

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

*Жура А. В., Шотт В. А., Наливко Е. Ю., Козлов В. Г.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Введение.** По данным различных исследований холедо-холитиаз наблюдается у 10–15 % пациентов с желчнокаменной болезнью: в 90 % как результат миграции конкрементов из просвета желчного пузыря в проток, в 10 % — конкременты изначально

образуются в желчевыводящих протоках. Камни в желчных протоках в свою очередь осложняются обструктивной желтухой, билиарным панкреатитом, холангитом, абсцессами печени, стриктурами и пр. Вопрос о тактике лечения пациентов с холедохолитиазом на сегодняшний день нельзя назвать решенным. В настоящее время существует большой спектр методов лечения холедохолитиаза: от малоинвазивных, в частности эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), до сложных хирургических реконструктивных вмешательств. Нерешенными вопросами в отношении ЭПСТ являются отсутствие четких показаний к ее выполнению, выборе оптимального времени проведения вмешательства, тактике действий врача при возникновении осложнений.

**Цель исследования:** оценить результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии у пациентов с холедохолитиазом и калькулезным холециститом в зависимости от времени ее выполнения и развития осложнений.

**Материалы и методы.** Объектом исследования явились пациенты с калькулезным холециститом и холедохолитиазом, проходившие стационарное лечение в учреждении здравоохранения “Городская клиническая больница скорой медицинской помощи” г. Минска за период 3 лет (2020–2022 гг.), которым выполнялось комбинированное лечение: лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) и ЭПСТ. Всего было 100 пациентов: 29 мужчин, 71 женщина. Средний возраст — 58 лет. Пациентов с острым холециститом — 89, с хроническим — 11. У всех был доказан холедохолитиаз по данным УЗИ и холангиографии (магниторезонансной или эндоскопической ретроградной — ЭРХГ). Всем пациентам изучалась динамика лабораторных показателей, таких как билирубин, АлАт, АсАт, щелочная фосфатаза и амилаза. Данные представлены медианой (ненормальное распределение).

**Результаты и обсуждение.** При поступлении повышение билирубина у пациентов с холедохолитиазом было выявлено только у 69 % (57,25 мкмоль/л), также у этих пациентов были повышены АсАт до 132,35 мкмоль/л, АлАт до 186,55 мкмоль/л, щелочная фосфатаза до 256,7 Е/л. В результате консервативной терапии,

как правило, происходило снижение билирубина до 35 мкмоль/л и трансаминаз: АсАт — 81,7 мкмоль/л, АлАт — 126,4 мкмоль/л, без достоверного снижения уровня щелочной фосфатазы — 248 Е/л. К нормализации уровня билирубина привело выполнение ЭПСТ, однако печеночные ферменты и щелочная фосфатаза остались повышены: АсАт — 63,8 мкмоль/л, АлАт — 100,2 мкмоль/л, щелочная фосфатаза — 190,1 Е/л.

Особый интерес представлял 31 пациент (31 %) с холедохолитиазом, у которых повышения билирубина при поступлении не наблюдалось, также у этих пациентов не было повышения уровня АсАт — 46,7 мкмоль/л, щелочной фосфатазы — 114,2 Е/л, амилазы крови — 39 Е/л. Единственным повышенным показателем у данной категории пациентов оказался АлАт — 93,3 мкмоль/л. После выполнения ЭПСТ уровень АлАт также пришел к нормальному значению — 46 мкмоль/л.

У 2 пациентов при поступлении диагностирован острый билиарный панкреатит с повышением уровня амилазы до 3639 Е/л и 1860 Е/л. Консервативная терапия и выполнение ЭПСТ привели к значительному снижению амилазы до значений 448 Е/л и 200,5 Е/л соответственно.

Удалить конкременты из протоков с 1 раза удалось в 83 % случаев. 13 пациентам ЭПСТ проводилась повторно (в 2 случаях 2 раза), у 10 из них повторные попытки были успешными. Остальным 7 пациентам были выполнены: 5 лапаротомий с холедохолитоэкстракцией и билиодигестивным анастомозом, 2 лапароскопические холецистэктомии без дополнительной литоэкстракции (у этих 2 пациентов конкременты вышли самостоятельно и при повторных исследованиях не определялись). Таким образом, эффективность эндоскопического лечения (как первичного, так и повторного) составила 93 %.

Неясным моментом в лечении пациентов с холедохолитиазом является также время проведения ЭПСТ и выполнения литоэкстракции: до или после выполнения лапароскопической холецистэктомии. ЭПСТ была выполнена перед холецистэктомией в 73 % случаев. Средний срок от ЭПСТ до выполнения ЛХЭ соста-

вил 6 суток. Успешными из них оказались 90 % (у 58 пациентов камни удалены при первичных попытках, у 8 — при повторных). Только одному пациенту ЭПСТ проводилась во время операции по удалению желчного пузыря с положительным результатом.

ЭПСТ была проведена после выполнения лапароскопической холецистэктомии в 26 % случаев. Это было связано, в основном, с наличием экстренных показаний к операции при деструктивном холецистите. При этом во время ЛХЭ, как правило, дренировали желчные протоки. У одного пациента показанием к ЭПСТ было формирование наружного желчного свища после холецистэктомии. Средний срок от вмешательства до ЭПСТ составил 6 суток. Успешными оказались 92 % литоэкстракций при первичных попытках ЭПСТ, оставшимся 2 пациентам также удалось извлечь конкременты в ходе повторных попыток эндоскопического лечения. Таким образом, все случаи эндоскопической литоэкстракции после лапароскопической холецистэктомии оказались успешными и дополнительных операций не потребовалось.

В настоящее время считается, что в случае неудачи при выполнении ЭПСТ после холецистэктомии пациенту может понадобиться еще одно дополнительное оперативное вмешательство по удалению конкрементов из протоков, и поэтому выполнять холедохолитоэкстракцию лучше до холецистэктомии. Однако в нашем исследовании эффективность ЭПСТ после ЛХЭ была даже выше, чем до. Это может быть связано с использованием установленного при холецистэктомии дренажа желчных протоков, как проводника для канюлирования общего желчного протока и выполнения литоэкстракции.

ЭПСТ относится к вмешательствам, которые могут вызвать такие осложнения, как острый панкреатит и кровотечение из области рассечения большого дуоденального сосочка. Острый панкреатит, как осложнение ЭПСТ, возник в 9 % случаев, что коррелирует с данными литературы. Он развивался независимо от пола пациента и времени выполнения. Вероятными причинами развития острого панкреатита после ЭПСТ могли быть: многократные попытки литоэкстракции и ее неуспешность (3 случая), применение литотрип-

сии (2 случая) или баллонной дилатации (1 случай). В целом, если камни не удалось извлечь сразу, и процедура была длительной, то риск развития острого панкреатита увеличивался до 17,6 %.

Кровотечение из области большого дуоденального сосочка возникло у 3 % пациентов. Оно развивалось в ходе выполнения ЭПСТ. При возникновении геморрагии литоэкстракция не выполнялась, проводился эндоскопический гемостаз, который был успешным. Экстренных хирургических вмешательств при кровотечении не потребовалось. У всех пациентов с данным осложнением удалось извлечь конкременты в ходе повторной ЭПСТ без осложнений.

### ***Выводы:***

1. При наличии холедохолитиаза наблюдается повышение билирубина, трансаминаз и щелочной фосфатазы у 69 % пациентов. В 31 % случаев, несмотря на наличие камней в желчных протоках, повышения билирубина, АсАт, АлАт, щелочной фосфатазы и амилазы не происходит. Единственным предиктором холедохолитиаза в этом случае может быть повышение уровня АлАт в 2 и более раза.

2. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия является высокоэффективной процедурой с эффективностью в 93 %. При неэффективности первой ее попытки рекомендуется проводить ее повторно, и только при безуспешности прибегнуть к операции.

3. Выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии после лапароскопической холецистэктомии может быть также эффективно, чем перед ей. Поэтому при наличии деструктивного холецистита первым этапом целесообразно выполнение лапароскопической холецистэктомии с дренированием желчных протоков.

4. Риск развития острого панкреатита после папиллосфинктеротомии повышается при выполнении литотрипсии и баллонной дилатации, а также у пациентов, которым не удалось извлечь конкременты с первой попытки.

5. При развитии кровотечения в ходе выполнения папиллосфинктеротомии эффективен эндоскопический гемостаз. После этого извлечь конкременты можно при повторном эндоскопическом лечении.