

*К.В. Куриленко, Е.В. Стояновская*  
**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО СИНДРОМА  
ХОЛЕСТАЗА**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. С.Б. Синоло  
Кафедра хирургических болезней с курсом повышения квалификации  
и переподготовки  
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*K.V. Kurilenko, E.V. Stoyanovskaya*  
**ENDOSCOPIC CORRECTION OF EXTRAHEPATIC CHOLESTASIS  
SYNDROME**

*Tutor: PhD, associate professor S.B. Sinilo  
Department of Surgical Diseases with Advanced Training  
and Retraining Course  
Belarusian State Medical University, Minsk*

**Резюме.** Несмотря на неуклонный рост и совершенствование хирургических вмешательств в последние годы растет частота осложнений и количество операций у пациентов с внепеченочным синдромом холестаза (ВПСХ). Однако с развитием малоинвазивных технологий эндоскопические операции стали методами выбора в лечении холедохолитиаза.

**Ключевые слова.** Эндоскопическая папилосфинктеротомия, холестаз, пациенты.

**Resume.** Despite the steady growth and improvement of surgical interventions in recent years, the frequency of complications and the number of operations in patients with extrahepatic cholestasis syndrome (EHCS) have increased. However, with the development of minimally invasive technologies, endoscopic operations have become the methods of choice in the treatment of choledocholithiasis.

**Keywords.** Endoscopic papillosphincterotomy, cholestasis, patients.

**Актуальность.** Эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ) является одной из малоинвазивных методик, активно внедряющихся в современную хирургическую практику, и является высоко эффективной в лечении хирургической патологии.

**Цель:** изучить возможности применения ЭПСТ в коррекции внепеченочного синдрома холестаза (ВПСХ) различной этиологии.

**Задачи:**

1. Оценить лабораторные показатели, характеризующие ВПСХ.
2. Проанализировать выполнение ЭПСТ в комбинации при ВПСХ.
3. Оценить структуру осложнений после выполнения ЭПСТ у пациентов с ВПСХ.
4. Изучить причины летальных исходов после выполнения ЭПСТ у пациентов с ВПСХ.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 448 медицинских карт пациентов, которым была выполнена ЭПСТ в четырех хирургических отделениях УЗ ГК БСМП в период с 2021 по 2024 год. Средний возраст пациентов с ВПСХ составил  $65,67 \pm 15,76$  лет,  $Me=68$ . Среди пациентов было больше женщин 66,52%. Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от причины ВПСХ.

Пациенты были обследованы по стандартным национальным клиническим протоколам с включением УЗИ, КТ и/или МРТ.

Для обработки полученных данных использовались методы математической статистики в программах Microsoft Excel 2016 и SPSS Statistics.

**Результаты и их обсуждение.** Первую группу составили 403 (72%) пациента (268 женщин, 135 мужчин), причиной ВПСХ, у которых являлись воспалительные заболевания гепатопанкреатобилиарной зоны. Вторую – 45 (8%) пациентов (30 женщин, 15 мужчин) с онкологическими заболеваниями данной области (с опухолями головки поджелудочной железы 15, раком желчного пузыря - 9 и протоков - 21), средний возраст  $68,76 \pm 10,22$ , Me=69,5 (от 44 до 93). Группа 1 была разделена на подгруппы. В подгруппу 1 вошло 138 (34%) пациентов (100 женщин, 38 мужчин) с первичным выполнением ЭПСТ по поводу холедохолитиаза или стриктур терминального отдела холедоха, а затем лапароскопической холецистэктомии. Средний возраст -  $58,02 \pm 15,83$  лет, Me=61 (от 23 и до 86). В подгруппу 2 – 52 (13%) пациента (32 женщины, 20 мужчин), которым вначале были выполнены открытая или лапароскопическая холецистэктомия по поводу деструктивного холецистита, а затем - ЭПСТ по поводу холедохолитиаза или стриктур терминального отдела холедоха, средний возраст -  $63,23 \pm 16,03$ , Me=65,5 (от 24 и до 89). В подгруппу 3 – 213 (53%) пациентов (136 женщин, 77 мужчин) которым уже ранее были выполнены холецистэктомии, а причиной ВПСХ явился холедохолитаз или стриктуры терминального отдела холедоха, средний возраст -  $70,45 \pm 14,59$ , Me=73 (от 24 и до 99) .

При анализе показателей общего анализа крови в группе 1 преобладал воспалительный синдром, наиболее выраженный в подгруппе 3. Наиболее же выраженное по выборке увеличение показателей лейкоцитов -  $10,1 \pm 4,95$  и нейтрофилов -  $73,98 \pm 11,74$ , а также снижение лимфоцитов  $15,45 \pm 8,25$  было выявлено в группе 2 ( $p > 0,05$ ) (Табл.1)

**Табл. 1.** Показатели общего анализа крови

Группа/Показатель	Лейкоциты, $10^9$ /л	Нейтрофилы, %	Лимфоциты, %
Подгруппа 1	$8,5 \pm 3,89$	$65,08 \pm 14,49$	$23 \pm 11,52$
Подгруппа 2	$9,19 \pm 3,15$	$65,45 \pm 12,81$	$22,6 \pm 10,93$
Подгруппа 3	$9,44 \pm 5,52$	$69,78 \pm 13,52$	$19,5 \pm 11,04$
Группа 2	$10,1 \pm 4,95$	$73,98 \pm 11,74$	$15,45 \pm 8,25$

В биохимическом анализе крови у всех пациентов группы 1 был повышен общий билирубин, наибольший показатель в подгруппе 3 -  $76,75 \pm 88,3$  мкмоль/л (в 3,7 раза) за счет прямой фракции; в подгруппе 1 наиболее значительное повышение АСТ  $199,1 \pm 208,69$  Е/л (в 4 раза); АЛТ  $304,05 \pm 270,61$  Е/л (в 6 раз); повышение ЩФ

в среднем 267,06 ±174 Е/л (в 2,3 раза). Во второй группе отмечалось повышение уровня общего билирубина - 223,65 ±127,79 мкмоль/л (в 10,6 раз); АСТ - 176,54 ± 165,53 Е/л (в 3,5 раз); АЛТ - 201,53 ±128,35, Ме=149,7 Е/л (в 4 раза); ЩФ - 509,61 ± 501,85, Ме=360,7 Е/л (в 4,2 раза) (p<0,05)(Табл. 2).

**Табл. 2.** Показатели биохимического анализа крови

Показатель	Подгруппа 1	Подгруппа 2	Подгруппа 3	Группа 2
АСТ, Е/л	199.10±208,69	98.51±129,17	130.74±159,47	176.54±165,53
АЛТ, Е/л	304.05±270,61	155.89±220,1	169.62±179	201.53±128,35
Белок, г/л	66.66±6,7	65.68±7,58	64.06±8,18	62.39±9,33
Билирубин общий, мкмоль/л	72.77±79,56	36.01±43,89	76.75±88,3	223.65±127,79
Билирубин прямой, мкмоль/л	44.17±48,71	22.27±28,76	45.69±50,81	123.57±66,3
Амилаза, Е/л	103.9±265,5	98.25±219,2	165.06±443,36	95.25±208,1
ЩФ, Е/л	267.06±174	191.07±164,51	258.73±178,98	509.61±501,85
Глюкоза, ммоль/л	6.86±2,86	6.24±2,99	6,67±2,51	7.70±4,42

В исследовании системы гемостаза у всех пациентов группы один выявилось увеличение ПТВ наибольшее в подгруппе три -13,43 ±1,51 а также повышение АЧТВ - 28,96 ±5 и МНО - 2.07±0,12, в группе два наблюдались наиболее высокие показатели АЧТВ - 29,84± 7,7 и ПТВ 15,4 ± 10,16, по всей выборке (p > 0,05) (Табл. 3).

**Табл. 3.** Показатели системы гемостаза

Группа/Показатель	АЧТВ, с	ПТВ,с	МНО	Фибриноген А, г/л
Подгруппа 1	26.55±11,74	12.23±4,45	1.06±0,43	4.23±1,25
Подгруппа 2	27.5±5,2	13.87±7,49	1.14±0,41	3.37±1,5
Подгруппа 3	28.96±5	13.43±1,51	2.07±0,12	4.17±1,18
Группа 2	29.84±7,7	15.4±10,16	1.32±0,8	3.99±1,14

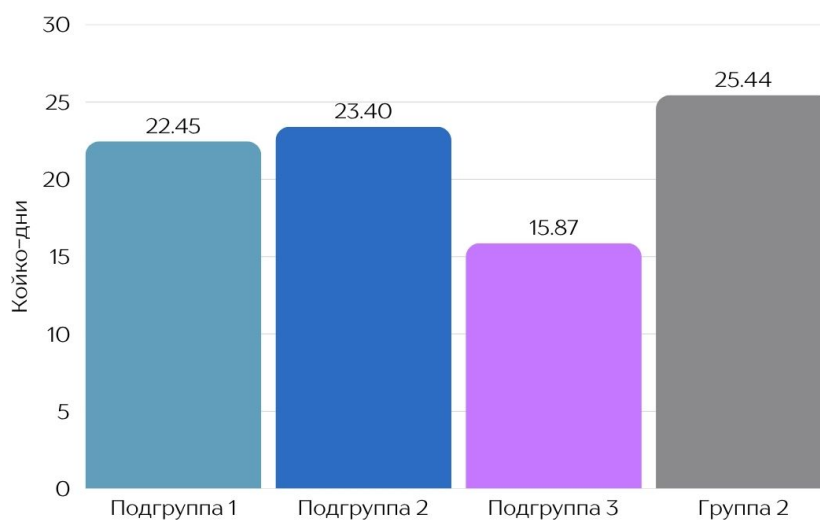
Пациентам были выполнены: только ЭПСТ - 154 (34,38%), с холедохолитоэкстракцией - 225 (50,22%), с холедохолитотрипсией - 20 (4,46%), со стентированием - 48 (10,71%), с баллонной пластикой - 15 (3,35%). Наибольшее

количество стентирований 52% проводили в группе 2, повторных попыток ЭПСТ 44,44% в подгруппе 1, Баллонных пластик в подгруппе 2 - 53,84% в подгруппе 3. ( $p < 0,05$ ) (Рис. 1).



**Рис. 1** – Комбинации операций

Наименьшее количество койко-дней в стационаре было проведено в подгруппе 3 -  $15,87 \pm 8,27$ ,  $Me=14$ , вследствие выполнения им только ЭПСТ; наибольшее в группе 2 -  $25,34 \pm 19,98$ ,  $Me=19$ , поскольку требовалось большее количество времени для установления причины возникновения ВПСХ ( $p < 0,05$ ) (Рис. 2).



**Рис. 2** – Койко-дни, проведенные в больнице

Всем пациентам перед ЭПСТ проводилась профилактика: Sol. Octreotidi 0,01% - 1 ml подкожно, Sol. Natrii diclofenaci 2,5% - 3 ml внутримышечно, Sol. Papaverini hydrochloridi 2% - 2 ml+ Sol. NaCl 0,9% - 100,0 внутривенно капельно. После выполнения ЭПСТ выполнялась инфузионная терапия кристаллоидами и глюкозой.

В послеоперационном периоде было 27 (6,03 %) осложнений: из них 23 (85,2%) панкреатита, 3 (11,1%) кровотечения, 1 (3,7%) повреждение задней стенки 12-перстной кишки с развитием забрюшинной флегмоны.

В последнее время, при не удавшейся попытке установки стентов, пациентам с опухолевыми причинами ВПСХ, в клинике появилась возможность (выполнено 3)

постановки Boston Scientific Flexima Regular Biliary Catheter System 8F x 35 см (Kit), которая требует мультидисциплинарного подхода: совместной работы специалистов УЗИ, эндоваскулярных хирургов, хирургов и эндоскопистов.

Летальность составила в первой группе 2,23%, в группе 2 – 9 (20%) пациентов. Причинами летальности были: в первой группе 2 (0,5%) тяжелых некротизирующих перитонита, 4 (0,99%) – печеночно и почечная недостаточность, 2 (0,5%) – холангиогенный сепсис, 1 (0,25%) - прогрессирование ХСН; во второй группе – 8 (17,78%) прогрессирование печеночной недостаточности на фоне метастатического поражения печени, 1 (2,22%) забрюшинная флегмона.

**Выводы.** ЭПСТ является эффективным методом коррекции внепеченочного синдрома холестаза различного генеза, а при злокачественной его причине – иногда, единственным паллиативным методом и возможностью последующего химиотерапевтического лечения. В первой группе у всех пациентов достигнута коррекция ВПСХ, во второй – у 41 пациента, что потребовало других методов коррекции - чрезкожной чрезпеченочной холецистостомии.

#### **Литература**

1. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» постановление Министерства Здравоохранения Республики Беларусь 01 июня 2017 г. №54.