

Стентирование Вирсунгова протока, как мера профилактики острого панкреатита после эндоскопических вмешательств на БДС

Кузьмин-Крутецкий М.И., проф., д.м.н., зав. кафедры эндоскопии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», научный руководитель отделения эндоскопии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Сафоев М.И., к.м.н., зав. отделения эндоскопии, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, ассистент кафедры эндоскопии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

г. Санкт-Петербург

Введение

Острый панкреатит (ОП) остается самым частым и грозным осложнением после проведения ЭРХПГ и ЭПСТ частота возникновения составляет 3.1%-3.9%, при том средне-тяжелые и тяжелые формы, соответственно, 44% и 11% (Prophylaxis of post-ERCP pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline — Updated June 2014). Принятый термин пост-ЭРХПГ панкреатит (ПЭП) применяется и оправдан, т.к. мы точно можем знать время его начала и прогнозировать риски, как до вмешательства, так и во время его. Меры профилактики ПЭП многоступенчаты и включают в себя анализ степени риска, организационные и фармакологические мероприятия, технические особенности и приемы проведения манипуляций. Стентирование Вирсунгова протока (ВП) является этиопатогенитически оправданным, эффективным (1,3, 4). ESGE (2014) рекомендует установку пластиковых коротких 3-Fr или 5-Fr стентов минимум на 24 часа.

Нами проанализирован опыт 243 эндоскопических вмешательств на БДС из 2890 общего числа выполненных манипуляций за 12 лет. Для стентирования ВП мы использовали пластиковые короткие 3–5 Fr стенты разных фирм-производителей с усиками-ограничителями на дистальном конце во избежания миграции в Вирсунгов проток, такое осложнение описано (7), извлечение стента крайне сложно, и данная ситуация сама по себе опасна и является значительным фактором риска ПЭП. Стентирование проводилось по стандартной методике по проводнику-направителю с эластичным кончиком и выполнено у 42 пациентов.

Сложность ситуации заключается в следующем: необходимость и показания к стентированию ВП встречаются

значительно чаще, чем реальная возможность сделать это. Мы выделяем следующие показания для стентирования ВП:

1. ногнократные канюляции ВП при необходимости и безуспешности канюляции холедоха,
2. «сложные» канюляции с многократными безуспешными попытками селективной канюляции холедоха с переходом на методики предрасщепления **игольчатым папиллотомом или с изолированным кончиком (ISO-TOM фирмы MTW)**,
3. сложные папиллотомии на измененном БДС, когда вероятность коагуляционного и механического повреждения устья ВП велико
4. сложные ЭПСТ с визуализацией устья ВП у больных с высокой степенью прогнозируемого риска ПЭП
5. проведение папиллэктомии при аденомах БДС

Ситуация, когда многократно канюлируется Вирсунгов проток является значимым фактором риска возникновения ПЭП и, на наш взгляд, требует обязательного его стентирования. Терять канюляцию нельзя, при этом, установленный панкреатический стент позволит проводить дальнейшие манипуляции на холедохе (канюляционные и неканюляционные методики биллиарной ЭПСТ, предрасщепление, применение **папиллотома с изолированным кончиком ISO-TOM**). Проведено успешное стентирование в 16 случаях, ПЭП возник у 3 пациентов и носил легкую формы течения (2) и только субклиническую форму с гиперاميлаземией в 1случае.

После выполнения папиллэктомии стентирование ВП несколько сложнее, чем описанное выше, но возможно и в нашей практике безуспешных случаев не было. Следует отметить, что стентирова-



Кузьмин-Крутецкий М.И.



Сафоев М.И.

ние ВП надо проводить сразу же после резекции опухоли, по «свежему» разрезу, откладывание на несколько часов и тем более на следующий день недопустимо, т.к. панкреатит может развиваться, зона резекции будет отечна с наложением фибрина и устье ВП найти будет трудно. Стентирование проведено в 2 случаях, ПЭП не возникло.

Наибольшие сложности для стентирования ВП представляют трудные канюляции и папиллотомии, обусловленные особенностями взаиморасположения холедоха и ВП в ампуле БДС (анатомические варианты, патологические изменения: папиллостеноз, втянутый БДС, маленькая ампулярная часть, общий канал в ампуле, аденомы, фиброаденоматозная трансформация, опухоли). Вероятность развития ПЭП наиболее высокая, а реальные возможности стентирования ВП небольшие, возникают реальные сложности с визуализацией и поиском устья ВП, а если канюляция ВП удалась стентирование — обязательно. Подобные случаи встречались в 34 (13,9%) случаев из 243 анализируемых, а стентирование было реализовано только в 4 (1,6%) случаях. В этой группе проводился весь комплекс медикаментозной терапии в объеме раннего лечения острого панкреатита непосредственно после завершения манипуляций

не дожидаясь клинических и лабораторных признаков его появления.

Мы так же рекомендуем стентировать ВП в случаях с высокой степенью прогнозирования риска ПЭП, когда после проведения сложного ЭПСТ визуализируется устье ВП — нерационально упускать такую возможность. Стентирование проведено в 22 наших наблюдений. В 6 случаях неудачных попыток стентирования ВП произведена дозированная вирсунготомия, проводился весь комплекс медикаментозной терапии ПЭП. Панкреатит легкой формы развился в 1 случае, а в 3 — была только транзиторная гиперамилаземия не более чем в 3–4 раза выше нормы.

Заключение

Применение всего комплекса мероприятий по профилактике ПЭП позволило нам снизить процент ПЭП до 3,4%, при этом тяжелые и среднетяжелые формы панкреатиты составили 9,1% и 16,3% соответственно. Стентирование ВП является эффективной и действенной мерой профилактики ПЭП, и должна применяться, несмотря на реальные сложности ее проведения в комплексе с другими мерами профилактики ПЭП.

Литература

1. Afghani E, Akshintala VS, Khashab MA et al. 5-Fr vs. 3-Fr pancreatic stents for the prevention of post-ERCP pancreatitis in high-risk patients: a systematic review and network meta-analysis. *Endoscopy* 2014; 46: 173–80
2. Andriulli A, Forlano R, Napolitano G et al. Pancreatic duct stents in the prophylaxis of pancreatic damage after endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a systematic analysis of benefits and associated risks. *Digestion* 2007; 75: 156–163
3. Chahal P, Tarnasky PR, Petersen BT et al. Short 5Fr vs long 3Fr pancreatic stents in patients at risk for post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009; 7: 834–839
4. Cha SW, Leung WD, Lehman GA et al. Does leaving a main pancreatic duct stent in place reduce the incidence of precut biliary sphincterotomy-associated pancreatitis? A randomized, prospective study. *Gastrointest Endosc* 2013; 77: 209–216
5. Singh P, Das A, Isenberg G et al. Does prophylactic pancreatic stent placement reduce the risk of post-ERCP acute pancreatitis? A meta-analysis of controlled trials. *Gastrointest Endosc* 2004; 60: 544–550
6. Mazaki T, Mado K, Masuda H et al. Prophylactic pancreatic stent placement and post-ERCP pancreatitis: an updated meta-analysis. *J Gastroenterol* 2014; 49: 343–35
7. Price LH, Brandabur JJ, Kozarek RA et al. Good stents gone bad: endoscopic treatment of proximally migrated pancreatic duct stents. *Gastrointest Endosc* 2009; 70: 174–179