



Отже, перевагою способу, що заявляється, є максимальна відповідність клінічному перебігу захворювання, що дозволяє проводити ефективний ендоскопічний гемостаз, запобігати ранньому рецидиву кровотечі, а також адекватний лікувальний тактичний підхід.

Москалюк О.П.

ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА ВЕЛИКОМУ ДУОДЕНАЛЬНОМУ СОСОЧКУ

Кафедра хірургії № 2

Буковинський державний медичний університет

В останні десятиліття в діагностиці та лікуванні захворювань гепатопанкреатобілярної зони в усьому світі набула широкого розповсюдження ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ). Висока діагностична цінність, що досягає 93-99% порівняно з ультразвуковим дослідженням, дозволила даному методу зайняти високе місце в комплексі лікувально-діагностичних заходів. Однак, виконання маніпуляцій на такій складній анатомічній структурі як великий дуоденальний сосочок несе в собі небезпеку розвитку серйозних ускладнень, зокрема – гострого панкреатиту, що виникає у 2,6-5,3% хворих і на частку якого припадає до 40% усіх летальних результатів при виконанні ЕРХПГ.

Метою нашого дослідження став аналіз факторів розвитку гострого панкреатиту після проведення ЕРХПГ та способів їх корекції. Проведений аналіз 500 оперативних втручань, що виконані в центрі ендоскопічної хірургії Буковинського державного медичного університету з 2016 по 2020 рр., всі оперативні втручання були виконані однією бригадою на ендоскопічній відеосистемі OLYMPUS EVIS EXERA II. Найбільш типовими показами для проведення ендоскопічних втручань були: механічна жовтяниця обумовлена наявністю конкрементів в загальній жовчій протоці (50,4%), новоутворення гепатопанкреатодуоденальної зони (31,8%) та холедохолітіаз без ознак жовтяниці (6,2%).

Гострий панкреатит виник у 16 (3,2%) хворих, з них у 14 (2,8%) була набрякова форма, і у 2 (0,4%) пацієнтів – деструктивна. Ці 2 хворих були оперовані в термін від 2 до 6 діб від початку захворювання. Одна хвора з панкреонекрозом померла від інтоксикації, джерелом якої стала прогресуюча заочеревинна флегмона.

Діагностика цього ускладнення здійснювалася за допомогою даних клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження. Основним клінічним критерієм гострого панкреатиту після ЕРХПГ був виражений больовий синдром, який виникав відразу після виконання операції або через 6-12 годин. Одночасно зі зростанням больового синдрому, з'являлась тахікардія, блювання і підвищення рівня амілази крові. При сонографії у всіх випадках виявлені ознаки панкреатиту. Хворим призначалась консервативна терапія, що включала октрестатин або його аналоги, інгібітори протеаз, дезагреганти, антиоксиданти, спазмолітики. Одуження наступило в усіх хворих з набряковою формою панкреатиту. За нашими спостереженнями, причинами виникнення гострого панкреатиту після ЕРХПГ є тривала і травматична канюляція (10 (2%) хворих), підвищення внутрішньопотокового тиску при введенні контрастної речовини або провідника в панкреатичні протоки у 5 (1%) хворих. Іншою причиною є «травматична» папілотомія атипичним способом (10 (2%) хворих). В 3 (0,6%) хворих гострий панкреатит виник після виконання ендоскопічної дилатації термінального відділу холедоха балоном 15 мм в діаметрі. Нами відмічено, що постановка поліпропіленового стента в головну панкреатичну протоку при високому ризику виникнення гострого пост-ЕРХПГ панкреатиту дозволяє уникнути дане ускладнення.

Таким чином, рання активна лікувальна тактика в групі хворих з поєднанням різних факторів виникнення пост-ЕРХПГ панкреатиту дозволяє зменшити кількість та тяжкість перебігу даного ускладнення.