

## 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 осложнения 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 холангиопанкреатография (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 устранить 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 периоперационного 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 транспиллярных операций с учетом индивидуальной анатомии и патоморфологии зоны большого дуоденального сосочка.
5. Разработать алгоритм лечебно-диагностических мероприятий, оптимизирующий выполнение транспиллярных 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 конкремента 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 вклиненным или спонтанно отошедшим конкрементом у 306 (19,5%), острый папиллит у 173 (11%), аденома у 68 (4,3%), хроническое воспаление с папилломатозом устья у 227 (14,5%), интрапюлярные полипы у 68 (4,3%) и рубцовыми 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 нарушали 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, исключаящие 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 формализованным протоколам и историям болезни, проведен многофакторный анализ причин затруднения выполнения и осложнений транспиллярных 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 после операции на основании интраоперационных данных.
4. Индивидуальное ведение больного в послеоперационном периоде согласно полученным данным до и интраоперационных прогнозов.

**Основная 3 клиническая группа (2004–2007) – 405 пациентов.** В этой группе разработанный комплекс профилактики осложнений дополнен внедрением разработанного клинического алгоритма, который уточнял показания к транспапиллярным вмешательствам посредством магнитно-резонансной томографии и холангиографии. Дана оценка целесообразности их применения у больных с нечеткой клинической картиной обструкции желчных протоков.

Для оценки репрезентативности сформированных клинических групп сравнения проведен анализ частоты регистрации в них отдельных факторов, наиболее влияющих на результаты эндоскопического лечения.

Распределение факторов риска в сформированных группах сравнения представлены в табл. 1.

Из таблицы видно, что достоверные различия частоты регистрации факторов, влияющих на возникновение осложнений в группах сравнения отсутствуют, что делает их репрезентативными для оценки эффективности предложенных способов профилактики послеоперационных осложнений эндоскопических вмешательств.

Эндоскопическое лечение больных в 1 группе позволило полностью восстановить проходимость желчных протоков у 438 (69,7%) пациентов, осложнения после

**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 |      |       |      |
|                                 | п                                      | %    | п        | %    | п        | %    | п     | %    |
| 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 |
| Всего больных в группе          | 628                                    | 100  | 537      | 100  | 405      | 100  | 1570  | 100  |



транспиллярных 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 вклинение 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, аденомы, 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-

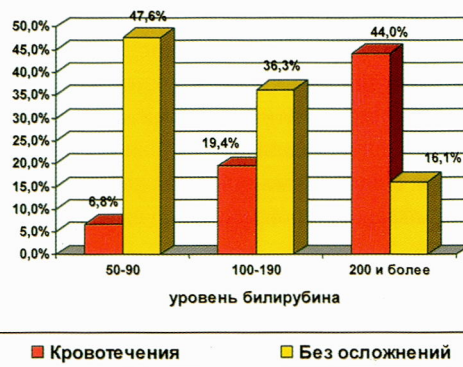


Рис. 1. Зависимость возникновения кровотечения от уровня билирубинемии (мкмоль/л)



Рис. 2. Зависимость возникновения кровотечения от наличия гипертонической болезни

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

При средней степени риска развития панкреатита (ПК = 4–8 баллов) дополнительно назначали антисекреторную терапию с применением блокаторов  $H_2$ -рецепторов гистамина – Кваматела, или ингибиторов протонной помпы – Париета, Омепрозола в профилактической дозировке – 20–40 мг.

При высоком риске развития (ПК = 9–13 баллов) или наличии панкреатита обусловленного вклиненным камнем в ампуле БДС всем пациентам дополнительно назначали инфузионную 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 транспиллярных операций для профилактики осложнений были разработаны и использованы следующие приемы. При визуализации анатомических особенностей, предполагающих трудную катетеризацию, применяли технику предрассечения 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/лithiaz                               | 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 Дормия, 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 разру-

шения 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 дуоденального 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.

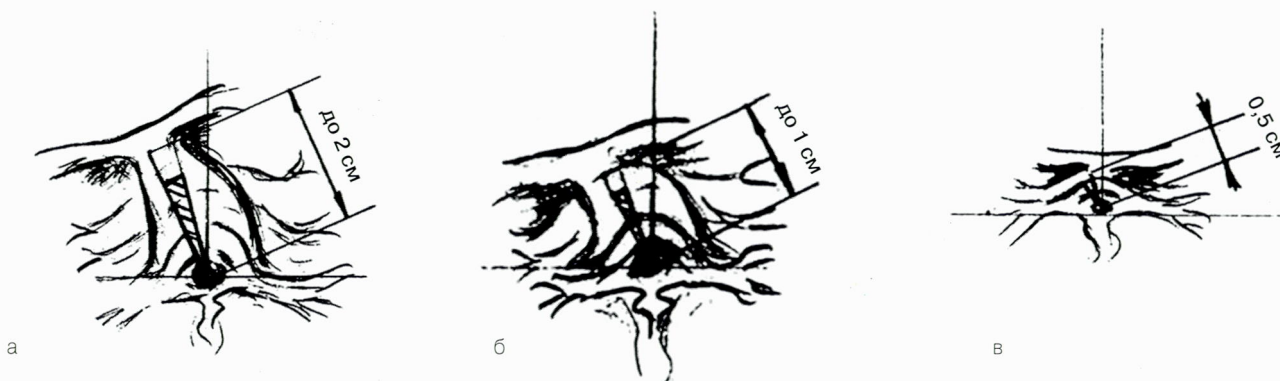


Рис. 3. а – холмовидная форма сосочка. Показана литоэкстракция, б – полушаровидная, конусовидная форма сосочка. Показана литоэкстракция или литотрипсия, в – точечная форма сосочка. Показана литотрипсия



При затруднениях литотрипсии связанных с повышенной прочностью камня и несоответствии его размеров величине новообразованного холедохо-дуоденального соустья после папиллосфинктеротомии, во избежание вклинения 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, H<sub>2</sub>-блокаторы или ингибиторы протонной помпы (Квамател, Лосек, или Омепразол в дозе 20–40 мг/сут.) и интенсивную инфузионную 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<br>послеоперационного<br>осложнения | Патология холедоха |          |          |          | t     |
|--|--------------------|----------|----------|----------|-------|
|  | отсутствует        |          | выявлена |          |       |
|  | n                  | %<br>Мм  | n        | %<br>М±м |       |
| 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 |



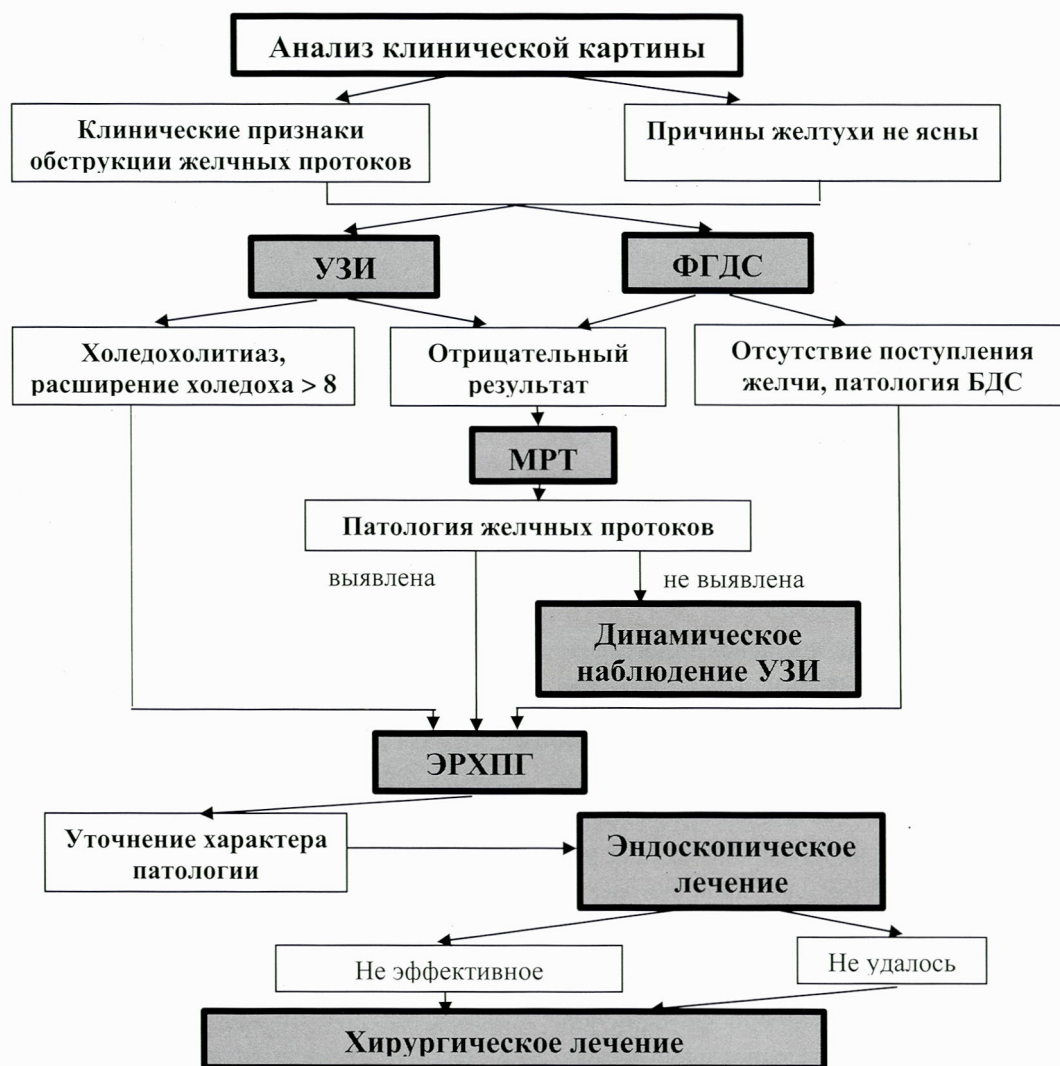


Схема. Лечебно-диагностический алгоритм

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

| Название осложнения | 1 группа   |             |            | Основная группа |            |            | t           |
|---------------------|------------|-------------|------------|-----------------|------------|------------|-------------|
|                     | n          | В %         | M±m        | n               | В %        | 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        |
| Вклинение 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 осложнения 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 стриктур 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. Мальячук В.И. Магнитно-резонансная томография в комплексной диагностике и выборе лечебной тактики у больных с заболеваниями органов билиопанкреатодуоденальной зоны: материалы X Юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ / В.И. Мальячук, 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 гепатопанкреатодуоденальной 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 профилактики / 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 // JSL. — 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, автофлуоресцентная 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, тонкоигльная пункция под контролем УЗ-эндоскопа;
- Капсульная эндоскопия;
- Однобаллонная энтероскопия;
- Дилатация гастроинтестинальных стриктур и стентирование;
- Диагностическая и лечебная ЭРХПГ;
- Лечение хирургических осложнений (стриктуры, фистулы, несостоятельность);
- Диагностика и лечение пищевода Баррета.

### 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 Российского 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](mailto:priem@volga-tours.ru) сайт: [www.volga-tours.ru](http://www.volga-tours.ru) Адрес: 150000, Ярославль, ул. Трефолева, 24а