

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-