

центра у 38 пациентов, ранее перенесших оперативные вмешательства на пищеводно-желудочном переходе, была выполнена ПОЭМ. У 36 (94%) из 38 пациентов ранее выполнялись сеансы баллонной пневмокардиодилатации, у 1 (3%) – лапароскопическая операция Геллера, у 1 (3%) – эзофагогастропликация.

Результаты: Всем пациентам был выполнен стандартный объем эндоскопической миотомии. Среднее время оперативного вмешательства составило 107 мин (55–195 мин), что сопоставимо с нашими данными, ранее полученными у пациентов, которым ПОЭМ была выполнена в качестве первого шага в лечении нервно-мышечного заболевания стенки пищеводно-желудочного перехода (103 мин (45–180 мин)). Во время операции оценивалась степень выраженности фиброза подслизистого слоя. Отсутствие фиброза оценивалось как – F0, средний фиброз – F1 (при визуализации подслизистого слоя определяется белесоватая тягистость), интенсивный фиброз (F2) – когда при инъекции раствора под слизистую оболочку стенки ее подслизистый слой не дифференцируется.

При оценке степени выраженности фиброза F0 степень была выявлена в 9 (24%) наблюдениях, F1 – 26 (68%), максимально выраженный фиброз (F2) выявлен в 3 (8%) наблюдениях у пациентов, которым ранее выполнялись сеансы баллонной пневмокардиодилатации. У пациентов после операции Геллера и эзофагогастропликации степень выраженности фиброза достигала F1, несмотря на ожидаемую более существенную выраженность фиброза.

Технический успех оперативного вмешательства был достигнут в 100% случаев. Интраоперационных осложнений, повлиявших на тактику оперативного вмешательства, ни в одном наблюдении не было зарегистрировано. При рентгенологическом исследовании с водорастворимым контрастным веществом в первые сутки признаков нарушения эвакуации и затеков контрастного вещества за пределы пищевода выявлено не было. Койко-день составил 3 дня, средний послеоперационный койко-день – 2 дня.

Выводы: Оперативные вмешательства по поводу ахалазии кардии в анамнезе не являются противопоказанием к выполнению ПОЭМ и существенно не влияют на ход и успешность эндоскопического эндолюминального оперативного вмешательства, направленного на окончательное устранение клинической манифестации заболевания.

### **АНТЕГРАДНЫЕ ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛАНГИОЛИТИАЗЕ У ПАЦИЕНТОВ СО СФОРМИРОВАННЫМ БИЛИОДИГЕСТИВНЫМ АНАСТОМОЗОМ**

**КУЛЕЗНЕВА Ю.В., НЕДОЛУЖКО И.Ю., МЕЛЕХИНА О.В., ПАТРУШЕВ И.В.**  
Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова, Москва  
*igor-patrushev@mail.ru*

Актуальность. Внутрипеченочный холангиолитиаз (ХЛ) является большой проблемой, особенно у пациентов со сформированным билиодигестивным анастомозом (БДА). При невозможности ретроградного доступа в желчные про-

токи литоэкстракция (ЛЭ) может быть произведена в полном объеме через чрескожный чреспеченочный доступ, в том числе с использованием антеградной холангиоскопии и методики «рандеву».

Материалы и методы. За период с 2015 по 2018 годы на базе МКНЦ находились на лечении 10 пациентов со сформированным по поводу рубцовой стриктуры БДА и внутрипеченочным ХЛ разной степени выраженности. Все пациенты поступали с клинической картиной хронического рецидивирующего холангита, которой в некоторых случаях сопутствовал симптомокомплекс механической желтухи. Предоперационное инструментальное обследование включало трансабдоминальное УЗИ и МР-холангиографию. Конкременты преимущественно располагались в проекции БДА, в 2-х наблюдениях был диагностирован тотальный внутрипеченочный ХЛ. В связи с большой длиной Ру-петли, эндоскопический доступ к зоне анастомоза в подавляющем большинстве случаев был затруднен, поэтому первичное вмешательство с целью билиарной декомпрессии и попытки ЛЭ выполнялось чрескожно чреспеченочно под контролем УЗИ и РТВ. При невозможности удаления конкрементов только рентгенохирургическими методами выполняли повторные антеградные вмешательства совместно со специалистами оперативной эндоскопии.

Результаты. Среди пациентов данной группы было 8 женщин и 2 мужчин в возрасте от 27 до 82 лет. У 7 пациентов БДА был сформирован в связи с ятрогенной травмой желчных протоков при выполнении холецистэктомии, у 2 пациентов – во время выполнения резекций печени и внепеченочных желчных протоков, у 1 пациента – во время выполнения панкреатодуоденальной резекции по поводу рака терминального отдела холедоха. При первичном вмешательстве у 7 из 10 пациентов при прямой холангиографии была диагностирована рубцовая стриктуры БДА и выполнена баллонная дилатация анастомоза. Из них у 6 больных конкременты, располагавшиеся в зоне БДА, были смещены в тонкую кишку с помощью баллонного катетера, либо они мигрировали в просвет кишки самостоятельно после расширения просвета анастомоза.

Повторные вмешательства с целью ЛЭ выполнялись у 4 пациентов. В 3 случаях из 4 конкременты удалялись при антеградной холангиоскопии с помощью корзины Дормиа. У 1 пациента после ПДР с тотальным внутрипеченочным ХЛ литоэкстракция проводилась по методике «рандеву», при этом удалось выполнить ретроградный эндоскопический доступ к зоне БДА. Конкременты извлекались корзиной Дормиа и экстракционными баллонами.

В 2-х случаях тотального внутрипеченочного ХЛ выполнить ЛЭ в полном объеме за одно вмешательство не представлялось возможным, что было связано с особенностями анатомии желчного дерева и расположением конкрементов в субсегментарных желчных протоках. Извлечение конкрементов произведено в несколько этапов. Ни в одном из наблюдений осложнений, связанных с манипуляциями, летальных исходов отмечено не было. Пациентам с рубцовыми стриктурами БДА после выполнения ЛЭ был продолжен курс баллонных дилатаций с длительным

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 внутривенном 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.<sup>1</sup>, КАЛАНДАРИ А.А.<sup>1</sup>, КУТРОВСКАЯ Н.Ю.<sup>1</sup>,  
ГРИГОРЬЕВ А.Ю.<sup>2</sup>, ЭДЖЕ М.А.<sup>1</sup>, ТИМОФЕЕВА О.Н.<sup>3</sup>,  
РЕВАЗЯН К.В.<sup>1</sup>, 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-