

Острый постманипуляционный панкреатит. Особенности течения, диагностики, лечения и профилактики. Новый взгляд на «старые» проблемы

А.М. Нечипай¹, И.Ю. Коржева², Д.Ю. Комиссаров³, М.В. Чернов⁴

¹ГОУ ДПО РМАПО, ²ГКБ им. С. П. Боткина, ³ГКБ им. С.П. Боткина, ⁴ГКБ им. С. П. Боткина, Москва

Acute postmanipulation pancreatitis. Features of the course, diagnosis, treatment and prevention. A new look at the “old” problems

A.M. Nechipai, I.Yu. Korzheva, D.Yu. Komissarov, M.V. Chernov

Благодаря накопленному опыту выполнения эндоскопических ретроградных вмешательств с использованием современного оборудования и инструментов, можно констатировать существенное улучшение результатов лечения заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) в больнице им. С.П.Боткина ДЗМ. Отработаны и широко используются в реальной практике различные методики восстановления пассажа желчи в желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) при опухолях головки ПЖ, большого дуоденального сосочка и холангиокарциномах различной распространенности; эффективно используются возможности эндоскопии в разрешении проблем, обусловленных разноуровневым холангиолитиазом; стентирование желчных и панкреатических протоков при наличии показаний стало ежедневной практикой при различных патологических состояниях, включая ятрогенные осложнения, травматические повреждения и стриктуры. Эффективность и результативность эндоскопических ретроградных методик приблизилась к 95-98%, снижается количество и характер осложнений, однако непредсказуемость течения осложнений заставляет каждый раз все больше задумываться о мерах их профилактики.

Ощутимой продолжает оставаться проблема постманипуляционных панкреатитов. Последние, несмотря на следование авторитетным, актуальным и направленным на их профилактику рекомендациям ESGE (европейского общества эндоскопии пищеварительной системы), периодически осложняют течение послеоперационного периода и эта ситуация оставляет больше вопросов, чем ответов на них. Почему при прочих равных условиях, в схожих клинических ситуациях, после выполнения аналогичных манипуляций у двух «похожих» пациентов развиваются «разные» по тяжести панкреатиты? Почему в аналогичных ситуациях в одних случаях панкреатит не развивается, а в других развивается тотальный панкреонекроз? По-

чему профилактическое стентирование Вирсунгова протока не во всех случаях предупреждает развитие панкреатита? Какие предпочтения следует отдавать при выборе инструментов и расходного материала в тех или иных ситуациях? Всегда ли необходимо стентировать Вирсунгов проток согласно guideline? Где критерий достаточности, обеспечивающий при успешном выполнении ретроградного вмешательства соблюдение принципа «как бы не переборщить», с тем, чтобы не навредить пациенту, и не отказаться от вмешательства, когда оно выполнимо, чтобы не дискредитировать методику? Почему возникают ситуации, когда на фоне, казалось бы, безупречного выполнения вмешательства возникает вопрос: «Ничего не понимаю: все прошло гладко и без сложностей, а в результате – панкреонекроз!?».

Эти и многие другие вопросы, на которые мы попытались получить ответы, заставили нас провести анализ возможных причин и пересмотреть прежние, устоявшиеся взгляды на них, на действенные меры по профилактике и лечению острого постманипуляционного панкреатита.

В период 2014–2016 гг. в клинике проведено 1731 ретроградное эндоскопическое вмешательство. В том числе в 2014г. – 473, при 28 осложнениях, в 2015г. – 587, при 17 осложнениях и в 2016г. – 671 случай при 25 осложнениях. Таким образом, общее число осложнений, возникших после вмешательств составило 70, а их доля – 4,04%.

По своей структуре осложнения были представлены:

- кровотечениями – 8 (0,46%),
- перфорациями ДПК (в том числе ретродуоденальными) – 7 (0,4%),
- острыми панкреатитами – 53 (3,06%),
- иными (в т.ч. редкими) осложнениями – 2 (0,12%) случая.

Анализ динамики осложнений, представленный в табл. 1, иллюстрирует интересную тенденцию: при снижении общего количества осложнений, включая и постманипуляционные панкреатиты, имеет место появление осложнений, считающихся редкими.

Таблица 1. Характер и количество осложнений эндоскопических ретроградных вмешательств за период 2014–2016 гг.

	2014 (n=473)	2015 (n=587)	2016 (n=671)	Всего (n=1731)
Острый постманипуляционный панкреатит	24	13	16	53
Ретродуоденальная перфорация	–	2	5	7
Кровотечение после ЭПСТ	4	2	2	8
Редкие осложнения	0	0	2	2
Всего за период	28	17	25	70

Эти осложнения достаточно условно можно назвать редкими, т.к. формально представляющие собой постманипуляционный панкреатит, они клинически «протекают» в нетипичных формах, развиваются при отсутствии очевидных факторов риска, тактических и технических погрешностей при выполнении ретроградного вмешательства, «игнорируют» предпринятые в соответствии с авторитетными рекомендациями меры профилактики, характеризуются непредсказуемыми клиническим течением и прогнозом.

Так, в течение 2016 г. у 2-х пациентов, страдающих ЖКБ и холедохолитиазом, осложненными механической желтухой, ретроградные вмешательства (ЭРХГ + ЭПСТ, литоэкстракция) осложнились острым панкреатитом, развившимся до тотального и приведшего к полиорганной недостаточности панкреонекроза, несмотря на предпринятое с профилактической целью панкреатическое стентирование. Причинами такого стентирования вирсунгова протока в обоих случаях стала непреднамеренная повторная (2–3-кратная) канюляция последнего, не сопровождавшаяся введением контрастного вещества.

Наблюдения иного рода, когда, казалось бы, дефекты технического выполнения ретроградного вмешательства должны были закономерно привести к развитию постманипуляционного панкреатита, но таковой не развивался, заставили нас задаться вопросами:

- каковы истинные причины развития панкреатита?
- можно ли устранить подобную непредсказуемость?

Для анализа, наблюдения постманипуляционных панкреатитов, различающихся по механизму возникновения, были распределены в несколько условных групп. При этом преследовалась цель систематизировать накопленный опыт, выявить закономерности течения острых панкреатитов в связи с генезом их возникновения и уточнить, конкретизировать алгоритм мероприятий, направленных на профилактику возникновения этого тяжелого осложнения, таким образом улучшить результаты эндоскопического лечения больных с патологией органов БПДЗ.

Структура острых постманипуляционных панкреатитов по механизму возникновения представляется следующей:

1. Постканюляционный: на фоне отека БСДК, развившегося после повторных безуспешных попыток канюляции сосочка и общего желчного протока (инструмент в панкреатический проток не проводился).

Причина – панкреатическая гипертензия, обусловленная ятрогенным отеком устья БСДК.

2. Травматический: на фоне литоэкстракции (в т.ч. после предварительной литотрипсии) крупных билиарных конкрементов, а также неровных, с травмирующими краями фрагментов последних.

Причина – непосредственное механическое воздействие, травматизация паренхимы головки поджелудочной железы и стенки ДПК.

3. Реактивный:

а) канюляционный (случаи непреднамеренной канюляции панкреатического протока):

- с травматизацией эндотелия и стенки панкреатического протока
- без травматизации панкреатического протока

Причина – непосредственное механическое повреждение вирсунгова протока либо развитие реактивного отека стенки протока, панкреатической гипертензии.

б) коагуляционный термический (после электрохирургической, с преобладанием коагулирующего эффекта, папиллосфинктеротомии или папиллосфинктеротомия на фиброзно измененном БСДК, терминальном отделе холедоха)

Причина – термическое воздействие на область устья ГПП и прилежащую паренхиму головки поджелудочной железы, повреждение стенки протока, развитие панкреатической гипертензии.

в) инъекционный (после введения контрастного вещества в ГПП):

- бариатрический (повышение внутрипротокового давления, нарушение оттока панкреатического секрета)
- химический (повреждающее воздействие на протоковый эндотелий химических компонентов контрастного вещества)
- термический (влияние «охлажденного» или «перегретого» контрастного вещества)

Причина – физическое и химическое (термическое, бариатрическое, химическое) воздействие контрастного вещества на проток поджелудочной железы.

4. Окклюзионные (связанные с иными причинами: стентирование без папиллотомии, недостаточная папиллотомия, и др.).

5. Помимо описанных типов, ряд случаев постманипуляционных панкреатитов без очевидной причины их развития выделены в отдельную подгруппу. В этой части наблюдений у пациентов в послеоперационном периоде отмечалась схожая клиническая и клини-

ко-лабораторная манифестация, а также результаты аппаратно-инструментального обследования. Последующее изучение всех обстоятельств, которые могли бы «пролить свет» на возможную причину развития этого осложнения (в т.ч. ревизия протоколов ретроградных вмешательств, дневниковых записей в историях болезни, просмотр соответствующего видеоряда), позволили высказать предположение о наличии недиагностированных и отсрочено манифестированных ретродуоденальных микроперфораций ДПК (последние не имели ярких клинических проявлений, характерных для РДП, однако сопровождались явными признаками панкреатита).

Причина – нераспознанные парапанкреатические микрозатеки, химическое воздействие дуоденального содержимого на капсулу ПЖ.

Таким образом, удалось выявить ряд закономерностей, характеризующих особенности течения, клинико-лабораторной и аппаратно-инструментальной манифестации и клинического ведения больных с различающимися по механизму развития формами постманипуляционного панкреатита (см. табл. 2 – 9):

Таблица 2. Постканюляционный панкреатит ($\Sigma n = 3$; 2014 г. – 9; 2015 г. – 4; 2016 г. – 0)

Клинико-лабораторная и инструментальная картина			Меры эндоскопической профилактики
Симптомы	Лабораторные показатели	Результаты инструментальных исследований (УЗИ, КТ)	
Болевой синдром нарастает постепенно, от полного отсутствия сразу после вмешательства до выраженного, купируемого наркотическими анальгетиками уже через 4-5 часов. Тошнота, многократная рвота.	Показатели амилаземии нарастают в течение суток, достигают показателей от 4-5N в первые часы до 20-30N уже через 12 часов.	Отек, увеличение размеров поджелудочной железы, в последствии – явления парапанкреатита, вплоть до его инфицированных форм. Распространение процесса в ПЖ может происходить по любому из известных типов. Часто развивается тотальный панкреонекроз.	– своевременная неканюляционная папиллотомия, как завершающий этап ретроградного вмешательства для «разобщения» устьев общего желчного и панкреатического протоков. – в случае непроизвольной канюляции панкреатического протока – его стентирование – местное орошение зоны БСДК адrenomиметиками.

Резюме: Течение тяжелое. При отсутствии мер профилактики и эндоскопического пособия, направленного на обеспечение адекватного пассажа панкреатического секрета – вероятность развития тотального панкреонекроза критически высокая. Эндоскопическая коррекция при отсроченной манифестации данного типа панкреатита – повторное выполнение направленного на восстановление пассажа панкреатического секрета ретроградного вмешательства в течение первых суток. Основная задача – адекватная папиллотомия с целью высвобождения устья ГПП и стентирование последнего (длина устанавливаемого стента зависит от времени выполнения вмешательства: от короткого дистального в первые часы до длинного («головка-хвост») в поздние сроки для обеспечения «каркаса» и сохранения непрерывности панкреатического протока). Лечение: Комплексное. Вероятность хирургического лечения (как малоинвазивного, так и традиционного) высокая. Прогноз сложный, зависит от своевременности и эффективности предпринимаемых мер по профилактике и лечению в первые 24 часа: при обеспечении адекватного оттока панкреатического секрета тяжесть панкреатита может ограничиться легкой отечной формой; при невозможности проведения и неэффективности принятых мер – высокая вероятность тотального панкреонекроза, парапанкреатита, полиорганной недостаточности.

Таблица 3. Травматический панкреатит ($\Sigma n = 5$: 2014 г. – 2; 2015 г. – 1; 2016 г. – 2)

Клинико-лабораторная и инструментальная картина			Меры эндоскопической профилактики
Симптомы	Лабораторные показатели	Результаты инструментальных исследований (УЗИ, КТ).	
Умеренный болевой синдром. Купируется НПВС, трамаadolом. Тошнота, рвота не выражены или выражены минимально.	Амилаземия возникает сразу, держится в пределах показателей от 3-5 до 10N. Купируется медленно, до нескольких дней.	Умеренный отек, увеличение размеров головки ПЖ. Парапанкреатит редко, выражен минимально, носит локальный характер, всегда правого типа.	– применение литотрипсии различного типа и баллонной дилатации перед экстракцией крупных конкрементов, – отказ от насильственных тракций при извлечении конкрементов и их фрагментов – рациональный выбор инструментов

Резюме: Течение, как правило, легкое или средней тяжести, редко выходит за рамки отечной формы, вероятность деструктивных форм – низкая. Несмотря на быструю (первые часы после операции) и яркую манифестацию, дальнейшее течение панкреатита имеет сглаженный характер, лечение ограничивается консервативными мерами. Возможно возникновение необходимости в дополнительном стентировании Вирсунгова протока.
Прогноз благоприятный.

Таблица 4. Реактивный коагуляционный панкреатит ($\Sigma n = 6$: 2014 г. – 1; 2015 г. – 1; 2016 г. – 4)

Клинико-лабораторная и инструментальная картина			Меры эндоскопической профилактики
Симптомы	Лабораторные показатели	Результаты инструментальных исследований (УЗИ, КТ).	
Болевой синдром варьирует от умеренного до интенсивного, возникает сразу после вмешательства, купируется НПВС. Тошнота, эпизодическая рвота.	Амилаземия нарастает постепенно сразу после вмешательства, может достигать показателей 8-10N. Купируется в течение нескольких дней.	Умеренный отек, увеличение головки ПЖ.	– юстировка настроек электрохирургического блока в сторону повышения режущего- и минимизации коагулирующего эффекта

Резюме: Течение, как правило, легкое. Панкреатит возникает на фоне рубцовых изменений терминального отдела холедоха и БДС, обусловленных либо течением ЖКБ, либо перенесенным ранее ретроградным эндоскопическим вмешательством (влияние более продолжительной папиллотомии, сопровождающейся закономерными побочными эффектами: гипертермия и др.). Лечение консервативное.
Прогноз благоприятный

Таблица 5. Реактивный инъекционный панкреатит* ($\Sigma n = 5$: 2014 г. – 3; 2015 г. – 1; 2016 г. – 1)

Клинико-лабораторная и инструментальная картина			Меры эндоскопической профилактики
Симптомы	Лабораторные показатели	Результаты инструментальных исследований (УЗИ, КТ).	
Болевой синдром возникает сразу, фактически, в момент введения в контрастного вещества: несмотря на медикаментозную седацию, пациент начинает «протестовать», демонстрирует выраженный болевой синдром, «встает со стола не просыпаясь». Тошнота и рвота выражены.	Амилаземия сразу достигает 5-8 N, и далее может нарастать до 20 N в течение суток.	Отек, увеличение ПЖ, вплоть до парапанкреатита и панкреонекроза.	– выполнение панкреатикографии строго по показаниям, – отказ от панкреатикографии с целью различения гепатикохоледоха от ГПП при сомнительной канюляции БСДК, – дилуция контрастного препарата для снижения его вязкости, – неспешное введение контрастного вещества**,

Продолжение табл. 5

			– по возможности – предварительное «разобщение» гепатикохоледоха и ГПП при нерасширенных желчных протоках, – прецизионная аспирация контрастного вещества из ГПП при небольшом разрежении в шприце без дополнительных тракций инструмента, – стентирование ГПП, возможно с промыванием его физиологическим раствором
--	--	--	--

Резюме: Тяжесть течения, тип и распространенность панкреатита зависят от результата панкреатографии: панкреатикограмма или паренхимोगраммa достигнута при введении контрастного препарата в ходе ЭРПГ.

Другими факторами, определяющими тяжесть развившегося панкреатита являются вязкость контрастного препарата, его химический состав и температура при введении в ГПП, уровень канюляции протока при введении контрастного вещества. Прогноз сложный в связи с наличием множества дополнительных факторов, определяющих тяжесть течения.

Лечение комплексное.* В эту же группу внесены так называемые билиарные рефлюксные панкреатиты. Последние возникают за счет транспапиллярного заброса желчи и контрастного препарата в панкреатический проток в момент введения его в желчный тракт при нерасширенных или минимально расширенных желчных протоках.

**Сложность диагностики состоит в том, что на рентгеноскопии объективных признаков повышения внутрипротокового давления может не быть: единственный доступный признак, позволяющий прогнозировать развитие этой формы постманипуляционного панкреатита – выраженный болевой синдром в момент введения контрастного препарата.

Таблица 6. Реактивный канюляционный панкреатит без травматизации ГПП
($\Sigma n = 6$: 2014 г. – 3; 2015 г. – 1; 2016 г. – 2)

Клинико-лабораторная и инструментальная картина			Меры эндоскопической профилактики
Симптомы	Лабораторные показатели	Результаты инструментальных исследований (УЗИ, КТ).	
Болевой синдром возникает сразу в момент канюляции, но при отсутствии панкреатографии и дополнительной травматизации слизистой протока, купируется самостоятельно в короткие сроки.	При отсутствии травматизации протока ПЖ, амилаземия отмечается в первые часы после вмешательства в показателях от 2 до 5N, в последующие 24 часа может достигать 20-25N, однако купируется так же быстро, в течение 1-2 суток.	Инструментальные признаки изменений со стороны ПЖ, как правило, не выявляются.	– при непреднамеренной 1- или 2-кратной канюляции ГПП, без травматизации последнего и в отсутствие введения контрастного препарата, дополнительные манипуляции, как правило, не требуются. Ректальное применение НПВС до и/или по завершении эндоскопического вмешательства. (Возможно профилактическое стентирование ГПП).

Резюме: Тяжесть течения, как правило, легкая, субклиническая, или ограничена транзиторной гиперاميлаземией.

Лечение консервативное.

Прогноз благоприятный.

Таблица 7. Реактивный постканюляционный панкреатит с травматизацией ГПП ($\Sigma n = 4$: 2014 г. – 1; 2015 г. – 1; 2016 г. – 2)

Клинико-лабораторная и инструментальная картина			Меры эндоскопической профилактики
Симптомы	Лабораторные показатели	Результаты инструментальных исследований (УЗИ, КТ).	
Болевой синдром возникает сразу, интенсивность высокая. Купируется только наркотическими анальгетиками и эпидуральной анестезией. Тошнота, рвота – многократные, не приносят облегчения. В кратчайшие сроки развиваются явления висцерального пареза.	Уровень амилаземии нарастает сразу, от 5N в первые часы, до 20-40N в течение 24 часов.	Отек, выраженное увеличение размеров поджелудочной железы, инфильтрация парапанкреатической клетчатки, в течение 24 часов может появиться жидкостный инфицированный компонент парапанкреатита. При ранней диагностике – возможно обнаружение зоны травматизации ГПП – место дебютных изменений паренхимы ПЖ и парапанкреатической клетчатки.	<ul style="list-style-type: none"> – следует избегать насильственных и «высоких» канюляций ГПП при возникновении сомнений в правильном различении билиарной протоковой системы от панкреатической, – отказ от аспирации из панкреатического протока при создании высокого шприцевого разрежения, – адекватная установка панкреатического стента (фиксация проксимального края стента выше зоны предполагаемой травматизации ГПП).

Резюме: Течение, как правило, тяжелое, нередко – молниеносное, поддается коррекции с трудом, что обусловлено непосредственным затеком панкреатического секрета в паренхиму железы и в парапанкреатическую клетчатку, в отличие от большинства других форм, когда инициация панкреатита происходит путем имбибии паренхимы ПЖ. В течение первых суток развивается и картина парапанкреатита.

Лечение комплексное.

Прогноз неблагоприятный.

Таблица 8. Оклюзионный панкреатит ($\Sigma n = 6$: 2014 г. – 4; 2015 г. – 2; 2016 г. – 0)

Клинико-лабораторная и инструментальная картина			Меры эндоскопической профилактики
Симптомы	Лабораторные показатели	Результаты инструментальных исследований (УЗИ, КТ).	
Болевой синдром возникает постепенно, нарастает до интенсивного. Тошнота, рвота многократные, не приносят облегчения.	Показатели амилаземии нарастают постепенно но неуклонно, от 5N в первые часы до 20-30N в течение 24 часов.	Отек, выраженное увеличение размеров поджелудочной железы; инфильтрация парапанкреатической клетчатки возникает отсрочено.	<ul style="list-style-type: none"> – обязательное выполнение адекватной папиллосфинктеротомии при любых лечебных ретроградных вмешательствах, независимо от их типа – литоэкстракция или билиодуоденальное стентирование и др. – панкреатическое стентирование в ситуациях, когда папиллосфинктеротомия невыполнима

Резюме: Течение, как правило, тяжелое. Однако, при своевременной коррекции (удаление окклюдированного субстрата – билиарного стента – и выполнении папиллосфинктеротомии и вирсунготомии) отмечается выраженная регрессия болевого синдрома и гиперамилаземии в короткие сроки.

Лечение консервативное в сочетании с эндоскопической коррекцией.

При своевременной и адекватной коррекции прогноз благоприятный.

Таблица 9. Реактивный панкреатит на фоне микроперфорации ДПК
($\Sigma n = 8$: 2014 г. – 1; 2015 г. – 2; 2016 г. – 5)

Клинико-лабораторная и инструментальная картина			Меры эндоскопической профилактики
Симптомы	Лабораторные показатели	Результаты инструментальных исследований (УЗИ, КТ).	
Болевой синдром умеренный с тенденцией к нарастанию возникает отсрочено в послеоперационном периоде. Диспептические явления выражены минимально.	Показатели амилаземии нарастают умеренно, удерживаются, как правило, в пределах 2–5 N. Снижение отмечается в течение 2–4 суток.	Умеренный отек, явления парапанкреатита, как правило минимально выражены, носят локальный характер.	– прецизионное выполнение папиллосфинктеротомии, – при подозрении на наличие микроперфорации – билиодуоденальное стентирование пластиковым стентом 10-12 Fr, или саморасширяющимся нитиновым стентом
Резюме: Тяжесть течения зависит от особенностей микроперфорации: размеры, объем затека дуоденального содержимого. Течение, как правило, легкое или средней тяжести. Купируется проведением консервативной терапии. При своевременной коррекции прогноз благоприятный.			

Проведенный анализ позволяет нам высказать суждение о том, что различные по механизму развития постманипуляционного панкреатита клинические случаи характеризуются различной клинической, клинико-лабораторной и аппаратно-инструментальной манифестацией, а также различающимися тактикой клинического ведения больных и прогнозом исхода этого осложнения эндоскопических ретроградных вмешательств. Такие формы острого постманипуляционного панкреатита, как травматический, реактивный коагуляционный, канюляционный без травматизации панкреатического протока и реактивный на фоне микроперфорации, являются прогностически наиболее благоприятными, так как не сопровождаются нарушением пассажа панкреатического секрета в просвет ЖКТ. В этой связи крайне редко возникает необходимость в профилактическом стентировании панкреатического протока.

В то же время, инъекционная, постканюляционная, окклюзионная и канюляционная с травматизацией панкреатического протока формы, представляются наиболее непредсказуемыми в прогностическом отношении, и требуют безусловного принятия немедленных профилактических мер, в том числе и с применением возможностей эндоскопического метода: своевременность предпринимаемых мер являются определяющим фактором в дальнейшем течении и прогнозе этих форм постманипуляционного панкреатита.

Анализ показал, что в прецизионность технического выполнения эндоскопических ретроградных вмешательств в столь деликатной анатомической области, каковой является панкреатобилиарная зона, основное условие неосложненного течения послеопераци-

онного периода. Здесь «мелочей» не бывает, даже небольшое отклонение температуры КВ и его вязкости от рекомендованных значений (и т.д., и т.п.) может стать причиной тяжелого послеоперационного панкреатита.

Безусловно, причины развития после ретроградных эндоскопических вмешательств острого панкреатита редко бывают одиночными или изолированными, как правило, в большинстве случаев имеют место комбинации нескольких причин и способствующих условий. Особенности рациональной тактики в случаях развития послеоперационного панкреатита должны быть соразмерными реальной клинической ситуации, принимаемые меры должны основываться на устранении влияния факторов, ставших причиной этого осложнения, а при миксии последних – устранение, в первую очередь, наиболее значимых: панкреатической гипертензии и гнойно-септических осложнений.

Стентирование ГПП не всегда является панацеей, а в ряде случаев – наносит вред, особенно в ситуациях, когда отсутствует нарушение пассажа панкреатического секрета, либо когда возможности технического выполнения этой профилактической процедуры сомнительны, могут потребовать многократных попыток канюлирования устья ГПП, что само по себе может лишь усугубить клиническую ситуацию.

Основной целью авторов было стремление разобратся в причинах столь широкого разнообразия вариантов клинического течения острого панкреатита, развивающегося после выполнения эндоскопических ретроградных вмешательств, снизить частоту и улучшить результаты лечения больных и прогноз при возникновении этого серьезного, а в ряде случаев фатального, ятрогенного осложнения.

Предпринятые и учитывающие накопленный в ГКБ им. С. П. Боткина опыт меры по улучшению результатов эндоскопического лечения больных с ЖКБ и осложнениями последней, опухолевыми поражениями и другими патологическими состояниями органов БПДЗ, позволили практически полностью разрешить проблему постканюляционного, инъекционного и окклюзионного панкреатита (см. табл. 2, 5, 8) либо минимизировать их тяжесть и последствия, улучшить прогноз до благоприятного. В то же время, как следует из таблиц 4 и 9, увеличилось количество коагуляционных форм панкреатита, появились случаи развития панкреатита на фоне микроперфораций ДПК в зоне эндоскопических манипуляций. Небольшое, все

же, количество таких осложнений не позволяет высказывать в этой связи категоричные суждения. Работа продолжается.

КОНТАКТЫ

Коржева Ирина Юрьевна – д.м.н., заведующий эндоскопическим отделением ГБУЗ ГКБ им. С.П.Боткина ДЗМ, профессор кафедры эндоскопии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
125284, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, 5.
Тел. 8-499-762-62-58, 8-916-605-35-78.
E-mail: korg-2@yandex.ru