

Гусев А.В., Боровков И.Н.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ И РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАРНАЯ ДИЛАТАЦИЯ ПРИ ПАРАПАПИЛЛЯРНЫХ ДИВЕРТИКУЛАХ

*Кафедра общей хирургии и анестезиологии,  
Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия*

Метаанализ литературных данных за последние пять лет показал, что в подавляющем большинстве случаев при наличии парапапиллярного дивертикула (ППД) выполнить ретроградную холангиопанкреатографию и эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) практически не возможно. В подобных ситуациях пациенты с механической желтухой подвергаются оперативным вмешательствам посредством лапаротомии, холедохотомии, что приводит к большему числу осложнений и летальности (особенно у пациентов пожилого и старческого возраста) в сравнении с менее травматичными рентген-эндоскопическими методиками.

В связи с этим целью нашего исследования стала разработка и внедрение новых способов коррекции механической желтухи с использованием малотравматичных методик.

Поскольку доступ к терминальному отделу общего желчного протока (ТООЖП) и большому сосочку двенадцатиперстной кишки (БДС) может быть осуществлен не только ретроградно, но и антеградно, мы с 1995 года, наряду с ретроградными, применяем антеградные рентген-эндоскопические вмешательства - АЭПСТ и рентгенэндобилиарную дилатацию с использованием разработанных нами коаксиальных систем для антеградных чрескожных чреспеченочных вмешательств (свидетельство на полезную модель, выданное Российским агентством по патентам и товарным знакам, рационализаторские предложения ИГМА №№ 2297, 2298, 2300, 2310, 2311).

На основании проведенных нами исследований можно сделать заключение, что у пациентов с механической желтухой, обусловленной «блоком» ТООЖП и БДС при наличии ППД, пока пока антеградная чрескожная чреспеченочная рентген-эндоскопическая ПСТ, что значительно расширяет возможности применения минимально травматичных вмешательств, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Данный вид вмешательств мы с успехом применяем и в случаях выраженного стеноза БДС, резецированного по типу Бильрот-П желудка, когда ретроградная ЭПСТ технически не выполнима. Каких-либо осложнений, связанных с антеградным доступом, не наблюдали. В случаях, когда не удается провести дуоденоскоп в двенадцатиперстную кишку для контроля ЭПСТ (резецированный желудок по типу Бильрот-П на длинной петле, выраженная деформация пилорoduodenальной зоны), у пациентов с высоким операционным риском мы применяли рентген-эндобилиарную баллонную дилатацию (РЭД). Данный вид вмешательств эффективно восстанавливает пассаж желчи в непосредственном послеоперационном периоде, позволяет отказаться от более травматичных вмешательств. Оценка отдаленных результатов РЭД (возможность рецидива стриктуры) затруднительна из-за неоднородного контингента больных, что не позволяет сделать на данном этапе исследования достоверных выводов.