

## **ЧРЕЗПУЗЫРНЫЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ПАПИЛЛИТЕ**

*Орловский Ю.Н.<sup>1</sup>, Салмин И.М.<sup>2,3</sup>, Сазонов М.В.<sup>3</sup>,  
Кутько А.П.<sup>3</sup>, Пушков И.Е.<sup>3</sup>, Глыздов А.П.<sup>2,3</sup>*

*Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский  
университет<sup>1</sup>*

*ОНПЦ «Хирургия заболеваний поджелудочной железы и печени»<sup>2</sup>*

*Витебская областная клиническая больница<sup>3</sup>*

### **Актуальность.**

Основными причинами, вызывающими обтурационную желтуху доброкачественной этиологии являются холангиолитиаз, стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) и стриктуры внепеченочных желчных протоков. По данным различных авторов стеноз БДС приводит к нарушению выделения желчи в двенадцатиперстную кишку (ДПК) в 15–19 % случаев. Частой причиной данной патологии является желчнокаменная болезнь и холангиолитиаз, которое, в свою очередь, вызывает хроническое воспаление в зоне БДС, развитие холангита, рецидивирующего панкреатита и в конечном виде приводит к рубцовой стриктуре БДС [2]. Механическая желтуха развивается у 20-60% пациентов со стенозом БДС [1-4].

Существуют различные варианты миниинвазивного хирургического пособия, которые разделяются на изолированно эндоскопические, антеградные под УЗ- и рентген-контролем, а так же комплексные вмешательства, которые объединяют антеградные чрезпеченочные и ретроградные эндоскопические (методика «Rendezvous»).

В настоящее время, комплексным вмешательствам отдается предпочтение при неэффективности изолированных манипуляций, а также при сложном холангиолитиазе, выраженной деформации ДПК, рубцовом процессе в зоне БДС, хирургических вмешательствах с изменением анатомии панкреатодуоденобилиарной зоны и др. Эта методика, несмотря на вышеперечисленные сложности, хорошо себя зарекомендовала и ее эффективность достигает 85–100%, при этом частота осложнений составляет 3–10%, а летальность менее 1 % [1-4].

### **Материал и методы.**

За период с 2019 по август 2020 гг. в ОНПЦ «Хирургия заболеваний поджелудочной железы и печени» на базе Витебской областной клинической больницы проходили лечение 53 пациента со стриктурами билиарного тракта доброкачественной этиологии разных локализаций: терминального отдела холедоха – 48 (в т.ч. стенозирующий папиллит – у 3 пациентов), средней трети – 4, внутрипеченочных желчных протоков (левой доли печени) – 1 пациент. Основной причиной развития стриктур были: холангиолитиаз (51- 96,2%), неуточненные – 2 (3,8%).

**Результаты.** Эндоскопические вмешательства (папиллосфинктеротомия, литоэкстракция, литотрипсия, стентирование и баллонная дилатация) выполняли по стандартной методике – у 49 пациентов. У 2 пациентов в сочетании со стриктурой БДС и ранее сформированной холецистостомы выполнили комбинированную методику «рандеву»: сочетание антеградной эндобилиарной баллонной дилатации и ретроградной эндоскопической папиллосфинктеротомии. У данных пациентов изолированная эндоскопическая попытка папиллотомии была неудачной в связи с наличием парафатерального дивертикула, а проходимость пузырного протока по данным холангиографии не нарушена, пациенту было выполнено комбинированное вмешательство «Rendezvous» через транспузырный доступ.

В остальных наблюдениях, сочетание методов эндоскопической папиллосфинктеротомии, литоэкстракции, баллонной дилатации было у 35 (71,4%) пациентов. В 10 случаях манипуляцию заканчивали постановкой пластиковых стентов. Неэффективной процедура была у 7 (14,3%) пациентов, которым потребовались оперативные вмешательства в объеме трансдуоденальной папиллосфинктеропластики и литоэкстракции.

Разработанную нами технологию «рандеву» через транспузырный доступ применяли как окончательную лечебную процедуру при функционирующем желчном пузыре. Методика является приоритетной у пациентов с незначительным расширением внутрипеченочных желчных протоков, когда имеется высокая вероятность неэффективной попытки дренирования внутрипеченочных желчных протоков или травматизации внутрипеченочных сосудов и вызвать кровотечение, гемобилию, перитонит.

### **Выводы.**

«Золотым стандартом» у пациентов с механической желтухой, вызванной стриктурой БДС является эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Однако изолированный эндоскопический способ разрешения проблемы не всегда осуществим ввиду таких причин как: сложный холангиолитиаз, выраженная деформация ДПК, рубцовый процесс зоны БДС, хирургические вмешательства с изменением анатомии панкреатодуоденобилиарной зоны и др. Поэтому в качестве первого этапа необходимо выполнять чрескожное транспеченочное дренирование желчных протоков, что дает возможность проведения комбинированных вмешательств в варианте «Rendezvous». Мы считаем, что при функционирующем желчном пузыре и незначительном расширении желчных протоков, предпочтение при выборе доступа к желчному дереву следует отдать чрескожному транспеченочному дренированию желчного пузыря под УЗ-контролем, что позволяет выполнить полноценное комбинированное миниинвазивное вмешательство «Rendezvous» с хорошим результатом особенно у пациентов пожилого возраста с коморбидной патологией, когда изолированные вмешательства неэффективны, а риск осложнений при оперативном вмешательстве высок.

### **Литература.**

1. Котовский А.Е., Глебов К.Г., Дюжева Т.Г., Сюмарева Т.А., Магомедова Б.М. Ретроградное эндопротезирование желчных протоков при доброкачественных заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. *Анналы хирургической гепатологии*. 2019; 24 (1): 61–70.
2. Попов А.Ю., Барышев А.Г., Быков М.И., Петровский А.Н., Лищишин В.Я., Вагин И.В., Щава В.В., Порханов В.А. Анализ результатов миниинвазивной декомпрессии желчевыводящих путей при механической желтухе. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2018; (12): 50–56.
3. Hu B., Sun B., Cai Q., Yun Wong Lau J., Ma S., Itoi T., Ho Moon J., Yasuda I., Zhang X., Wang H-Po, Ryozaawa S., Rerknimitr R., Li W., Kutsumi H., Lakhtakia S., Shiomi H., Ji M., Li X., Qian D., Yang Z., Zheng X. Asia-Pacific consensus guidelines for endoscopic management of benign biliary strictures. *Gastrointest. Endosc.* 2017; 86 (1): 44–58.
4. Tringali A., Lemmers A., Meves V., Terheggen G., Pohl J., Manfredi G., Häfner M., Costamagna G., Devière J., Neuhaus H., Caillol F., Giovannini M., Hassan C., Dumonceau J.M. Intraductal biliopancreatic imaging: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) technology review. *Endoscopy*. 2015; 47 (8): 739–753.