

Е.Ю. Наливко

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.В. Жура

Кафедра хирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

УЗ “Городская клиническая больница скорой медицинской помощи”, г. Минск

E. Y. Nalivko

RESULTS OF ENDOSCOPIC PAPILLOSPHINCTEROTOMY IN PATIENTS WITH CHOLEDOCHOLITHIASIS AND CALCULUS CHOLECYSTITIS

Tutor: PhD, associate professor A.V. Zhura

Department of Surgical Diseases

Belarusian State Medical University, Minsk

City clinical emergency hospital, Minsk

Резюме. В статье представлены результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии у пациентов с холедохолитиазом и калькулезным холециститом. Проведен анализ лабораторных диагностических критериев калькулезного холецистита, успешности и вероятных осложнений эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Ключевые слова: калькулезный холецистит, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, острый панкреатит.

Resume. The article presents the results of endoscopic papillosphincterotomy in patients with choledocholithiasis and calculous cholecystitis. An analysis of laboratory diagnostic criteria for calculous cholecystitis, success and possible complications of endoscopic papillosphincterotomy is conducted.

Keywords: calculous cholecystitis, endoscopic papillosphincterotomy, acute pancreatitis.

Актуальность. Калькулезный холецистит может сочетаться с большим разнообразием патологических состояний желчевыводящих путей. По данным различных исследований холедохолитиаз в качестве осложнения наблюдается у 10-15% у 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 закрытым. В настоящее время существует большой спектр методов лечения холедохолитиаза: от малоинвазивных, в частности эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), до сложных хирургических вмешательств. Нерешенным вопросом в отношении эндоскопической папиллосфинктеротомии является отсутствие четких показаний к ее выполнению, выборе времени проведения вмешательства, тактике действий врача при возникновении осложнений.

Цель: оценить результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии у пациентов с холедохолитиазом и калькулезным холециститом.

Задачи:

1. Провести анализ динамики лабораторных показателей.
2. Оценить эффективность эндоскопической папиллосфинктеротомии.
3. Решить вопрос о времени проведения эндоскопической папиллосфинктеротомии: до или после выполнения лапароскопической холецистэктомии.
4. Определить вероятные причины развития острого панкреатита, как одного из осложнений эндоскопической папиллосфинктеротомии.
5. Определить эффективную тактику действий при возникновении кровотечения из области большого дуоденального сосочка.

Материалы и методы. Пациенты с калькулезным холециститом и холедохолитиазом, проходившие стационарное лечение в Учреждении здравоохранения “Городская клиническая больница скорой медицинской помощи” г. Минска за период 3-х лет (2020-2022), которым выполнялось комбинированное лечение осложненного калькулезного холецистита (лапароскопическая холецистэктомия и ЭПСТ). Всего было 100 пациентов: 29 мужчин, 71 женщина. Средний возраст – 58 лет. Пациентов с острым холециститом – 89, с хроническим холециститом – 11. У всех был доказан холедохолитиаз по данным УЗИ/МРТ/ЭРХПГ. Всем пациентам изучалась динамика лабораторных показателей, таких как общий билирубин, АлАт, АсАт, щелочная фосфатаза и амилаза. Данные представлены медианой (ненормальное распределение).

Результаты и их 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. Повышенным оставался показатель щелочной фосфатазы - 248 Е/л. К нормализации билирубина привело выполнение ЭПСТ - 22,45 мкмоль/л, однако печеночные ферменты и щелочная фосфатаза остались повышены: АсАт у этих пациентов – 63,8 мкмоль/л, АлАт – 100,2 мкмоль/л, щелочная фосфатаза – 190,1 Е/л (данные представлены в таблице 1).

Табл. 1. Динамика лабораторных показателей у пациентов с повышенным билирубином при поступлении

Билирубин, мкмоль/л		АсАт, мкмоль/л		АлАт, мкмоль/л		Щелочная фосфатаза, Е/л	
До ЭПСТ	После ЭПСТ	До ЭПСТ	После ЭПСТ	До ЭПСТ	После ЭПСТ	До ЭПСТ	После ЭПСТ
57,25	22,45	132,35	63,8	186,55	100,2	256,7	190,1

Особый интерес представляли 31 пациент (31%) с холедохолитиазом, у которых повышения билирубина при поступлении не наблюдалось, также нормальными у этих пациентов были АсАт - 46,7 мкмоль/л, щелочная фосфатаза -

114,2 Е/л, амилаза - 39 Е/л. Единственным повышенным показателем у данной категории пациентов оказался АлАт - 93,3 мкмоль/л. В результате консервативной терапии изменений этих показателей не было. После выполнения ЭПСТ уровень АлАт также пришел к нормальному значению – 46 мкмоль/л (данные представлены в таблице 2).

У 2 пациентов с острым билиарным панкреатитом при поступлении (амилаза 3639 Е/л и 1860 Е/л) консервативная терапия привела к значительному снижению амилазы (448 Е/л и 200,5 Е/л). После ЭПСТ амилаза достигла значений 448 Е/л и 200,5 Е/л.

Табл. 2. Динамика лабораторных показателей у пациентов с повышенным билирубином при поступлении

Билирубин, мкмоль/л		АсАт, мкмоль/л		АлАт, мкмоль/л		Щелочная фосфатаза, Е/л	
До ЭПСТ	После ЭПСТ	До ЭПСТ	После ЭПСТ	До ЭПСТ	После ЭПСТ	До ЭПСТ	После ЭПСТ
14,3	12,6	46,7	36,4	93,3	46	114,2	105,2

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. Таким образом, эффективность эндоскопического лечения (как первичного, так и повторного) составила 93% (данные проиллюстрированы на рисунке 1). Остальным 7 пациентам потребовалось: 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).



Рис. 1 – Успешность эндоскопической папиллосфинктеротомии

Неясным моментом в лечении пациентов с холедохолитиазом является решение вопроса о времени проведения ЭПСТ: до или после выполнения лапароскопической холецистэктомии.

ЭПСТ была выполнена перед проведением лапароскопической холецистэктомии в 73 % случаев. Успешными из них оказались 90 % (у 58 пациентов

камни удалены при первичных попытках, у 8 – при повторных). Семерым пациентам не удалось извлечь конкременты и с помощью повторных попыток, пятерым из них выполнены лапаратомии, двум пациентам – лапароскопические холецистэктомии (данные проиллюстрированы на рисунке 2). Средний срок от ЭПСТ до выполнения лапароскопической холецистэктомии составил 6 суток.

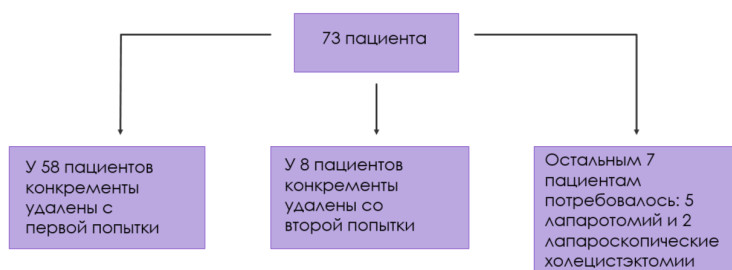


Рис. 2 – Результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии, выполненной до лапароскопической холецистэктомии

ЭПСТ была проведена после выполнения лапароскопической холецистэктомии в 26% случаев. Это было связано, в основном, с наличием экстренных показаний к лапароскопической холецистэктомии при деструктивном холецистите. При этом во время холецистэктомии, как правило, дренировали желчные протоки. У одного пациента показанием к ЭПСТ было формирование наружного желчного свища после лапароскопической холецистэктомии. Средний срок от лапароскопической холецистэктомии до ЭПСТ составил 6 суток. Успешными оказались 92% литоэкстракций при первичных попытках ЭПСТ, оставшимся 2 пациентам также удалось извлечь конкременты в ходе повторных попыток. Таким образом, все случаи эндоскопической литоэкстракции после лапароскопической холецистэктомии оказались успешными (рисунок 3).

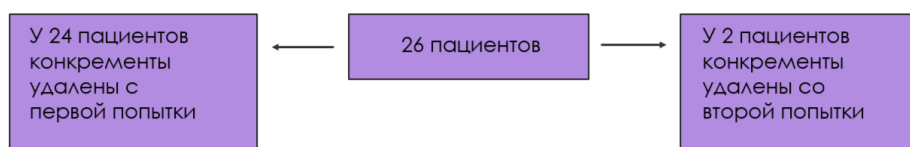


Рис. 3 – Результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии, выполненной после лапароскопической холецистэктомии

Только одному пациенту ЭПСТ проводилась во время операции по удалению желчного пузыря с положительным результатом.

Отрицательным моментом в случае выполнения ЭПСТ после холецистэктомии в настоящее время считается, что, при ее неуспешности, пациенту может потребоваться еще одно дополнительное оперативное вмешательство по удалению конкрементов из протоков. Однако в нашем исследовании эффективность ЭПСТ после лапароскопической холецистэктомии была даже выше, чем до. Это может быть связано с отсутствием экстренности и использованием установленного при холецистэктомии дренажа желчных протоков, как проводника для выполнения литоэкстракции.

ЭПСТ относится к вмешательствам, которые могут вызвать такие осложнения, как острый панкреатит и кровотечение из области 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 литотрипсии (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 геморагии 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 АлАт в 2 и более раза;

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

3. Выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии после лапароскопической холецистэктомии может быть также или более эффективно, чем до нее;

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 повторных попытках папиллосфинктеротомии.

Литература

1. Freeman M.L. Complications of Endoscopic Sphincterotomy // Endoscopy. – 1998. – Vol. 30, N 9. – А 216–220.

2. Ю.И. Биктагиров, Е.П. Кривошеков, М.Л. Штейнер, В.Е. Романов, М.Ю. Хорошилов Малоинвазивные эндоскопические транспапиллярные вмешательства у пациентов с холедохолитиазом. Врач, 2021; (10): 47-50.