

Возможности различных методов лечения механической желтухи, обусловленной опухолью органов билиопанкреатодуоденальной зоны

В.А. Хромов

Александровская больница, Санкт-Петербург

За последние десятилетия, с момента усовершенствования гибких эндоскопических аппаратов эндоскопия стала мощным диагностическим и лечебным направлением, позволившим значительно расширить количество методик в лечении заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ). Большинство лечебных эндоскопических методик не являются абсолютно новыми. Они активно внедрялись в практику в 70-е и 80-е годы прошлого столетия, и к настоящему времени в мире накоплен большой опыт использования различных диагностических и терапевтических приемов и технологий, позволяющих эндоскописту значительно улучшить результаты лечения больных с механической желтухой опухолевого генеза. Анализ многочисленных исследований позволил выделить наиболее эффективные и оправданные как с клинической, так и с экономической точек зрения методы эндоскопической помощи, существенно снизившие частоту осложнений.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ РАКА БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Клиническая картина рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) характеризуется длительным латентным периодом и появлением механической желтухи, нередко являющейся единственным симптомом. Опухолевый генез билиарной гипертензии встречается у 27–67% больных (Земляной В.П. и соавт., 2004; Алтыев Б.К. и соавт., 2007) и в 75–95% случаев осложняется развитием механической желтухи. Диагностика опухолей органов БПДЗ трудна и чаще несвоевременна, что обуславливает крайне неудовлетворительные результаты лечения (Долгушин Б.И и соавт., 2008).

Частота рака органов БПДЗ составляет 15% в структуре всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта и имеет тенденцию к росту (Вишневский В.А., 2003; Кубышкин В.А., Вишневский В.А., 2003). В общей структуре злокачественных опухолей, осложняющихся механической желтухой,

наиболее часто встречается поражение поджелудочной железы (Долгушин Б.И. и соавт., 2004; Bismuth H. et al. 1979; Groen P.C. et al., 1999). В мире рак поджелудочной железы ежегодно становится причиной смерти более 250000 человек и занимает 13-е место среди всех видов рака (Andrew R. Hart et al., 2009). Рак внепеченочных желчных протоков (включая опухоли дистального отдела холедоха) составляет 1–4,5 % всех злокачественных новообразований (Долгушин Б.И. и соавт., 2004; Groen P.C. et al., 1999). В структуре новообразований билиопанкреатодуоденальной зоны он занимает 2-е место после опухолей поджелудочной железы (ПЖ) и составляет 15–20% (Долгушин Б.И. и соавт., 2004; Борисов А.Е. и соавт., 2003).

Особую проблему составляют опухоли проксимальных отделов внепеченочных желчных протоков. Первые сведения об этой патологии представил Gerald Klatskin (1965), опубликовав данные своего исследования по этой проблеме. Рак проксимальных отделов внепеченочных желчных протоков (ПЖП) составляет 10–26,5% от всех злокачественных поражений желчных протоков (Tompkins R.K. et al., 1987). Опухоль Клатскина чаще встречается у мужчин (Блохин Н.Н. и соавт. 1982; Pichlmayr R. et al., 1996). Без лечения большинство больных раком ПЖП умирают в течение 4 – 6 мес. после установления диагноза. Рак проксимальных отделов внепеченочных желчных протоков это, как правило, небольшого размера опухоль в области конфлюэнса печеночных протоков, характерная форма роста – инфильтративная, опухоль распространяется по ходу желчного протока и через его стенку (Ouchi Kiyoaki et al., 1989). Радикальные оперативные вмешательства даже в специализированных клиниках выполняются только в 5–15% случаев; более чем у половины больных производятся паллиативные желчеотводящие операции, которые помогают лишь снять синдром механической желтухи. У 25–30% пациентов операция заканчивается эксплоративной лапаротомией или лапароскопией (Борисов А.Е. и соавт., 1997). Из-за высокой лока-

лизации непроходимости желчных путей даже паллиативные вмешательства технически трудны и сопровождаются значительной послеоперационной летальностью, достигающей 25–50%. Средняя продолжительность жизни после паллиативных вмешательств по поводу опухолей Клатсина составляет от 4,5 до 12 месяцев (Журавлев В.А., Бахтин В.А., 1993; Гальперин Э.И и соавт., 1994).

При раке желчного пузыря выживаемость не превышает 6 месяцев из-за невозможности выполнения стандартного хирургического лечения (Fong Y. et al., 2001).

Имеется наследственная предрасположенность рака билиарной системы (Andrew R. Hart et al., 2009). Опасность возникновения рака данной локализации выше, если в семье были больные со злокачественными новообразованиями билиарной системы; опасность развития заболевания у родственников I степени превышает риск для здоровых семей в 14 раз (Fernandez E. et.al., 1994).

Острый холангит является наиболее тяжелым осложнением доброкачественных и злокачественных заболеваний желчных путей. Сочетание механической желтухи с гнойным холангитом отмечается в 20–30% случаев. Прогрессирующая печеночная недостаточность и развитие холангогенных гнойных осложнений усугубляет течение заболевания, способствуя росту летальности (Лупальцов В.И. и соавт., 1998; Kinoshita H. et al., 1984).

Благодаря современным методам диагностики в настоящее время отмечается увеличение выявляемости больных раком органов билиопанкреатодуоденальной зоны. УЗИ является наиболее доступным неинвазивным методом диагностики, позволяющим определить уровень и причину обструкции желчевыводящих протоков примерно у 60% больных. По данным Г.И. Кунцевич (1999), M. Iugiyama et al. (1997), чувствительность УЗИ при диагностике уровня и причины обструкции внепеченочных желчных протоков составляет 88–95%. Совершенствование аппаратов УЗИ, особенно с возможностью реконструкции изображения в формате 3D, повысило чувствительность метода до 98%, а специфичность – до 96% (Freelove R., Walling A. D., 2006).

При спиральной компьютерной томографии (СКТ) уровень блока внепеченочных желчевыводящих протоков выявляется в 85% – 90% случаев. Опухолевый генез обструкции определяется при визуализации образования и внутривенном баллонном контрастировании у 65%–80% больных. Прогноз резекtabельности оказывается достоверным у 42% пациентов (Кармазановский Г.Г. и соавт., 2000; Carr D.H. et

al., 1990). По данным Вишневского и Т.И. Тарасюк (2004), при выполнении компьютерной томографии до дренирования желчных протоков проксимальный уровень обтурации удается определить у 98,1% больных. СКТ дает больше информации до дренирования желчных протоков, так как их декомпрессия перед СКТ-исследованием снижает чувствительность метода (Кармазановский Г.Г. и соавт., 2000).

Наибольшее распространение имеют различные методы контрастирования желчных протоков, которые позволяют выявить причину и уровень блока. В настоящее время одно из основных мест в диагностике болезней панкреатобилиарной зоны традиционно занимают методы прямого контрастирования: эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) и чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ). Ведущие позиции занимает ЭРХПГ, с помощью которой решается ряд задач, связанных как с диагностикой, так и лечением различных заболеваний гепатопанкреатодуоденальной области, наиболее часто сопровождающихся синдромом механической желтухи. Чувствительность метода составляет 97%. Если достоверный прогноз резекtabельности опухоли желчных протоков по результатам СКТ составляет 42–54%, УЗИ – 50%, то при ЧЧХГ и ЭРХПГ она достигает – 58% (Рыков О.В., 2001; Кармазановский Г.Г. и соавт., 2000; Carr D.H. et al., 1990). При подозрении на проксимальное расположение опухоли (опухоли Клатсина) некоторые авторы не рекомендуют выполнение РХПГ, хотя чувствительность РХПГ в определении проксимального уровня блока высокая и достигает 95–97% (Вишневский В.А., Тарасюк Т.И., 2004), считая, что для данной локализации опухоли преимущество за ЧЧХГ. По данным В.А. Вишневского, Т.И. Тарасюк (2004), чувствительность ЧЧХГ в определении уровня и протяженности поражения опухолью желчных протоков составила 95,1%. В то же время авторы подчеркивают, что применение ЧЧХГ ограничено из-за ее повышенной инвазивности и, соответственно, возможного риска развития тяжелых осложнений, таких как катетерный сепсис, холангит, выпадение катетера и желчеистечение в брюшную полость с развитием перитонита, геморрагические осложнения и др., и является методом выбора при невозможности ЭРХПГ.

ЭРХПГ, обладая высокой диагностической информативностью как и ЧЧХГ, не исключает возможности развития серьезных осложнений (острого панкреатита, гиперамилаземии, холангита, сепсиса, аллергических реакций и др.). Частота их колеблется от 1% до 14%. Кроме того, в процессе исследования возможны неудачи при канюлировании фатерова сосочка и другие технические сложности.

Своеобразным решением этой задачи послужило появление новейших методов исследования, таких как магнитно-резонансная холангиопанкреатография, позволяющая получать прямое изображение протоков печени и поджелудочной железы без инвазивного вмешательства и введения контрастных веществ. Сочетание традиционной МРТ и магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) позволяет выявить опухолевую обструкцию внепеченочных желчных протоков с чувствительностью 86% и специфичностью 98%, что может явиться альтернативой СКТ и РХПГ (Kondo S. et al., 2005). Общая точность МРТ в диагностике опухолевой обструкции желчных протоков составляет 94–98%, а в сочетании с динамическим контрастным усилением МРХПГ достигает 100% (Васильев А.Ю. и соавт., 2008).

Сопоставимые результаты позволяет получить эндо-УЗИ, которое при сканировании из просвета полого органа проблемной зоны различает патологические образования минимальных размеров (Reptan I.D., 2001; Bhutani V.S., 2002; Bruno M.J., 2003). При этом с высокой точностью выявляется наличие инвазии опухоли в окружающие органы и сосуды. Так, по данным Ю.Г. Старкова и соавт. (2009), чувствительность, специфичность и точность метода в выявлении сосудистой инвазии составляет, соответственно, 81,6%, 91,9% и 89%, что играет важнейшую роль в определении лечебной тактики и выборе вида хирургического вмешательства. Таким образом, МРТ и эндо-УЗИ имеют наименьшую инвазивность и при этом высокую точность в диагностике патологических изменений в билиопанкреатодуоденальной зоне.

Однако высокотехнологичные методы (магнитно-резонансная томография брюшной полости, эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) и внутрипротоковая эндосонография), обладающие высокой диагностической точностью, превосходящей чрескожные УЗИ и СКТ, пока малодоступны для большинства лечебных учреждений России. Учитывая необходимость оказания неотложной медицинской помощи и потребность в миниинвазивных методах у тяжелых больных, методом выбора является эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРПХГ). Важным преимуществом эндоскопических технологий является сочетание высокой диагностической и терапевтической эффективности – быстрым получением клинического эффекта в сочетании с малой травматичностью (Балалыкин А.С., 1999; Перминова Г.И. и соавт., 2000; Токин А.Н. и соавт., 2000).

Билиопанкреатодуоденальная зона является одной из наиболее труднодоступных для оперативного вмешательства. Тесное расположение на ограниченном участке многих жизненно важных органов, маги-

стральных сосудов, быстро вовлекаемых в опухолевый процесс, является частой причиной невозможности выполнения радикального оперативного вмешательства (Макаров Е.С., Нечушкин М.И., 2004).

Не леченные больные раком желчевыводящих путей обычно погибают в течение 6 месяцев – 1 года после установления диагноза. По мнению Fong Y. и соавт. (2001), длительная выживаемость напрямую зависит от эффективности хирургического лечения.

На сегодняшний день единственным методом потенциально радикального лечения злокачественных опухолей БПДЗ является хирургический, при этом операбельность, по разным данным, не превышает 15–18% (Долгушин Б.И. и соавт., 2004). Так, например, операцией выбора при раке поджелудочной железы и дистальных отделов внепеченочных протоков является панкреатодуоденальная резекция (ПДР). К сожалению, только у около 17% пациентов, которым выполняется лапаротомия по поводу рака ПЖ, являются операбельными (Geer R.J. and Brennan M.F., 1993). Результаты ПДР лучше при раке дистальных отделов внепеченочных желчных протоков, чем при раке поджелудочной железы (большая резектабельность, меньше опухолевых изменений по краям отсечения органов, при меньшей частоте метастазирования в регионарные лимфатические узлы) (Fong Y. et al., 1996).

Хирургические вмешательства у больных с механической желтухой (МЖ) сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15–60% (Блохин Н.Н. и соавт., 1982), т.е. в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда МЖ удается купировать до радикального этапа операции (Кукушкин А. В. и соавт., 2004; Шаповальянц С.Г. и соавт., 1997).

Высокая летальность после традиционных операций, проведенных на фоне механической желтухи, её снижение после купирования холестаза диктует необходимость выполнения двухэтапных операций, первым этапом которых является декомпрессия желчевыводящих путей различными, преимущественно малоинвазивными способами, которые способны восстановить адекватный отток желчи (Барыков В.Н., 2000; Brower S.T. et. al., 1994; Nordback I. H. et al., 1994).

Однако точные сведения о характере и уровне блока желчеоттока можно получить лишь применяя сочетанные рентгеноконтрастные исследования желчных протоков: ЭРПХГ, чрескожную чреспеченочную холецистохолангиографию, лапароскопическую холецистохолангиографию (Крендаль А.П., 1995). После декомпрессии следующим этапом выполняют один из видов окончательного вида лечебного пособия. Часто первый декомпрессионный этап является окончатель-

ным в связи с неоперабельностью опухоли. Паллиативное лечение позволяет продлить срок жизни пациента и существенно улучшить ее качество. Одним из показаний к предварительной декомпрессии является длительность обтурации. Уже через 10–14 дней после обтурации функциональное состояние печени в большинстве случаев делает полостное вмешательство рискованным (Ханевич М.Д. и соавт., 2003). Наибольший эффект от разгрузочных операций наблюдается при длительности желтухи до 2 недель (Гальперин Э.И. и соавт., 1998). Холестаз при сохранении желчевыделительной функции печени и желчная гипертензия в протоковой системе вызывают существенные морфологические изменения в печени, что приводит к нарушению ее функции (Батвинков И.И. и соавт., 1993).

Показания к применению того или иного метода декомпрессии желчевыводящих путей с применением современных малоинвазивных методов необходимо устанавливать индивидуально, в зависимости от клинической ситуации, характера, уровня и протяженности препятствия оттоку желчи, возможностей стационара и квалификации специалистов.

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ РАКЕ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Современные методы восстановления пассажа желчи включают:

- хирургические методы декомпрессии и операции из мини-доступа или эндовидеохирургическим способом
- чрескожное чреспеченоочное наружное или наружновнутреннее дренирование
- эндоскопическое ретроградное дренирование (Долгушин Б.И. и соавт., 2004).

При технической невозможности эндопротезирования предпочтение отдается формированию паллиативных билиодигестивных анастомозов посредством эндовидеохирургического или мини-доступа. Существует множество методов формирования лапароскопического анастомоза с использованием магнитных устройств (Авиалани М.В., 1995), компрессионного холецистогастроанастомоза с применением компрессионного катетера (Рудой В.Г., 1995) магнитного холецистогастроанастомоза после предварительной холецистостомии (Козлов В.А. и соавт., 2005), аппаратных холецистодигестивных анастомозов (Ярешко В.Г., 1987), множество методик лапароскопической холецистоэнтеро- и холецистодуоденостомии (Оспанов О.Б. и соавт., 1999; Katkhouda N. et al., 1994), билиодигестивных анастомозов из мини-доступа (Толстых Г.Н., 1999).

БИЛИОДИГЕСТИВНЫЕ АНАСТОМОЗЫ

Удельный вес билиодигестивных анастомозов в структуре оперативных вмешательств при опухолях органов ГПДЗ остается высоким. При использовании данных методик сравнительно редко возникают осложнения в позднем послеоперационном периоде. К недостаткам метода можно отнести высокую частоту (20–48%) ранних осложнений, ограниченные возможности при опухолевом стенозе проксимального отдела гепатикохоледоха. Летальность составляет от 2,5% до 20% (Думан Г.В., 2007). Хирургическое формирование билиодигестивных соустий в связи с механической желтухой оправдано у больных с прогнозируемой продолжительностью жизни 6 месяцев и более (Патютко Ю.И., 1997). Ф. Стипа (2001) считает, что рецидив механической желтухи и холангита реже (10%) возникает при наложении обходных анастомозов, чем при стентировании (38%). Основные требования, которым должны удовлетворять билиодигестивные анастомозы, сводятся к следующему: техническая простота операции, обеспечение постоянного оттока желчи в желудочно-кишечный тракт, создание незаражающего билиодигестивного соустья, предупреждение при наложении соустья восходящей инфекции, сохранение проходимости содержимого по кишечнику. Для формирования билиодигестивного соустья используются внутрипеченочные желчные протоки, общий печеночный проток или долевые протоки печени, общий желчный проток, желчный пузырь. Со стороны желудочно-кишечного тракта для создания билиодигестивных анастомозов используются желудок, двенадцатиперстная или тонкая кишка. Анастомозы между желчным пузырем и органами желудочно-кишечного тракта играют важную роль в хирургическом лечении рака. Причиной этого служит то обстоятельство, что желчный пузырь является наиболее доступной частью внепеченочных желчных протоков. Поэтому наложение соустья между желчным пузырем и органами желудочно-кишечного тракта не представляет технических трудностей, а хорошее кровоснабжение желчного пузыря и необходимая толщина его стенок предохраняют от прорезывания швов анастомоза. Однако очень важным моментом при использовании желчного пузыря для формирования билиодигестивного анастомоза является сохранение проходимости пузырного протока и локализация препятствия для оттока желчи ниже места впадения его в гепатикохоледох (Лапкин К.В., Пауткин Ю.Ф., 1991).

Начало операциям по декомпрессии желчных путей в условиях эксперимента положил Colzi, в условиях клиники – Н.Д. Монастырский, который в 1887 году соединил желчный пузырь с тонкой кишкой при раке головки поджелудочной железы, а С.И. Спасокукоцкий

С.И. в 1898 году соединил желчный пузырь с желудком (Ившин В.Г. и соавт., 1996). Среди паллиативных операций для внутреннего желчеотведения некоторые авторы отдают предпочтение холецистогастростомии, как наиболее надежной по герметичности анастомоза и по отсутствию осложнений в послеоперационном периоде (Макоха Н.С., 1988).

Холедоходуденоанастомоз введена в хирургическую практику Terrier в 1889 году (Ищенко И.Н., 1966). А.П. Седов и соавторы (2005) считают холедоходуденоанастомоз операцией выбора при лечении неоперабельного рака органов панкреатодуоденальной зоны. Преимущества перед холецистогастростомией: желчь оттекает в тот отдел кишечника, куда она поступает в естественных условиях, уменьшается натяжение между смежными органами, так как подвижность двенадцатиперстной кишки незначительна, а положение желудка изменчиво (перистальтика, переполнение пищей), что может приводить к деформации и сужению анастомоза. Но холедоходуденоанастомоз технически труднее, так как для создания широкого соустья необходимо захватывать стенку двенадцатиперстной кишки на протяжении 3–4 см, что может привести к сужению просвета кишки.

Холецистоюноанастомоз – операция наиболее простая, однако при ней наиболее часто возникает опасность восходящей инфекции желчных путей. Для предупреждения этого выключают петлю кишки, взятую для анастомоза с желчным пузырем, с длиной отключенной петли не менее 80–100 см. В последние годы для улучшения результатов операций и предотвращения дигестивно-билиарного рефлюкса предлагаются операции с формированием различных клапанов в области анастомоза между желчными протоками и отделами желудочно-кишечного тракта. Эти операции являются основными видами вмешательств для внутреннего желчеотведения и составляют почти 85% всех билиодигестивных соустий (Лапкин К.В., 1991). В то же время, по данным сводной статистики многоцентровых исследований, проанализировавших результаты лечения больных с неоперабельным раком поджелудочной железы, открытая холецистоюноанастомозия сопровождается ранними осложнениями в 31% случаев и послеоперационной (в течение 30 дней) летальностью, равной 12% (Ташкинов Н.В., Индыченко Н.Е., 2004).

Гепатикоюноанастомоз имеет достаточно широкие показания, особенно при невозможности наложения анастомоза с холедохом. При этом виде анастомоза в соустье с тощей кишкой может участвовать как общий печеночный проток, так и печеночные протоки более мелкого калибра. Анастомоз формируется с мобилизованной по Ру петлей тощей кишки (длиной

40–60 см), что сводит риск рецидива механической желтухи и рефлюкс-холангита до минимума. Анастомоз предпочтителен у больных с нерезекtableмыми панкреатобилиарными опухолями, осложненными механической желтухой, с прогнозируемым временем жизни пациента более 6 месяцев. Осложнения не превышают 10–15% наблюдений, а летальность – 2,5% (Шкроб О.С. и соавт., 1998).

ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ

Способом временного (часто окончательным вариантом) наружного желчеотведения у неоперабельных больных является холецистостомия (ХС). В качестве первого этапа хирургического лечения больных со «злокачественной» желтухой была предложена лапароскопическая пункционная холецистостомия и описаны различные варианты ее техники (Патютко Ю.И. и соавт., 2000). Несложное техническое исполнение, большое количество малоинвазивных методик ХС делают операцию актуальной (Барыков В.Н., 2000; Харченко В.П. и соавт., 2000). По данным Ходакова В.В. (1994), применение холецистостомии позволило снизить послеоперационную летальность в 2 раза и повысить операбельность больных в 3 раза. Наряду с лапароскопическими методиками выполняется чреспеченочная холецистостомия под контролем УЗИ и СКТ, а также холецистостомия из минилапаротомного доступа (Земляной В.П. и соавт. 2004). Главным отрицательным свойством наружного желчеотведения является потеря желчи, которая может достигать до 1,5 литров в сутки (Ходаков В.В., Желнина Т.Н., 1994). Большинство больных восполняют ее приемом выделяемой желчи внутрь. Но некоторые не могут преодолеть отвращения к ней, поэтому для предупреждения пагубных последствий ахолии приходится вводить желчь в двенадцатиперстную кишку посредством постоянного зонда, что также усиливает дискомфорт пациентов. При механической желтухе любой этиологии наружное желчеотведение в послеоперационном периоде является патогенетически обоснованным (Данилов М.В. и соавт., 1993), однако это не всегда оправдано, так как для этого есть более современные методы, например внутреннего желчеотведения.

ЧРЕСКОЖНОЕ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ

Применяются три типа чрескожного чреспеченочного дренирования желчных протоков: наружное, наружновнутреннее и эндопротезирование. Одним из способов наружного желчеотведения являются чрескожная чреспеченочная холангиостомия и холецистостомия. Чрескожное дренирование желчных протоков позволяет добиться улучшения состояния почти у 90% па-

циентов с желтухой опухолевой этиологии (Bergquist T. H. et al. 1981; Mueller P. R. et al., 1982).

Чреспеченочную пункцию внутрипеченочных протоков для дренирования при обтурации терминального отдела желчевыводящих путей предложили F. Glenn et al. (1962), А.М. Шор с соавторами (1966), J.V. Kaude et al. (1969). ЧЧХС позволяет определить характер желтухи, уровень и протяженность обструкции желчных путей, причину обструкции, выполнить декомпрессию желчных путей, обеспечить временное или постоянное желчеотведение, то есть решить одну из первоочередных задач у онкологического больного (Шкраб О.С. и соавт., 1998). Однако применение сложных технических средств и тонких манипуляций, требующих высокой квалификации хирурга, большое количество неудач (1,7–24%), осложнений (5,4–74%), в том числе тяжелых (2,7–11%), высокая частота осложнений и летальности (0,8–15,5%) ограничивают использование ЧЧХС (Прудков М.И. соавт., 2006). Ю.И. Патютко (1998) отмечает положительные стороны ЧЧХС: дренирование может быть произведено большинству больных раком поджелудочной железы, уменьшается риск развития ранних осложнений и летальных исходов, чем при применении хирургических методов желчеотведения; исполняет роль разгрузочного дренажа в ближайшем послеоперационном периоде у больных после радикальной операции. К недостаткам метода автор относит высокий риск развития кровотечения из печени в условиях холемии и печеночной недостаточности, отсутствие возможности проведения дренажа через участок стеноза в двенадцатиперстную кишку, длительность периода нормализации клинико-биохимических показателей (до 8 недель), а также высокая частота (до 28%) развития холангита по сравнению с билиодigestивными анастомозами.

По данным А.А. Поликарпова (2002), выполнение лишь наружного дренирования не позволяет снизить уровень билирубина до нормальных значений в течение 4 недель. Автор также отмечает, что после выполнения ЧЧХС все пациенты нуждаются в динамическом наблюдении, так как практически у половины больных через 2–3 месяца возникает острый катетерный холангит. Нередко после ЧЧХС наступает быстро прогрессирующая печеночная недостаточность вследствие развития «синдрома отмены» из-за быстрой декомпрессии желчных путей и снижения давления в желчевыводящих и портальной системах с высоких цифр практически до нуля (Ярема И.В. и соавт., 2003). Средняя продолжительность жизни больных после выполнения паллиативного дренирования без последующей специальной терапии редко превышает 6 месяцев. В неоперабельных случаях после устранения механической желтухи применяют раз-

личные методы лучевой терапии, которые позволяют увеличить продолжительность жизни до 20 месяцев (Коханенко Н.Ю., 2001; Нечушкин М.И. и соавт., 2002; Поликарпов А.А. и соавт., 2002; Sindelar W.F., Kinsella T.J., 1999).

Учитывая недостатки описанного метода, W. Molnar et A.E. Stockum (1978) применили наружновнутреннее чреспеченочное дренирование желчных протоков, которое предполагало проведение катетера, имеющего множественные боковые отверстия через зону опухолевой структуры в двенадцатиперстную кишку. Дальнейшее накопление опыта показало большую эффективность данного метода при паллиативном лечении механической желтухи злокачественного генеза (Борисова Н.А., и соавт., 2003; Hoevels J. et al., 1978; Ring E.J. et al., 1978). У ряда больных для установки наружновнутреннего дренажа используется этапная методика, которая предполагает выполнение на первом этапе наружного дренирования желчных протоков на 5–10 суток. В течение этого периода в результате декомпрессии билиарной системы у ряда пациентов устраняется отек зоны обструкции, что создает предпосылки для успешного проведения катетера в двенадцатиперстную кишку, осуществляемую вторым этапом (Борисов А.Е. и соавт., 1997; Борисова Н.А., и соавт., 2003).

Основным методом завершения чреспеченочных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств, в случае невозможности выполнения традиционного хирургического вмешательства, является эндопротезирование желчевыводящих протоков, которое проводят на втором этапе (после стабилизации состояния больного). В неосложненных случаях оно может быть проведено одномоментно с дренированием желчных протоков. Это вмешательство может быть этапом подготовки больного к радикальной операции, а также может улучшать качество жизни у неоперабельных пациентов (Алиджанов Ф.Б. и соавт., 2006).

Метод чреспечного чреспеченочного эндопротезирования желчных протоков был предложен F. Burcharth (1978) и предполагал имплантацию сегмента пластиковой трубы в зону стеноза. Стентирование холедоха с целью паллиативного лечения рака поджелудочной железы, осложненного механической желтухой, первыми применили Soehendra and Reenders-Frederix (1979, 1980). Последующее практическое применение метода показало, что существенными недостатками цельных пластиковых протезов является травматичность их проведения через ткань печени, закупорка просвета в течение 3–8 мес. после установки и высокая вероятность миграции. В настоящее время широкое применение нашли саморасправляющиеся сетчатые конструкции. Наиболее часто используют-

ся Wallstent и стент Gianturko или Z-стент (Coons., 1992; Gordon R.L. et al., 1992; Hausegger K.A. et al., 1992). Подобные эндопротезы создаются в зоне имплантации просвета, достигающий 10 – 12 мм, что снижает частоту обтурации, связанной с инкрустацией солями желчных кислот. Металлические саморасправляющиеся стенты сохраняют проходимость дольше, чем пластиковые, в среднем на 2 – 3 месяца (Davids P.H.P. et al., 1992; Wagner H.J. et al., 1993; Varadarajulu S. et al., 2004;). Главной причиной поздних нарушений проходимости металлических эндопротезов является прорастание опухоли через ячейки стента, встречающееся в 2,4% – 7% случаев, и обрастиание опухолью металлического каркаса через края, что может быть причиной обтурации в 16% случаев. (Lammer J. et al., 1990; Lameris J. et al., 1991; Coons., 1992). Специальная конструкция стента предупреждает его дислокацию, позволяет применять его у больных с холангитом, а также предупреждает его раннюю обтурацию.

По данным Y. Nio et al. (2003), опухолевая окклюзия металлических эндопротезов в средние сроки от 5 до 7 месяцев наступила только у 5,3% – 10% больных. По мнению авторов, эта ситуация не является показанием к удалению стента или повторному стентированию, так как им практически всегда удавалось выполнить диатермо- и лазерную коагуляцию избыточной опухолевой ткани посредством эндоскопического или чрескожного доступа, что вело к восстановлению проходимости эндопротеза. Все варианты дренирования желчных протоков могут осуществляться как под рентгенэндоваскулярным контролем, так и посредством УЗИ и СКТ. Авторы считают нецелесообразными попытки дренирования и эндопротезирования желчных протоков при множественном метастатическом поражении, когда происходит разобщение трёх или более внутривенечёночных протоков, поскольку объём чрескожного вмешательства, его травматичность и риск значительно превышают возможный лечебный эффект.

Существуют методики формирования рентгенэндоскопического компрессионного магнитного билиодигестивного анастомоза. Применяется он при дистальном опухолевом стенозе и основан на имплантации через холангиостому во внепеченочные желчевыводящие протоки проксимальнее опухолевой обструкции и эндоскопически перорально в ДПК (желудок, тощую кишку) дистальнее опухолевой обструкции магнитных элементов. При этом желчеотведение до образования соустия между желчевыводящими протоками и двенадцатиперстной кишкой в месте соединения магнитов (обычно происходит на 8 – 9 день после их имплантации) осуществляется наружу в условиях ЧЧХС. Формирование компрессионного магнитного билиодигестивного анастомоза невоз-

можно, если имеются препятствия для выполнения эндоскопии (дистальная резекция желудка по Бильрот II, грубая опухолевая или рубцовая деформация двенадцатиперстной кишки). Операция в целом легко переносится большинством больных. Чаще отмечаются поздние осложнения: рецидив желтухи – у 18,8% больных, рефлюкс-холангит – у 14,3% пациентов. Во многих клиниках до 90% чрескожных чреспечечочных вмешательств выполняется с перспективой эндопротезирования, хотя и не исключается одомонентная установка протезов без предварительного дренирования (Tesdal K. et al., 1997).

Следовательно, можно сделать вывод, что чреспечечочные методы дренирования желчных протоков при механической желтухе, обусловленной нерезектируемыми опухолями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, являются эффективными, представляя собой один из вариантов современных малоинвазивных технологий, которые являются альтернативой хирургическим операциям (Dinkel H.P., Triller J., 2001; Maosheng D. et al., 2001).

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДЕКОМПРЕССИИ

У пациентов с опухолевой обструкцией желчевыводящих путей после проведения контрастного исследования может быть выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, назобилиарное дренирование или эндопротезирование (стентирование) внепеченочных желчных протоков вплоть до раздельного эндопротезирования печеночных протоков. Эндоскопические методики являются в настоящее время обязательным элементом обследования и малоинвазивного лечения больных с непроходимостью желчных протоков различного генеза. Стандартные методы эндоскопии – дуоденоскопия, ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), назобилиарное дренирование (НБД) или эндопротезирование, используемые в рациональных сочетаниях, позволяют в 76–92% случаев осуществить качественную диагностику и восстановление пассажа желчи (Галлингер Ю.И. и соавт., 2010). Эндоскопическая папиллосфинктеротомия может являться как самостоятельным вмешательством при дистальном блоке холедоха, так и средством доступа при высоком блоке желчных протоков. Эндоскопические малоинвазивные операции являются альтернативой традиционным хирургическим операциям, а при опухолевых поражениях Фатерового сосочка и протоков панкреатобилиарной системы, а также этапом подготовки к полостной операции (Манцев М.П., 2008).

Назобилиарное дренирование выполняется при временной декомпрессии желчевыводящих путей. Установка назобилиарного дренажа позволяет не

только осуществить декомпрессию желчных протоков, но и выполнять санацию желчевыводящей системы при наличии гнойного холангита. Назобилиарные катетеры представляют собой длинные полимерные трубы диаметром 1,7–2,3 мм (5–7 French), имеющие на дистальном конце боковые отверстия. Конец дренажа чаще сформирован в виде «поросьячего хвоста» (pig tail), чтобы воспрепятствовать выпадению из желчных протоков. Обычно назобилиарные дренажи хорошо переносятся больными и могут быть оставлены на срок до нескольких недель, что достаточно для ликвидации желтухи и холангита. Однако методика достаточно сложна или невыполнима при опухолях зоны конфлюэнса и поражении внутрипеченочных желчных протоков. Назобилиарное дренирование нередко является завершающим этапом эндоскопических вмешательств (Кузьмин-Крутецкий М.И., Дегтерев Д.Б., 2003).

Эндоскопическое эндопротезирование осуществляется у больных с опухолевым поражением внепеченочных желчных протоков в случае невозможности выполнения радикальных оперативных вмешательств с целью постоянной паллиативной декомпрессии билиарной системы, а также для временной декомпрессии. Стенозы дистального отдела общего желчного протока (ОЖП), протяженностью более 1,5–2 см считались противопоказанием к проведению ЭПСТ по причине невозможности ликвидации структуры за счет ЭПСТ, лежащей выше подлежащего рассечению участка БСДК. В настоящее время ЭПСТ производится при стенозах ОЖП и общего печеночного протока практически любого уровня и протяженности (Кургузов О.П., Климов П. В., 2003; Малярчук В.И. и соавт., 2003, 2004; Балалыкин А.С. и соавт., 2005;).

Эндоскопическое стентирование холедоха может быть этапом подготовки больного к радикальной операции, улучшающим результаты лечения больных со злокачественными опухолями панкреатодуоденальной зоны, а также способствует улучшению качества жизни у неоперабельных пациентов (Алиджанов Ф.Б. и соавт., 2006). Эндоскопическое ретроградное дренирование и эндопротезирование общего желчного протока имеет следующие достоинства: низкая частота (не более 8%) возникновения ранних осложнений и практически отсутствие летальных исходов, быстрая нормализация клинико-лабораторных показателей (4–6 недель). Недостатками этого метода являются ограниченное применение при опухолевой обструкции протоков проксимальных отделов, высокая частота (23–28%) поздних осложнений – холангита и рецидива желтухи. Для эндопротезирования применяются три вида эндопротезов: пластиковые, сетчатые металлические саморасправляющиеся эндопротезы и металлические саморасправляющиеся

эндопротезы с двойным пластиковым покрытием (Патютко Ю.И., Котельников А.Г., 1997).

Основным недостатком пластикового стента является довольно высокий процент обтурации протеза через 3–6 месяцев после его установки в результате отложения на нем солей желчных кислот и бактериальных пленок, особенно в условиях гнойного холангита (Барсегян А.А., Феденко В.В., 2001; Kanasaki S. et al., 2000; Landoni N. et al., 2000). В отличие от пластиковых металлические саморасправляющиеся стенты сохраняют проходимость дольше, в среднем на 2–3 месяца (Varadarajulu S. et al., 2004). Металлические стенты лишены многих недостатков пластиковых эндопротезов. Особая конструкция стента предупреждает его дислокацию и раннюю обтурацию, позволяет применять его у больных с холангитом. У 5,3–10% больных окклюзия металлических эндопротезов наступает в сроки от 5 до 7 месяцев (Adam A. et al., 1991; Hausegger K.A. et al., 1991; Stoker J. et al., 1993). Врастание опухоли через ячейки или концы стента наблюдается в 58–78% случаев, отложение кристаллов желчных кислот при сохранении просвета – в 22–42% случаев (Oikarinen H. et al., 1999). Для профилактики врастания необходимо максимально перекрывать стентом измененную часть протока и использовать стенты с полимерным покрытием (Kanasaki S. et al., 2000). Такие стенты менее подвержены инкрустации, что почти в 2 раза увеличивает срок их функционирования (Gilbert D. A. et al., 1992). Наиболее удачным способом устранения непроходимости ранее установленного стента является повторная установка катетера или стента через суженный просвет (Tham T. C. et al., 1998). Вместе с тем введение крупнокалиберных стентов пациентам с выраженной длительной желтухой может вызывать резкое ухудшение состояния, несмотря на достижение хорошего дренирующего эффекта по причине возможного синдрома неконтролируемой декомпрессии (Галлингер Ю.И. и соавт., 2010).

Считается, что более «сохранным» пациентам (ожидаемый срок жизни более 6 месяцев) показано стентирование металлическими стентами, а у больных с предполагаемым сроком жизни до 6 месяцев можно использовать пластиковые (McDougall N.L., Edmunds S.E., 2001; Indar A.A. et al., 2003).

Эндоскопическое устранение билиарной гипертензии является оправданным при дистальном уровне блока у больных, для которых данное пособие стало бы альтернативой открытому оперативному вмешательству, то есть у пациентов преклонного возраста с тяжелой сопутствующей патологией и генерализацией процесса. В 90% случаев при дистальных опухолях холедоха, рака поджелудочной железы, опухолях БДС

удается добиться эффективного устранения желтухи. Наличие высоких злокачественных стриктур представляет некоторые трудности для эндоскопического метода. При опухолях Клатсина эффективность эндопротезирования ниже, чем при дистальных опухолевых стриктурах (Галлингер Ю.И., Хрусталева М.В., 2005; Земляной В.П. и соавт., 2004).

Большинство процедур эндопротезирования протекают гладко и хорошо переносятся больными. Однако наблюдение в течение нескольких суток после эндопротезирования является обязательным. Целесообразно парентеральное введение антибиотиков широкого спектра действия в течение первых суток после процедуры. На следующий день после процедуры больной может нормально питаться. Эндоскопическое ретроградное дренирование облегчает подготовку пациента к последующим операциям на желчевыводящих протоках, а эндопротезирование является окончательным этапом лечения у неоперабельных больных, уровень ранних осложнений при которых не превышает 3–5% случаев. Эндоскопическое стентирование желчных путей (во время эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии) позволяет полностью устранить желтуху и зуд, уменьшить диспепсию (Ballinger A.B. et al., 1994).

Выполнение эндоскопических способов декомпрессии как этап перед полостной операцией позволяет улучшить результаты лечения больных злокачественными опухолями панкреатобилиарной зоны, а также качество жизни у неоперабельных больных. При сравнении эффективности хирургического и эндоскопического дренирования, каких-либо преимуществ первого выявлено не было (Алтыев Б.К. и соавт., 2007; Nordback I.H. et al., 1994).

Таким образом, в настоящее время продолжается разработка малоинвазивных методик декомпрессии для купирования механической желтухи при раке БПДЗ. До сих пор вопрос выбора идеального метода желчеотводения у больных с обтурационной опухолевой желтухой остается открытым.

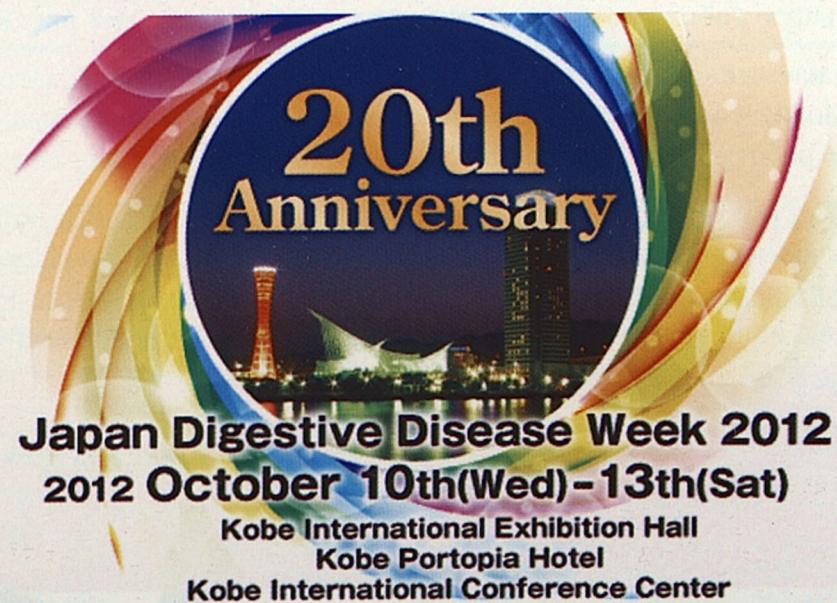
ЛИТЕРАТУРА

1. Авиалани М.В. Методические аспекты выполнения компрессионных холецистогастроанастомозов под контролем гастроскопии // Всерос. съезд хирургов: Тез. докл. – Краснодар, 1995. – С. 321–322.
2. Аксель Е. М. Состояние онкологической помощи населению России и стран в 2004 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. Т. 17. № 3 (прил. 1), с. 12, 2006.
3. Алиджанов Ф.Б., Хожибаев А.М., Хашимов М.А., Шелаев О.И. Механическая желтуха опухолевого генеза — эндоскопические возможности ее разрешения // 10-й юбилейный Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: Сборник тезисов. – М., 2006. – С.9.
4. Алтыев Б.К., Алиджанов Ф.Б., Хожибаев А.М., Хашимов М.А. Эндоскопические методы желчеотводения при механической желтухе опухолевого генеза // 10-й всероссийский съезд по эндоскопической хирургии: Сборник тезисов. – М., 2007. – Т. – 13, № 1. – С.4.
5. Балалыкин А. С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия – М.: «Медицина». – 1996. – 152 с.
6. Балалыкин А.С. Балалыкин В.Д., Муцров Х.С. и др. Внутрипросветная эндохирургия опухолей панкреатобилиарной зоны // Современная эндоскопическая техника – уникальные возможности в постановке достоверного диагноза и эффективного лечения». – М., 2005. С. 10.
7. Балалыкин А.С., Климов П.В. Эндоскопическая диагностика и лечение опухолей большого duodenального сосочка // Хирургия. – 1990. – № 1. – С.56–60.
8. Балалыкин А.С., Балалыкин В.Д., Муцров Х.С. и др. Эндоскопическая хирургия желчекаменной болезни // Матер. VIII Российско-японского симпозиума «Современная эндоскопическая техника – уникальные возможности в постановке достоверного диагноза и эффективного лечения». – М., 2005. – С. 8.
9. Балалыкин А.С. ЭРПХГ, ЭПТ и чресспапиллярные операции – успехи и проблемы. // Сб. тезисов З-го Моск. междунар. конгресса по эндоскопической хирургии. – М. – 1999. – С. 22–24.
10. Барсегян А.А., Феденко В.В. Лапароскопическая хирургия при опухолевой обструкции желчных путей // Вестник хирургии им. Грекова. – 2001. – Т. 160, № 2. – С. 89–93.
11. Барыков В.Н. Диагностика и хирургическое лечение опухолей панкреатодуоденальной зоны // Хирургия. – 2000. – № 10. – С. 20–22.
12. Батвинов И.И., Гарелик П.В., Кояло И.К., Русин Н.И. / Хирургическое лечение больных с механической желтухой // Хирургия. – 1993. – № 1. – С. 44–47.
13. Блохин Н.Н., Итин А.Б., Клименков А.А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей. – М.: Медицина, 1982. – 270 с.
14. Борисов А.Е., Березникова Е.А., Левин Л.А. Рак желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков // Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей / Под ред. Борисова А.Е. Т.2. – СПб.: Скифия. – 2003. – С. 51–84.
15. Борисов А.Е., Борисова Н.А., Верховский В.С. Эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи. – СПб.: Эскулап, 1997. – 152 с.
16. Борисова Н.А., Борисов А.Е., Кареев А.В. Эндобилиарные методы коррекции механической желтухи // Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей / Под ред. Борисова А.Е. Т.2. – СПб.: Скифия. – 2003. – С. 281–254.
17. Васильев А.Ю., Ратников В.А., Бакушкин И.А. Современные возможности магнитно-резонансной томографии в диагностике механической желтухи // Альманах Института хирургии имени А.В. Вишневского. – 2008. Т. – 3, № 1. – С. 29–33
18. Ветшев П.С. Диагностический подход при обтурационной желтухе // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1999. – № 6. – С. 12–16.
19. Вишневский А.А., Ульманис Я.Л., Гришкевич Э.В. Желчеотводящие анастомозы. – М: «Медицина», 1972. – 304 с.
20. Вишневский В.А., Тарасюк Т.И. Диагностика и хирургическое лечение рака проксимальных печеночных протоков (опухолей Клатсина) // Практическая онкология. – 2004. Т. 5, № 2, – С. 126–128.

21. Всемиров А.В. Выбор метода билиарной декомпрессии у больных механической желтухой неопухолового происхождения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Саратов, 1997. - 20 с.
22. Гаврилин А.В., Вишневский В.А. Чрескожные вмешательства на желчных путях // Анналы хирургической гепатологии. Прил. - Мат. V конгр. хирургов-гепатологов. - 1997. - №2. - С. 141 - 142.
23. Галингер Ю.И., Крендаль А.П., Бактагиров Ю.И. Эндоскопическое транспапиллярное введение эндопротезов в желчные и панкреатические протоки // Анналы НЦХ РАМН. - 1993. - №2 (55). С. 59.
24. Галингер Ю.И., Хрусталева М.В., Шатверян Д.Г., Амелина М.А., Юсупова Х.И. Неотложное транспапиллярное желчевыведение у больных с обструктивной желтухой различной этиологии // 10-й юбилейный московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. Сборник тезисов. - М., 2006. - С.54. «Актуальные вопросы экстренной эндоскопии». Тезисы докладов 1 всероссийской научно-практической конференции. - СПб. 2010. - С. 81-82.
25. Галингер Ю.И., Хрусталева М.В. Эндоскопическое транспапиллярное желчевыведение в лечении дистальной бластоматозной окклюзии // Хирургия мини-доступа: Матер. Уральской межрег. науч. - практическ. конф. - Екатеринбург, 2005. - С. 122.
26. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Чевокин А.Ю. / Лечение рубцовых стриктур печеночных протоков // Хирургия. - 1998. - № 9. - С. 26 - 30.
27. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Чевокин А.Ю. Хирургическое лечение опухолевой обструкции печеночных протоков и области их слияния. - в кн.: Очаговые поражения печени и гилюсные опухоли печеночных протоков // Материалы 2-ой конф. хир. гепатол. - Киров, 1994. - С. 166-167.
- ...
171. Wagner H.J., Knyrim K., Vakil N. Plastic endoprosthesis versus metal stents in the palliative treatment of malignant hilar biliary obstruction: A prospective and randomized trial // Endoscopy. - 1993. - Vol. 25. - P.213-218.

КОНТАКТЫ

Хромов Виталий – кандидат медицинских наук, заведующий отделением эндоскопии Александровской больницы, Санкт-Петербург, Россия





Глубокоуважаемые коллеги, врачи-эндоскописты, члены РэндО !



В 2011 году мировая общественность отмечала 50-летие волоконной эндоскопии. За короткий срок гибкая эндоскопия из диагностического вмешательства превратилась в целое направление с широкими возможностями малоинвазивного лечения. Сегодня невозможно представить современную хирургию, гастроэнтерологию, онкологию, терапию без эндоскопии, которая позволяет во многих случаях диагностировать и лечить множество заболеваний на ранних стадиях их развития.

Хочется отметить прекрасных врачей, которые внесли огромный вклад в развитие эндоскопии в нашей стране, это академики В.С. Савельев, Л.В. Поташов, профессора А.С. Балалыкин, Ю.И. Галингер, Ю.М. Корнилов, Б.К. Поддубный, Л.Н. Иншаков, В.П. Стрекаловский и многие другие. Благодаря огромным усилиям проф. Б.К. Поддубного, долгие годы возглавлявшему эндоскопическое направление в нашей стране, была введена новая специальность «врач-эндоскопист» и создано Российское эндоскопическое общество.

Российское эндоскопическое общество своей основной задачей видит объединение врачей-эндоскопистов, медицинских сестер, которых в России насчитывается более 7 тысяч, в сообщество для решения профессиональных проблем и вопросов, совместной разработки и освоения современных технологий, ориентирование в обилии научной информации. При участии комитета эндоскопического общества подготовлен проект приказа о совершенствовании эндоскопической службы России.

Российское эндоскопическое общество является членом Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE). В этом году впервые в России будет проведен Всемирный конгресс по эндосонографии. Восьмнадцатый Всемирный конгресс пройдет Санкт-Петербурге 6–8 сентября. Российское эндоскопическое общество активно принимает участие в организации его проведения. Российское эндоскопическое общество окажет поддержку членам общества для участия в работе конгресса. Планируется участие более 300 российских врачей.

В нашей стране ежегодно проводится множество региональных конференций, симпозиумов и обучающих курсов по вопросам эндоскопии. Российское эндоскопическое общество заинтересовано и активно принимает участие в организации общероссийских и регионарных научно-практических конференций, проводит большую работу по привлечению к их работе ведущих российских и зарубежных специалистов.

Уважаемые коллеги, правление Российского эндоскопического общества призывает всех врачей-эндоскопистов становиться членами Общества. Журнал «Клиническая эндоскопия» и комитеты общества проводят большую работу по информированию и пропаганде новейших достижений и направлений эндоскопии.

Прошу коллег активно участвовать в работе эндоскопического общества и журнала, присыпать интересные наблюдения из своей практики, публиковать статьи по результатам работы. Очень надеюсь, что число членов нашего Общества будет неуклонно расти. Правление Российского эндоскопического общества будет объективно ко всем критическим замечаниям и предложениям по улучшению работы нашего.

**Председатель Российского эндоскопического общества
профессор М.П. Королев**

Председателю Некоммерческого партнерства
«Эндоскопическое общество «РЭндО» профессору М.П. Королеву

От _____
(ФИО)

(паспорт)

(адрес)

Заявление

Прошу принять меня в члены Некоммерческого партнерства Эндоскопическое общество «РЭндО».

Подпись _____

Дата _____

Данное заявление может быть отправлено: 1). С подписью по факсу (812) 635-65-64 или
2). Без подписи по электронной почте endo@rusendo.ru с идентифицированного электронного
адреса (эл. адреса, позволяющего установить, что документ исходит от отправителя Заявления)

Согласовано: _____ (М.П. Королев)

Председатель НП «РЭндО»

дата _____

Форма № ПД-4

Извещение	НП «РЭндО» (наименование получателя платежа)	
	7802290040 (ИНН получателя платежа)	40703810800000004194 (номер счета получателя платежа)
Ф-л ГПБ (ОАО) в г. Санкт-Петербурге г. Санкт-Петербург		БИК 044030827
(наименование банка получателя платежа)		(номер лицевого счета (код) плательщика)
Номер кор./сч. банка получателя платежа 3010181020000000827		
Членский взнос за год		
(наименование платежа, ФИО)		
Ф.И.О. плательщика:		
Адрес плательщика:		
Сумма платежа: _____ руб. _____ коп. Сумма платы за услуги: _____ руб. _____ коп.		
Итого _____ руб. _____ коп. “ _____ ” 20 _____ г.		
Кассир	С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка ознакомлен и согласен.	
Подпись плательщика		
Квитанция	НП «РЭндО» (наименование получателя платежа)	
	7802290040 (ИНН получателя платежа)	40703810800000004194 (номер счета получателя платежа)
Ф-л ГПБ (ОАО) в г. Санкт-Петербурге г. Санкт-Петербург		БИК 044030827
(наименование банка получателя платежа)		(номер лицевого счета (код) плательщика)
Номер кор./сч. банка получателя платежа 3010181020000000827		
Членский взнос за год		
(наименование платежа, ФИО)		
Ф.И.О. плательщика:		
Адрес плательщика:		
Сумма платежа: _____ руб. _____ коп. Сумма платы за услуги: _____ руб. _____ коп.		
Итого _____ руб. _____ коп. “ _____ ” 20 _____ г.		
Кассир	С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка ознакомлен и согласен.	
Подпись плательщика		

АНКЕТА ЧЛЕНА НП «РЭндО»

ФАМИЛИЯ:				
ИМЯ				
ОТЧЕСТВО				
Дата рождения				
Паспортные данные				
ИНН				
Ученая степень				
Должность				
Организация (место работы):				
Почтовый адрес и индекс для получения корреспонденции				
Код города:		Телефон:		Факс:
Электронная почта:				
Дата последней оплаты членского взноса				

НП «РЭндО»: Почтовый адрес: 194295, Санкт-Петербург, а/я 36
тел.: (812) 635-70-15/16 e-mail: endo@rusendo.ru

First Announcement

EUS2012

18th International Symposium on Endoscopic Ultrasonography

September 6 - 8, 2012

Saint Petersburg, Russia

CHAIRPERSON

Thomas Roesch, M.D. (Germany)

University Hospital Eppendorf

VICE-CHAIRPERSON

Mikhail Korolev, M.D. (Russia)

Mariinskaya Hospital

SECRETARY GENERAL

Evgeny Fedorov, M.D. (Russia)

Moscow University Hospital N 31

PROGRAM COMMITTEE

Hiroyuki Maguchi, M.D. (Japan)

Teine Keijinkai Hospital

Bertrand Napoleon, M.D. (France)

Private Hospital Jean Mermoz

Michael Wallace, M.D. (U.S.A.)

Mayo Clinic

