

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>3</sup>

## ЧРЕЗХОЛЕЦИСТОСТОМИЧЕСКАЯ ЭНДОБИЛИАРНАЯ КОРРЕКЦИЯ СТРИКТУРЫ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

<sup>1</sup>Белорусская медицинская академия последипломного образования

<sup>2</sup>Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский  
университет,

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

**Актуальность.** В настоящее время 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 и др. Эта методика, несмотря на вышеперечисленные сложности, хорошо себя зарекомендовала и ее эффективность достигает 85–100%.

**Материалы и методы.** За период с 2019 по август 2020 гг. в ОНЦ «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, средней трети – 4, внутripеченочных желчных протоков (левой доли печени) – 1 пациент. Основной причиной развития стриктур был холангиолитиаз (51- 96,2%).

Эндоскопические вмешательства (папиллосфинктеротомия, литоэкстракция, литотрипсия, стентирование и баллонная дилатация) выполняли по стандартной методике – у 49 пациентов. У 1 пациента в сочетании со стриктурой БДС и ранее сформированной холецистостомы выполнили комбинированную методику «рандеву»: сочетание антеградной эндобилиарной баллонной дилатации и ретроградной эндоскопической папиллосфинктеротомии. 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. У 1 пациента с изолированной стриктурой левого долевого протока эффективной была антеградная баллонная дилатация.

**Клиническое наблюдение.** Пациент А., 57 лет госпитализирован с явлениями механической желтухи в районную больницу 11.08.2020 г., где с целью декомпрессии желчного дерева была наложена под УЗ-контролем чрезкожная чрезпеченочная холецистостома дренажем 9 fr.

Переведен в ОНПЦ «Хирургия заболеваний поджелудочной железы и печени» 25.08.2020 г. Жалобы на момент перевода отсутствовали. Ежесуточный сброс желчи по дренажу составлял от 400 до 600 мл.

При обследовании: УЗИ ОБП (25.08.2020 г.): желчный пузырь спавшийся, в просвете дренаж. Холедох до 8 мм. Внутривенечные протоки незначительно расширены. ФЭГДС (28.08.2020г.): БДС имеет овальную холмовидную форму, слизистая розовой окраски, устье до 3 мм. Из устья желчь не поступает. В области терминальной складки имеется втянутость стенки ДПК (дивертикул ?). По данными фистулографии от 11.09.2020г. контраст медленно поступает в ДПК, холедох на всем протяжении расширен до 9 мм и сужается в виде «писчего пера» в зоне БДС. 05.09.2020г. была выполнена ЭФГДС, заканюлировать БДС не удалось из-за фатерального дивертикула. Папиллотомия игольчатым папиллотомом не представлялась возможной.

В центре (14.09.2020) была выполнена новая рандеву-процедура: антеградная чрезхолецистостомная баллонная дилатация БДС под рентген контролем и ретроградная эндоскопическая ПСТ. Процедура заключалась в следующем. В рентгенэндоваскулярной операционной произведена замена дренажа на порт. Проводник через пузырьный проток выведен в ДПК. Произведена баллонная пластика стриктуры БДС баллоном 4 мм. Проводник оставлен для ориентира и быстрого операционного доступа к зоне БДС. Далее выполнена видеоэзофагогастродуоденоскопия, канюляция БДС и папиллотомия натяжным папиллотомом. При ЭРПХГ эвакуация контраста в ДПК быстрая, холедох не расширен, дефектов наполнения не выявлено.

**Заключение.** «Золотым стандартом» у пациентов с механической желтухой, вызванной стриктурой БДС является эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Однако изолированный эндоскопический способ 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. Мы считаем при функционирующем желчном пузыре и невыраженном расширении желчных протоков, предпочтение при выборе доступа к желчному дереву следует отдать чрезкожному транспеченочному дренированию желчного пузыря под УЗ-контролем, что позволяет выполнить полноценное комбинированное миниинвазивное вмешательство «Рандеву» с хорошим результатом особенно у пациентов пожилого возраста с коморбидной патологией, когда изолированные вмешательства неэффективны, а риск осложнений при оперативном вмешательстве высок.