gut.* 1979. Vol. 20. N 4. P. 285–287.
 33. Kaikous R. M., Geenen J. E. Current role of ERCP in the management of benign pancreatic disease // *Endoscopy.* 1996. Vol. 28. N 1. P. 131–137.
 34. Kawai K., Akasaka Y., Hashimoto Y., Nakajima M. Preliminary report on endoscopic papillotomy // *J. Kyoto Pref. Univ. Med.* 1973. Vol. 82. P. 353–355.
 35. Mariiko V., Starchenko G., Vinogradova G. EPST in patient with paraampula diverticula // *Khirurgiia.* 1990. N 10. P. 46–49.
 36. Meier P. Preventing ERCP-induced pancreatitis // *Am. J. Gastroenterol.* 1992. Vol. 87. N 11. P. 1536–1539.
 37. Rosenblatt M. L., Catalano M. F., Alcocer E., Geenen J. E. Comparison of sphincter of Oddi manometry, fatty meal sonography and hepatobiliary scintigraphy in the diagnosis of sphincter of Oddi dysfunction // *Gastrointest. Endosc.* 2001. Vol. 54. N 6. P. 697–704.
 38. Soto J. A. Clinical Application of MR cholangiopancreatography (MRCP) // *Med. Imaging Int.* 2000. Vol. 10. N 2. P. 10–13.

Библиографическая ссылка:

Климов А. Е., Петрова М. В., Садовникова Е. Ю., Персов М. Ю. и др. Причины развития постманипуляционного панкреатита (обзор литературы) // *Доктор.Ру.* 2016. № 10 (127). С. 58–60.