



International Science Group

ISG-KONF.COM

**XXVI
INTERNATIONAL SCIENTIFIC
AND PRACTICAL CONFERENCE
"PROBLEMS OF SCIENCE AND PRACTICE, TASKS AND
WAYS TO SOLVE THEM"**

**Helsinki, Finland
July 05 - 08, 2022**

ISBN 979-8-88722-621-7

DOI 10.46299/ISG.2022.1.26

PROBLEMS OF SCIENCE AND PRACTICE, TASKS AND WAYS TO SOLVE THEM

Proceedings of the XXVI International Scientific and Practical Conference

Helsinki, Finland
July 05 – 08, 2022

ФАКТОРИ РИЗИКУ ТРАНЗИТОРНОЇ ГІПЕРАМІЛАЗЕМІЇ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ПАПІЛОСФІНКТЕРОТОМІЇ У ХВОРИХ НА ЖОВЧНОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ

Сиволап Дмитро Віталійович,

канд. мед. наук.,
доцент кафедри факультетської хірургії,
Запорізький державний медичний університет

Ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) є «золотим стандартом» лікування хворих із синдромом жовчної гіпертензії. Панкреатит після сфінктеротомії – серйозний побічний ефект ендоскопічного втручання на сосочку. Підвищений рівень ферментів підшлункової залози в сироватці крові сам по собі ще не є панкреатит після ТПЕВ, оскільки тимчасове підвищення рівнів ферментів підшлункової залози в сироватці виникає у 75 % осіб після процедури. Відповідно до міжнародного консенсусу, діагностика панкреатиту після ендоскопічних втручань на великому дуоденальному сосочку базується на визначенні двох з наступних трьох критеріїв, які присутні після процедури: 1) біль в епігастрії, 2) амілаза або ліпаза, що перевищує втричі верхню межу норми, і 3) результати візуалізації поперечного зрізу, що відповідають запаленням підшлункової залози [1]. В той же час, особи з низьким вмістом амілази в сироватці крові, а саме меншим ніж 1,5-кратне перевищення верхньої межі норми, отриманої через 2-4 години після ендоскопічних транспапілярних втручань, навряд чи будуть мати післяпроцедурний панкреатит [2].

Останнє десятиріччя увага дослідників головним чином зосереджена на з'ясуванні предикторів післяпроцедурного панкреатиту. Досліджень факторів ризику транзитної гіперамілаземії після ендоскопічної папілосфінктеротомії у хворих на жовчнокам'яну хворобу бракує.

Мета роботи – з'ясування предикторів підвищеного ризику транзитної гіперамілаземії після ЕПСТ.

Матеріал та методи. Після підписання інформованої згоди на участь у дослідженні залучено 33 хворих на жовчнокам'яну хворобу. Середній вік – $46,82 \pm 13,02$ року, 27 (82 %) жінок, 6 (18 %) чоловіків. Індекс маси тіла хворих дорівнював $28,56 \pm 5,85$ кг/м². Ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) виконувалась за допомогою відеодуоденоскопа Fujinon WD88XU з електрохірургічним блоком ERBE ICC200. Хворий знаходився у стандартній позиції на спині. В усіх випадках незалежно від форми, розмірів і типу великого дуоденального сосочку виконувалось пошарове розсічення слизової та підслизової частини і циркулярних м'язів загального сфінктеру печінково-підшлункової ампули. Розсічення проводилось канюляційним методом. Якщо з першої чи другої спроби була ефективна канюляція загальної жовчної протоки (перевірялось одразу після канюляції аспіраційною пробою), то в такому випадку

канюляція та ЕПСТ виконувались боковим трипросвітним сфінктеротомом. Розсічення починалось від устя ВДС та закінчувалось у початковій ділянці (1-2 мм) циркулярних м'язів сфінктеру загальної жовчної протоки, що контролювалось по характерному валику поперечної складки дванадцятипалої кишки над струною сфінктеротому. У випадках, коли катетеризація загальної жовчної протоки сфінктеротомом була неефективна, ЕПСТ виконувалась голковим папілотомом. При розсіченні ВДС використовувався режим Endocut. Потужність електроструму виставлялась в межах 100-200 одиниць в залежності від використаного папілотому. Використовувались папілоти голчатого і канюляційного типів. Рівень амілази визначали через 12 та 24 години після сфінктеротомії.

Статистичну обробку матеріалу виконано за допомогою пакету програм Statistica 6.0. Для визначення предикторів транзиторної гіперамілаземії після папілосфінктеротомії використано метод логістичного регресійного аналізу. Чинники, що мали достовірне прогностичне значення в однофакторному аналізі, включалися до багатофакторної моделі зворотнім покроковим методом для визначення незалежних предикторів. Дані представлено у вигляді відношення шансів та їх довірчих інтервалів. Критичні значення (cut-off value) кількісних показників, що увійшли до багатофакторного логістичного регресійного аналізу, визначалися за допомогою ROC-аналізу. Статистична розбіжність показників визначалась на рівні $p < 0,05$, усі тести двосторонні.

Результати та обговорення. З 33 хворих на холецистолітіаз, яким виконано ендоскопічну папілосфінктеротомію, впродовж першої доби після операції у 12,1 % ($n=4$) – спостерігалась транзиторна безсимптомна гіперамілаземія без будь-яких ознак гострого панкреатиту, що було цілком очікуваним результатом втручання на великому дуоденальному сосочку. Збільшення активності амілази сироватки крові після ЕПСТ не перевищувало двократного рівня референтних значень і мало зворотній характер. Не було випадків гострого панкреатиту. При зіставленні антропометричних, лабораторних та інструментальних показників хворих на холецистолітіаз без та з транзиторною безсимптомною гіперамілаземією після ЕПСТ лише діаметр холедоуху (УЗД) мав статистично вірогідну різницю з аналогічним показникам без транзиторної безсимптомної гіперамілаземії. За допомогою ROC-аналізу (рис. 1) встановлено, що точкою розподілу показника діаметру холедоуха є величина $> 4,2$ мм (чутливість 100 %, специфічність 58,6 %), площа під кривою – 0,763, 95 % ДІ 0,583-0,893, $p=0,0439$).

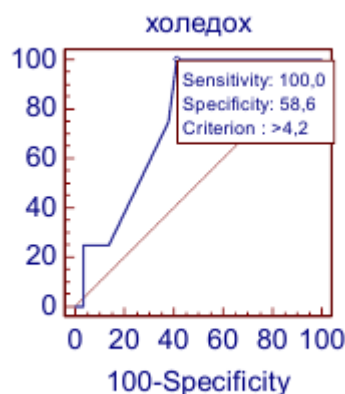


Рис. 1. Результати ROC-аналізу для показника діаметру холедоха у хворих на жовчнокам'яну хворобу.

Розширення вихідного діаметру холедоха понад 4,2 мм асоціюється із збільшенням ризику транзиторної безсимптомної гіперамілаземії після папілосфінктеротомії. За даними уніваріантного логістичного регресійного аналізу, відношення шансів післяпроцедурної гіперамілаземії вірогідно зростає у 2,31 рази (95 % ДІ 1,02-6,11; $p=0,0483$) у хворих на холецистолітіаз, які мають розширення холедоха понад 4,2 мм.

Отже, наявність до втручання у хворих на холецистолітіаз діаметру холедоха понад 4,2 мм може розглядатися в якості предиктора транзиторної безсимптомної гіперамілаземії після ендоскопічної папілосфінктеротомії, ризик якої зростає майже в 2,31 рази ($p=0,0483$).

Висновки. Частота транзиторної амілаземії в першу добу після ендоскопічної папілосфінктеротомії становила 12,1 % випадків. Предиктором транзиторного підвищення рівня амілази після ендоскопічної папілосфінктеротомії у хворих на холецистолітіаз є розширений холедох, а саме перевищення вихідного діаметру холедоха понад 4,2 мм (ВШ = 2,31; 95 % ДІ 1,02–6,11; $p = 0,0483$).

Список літератури

1. Suzuki, A., Uno, K., Nakase, K., Mandai, K., Endoh, B., Chikugo, K., Kawakami, T., Suzuki, T., Nakai, Y., Kusumoto, K., Itokawa, Y., Inatomi, O., Bamba, S., Mizumoto, Y., & Tanaka, K. (2021). Post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis assessed using criteria for acute pancreatitis. *JGH open : an open access journal of gastroenterology and hepatology*, 5(12), 1391–1397. <https://doi.org/10.1002/jgh3.12687>
2. ASGE Standards of Practice Committee, Chandrasekhara, V., Khashab, M. A., Muthusamy, V. R., Acosta, R. D., Agrawal, D., Bruining, D. H., Eloubeidi, M. A., Fanelli, R. D., Faulx, A. L., Gurudu, S. R., Kothari, S., Lightdale, J. R., Qumseya, B. J., Shaikat, A., Wang, A., Wani, S. B., Yang, J., & DeWitt, J. M. (2017). Adverse events associated with ERCP. *Gastrointestinal endoscopy*, 85(1), 32–47. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2016.06.051>