

## Современный подход к профилактике осложнений эндоскопических транспапиллярных вмешательств

**Е.А. Дерябина, Е.Р. Олевская, А.Н. Тарасов**

Диагностический центр Челябинской областной клинической больницы, кафедра хирургических болезней, реаниматологии и интенсивной терапии Челябинской государственной медицинской академии, Челябинск, Россия.

Разработан оптимальный комплекс мероприятий по профилактике осложнений после транспапиллярных вмешательств с использованием математической модели прогнозирования (анализ Вальда) и методики периоперационного медикаментозного лечения пациентов с учетом факторов риска. Применены специальные приёмы, улучшающие техническое исполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии с учетом индивидуальной анатомии и патоморфологии зоны большого дуоденального сосочка. Использование разработанного лечебно-диагностического алгоритма в комплексе с методом индивидуального периоперационного ведения больных позволило повысить эффективность эндоскопического лечения с 69,6% до 85,7%, уменьшить количество осложнений с 20,9 до 9,1%, и летальность с 1,8% до 0,2%.

### АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Высокая частота доброкачественных обструктивных заболеваний желчевыводящих протоков вместе с ростом осложненных форм этой патологии способствуют сохранению значительной летальности и инвалидизации пациентов [6, 11, 14]. Клиническая картина этих заболеваний и их осложнений отличается значительным полиморфизмом и нуждается в уточнении [4, 11]. Ранняя и точная диагностика обструктивной патологии желчевыводящих протоков обеспечивает выбор наиболее эффективного метода лечения [10, 16, 17].

Безопасные методы лучевой диагностики не всегда дают возможность детализировать особенности поражения билиарного тракта, а информативный метод прямого контрастирования желчных протоков – эндоскопическая ретроградная холангипанкреатография (ЭРХПГ) сопровождается опасными осложнениями [7, 5, 2]. Вместе с тем, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) в сочетании с ЭРХПГ позволяют получить отличные терапевтические результаты, превосходящие таковые при традиционных хирургических операциях, и лишь развитие грозных осложнений определяет сдержанное отношение к ним клиницистов [1].

Продолжающиеся в течение более двадцати лет исследования, посвященные снижению специфических осложнений, не позволили надежно устраниć их возникновение. Данные последнего десятилетия показали,

что общее количество осложнений ЭПСТ составляет 7,7–19%, с летальностью 1,5–2,0% [8, 9, 12, 13, 15]. Это и определяет высокую актуальность проведения дальнейшего изучения факторов риска и разработки новых подходов, повышающих безопасность и эффективность методов эндоскопического лечения доброкачественных заболеваний билиарного тракта. Необходимость разработки оптимального комплекса мероприятий по профилактике осложнений, основанного на знании патогенеза их развития, и поиск применения некоторых специальных приёмов, улучшающих техническое исполнение транспапиллярных вмешательств с учетом индивидуальной анатомии и патоморфологии зоны большого дуоденального сосочка (БДС) весьма актуальна.

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение факторов риска развития осложнений и разработка лечебно-диагностических подходов, повышающих эффективность и безопасность эндоскопического лечения больных с доброкачественными обструктивными заболеваниями желчевыводящих путей.

### ЗАДАЧИ

1. Изучить факторы риска развития осложнений эндоскопических транспапиллярных вмешательств у пациентов с доброкачественными заболеваниями желчевыводящих протоков в различных стадиях патологического процесса.

2. Разработать математическую модель прогноза степени риска развития осложнений и методику peri-операционного медикаментозного лечения пациентов, учитывающую влияние факторов риска.
3. Определить место магнитно-резонансной томографии и магнитно-резонансной холангиографии в диагностике обструктивных заболеваний желчевыводящих протоков и конкретизировать показания к эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии.
4. Усовершенствовать технику выполнения транспапиллярных операций с учетом индивидуальной анатомии и патоморфологии зоны большого дуоденального сосочка.
5. Разработать алгоритм лечебно-диагностических мероприятий, оптимизирующий выполнение транспапиллярных вмешательств при лечении доброкачественной обструкции желчевыводящих путей и дать оценку его клинической эффективности.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу положен анализ результатов эндоскопического лечения 1570 больных доброкачественными обструктивными заболеваниями желчевыводящих путей, находившихся на лечении в гастрохирургическом и эндоскопическом отделениях Челябинской областной клинической больницы с 1995 по 2007 годы.

Количество женщин 1108(70,6%) в 2,5 раза превышало количество мужчин 462(29,4%). Заметное преобладание пациентов старше пятидесяти лет, составляющее 1035(65,9%) от общего количества больных, повышало вероятность наличия у них сопутствующих заболеваний.

По данным ЭРХПГ, наиболее часто обструкция желчных протоков была обусловлена холедохолитиазом – 1245 (79,3%) пациентов, у большинства из них – 905 (57,6%) в сочетании со стриктурой большого дуоденального сосочка или стенозом дистального отдела холедоха, изолированный стеноз дистального отдела холедоха или большого дуоденального сосочка зарегистрирован у 304 (19,4%).

1075 (68,5%) больных ранее перенесли оперативные вмешательства на желчных путях (холецистэктомия, холецистэктомия в сочетании с холедохолитотомией) – постхолецистэктомический синдром (ПХЭС). У 495 (31,5%) пациентов патология внепеченочных желчных протоков диагностирована в сочетании с острым или хроническим калькулезным холециститом, что предопределяло необходимость двухэтапного малоинвазивного хирургического лечения.

Обструкция желчных протоков сопровождалась механической желтухой у 621 (39,6%), холангитом у 199 (12,7%), острым у 112 (7,1%) и хроническим панкреа-

титом у 97 (6,2%) или сочетанием этих осложнений у 303 (19,3%) пациентов. Бессимптомное течение заболевания зарегистрировано у 238 (15,2%) пациентов. Патология была диагностирована на основании выявленной дилатации холедоха или визуализации конкримента при использовании инструментальных методов – ультрасонографии, магнитно-резонансной томографии.

Нами было установлено, что патологические изменения БДС характеризуются значительным полиморфизмом с заметным преобладанием состояний обусловленных холедохолитиазом: повреждение БДС вклиниченным или спонтанно отошедшим конкриментом у 306 (19,5%), острый папиллит у 173 (11%), аденома у 68 (4,3%), хроническое воспаление с папилломатозом устья у 227 (14,5%), интрампулярные полипы у 68 (4,3%) и рубцово-выми изменениями БДС у 266 (16,0%) пациентов.

Выявленные особенности анатомического строения (атипичное расположение БДС, парафатериальные дивертикулы, точечный БДС со слабо выраженным интрамуральным отделом холедоха) и (или) патологические изменения БДС нарушили отток желчи и затрудняли катетеризацию холедоха традиционными методами. Длительные манипуляции на большом дуоденальном сосочке, обусловленные его анатомической трансформацией приводили к избыточной травматизации ткани и отеку слизистой, что в сочетании с неэффективной эндоскопической декомпрессией способствовало обострению холангита и острого панкреатита. Это потребовало разработки и использования атипичных вариантов папиллотомии и специальных технических приемов, обеспечивающих успешное выполнение ретроградных вмешательств в сложных анатомических условиях.

Для объективной оценки эффективности разрабатываемых тактических и технических подходов нами было использовано формирование групп сравнения по временному принципу, отражающему различные этапы внедрения новых методик. Это позволило сформировать 3 большие репрезентативные группы, исключающие влияние случайных факторов на результаты лечения.

**1 клиническая группа (1995–2000) 628 больных** – эндоскопические вмешательства выполняли по «классическим» показаниям (клинические и лабораторные проявления механической желтухи, признаки билиарной гипертензии по данным ультрасонографии), используя общепринятую подготовку больных к операции, включая премедикацию, очищение кишечника накануне исследования, спазмолитическую терапию.

Ретроспективно, по formalized протоколам и историям болезни, проведен многофакторный анализ причин затруднения выполнения и осложнений транспапиллярных вмешательств.

Посредством регрессионного анализа Вальда дана математическая интерпретация значимости влияния различных факторов на вероятность возникновения после ЭРХПГ острого панкреатита и рассчитаны прогностические коэффициенты вероятности возникновения этого осложнения. Полученные данные использованы для разработки комплекса мероприятий по его профилактике.

**2 клиническая группа (2001–2003)** – 537 больных, произведена клиническая апробация разработанного комплекса профилактики осложнений, который реализовывали следующими мероприятиями:

1. Математический прогноз степени риска возникновения панкреатита эндоскопической транспапиллярной операции.
2. Индивидуальная предоперационная медикаментозная подготовка, интенсивность которой определяли в зависимости от результатов прогноза вероятности развития панкреатита.
3. Применение усовершенствованной техники транспапиллярных вмешательств с учетом анатомических особенностей строения БДС. Уточнения риска возникновения панкреатита в послеоперационном периоде на основании интраоперационных данных.
4. Индивидуальное ведение больного в послеоперационном периоде согласно полученным данным до и интраоперационных прогнозов.

**Таблица 1.** Распределение основных факторов, влияющих на результаты эндоскопических вмешательств на БДС в группах сравнения

Факторы	Количество больных в группах сравнения						Итого	
	1 группа		2 группа		3 группа			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Количество	628	100	537	100	405	100	1570	100
Тяжелая сопутствующая патология	214	34,1	189	35,2	135	33,3	538	34,3
Старческий возраст	308	49	254	47,3	199	49,1	761	48,5
Механическая желтуха	257	40,9	215	40	149	36,8	621	39,6
Холангит	88	14	60	11,2	51	12,6	199	12,7
Атипичное положение БДС	113	18	79	14,7	49	12,1	173	11
Точечный БДС	35	5,6	34	6,3	22	5,4	91	5,8
Аденома БДС	24	3,8	26	4,8	18	4,4	68	4,3
Папилломатоз устья	81	12,9	71	13,2	49	13,1	201	12,8
Изолированный стеноз	102	16,2	91	16,9	82	20,2	275	17,5
Холедохолитиаз	498	79,3	425	79,1	322	79,5	1245	79,3
Крупный камень	92	14,6	98	18,2	69	17	305	19,4
<b>Всего больных в группе</b>	<b>628</b>	<b>100</b>	<b>537</b>	<b>100</b>	<b>405</b>	<b>100</b>	<b>1570</b>	<b>100</b>

транспапиллярных операций возникли у 131 (20,9%), умерло 11 (1,8%) больных. У 160 (25,5%) пациентов потребовалось традиционное оперативное лечение.

Наиболее частым и опасным осложнением явился панкреатит, зарегистрированный у 60 (9,5%) пациентов, у 17 (2,7%) – развился деструктивный панкреатит, потребовавший выполнения повторных оперативных вмешательств, 8 (51%) из них умерло. Кровотечение, зарегистрировано у 54 (8,6%), острый холангит у 10 (1,6%), перфорация двенадцатиперстной кишки у 3 (0,5%) и вклинивание корзины с камнем в терминальный отдел холедоха у 4 (0,6%) пациентов.

Анализ причин возникновения осложнений показал, что наличие атипичного расположения, выраженной воспалительной трансформации, папилломатоза, аденоны, стеноза БДС увеличивало продолжительность манипуляции, приводили к избыточной травматизации ткани и отеку слизистой. Это в сочетании с неэффективной эндоскопической декомпрессией способствовало обострению холангита и острого панкреатита.

Дальнейший анализ выявил, что частота развития кровотечений после ЭПСТ достоверно ( $P < 0,005$ ) выше у пациентов с сопутствующей гипертонической болезнью или механической желтухой при гипербилирубинемии более 100 мкмоль/л (рис. 1, 2).

Путем вычисления прогностических коэффициентов (ПК) с помощью регрессионного анализа Вальда была показана диагностическая информативность выявленных признаков факторов риска развития послеоперационного панкреатита (табл. 2).

Полученные данные использовали для определения вероятности развития панкреатита путем суммарного подсчета прогностических коэффициентов у каждого больного. В зависимости от степени риска пациенты были распределены на три группы: низкого – до 4 баллов, среднего – 4–8 и высокого – 9–13 баллов риска.

Использование результатов расчета, вероятности риска возникновения послеоперационного панкреатита, позволило целенаправленно планировать проведение медикаментозной профилактики развития этого осложнения у больных 2 группы исследования.

При низком риске развития панкреатита (ПК до 4 баллов) использовали общепринятую подготовку больных к оперативному лечению: голод накануне исследования, очищение кишечника, премедикацию, включающую: спазмолитическую и антисекреторную терапию (Дюспаталин 40 мг/сут., или введение но-шпы 2 мл 2% раствора и м-холиноблокатор – 0,1% раствор Атропина сульфата по 0,25–1 мг 1–2 раза в сутки, при частоте сердечных сокращений – не более 110–120 уд/мин.). Седативные препараты (бензодиазепи-



Рис. 1. Зависимость возникновения кровотечения от уровня билирубинемии (мкмоль/л)



Рис. 2. Зависимость возникновения кровотечения от наличия гипертонической болезни

ны в среднетерапевтических дозировках) назначали на кануне вечером и непосредственно перед операцией.

При средней степени риска развития панкреатита (ПК = 4–8 баллов) дополнительно назначали антисекреторную терапию с применением блокаторов  $\mathrm{H}_2$ -рецепторов гистамина – Кваматела, или ингибиторов протонной помпы – Париета, Омепразола в профилактической дозировке – 20–40 мг.

При высоком риске развития (ПК = 9–13 баллов) или наличии панкреатита обусловленного вклиниченным камнем в ампуле БДС всем пациентам дополнительно назначали инфузционную терапию и Октреотид (Сандостатин) 0,01% – 1 мл (100 мкг) подкожно 2–3 раза в день.

При прогнозе крайне высокого риска развития панкреатита (ПК более 13 баллов), определенном у 10 (1,9%) пациентов 2 группы, исследование проводили в отсроченном порядке после проведения медикаментозного лечения острого панкреатита в течение двух дней и уточнения показаний к ЭРПХГ/ЭПСТ.

При выполнении транспапиллярных операций для профилактики осложнений были разработаны и использованы следующие приемы. При визуализации анатомических особенностей, предполагающих трудную катетеризацию, применяли технику преддроссажения и завершение папиллосфинктеротомии во время повтор-

**Таблица 2.** Клинический прогноз вероятности развития острого панкреатита после эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (Анализ Вальда)

Клинические признаки	Всего	Панкреатит	Без осложнений	ПК
Количество больных	628	60	568	
Молодой возраст	103	24	79	6,16
Молодой возраст женщины	69	19	50	7,13
Средний возраст	217	18	199	0,90
Старческий возраст	308	3	305	-8,8
Мелкие камни в желчном пузыре	111	19	92	4,48
Крупные камни	92	2	90	-5,20
Узкий холедох, до 0,7 см	139	22	117	4,08
Впервые возникший х/литиаз	161	30	131	4,94
Отсутствие патологии желчевыводящих путей	20	6	14	7,66
Наличие отека после эндоскопической папиллосфинктеротомии	157	37	120	6,23
Контрастирование вирсунгова протока	113	21	92	4,92
Болевой синдром после папиллосфинктеротомии	89	29	60	8,18
Острый холецистопанкреатит	50	10	40	5,32
Документированный хронический панкреатит	40	1	39	-4,57
Несколько приступов острого панкреатита	50	5	45	1,79

ного вмешательства, оптимальными сроками выполнения которого являются 2–3 суток после предыдущей операции.

Для предупреждения холангита использовали проведение ревизии гепатикохоледоха корзинкой Дормиа, назобилиарное дренирование и стентирование холедоха.

Для сохранения функции сфинктера БДС и целостности стенки двенадцатиперстной кишки рассечение выполняли до границы верхней трети продольной складки (рис. 3а, б, в). Для удаления крупных конкрементов использовали литотрипсию. Это позволяло удалять такие конкременты без дополнительного разрушения сфинктерного аппарата (рис. 3 б, в). Определение показаний к литотрипсии при выполнении ЭПСТ в зависимости от формы сосочка представлены на рисунках 3 а, б, в.

Варианты длины разреза при папиллосфинктеротомии в зависимости от протяжённости продольной складки (крыши большого duodenального сосочка)

Таким образом, безопасная протяженность папиллотомного разреза зависит от формы БДС. Интраоперационное сопоставление длины разреза и величины конкремента позволяет определить возможность экстракции конкремента, необходимость литотрипсии, стентирования и показания к открытой операции.

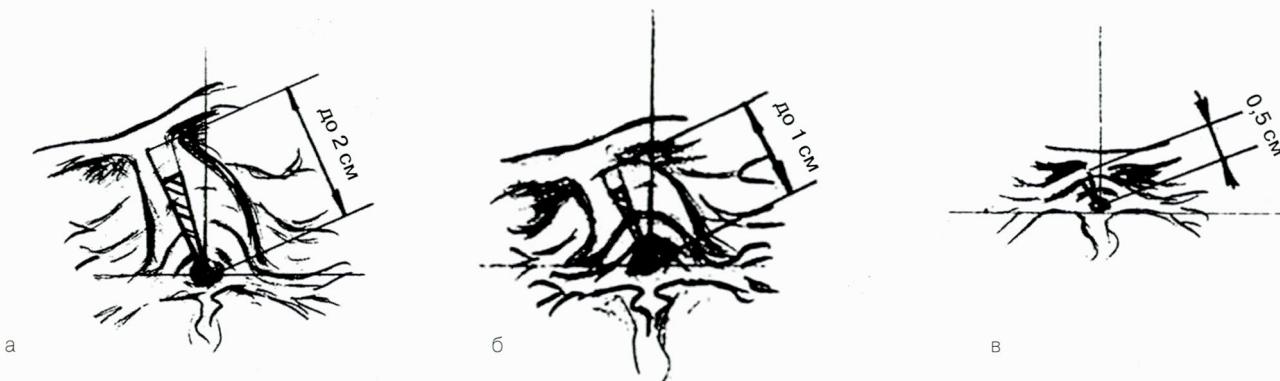


Рис. 3. а – холмовидная форма сосочка. Показана литоэкстракция, б – полушаровидная, конусовидная форма сосочка. Показана литоэкстракция или литотрипсия, в – точечная форма сосочка. Показана литотрипсия

При затруднениях литотрипсии связанных с повышенной прочностью камня и несоответствии его размеров величине новообразованного холедохо-дуоденального соустья после папиллосфинктеротомии, во избежание вклиниения корзины с камнем в терминальный отдел холедоха, использовали разработанную технику сбрасывания корзины с конкремента (рацпредложение № 263).

Предварительная коррекция гипокоагуляции, выполняемая у пациентов с уровнем билирубина более 100 мкмоль/л, и периоперационная медикаментозная нормализации артериального давления способствовали эффективной профилактике возникновения кровотечения. При угрозе кровотечения рассечение тканей проводили в виде последовательных разрезов небольшой протяженности, монополярным током в режиме «коагуляция – резание». Для рассечения проксимальной части продольной складки применяли режим «коагуляции» в связи с расположением в ней более крупных сосудов. В общей сложности использование комплекса профилактических мероприятий достоверно уменьшило частоту кровотечения в основной группе исследования с 54 (8,4%) до 21 (5,2%).

Различия частоты развития панкреатита после ЭРХПГ при подтверждении или отсутствии патологии холедоха представлены в табл. 3.

Из таблицы видно, что острый панкреатит возникал достоверно чаще у больных с не выявленной во время ЭРХПГ патологией желчных протоков (узкий холедох, спонтанно отошедший конкремент). Это подтверждает, что использование этого метода для решения диагностических задач не целесообразно.

Использование магнитно-резонансной томографии и холангиографии у больных с нечеткими клиническими признаками обструктивной патологии желчных протоков, позволило с высокой точностью определить состояние желчных протоков и уточнить показания к ЭРХПГ.

Всем больным, после выполненных транспапиллярных операций в течение первых суток назначали инфузию кристаллоидных растворов до 1200 мл и парентеральное введение спазмолитических, антигистаминных и анальгезирующих препаратов.

Интенсивность и продолжительность послеоперационной терапии определяли в зависимости от рассчитанного исходного ПК риска развития панкреатита, выявленных интраоперационных факторов риска и появления клинических симптомов острого панкреатита в послеоперационном периоде.

Больным с послеоперационным панкреатитом назначали голод, и незамедлительно (в первый час после исследования) интенсивную антисекреторную терапию – Октреотид (Сандостатин) внутривенно в физиологическом растворе в дозе 0,1 мг, Н<sub>2</sub>-блокаторы или ингибиторы протонной помпы (Квамател, Лосек, или Омепразол в дозе 20–40 мг/сут.) и интенсивную инфузционную терапию.

На основании результатов проведенного исследования, в основной группе был разработан и внедрен лечебно-диагностический алгоритм, оптимизирующий тактику лечения больных доброкачественной патологией желчных протоков (схема).

Внедрение алгоритма в клиническую практику в комплексе с методом индивидуального периоперационного ведения больных и модифицированной техникой выполнения транспапиллярных операций позволило сократить количество необоснованных ЭРПХГ, увеличить количество эффективных транспапиллярных операций и соответственно сократить потребность в открытых операциях. Сравнительные результаты лечения больных основной и контрольной группы представлены в табл. 4.

Из представленных в таблице данных видно достоверное ( $P<0,01$ ) снижение практически всех учтенных осложнений.

**Таблица 3.** Зависимость частоты возникновения панкреатита у больных с наличием или отсутствием патологии желчевыводящих протоков

Название послеоперационного осложнения	Патология холедоха				t	
	отсутствует		выявлена			
	n	% M±m	n	% M±m		
Панкреонекроз	4	13,3±6,2	13	2,2±0,6	-1,8	
Острый панкреатит	7	23,3±7,7	36	6,0±1,0	-2,2	

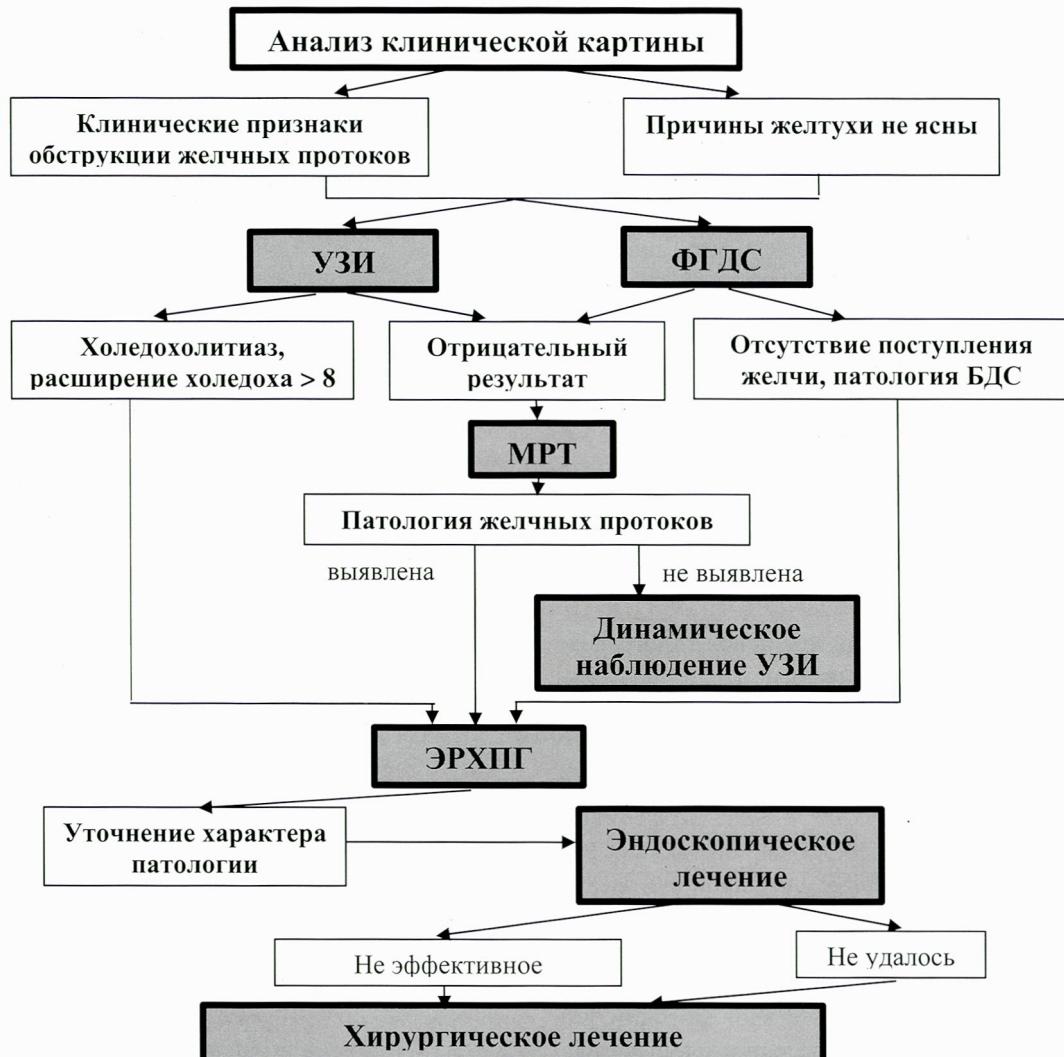


Схема. Лечебно-диагностический алгоритм

**Таблица 4.** Сравнительная характеристика частоты осложнений транспапиллярных операций в первой и основной группах

Название осложнения	1 группа			Основная группа			t
	n	B %	M±m	n	B %	M±m	
Кровотечение	54	8,6	1,1	21	5,2	1,1	-2,2
Панкреатит	60	9,6	1,2	15	3,7	0,9	-3,9
Острый холангит	10	1,6	0,5	1	0,2	0,2	-2,4
Перфорация	3	0,5	0,3	0	0,0	0,0	-1,7
Вклинивание корзины	4	0,6	0,3	0	0,0	0,0	-2,0
<b>Всего</b>	<b>131</b>	<b>20,9</b>	<b>1,6</b>	<b>37</b>	<b>9,1</b>	<b>1,4</b>	<b>-5,4</b>

Таким образом, клиническое использование результатов проведенного исследования позволило повысить эффективность эндоскопического лечения с 69,7% до

85,7%, сократить потребность в выполнении открытых операций, уменьшить осложнения с 20,9% до 7,7% и летальность с 1,8 до 0,2%.

## ВЫВОДЫ

1. Наличие сохраненной секреторной активности поджелудочной железы, что чаще имеет место у лиц молодого возраста, при короткой продолжительности холелитиаза наряду с трудностями технического характера, связанными с особенностями анатомического строения и патологическими изменениями большого дуоденального сосочка – являются факторами риска, достоверно повышающими вероятность возникновения острого панкреатита после эндоскопических транспапиллярных операций.
2. Разработанная математическая модель прогноза риска развития панкреатита, основанная на суммарном подсчете прогностических коэффициентов в баллах, позволяет оценить вероятность развития осложнения, дает возможность выбрать индивидуальный вариант подготовки больного к операции и повышает безопасность операции.
3. Использование магнитно-резонансной томографии и магнитно-резонансной холангиографии позволяет уточнить показания к эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, уменьшить количество необоснованных исследований и способствует снижению послеоперационных осложнений.
4. Использование усовершенствованной техники выполнения транспапиллярных операций, учитывающей анатомические особенности строения большого дуоденального сосочка, позволило определять протяженность папиллотомного разреза, уточнять показания к литотрипсии и этапной папиллотомии, что повышает эффективность восстановления оттока желчи и снижает риск возникновения осложнений.
5. Использование разработанного лечебно-диагностического алгоритма в комплексе с методом индивидуального периоперационного ведения больных позволило повысить эффективность эндоскопического лечения с 69,6% до 85,7%, уменьшить количество осложнений с 20,9 до 9,1%, и летальность с 1,8 до 0,2%.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Э.И. Диагностика и лечение различных типов высоких рубцовых структур печеночных протоков / Э.И. Гальперин, А.Ю. Чевокин, Н.Ф. Кузовлев, Т.Г. Дюжева // Хирургия. – 2004. – № 5. – С.26–31.
2. Гостищев В.К. Современные методы диагностики и лечения острого гнойного холангита при остром холецистите / В.К. Гостищев, А.С. Воротынцев, А.В. Кириллин, И.А. Сагиров // Материалы всероссийского научного форума «Хирургия 2005». – М., 2005. – С.45–46.
3. Ившин В.Г. Малоинвазивные методы декомпрессии желчных путей у больных механической желтухой. Оснащение и техника выполнения / В.Г. Ившин, А.Ю. Якунин, О.Д. Лукичев. – Тула: Гриф и К., 2003. – 182с.
4. Майстренко Н.А. Холедохолитиаз: руководство для врачей / Н.А. Майстренко, В.В. Стукалов. – СПб., 2000. – 288 с.

5. Малярчук В.И. Магниторезонансная томография в комплексной диагностике и выборе лечебной тактике у больных с заболеваниями органов билиопанкреатодуodenальной зоны: материалы X Юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ / В.И. Малярчук, А.И. Голубев, В.А. Иванов, В.А. Кулабухов // Анналы хирургической гепатологии. – 2003. – Т.8, №2. – С. 243.

6. Панцырев Ю.М. Эндоскопическая баллонная дилатация сфинктера Одди при холедохолитиазе / Ю.М. Панцырев, С.Г. Шаповальянц, Е.Д. Федоров и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 2001. – Т.6, №2. – С.32–34.

7. Портной Л.М., Денисов В.А. Сафиуллина И.М. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография: ее место в диагностике болезней гепатопанкреатодуodenальной области / Л.М. Портной, Л.Б. Денисова, Е.В. Уткина и др. // Российский журнал «Гастроэнтерология, гепатология, колопроктология». – 2001. – Т.10, № 5. – С.41–50.

8. Поташов Л.В. Осложнения папиллосфинктеротомии и их профилактика / Л.В. Поташев, И.П. Кудреватых, В.Н. Щетинин и др. // Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: 6-й сб. тез. / под ред. Ю.И. Галлиингера. – М., 2002. – С.278–279.

9. Рутенбург Г.М. Эффективность применения малоинвазивных оперативных доступов при хирургическом лечении холедохолитиаза / Г.М. Рутенбург, И.П. Румянцев, А.В. Протасов и др. // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – № 1. – С. 3–8.

10. Шаповальянц С.Г. Эндоскопическая баллонная дилатация сфинктера Одди – современная альтернатива папиллосфинктеротомии в лечении холедохолитиаза / С.Г. Шаповальянц, Е.Д. Федоров, С.Ю. Орлов // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 4. – С.48–56.

11. Archer S.B. Bile Duct Injury During Laparoscopic cholecystectomy: Results of a National Survey / S.B. Archer, D.W. Brown, C.D. Smith et al. // Ann Surg. – 2001. – Vol. 234, № 4. – P. 549–558.

12. Freeman M.L. Prevention of post-ERCP pancreatitis: a comprehensive review / M.L. Freeman, N.M. Guda // Gastrointest Endosc. – 2004. – Vol. 59. – P. 845–864.

13. Guidi M. Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography / M. Guidi, F. Baldoni, E. Goldin et al. // Acta Gastroenterol Latinoam. – 2003. – Vol. 33, № 3. – P. 133–137.

14. Lo Menzo E. Lithotripsy in the laparoscopic era / E. Lo Menzo, R. Schnall, D. Von Rueden // JSLS. – 2005. – Vol. 9, № 3. – P. 358–361.

15. Mahnke D. A prospective study of complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic ultrasound in an ambulatory endoscopy center / D. Mahnke, Y.K. Chen, M.R. Antillon et al. // Clin Gastroenterol Hepatol. – 2006. – Vol. 4, № 7. – P. 924–930.

16. Nardi M.Jr. «Sequential» treatment: is it the best alternative in cholecysto-choledochal lithiasis? / M.Jr. Nardi, S.G. Perri, F. Pietrangeli et al. // Chir Ital. – 2002. – Vol. 54, № 6. – P. 785–798.

17. Ramirez-Luna M.A. Usefulness of endoscopic cholangiography and sphincterotomy in patients with biliary lithiasis / M.A. Ramirez-Luna, J. Elizondo-Rivera, M.F. Herrera et al. // Rev Gastroenterol Mex. – 2004. – Vol. 69, № 4. – P. 217–225.

## КОНТАКТЫ

Дерябина Елена Анатольевна – кандидат медицинских наук, диагностический центр Челябинская областная клиническая больница.  
Тел. (3512) 60-98-47 Факс (3512) 60-98-38  
e-mail: del\_endo@mail.ru



1–2 июля 2010 Ярославль

# Высокие технологии в Эндоскопии пищеварительной системы и Гастроэнтерологии

Международная конференция  
при поддержке Европейского Общества  
Гастроинтестинальной Эндоскопии (ESGE)  
с курсом «живой» видеотрансляции



РОССИЙСКОЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО  
И ЕВРОПЕЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ (ESGE)



Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас участвовать в работе Европейского курса

## ВЫСОКИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

1–2 июля 2010 года, г. Ярославль

Российское эндоскопическое общество и Европейское общество гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE) проводят в России **Европейский курс** последипломного обучения по эндоскопии и гастроэнтерологии

Курс будет включать: «Живые» демонстрации новейших эндоскопических технологий диагностики и лечения заболеваний пищеварительной системы; Лекционный курс по проблемам гастроэнтерологии, онкологии и эндоскопии. В курсе примут участие: Ведущие европейские, японские и российские эксперты. Число участни-

ков конференции 400–450 специалистов из России, Украины, Казахстана и стран Балтии; Главные специалисты по эндоскопии и гастроэнтерологии регионов, ведущие и перспективные специалисты в области гастроэнтерологии, эндоскопии, хирургии, онкологии и колопроктологии.

### Основные темы конференции:

- Высокие технологии в эндоскопии верхнего и нижнего отдела пищеварительной системы: узкоспектральная эндоскопия, увеличительная эндоскопия, хромоэндоскопия, автофлюоресцентная эндоскопия;
- Эндоскопическая резекция и диссекция раннего рака пищеварительного тракта Современная тактика ведения пациентов с кровотечениями из ЖКТ;
- Эндосонография в диагностике заболеваний пищеварительного тракта, стадирование опухолевого процесса, тонкоигольная пункция под контролем УЗ-эндоскопа;
- Капсульная эндоскопия;
- Однобаллонная энтероскопия;
- Дилятация гастроинтестинальных структур и стентирование;
- Диагностическая и лечебная ЭРХПГ;
- Лечение хирургических осложнений (стриктуры, фистулы, несостоятельность);
- Диагностика и лечение пищевода Барретта.

### Регистрационный взнос:

Регистрационный взнос включает в себя:

- Участие в конференции
- Участие в приветственном коктейле 1.07.2010 г., посвященном открытию конференции
- Портфель участника

Врач-эндоскопист	7000 руб
Молодой ученый/специалист (до 35 лет включительно)	2000 руб
Член РэнДО	2000 руб
Эндоскопические сестры	Бесплатно после предаварительной регистрации

**Президенты курса:** президент Российской общества эндоскопии профессор **Б.К. Поддубный** и президент Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии профессор **Г. Костаманья**

**Контактная информация:** Генеральный директор ООО «Волга-тур» Юлия Вячеславовна Скороходова  
Менеджер проекта Мария Сосыгина Тел.: (8-4852) 58-87-13, 58-87-14  
e-mail: priem@volga-tours.ru сайт: www.volga-tours.ru Адрес: 150000, Ярославль, ул. Трефолева, 24а