

# АНТЕГРАДНАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

*Белюк К.С., Жандаров К.Н., Кулага А.В., Вихарев А.А.*  
УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»  
Гродно, Беларусь

**Цель исследования.** Показать возможность и преимущества одномоментной коррекции холедохолитиаза и стеноза большого дуоденального сосочка с использованием антеградной папиллосфинктеротомии.

**Материалы и методы.** На базе Гродненской областной клинической больницы за период с 2002 по сентябрь 2012 гг. проведено хирургическое лечение 582 больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, стенозом терминального отдела общего желчного протока (ОЖП) и механической желтухой. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена 160 пациентам. В случае невозможности ликвидации холедохолитиаза с помощью ЭПСТ проводились одноэтапные оперативные вмешательства. 212 больным для коррекции стеноза терминального отдела ОЖП была выполнена трансдуоденальная папиллосфинктеротомия (ТрДПСфТ). У 35 пациентов стеноз терминального отдела холедоха был устранен с помощью антеградной папиллосфинктеротомии (АПСфТ) по разработанной в клинике методике.

АПСфТ выполнялась следующим образом: через холедохотомическое отверстие производилась фиброхоледохоскопия (фиброхоледохоскоп фирмы «Olimpus»), холедохолитотомия. Затем через операционный канал холедохоскопа вводился стандартный папиллотом. Прицеливание папиллотома осуществлялось в просвете холедоха согласно меткам на холедохоскопе в положении, соответствующем 3–5 часам поля зрения, что соответствует 10–12 часам поля зрения фиброгастродуоденоскопа. Затем папиллотом проводился в двенадцатиперстную кишку, где его режущая струна устанавливалась в рабочем положении согласно меткам на проксимальной части стандартного папиллотома, последний подключался к диатермокоагулятору, после чего выполнялась папиллосфинктеротомия.

Недостатками данного способа являются технические трудности, связанные с установлением режущей струны папиллотома в нужном положении при вклиненном в БДС конкременте, а также риск развития кровотечения из зоны папиллосфинктеротомии при недостаточной диатермокоагуляции тканей. В свою очередь, избыточная диатермокоагуляция мо-

жет привести к выраженному отеку БДС и в последующем к развитию острого панкреатита.

С целью устранения имеющихся недостатков для выполнения АПСфТ в 2011 г. использован лазерный хирургический комплекс: через операционный канал холедохоскопа был введен гибкий световод диаметром 0,3 мм и под контролем фиброхоледохоскопии с помощью лазерного хирургического комплекса «Лазурит» с частотой 10 Гц, 100 Вт, излучением 0,54/1,08 мкм произведена контактная лазерная литотрипсия, после чего выполнена антеградная лазерная папиллосфинктеротомия с использованием лазерного излучения с длиной волны 1,064 мкм, с частотой импульсно-периодического тока 100 Гц, 30 Вт длиной до 1,5 см. Части конкремента с помощью холедохоскопа удалены в просвет двенадцатиперстной кишки.

**Результаты.** После ТрДПСфТ осложнения в виде подтекания желчи по страховочному дренажу выявлены у 5 больных. Кровотечения из места рассечения большого дуоденального сосочка наблюдались у 4 пациентов. Признаки микронесостоятельности шва дуоденотомического отверстия отмечены в 2 случаях. Клиника острого панкреатита развилась у 2 больных. В послеоперационном периоде от прогрессирования печеночно-почечной недостаточности и сопутствующей патологии умерли 3 пациента.

После ЭПСТ у 4 больных развилась клиника острого панкреатита.

После АПСфТ осложнений отмечено не было. При применении лазерного излучения для выполнения АПСфТ выявлены следующие преимущества:

1. Повышение эффективности за счет возможности выполнения контактной лазерной литотрипсии перед или после папиллосфинктеротомии с удалением конкрементов в двенадцатиперстную кишку.

2. Более локальное и визуально контролируемое воздействие на ткань БДС лазерного излучения позволяет достигнуть адекватного коагуляционного эффекта при минимальном повреждении окружающих тканей.

3. Использование лазерного излучения позволяет избежать задымления в зоне воздействия, и в результате под хорошим визуальным контролем выполнить папиллосфинктеротомию без технических трудностей, связанных с установлением режущей струны папиллотомы в нужном положении.

**Выводы.** При невозможности ликвидации холедохолитиаза и стеноза терминального отдела ОЖП с помощью ЭПСТ использование АПСфТ позволяет скорректировать проходимость внепеченочных желчных протоков без вскрытия двенадцатиперстной кишки с адекватным восстановлением оттока желчи, заметно сократить количество осложнений. Одновременное применение лазерной интрахоледохеальной литотрипсии и АПСфТ при соответствующих для этого показаниях более предпочтительно, чем использование для АПСфТ диатермокоагуляции.