

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

*Тюшкевич А.В.*

*УЗ «2-я городская клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь*

**Актуальность.** В последнее время отмечается значительный рост числа больных с заболеваниями панкреатобилиарнодуоденальной зоны, при которых нарушается проходимость желчевыводящих протоков с развитием механической желтухи. Механическая желтуха – патологический синдром, обусловленный нарушением оттока желчи из желчных протоков и развитием холестаза. Механическая желтуха может быть доброкачественного и злокачественного генеза. Среди доброкачественного генеза наиболее часто встречается холедохолитиаз, в остальных случаях речь идет о рубцовых стриктурах внепеченочных желчных протоков, панкреатитах, паразитарных заболеваниях панкреатобилиарнодуоденальной зоны, дивертикулах и доброкачественных опухолях большого дуоденального сосочка (БДС). Опухолевая природа заболевания обусловлена раком головки поджелудочной железы, БДС, желчного пузыря, гепатикохоледоха и метастазами рака другой локализации в печень. Широкое внедрение малоинвазивных хирургических вмешательств (в том числе и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ)) в билиарную хирургию вполне объяснимо: высокая их эффективность, минимальная травматичность, косметический эффект – делают их привлекательными для хирургов. Эффективность ЭПСТ по различным данным составляет 88-98%. Хотя риск осложнений в послеоперационном периоде достаточно высок и составляет 7,5-10,6%, летальность достигает 1,5-2,0%.

**Цель.** Провести анализ результатов эндоскопической папиллосфинктеротомии, выполненной для лечения механической желтухи при заболеваниях панкреатобилиарнодуоденальной зоны.

**Материалы и методы.** Проведена оценка результатов эндоскопической папиллосфинктеротомии за 2023 год у 64 пациентов с механической желтухой, в УЗ «2-я городская клиническая больница» г. Минска.

**Результаты.** Возраст пациентов составлял от 21 до 95 лет. Большинство пациентов (67,2%) были старше 60 лет. Женщин было 41 (64%), мужчин – 23 (36%). У всех пациентов были признаки билиарной гипертензии, в большинстве наблюдений проявляющейся желтухой. Средняя продолжительность желтухи с момента возникновения до операции составляла 2 – 7 дней. Диагностическая программа включала комплекс клинических и биохимических исследований крови (общий анализ крови, гемостазиограмма, биохимический анализ крови, группа крови и Rh-фактор, ИФА гепатиты (HBsAg + antiHCV)), а также инструментальных методов диагностики, включающих в себя УЗИ органов

брюшной полости, УЗИ почек, надпочечников, УЗИ брюшной аорты, УЗИ лимфатических узлов брюшной полости и забрюшинного пространства, эзофагогастродуоденоскопию. При УЗИ органов брюшной полости холедохолитиаз выявлен у 22 пациентов (34,4%), холедохоектазия или холедохохолангиэктазия – у 45 пациентов (70,3%). Сочетание холедохолитиаза с холедохоектазией или холедохохолангиэктазией наблюдалось у 18 пациентов (28,1%). С целью уточнения диагноза 15 пациентам (23,4%) выполнена КТ органов брюшной полости, одному пациенту – МРТ органов брюшной полости. При КТ органов брюшной полости холедохолитиаз выявлен у 2 пациентов, холедохоектазия или холедохохолангиэктазия – у 7 пациентов, сочетание холедохолитиаза с холедохоектазией или холедохохолангиэктазией наблюдалось у 3 пациентов. У одного пациента при проведении МРТ органов брюшной полости выявлен холедохолитиаз, который не удалось диагностировать при УЗИ органов брюшной полости и КТ органов брюшной полости. В данном случае диагностическая ценность МРТ органов брюшной полости оказалась выше, чем КТ органов брюшной полости и УЗИ органов брюшной полости.

Наличие холедохолитиаза, холедохохолангиэктазии или холедохоектазии, осложненных механической желтухой, являлось показанием для проведения ЭПСТ для быстреего восстановления оттока желчи. ЭПСТ проводилось под местной анестезией. Для этого использовался лидокаин-спрей для местного применения (10% - 50мл). Эндоскопическая папиллосфинктеротомия у 32 (50%) пациентов проводилась канюляционным способом, у 32 (50%) – неканюляционным или смешанным способом при наличии стенотических процессов устья БДС. Глубина рассечения БДС решалась индивидуально и зависела от размеров конкрементов. После ЭПСТ выполняли литоэкстракцию. Конкременты извлечены у 45 (70,3%) пациентов. Из них у 4 (6,25%) пациентов были трудности с экстракцией конкрементов, что потребовало проведения механической литотрипсии с последующим извлечением фрагментов через папиллотомическое отверстие. Трём пациентам после контрольного УЗИ органов брюшной полости потребовалось проведение повторной эндоскопической «ревизии» желчных протоков с удалением конкрементов. В ходе анализа результатов эндоскопической папиллосфинктеротомии было выявлено, что причинами механической желтухи являлись: у 33 (51,6%) пациентов – холедохолитиаз, у 16 (25%) пациентов – рубцовые стриктуры терминального отдела общего желчного протока и БДС, у 11 (17,2%) пациентов – сочетание холедохолитиаза с рубцовыми стриктурами терминального отдела общего желчного протока и БДС, у 2 (3,1%) пациентов – доброкачественные опухоли БДС (аденомы), у 2 (3,1%) пациентов – сдавление общего желчного протока опухолью поджелудочной железы. Для восстановления оттока желчи у пациентов с аденомами БДС выполнены ЭПСТ в сочетании с эндоскопическим

удалением образований. Ликвидировать препятствия для отхождения желчи удалось в 96,9% случаев. После проведения ЭПСТ 14 пациентам впоследствии выполнены лапароскопические холецистэктомии; 2 пациентам со сдавлением общего желчного протока опухолью поджелудочной железы осуществлены корригирующие оперативные вмешательства на желчных протоках восстановительного характера (лапароскопическое наложение холедоходуоденоанастомоза).

В течение суток после выполнения ЭПСТ для профилактики развития осложнений проводились противопанкреатическая терапия (октреатид), антисекреторная терапия (пантопразол), инфузионно-спазмолитическая и гепатопротекторная терапия для уменьшения явлений желтухи. Осложнения после ЭПСТ возникли у 7 (10,9%) пациентов, выявлялись в первые сутки или часы после ЭПСТ. Кровотечение из зоны папиллотомического разреза, потребовавшее проведения эндоскопического инъекционного гемостаза, наблюдалось у 1 (1,6%) пациента. Развитие острого панкреатита после манипуляций на БДС отмечалось у 6 (9,3%) пациентов. Факторами риска, способствовавшими появлению этого осложнения, были молодой возраст пациентов, женский пол, анатомические особенности желчных протоков, длительность выполнения манипуляции. Тяжелая форма острого панкреатита, сопровождающаяся развитием воспалительных инфильтратов и флегмоны парапанкреатической клетчатки развилась у 1 (1,6%) пациента. Этот же пациент умер от острого некротизирующего панкреатита на фоне прогрессирования явлений полиорганной недостаточности.

**Выводы.** Эндоскопическая папиллосфинктеротомия является эффективным и малотравматичным вмешательством у пациентов с заболеваниями панкреатобилиарнодуоденальной зоны, при которых нарушается проходимость желчевыводящих протоков с развитием механической желтухи. ЭПСТ имеет низкий уровень осложнений, за счет малой травматичности способствуют ранней активизации пациентов и позволяет сохранить физиологичный отток желчи, также может служить этапным методом лечения больных калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой. Эффективность ЭПСТ составила 96,9%. Наиболее опасным осложнением вмешательства является острый панкреатит, который наблюдался у 9,3% больных. С целью диагностики заболеваний панкреатобилиарнодуоденальной зоны рекомендуется более широкое использование магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ). Обнаружить крупные конкременты возможно при стандартном УЗИ органов брюшной полости. МРХПГ позволяет визуализировать мелкие конкременты (до 2 мм), особенно при наличии их в терминальном отделе общего желчного протока или в ампуле БДС. МРХПГ позволяет увидеть конкременты независимо

от места их локализации: желчный пузырь, пузырный проток, внутripеченочные протоки или общий желчный проток.