

транспеченочным дренированием. У других пациентов транспеченочные дренажи были удалены после купирования признаков холангита и билиарной гипертензии.

Выводы. Антеградные методы ЛЭ являются эффективным и безопасным способом лечения при внутривнутрипеченочном ХЛ у пациентов с билиодигестивным анастомозом. Однако антеградная холангиоскопия и методика «рандеву» представляют определенные технические сложности и должны выполняться опытными специалистами в специализированных стационарах.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСАЗАЛЬНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У ПАЦИЕНТОВ С ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ В АКТИВНОЙ СТАДИИ МИОГЕННОЙ И СМЕШАННОЙ ФОРМЫ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОМИОПАТИИ

ЛЕВЧЕНКО О.В.¹, КАЛАНДАРИ А.А.¹, КУТРОВСКАЯ Н.Ю.¹,
ГРИГОРЬЕВ А.Ю.², ЭДЖЕ М.А.¹, ТИМОФЕЕВА О.Н.³,
РЕВАЗЯН К.В.¹, ЛЕВИНА О.А.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова (1)

ФГБУ «Эндокринологический научный центр» МЗ РФ (2)

ГБУЗ «Эндокринологический диспансер ДЗ г. Москвы» (3)

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва

kutrovskaya.natalia@yandex.ru

Введение. Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) — это аутоиммунное заболевание, проявляющееся патологическими изменениями в мягких тканях орбиты. Миогенная и смешанная формы отека экзофтальма (ЭОП) приводят к развитию синдрома вершины орбиты. При выраженном отеке 2-х и более прямых мышц глаза в 2% наблюдений возможно сдавление зрительного нерва, что может приводить к частичной или полной потере зрения. Этапом хирургического лечения пациентов в активной фазе ЭОП с оптической нейропатией (ОН) является эндоскопическая трансназальная декомпрессия зрительного нерва (ЗН).

Цель. Использовать эндоскопические хирургические методики декомпрессии зрительного нерва для улучшения зрительных функций пациентов с ОН при ЭОП с миогенной и смешанной формами в активной стадии заболевания.

Материалы и методы. В отделении нейрохирургии КМЦ МГМСУ имени А.Е. Евдокимова прооперировано 6 пациентов (9 орбит) с ЭОП миогенной и смешанной формы, в активной стадии заболевания, с выраженным нарушением зрительных функций. Все пациенты — женщины, средний возраст которых составил 52 ± 3 года. Перед хирургическим вмешательством выполняли офтальмологическое обследование, анализ крови на ТТГ, свобод. Т4, АТ к рТТГ, АТ к ТПО, РКТ орбит и электрофизиологические исследования (ЭФИ) сетчатки и зрительного нерва. Патогенетическое лечение проводили глюкокортикоидами (ГКС) и нейропротекторами. Корректируемая острота зрения (КОЗ) пациентов составляла от 0 (ноль) до 0,2. Статическая периметрия выявила расширение слепого пятна, центральные и парацентральные скотомы, полное выпадение или сужение периферического поля более чем на 20° . Экзофтальм (по Гертелю) составлял от 24 до 29

мм (в среднем — 26,5 мм). Неэффективность консервативного лечения служила показанием к проведению экстренной эндоскопической трансназальной орбитотомии медиальной стенки, рассечению периорбитальной надкостницы и мобилизации медиальной прямой мышцы, а также основного этапа — декомпрессии ЗН с рассечением сухожильного кольца.

Результаты. В послеоперационном периоде наблюдали регресс экзофтальма от 2 до 5 мм, положительную динамику остроты зрения на 0,3–0,4. У 3 пациентов отмечены положительные изменения показателей ЭФИ. Всем пациентам продолжено патогенетическое лечение ГКС, проведены курсы гипербарической оксигенации.

Выводы. Пациентам с ЭОП миогенной и смешанной формы в активной стадии заболевания с ОН и нарушением остроты зрения необходимо проводить экстренное хирургическое лечение. Эндоскопическая трансназальная декомпрессия зрительного нерва — это малоинвазивный метод хирургического вмешательства, направленный на восстановление и сохранение зрительных функций у пациентов с ОН на фоне ЭОП.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЛОРО-БУЛЬБАРНОЙ ЗОНЫ

МОХОВ А.Е., ПРИМАСЮК О.П., АНТОНОВ О.Н., ШМУШКОВИЧ Т.Б.

Первый МГМУ им И.М. Сеченова (Сеченовский университет),

кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета

ГКБ им. С.С. Юдина, Москва

timur.shm@yandex.ru

Актуальность. Эндоскопическая баллонная дилатация, наряду с бужированием — современный, малоинвазивный, часто используемый эффективный и доступный метод лечения доброкачественных рубцовых стриктур верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

Данная патология и подходы к выбору методов ее лечения была и по сей день остается актуальной в абдоминальной хирургии как в России, так и во всем мире. Особо остро стоит проблема подбора эффективного лечения у пациентов с наличием выраженной сопутствующей патологии, клиническими проявлениями декомпенсации хронических заболеваний, ограничивающих спектр применяемых методов лечения и являющейся причиной вынесения противопоказаний к оперативному вмешательству.

Опираясь на опубликованные данные отечественной и мировой статистики, эндоскопическая баллонная дилатация является сравнительно безопасным методом лечения с минимальным количеством осложнений (1%) в виде перфорации стенки органа и кровотечения из краев глубокого разрыва слизистой в зоне дилатации. В результате кратковременных повторных сеансов дилатации при помощи минимального набора инструментов (баллон-дилататоры различного диаметра с нитиноловой струной-проводником), с соблюдением правильной техники и схемы лечения (последовательное увеличение диаметра баллона с рекомендуемой временной экспозицией, под визуальным контролем), а также следования пациентом послеопера-

ционными рекомендациям и режиму, с активной медикаментозной поддержкой в 95% случаев удается добиться выраженного и стойкого положительного эффекта.

Однако, если в отношении стриктур пищевода и кардиальной зоны эффективность и долгосрочность полученных результатов не вызывает сомнений, то применительно к стриктурам пилоро-бульбарной зоны данные разнятся.

Материал и методы. В эндоскопическом отделении ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ за период с марта 2017 года была успешно выполнена эндоскопическая баллонная дилатация стриктур пилоро-бульбарной зоны у 3-х пациентов. Это пациенты с хронической язвенной болезнью и выраженной рубцово-язвенной деформацией пилорического отдела желудка и луковицы 12-ти перстной кишки, осложненной субкомпенсированным стенозом и клиникой гастростаза, а также с серьезной сопутствующей патологией, обуславливающей ограниченный выбор в методах лечения заболевания. Диагноз был выставлен на основании жалоб пациентов, результатов рентгенологического и эндоскопического исследований. Диаметр остаточного просвета на уровне сужения варьировал от 3 до 6 мм, протяженность стриктуры колебалась от 6 до 12 мм.

Пациентам с относительными противопоказаниями к радикальному хирургическому вмешательству, учитывая их выраженную кардиологическую и неврологическую патологию, в качестве альтернативы была предложена и с успехом выполнена баллонная дилатация.

Результаты. К настоящему времени максимальный срок наблюдения — 1 год; в этом клиническом наблюдении в результате трех курсов поэтапной баллонной дилатации достигнут диаметр просвета в зоне стриктуры 18 мм, разрешились явления непроходимости и гастростаза, восстановились аппетит и привычный вес пациентки.

Максимальный эффект, достигнутый в результате курса дилатаций — увеличение диаметра просвета от 3 до 12 мм со стойким клиническим эффектом, выражающимся в отсутствии имевшихся ранее симптомов (тошнота, рвота, чувство тяжести в области желудка), возможности приема полутвердой и твердой пищи, а также положительной динамикой эндоскопической и рентгенологической картины.

Выводы. Таким образом, учитывая первый собственный накопленный опыт, клинические наблюдения, мировую и отечественную статистику, можно с уверенностью рассматривать эндоскопическую баллонную дилатацию как альтернативный радикальному хирургическому лечению метод выбора у пациентов с тяжелой сопутствующей общесоматической патологией.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛЭКТОМИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ БДС

НЕДОЛУЖКО И.Ю., ШИШИН К.В., КУРУШКИНА Н.А., ШУМКИНА Л.В.,
КЛЮЕВА К.А.

Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова, Москва
ksenya_klyueva@inbox.ru

Доброкачественные аденомы ампулы большого дуоденального сосочка (БДС) достаточно редки и встречаются

в 0.4%-0.12% от всех опухолей ЖКТ. При наблюдении в длительные сроки малигнизация таких аденом возникает в 60–65% случаев, поэтому общепринятой тактикой лечения является их удаление. Долгие годы методом выбора оставались хирургические операции, традиционная трансдуоденальная папиллэктомия или панкреатодуоденальная резекция. Эндоскопическая папиллэктомия (ЭПЭ) несколько отличается по объему от трансдуоденальной папиллэктомии и представляет собой резекцию слизистой и подслизистого слоя в области БДС с удалением ампулярных частей терминального отдела холедоха и главного панкреатического протока.

Цель. Оценить эффективность эндоскопической папиллэктомии в лечении аденом БДС.

Материал и методы. В период с апреля 2014 года по сентябрь 2017 г. в МКНЦ накоплен опыт эндоскопического лечения 28 пациентов (15 женщин и 13 мужчин) по поводу аденом БДС. Средний возраст больных составил 56 лет (от 26 до 73 лет). В большинстве наблюдений опухоли были выявлены случайно при обследовании по поводу других заболеваний. Клинические проявления заболевания отчетливо прослеживались лишь у пяти (18%) больных и заключались в жалобах на тошноту, тяжесть в правом подреберье. Протокол предоперационного обследования включал ЭГДС, эндосонографию, КТ или МРТ, которые исключали наличие злокачественного поражения и внутрипротоковое распространение ампулярной аденомы более чем на 1 см. Размеры выявленных аденом составляли от 1 см до 5 см (при наличии латерального стелющегося компонента).

Результаты. Удаление аденомы ампулы БДС единым блоком было выполнено у 17 пациентов. У 9 больных произведено пофрагментное удаление аденомы из-за наличия ее латерального распространения. Интраоперационной перфорации стенки кишки не выявлено. Панкреатическое стентирование пластиковым стентом стремились выполнить во всех наблюдениях, техническая же реализация была успешной у 23 больных (82,1%). Стентирование холедоха пластиковым стентом выполнено у 5 больных на начальном этапе освоения методики. В последующем выполняли канюляцию холедоха и ПСТ лишь при наличии признаков нарушенного желчеоттока. Стентирование не выполняли. Необходимость интраоперационного гемостаза после ЭПЭ возникла в половине наблюдений (14 больных). Источником кровотечения являлись мелкие сосуды подслизистого слоя. Гемостаз осуществляли преимущественно методом гидротермокоагуляции после завершения стентирования ГПП. У 20 пациентов в раннем послеоперационном периоде осложнений не выявлено. У 8 пациентов послеоперационный период осложнился кровотечением, потребовавшим выполнения эндоскопического гемостаза, который был эффективным у 6 из 8 пациентов. В 2 из 8 наблюдений потребовались дополнительные сеансы эндоскопического гемостаза. В 1 из этих случаев, после безуспешных попыток эндоскопического гемостаза, пациент был оперирован: лапаротомия, дуоденотомия, остановка кровотечения. У 2 пациентов