

Гетеротопия железистого эпителия в шейном отделе пищевода

М.В. Князев*, В.А. Дуванский**, Н.В. Агейкина*

*ФБЛПУ «поликлиника №2 Минэкономразвития РФ», Москва,

** Курс эндоскопии, РУДН, Москва

Впервые желудочная гетеротопия в шейном отделе пищевода (ЖГП) описана в 1805 году Schmidt при аутопсии. В литературе существуют синонимы ЖГП: эктопия желудочного эпителия в шейный отдел пищевода и трудно переводимый с английского языка на русский синоним «Inlet patch». Латинское название этого клинического симптомокомплекса — «globus pharyngeus» (глочный шар). Эктопия (от греч. *ektopos* — смещенный) — смещение органа в соседние полости тела или наружу при врожденном дефекте (порок развития), или травматическом повреждении стенок полости, врожденное или приобретенное смещение органа или ткани в необычное место. Гетеротопия (от греч. *Heteros* — иной и *topos* — место) — атипичная локализация тканей или частей органов, т.е. наличие их на необычном для них месте (Virchow R.). М. Borst с соавт. считают, что гетеротопия является результатом повреждений или изменений дифференцировки тканей на ранних стадиях развития, но не следствием превращения одной ткани в другую (метаплазия) после окончательного формирования организма. В литературе гетеротопию и эктопию часто объединяют в понятие дистопия.

Желудочная гетеротопия пищевода протекают чаще асимптоматично, но описаны случаи присутствия боли и дисфагии [1,2]. Изучение этой патологии позволило установить развитие в редких случаях таких осложнений, как кровотечение [3], перфорация пищевода [4], стриктура [5, 6], последние чаще ассоциированы с развитием аденокарциномы [7, 8, 9, 10]. Циркулярное поражение слизистой оболочки пищевода при ЖГП может быть причиной развития стриктуры [11, 12]. В литературе описан редкий случай периодического формирования и лечения абсцесса на шее, имеющего свищевое сообщение с очагом ЖГП [13]. Симптомы дисфагии зависят от размера очага желудочной гетеротопии пищевода [14] — чем он больше, тем чаще пациенты предъявляют жалобы.

Распространенность желудочной гетеротопии пищевода среди взрослых, по данным литературы, со-

ставляет от 0,29% до 5% [15], [16]. Более половины пациентов не предъявляют никаких жалоб, но в 34% случаев отмечена клиника рефлюкс-эзофагита при ЖГП. Наиболее частой жалобой является «чувство комка в горле». Респираторные расстройства у детей статистически достоверно встречаются чаще при наличии желудочной гетеротопии пищевода ($P=0,03$) [17], чем без неё.

Считается, что ЖГП является частным случаем распространения гетеротопии по всему желудочно-кишечному тракту — от ротовой полости до ануса. Дивертикул Меккеля в тонкой кишке также нередко содержит гетеротопированную желудочную слизистую [18].

В литературе обсуждается предположение об врожденном эмбриональном происхождении ЖГП. Иммуногистохимические данные показали, что ЖГП имеет строение слизистой оболочки с определенным желудочным профилем, в отличие от приобретенных изменений слизистой оболочки пищевода Барретта, которая происходит из незрелых стволовых желудочно-интестинальных клеток [19]. Другим доказательством врожденного происхождения желудочной гетеротопии пищевода могут служить данные 1000 аутопсий у детей, при которых в 0,3–10% случаев обнаружены ЖГП [20]. Распространенность среди детей ЖГП, по литературным данным, составляет 5,9%. У них обнаруживается колумнарный тип строения эпителия, воспалительная реакция в плоскоклеточном эпителии вокруг очагов ЖГП и дистальный эзофагит. В 2 случаях у детей обнаружена интестинальная метаплазия. В другом проспективном исследовании в 21% случаев была выявлена ЖГП у 300 умерших по разным причинам детей в возрасте от 0 до 14 лет [21]. Развитие ЖГП, вероятно, происходит в эмбриональной стадии, когда длина зародыша достигает 130 мм, многослойный плоский эпителий появляется в средней части пищевода и замещает предшествующий ему цилиндрический эпителий, распространяясь в краниальном и каудальном направле-

ниях. Этот процесс протекает, по-видимому, не всегда полноценно, и островки желудочного эпителия могут остаться в пищеводе [22].

По гистологическому типу в ЖГП выявляют оксинтический и кардиальные типы желудочной слизистой оболочки [23]. Авторы [24] другого исследования выявили 20 пациентов из 1821 (1,1%) с желудочной гетеротопией в шейном отделе пищевода (ЖГП) в возрасте 16–75 лет. Проводилось гистологическое исследование ЖГП, которое подтвердило в 11 случаях оксинтический тип негативный по определению гастрина, у 5 пациентов – кардиальный тип слизистой желудка, а также установило у четверых только фовеолярный эпителий. У 12 имелось воспаление, 1 из которых был инфицирован *H. pylori* и 2 имели панкреатическое ацинарное панкреатическое строение слизистой оболочки. Ни одного случая кишечной метаплазии выявлено не было. ЖГП в 4 случаях сочеталось с дистальным эзофагитом, в 4 – с пищеводом Барретта, в 2 – с антральным гастритом, в 1 из которых инфицированный *H. pylori*. В другом исследовании было также подтверждено, что в очагах ЖГП присутствовал железистый эпителий, определялись главные, париетальные и муцинозные клетки. Слизистая оболочка имела железы как фундального, так и антрального типов строения ямок [25]. Авторы выделили 2 гистологического типа ЖГП: нормальный, или линейный, и очаговый. Для первого характерно строение по фундальному типу без фиброза. Для очагового типа характерна узловатая агрегация железистого эпителия переходного или антрального типов эпителия. Встречались очаги кардиального типа эпителия, слизистая пищевода Барретта с колумнарным типом строения. Интестинальная метаплазия в этой работе не была выявлена ни в одном случае. Японский патолог Т. Terada описал 3 случая гетеротопии кишечного эпителия в пищеводе из 910 случаев биопсии слизистой пищевода при различной патологии за 15 лет наблюдения и 98(10,8%) случаев гетеротопии желудочного эпителия [26].

Применение метода иммунопериоксидазного окрашивания позволило установить экспрессию гормонов гастрина, бомбестина и соматостатина в биоптатах из очагов слизистой ЖГП [27]. Отмечено, что асимптоматичное течение связано в присутствием соматостатина. Клиническое проявление ЖГП связано с продукцией кислоты, гастрина и бомбестина. Многие авторы связывают ЖГП с пищеводом Барретта и определяют как маркер пищевода Барретта [28,29].

Исследования с помощью витальной окраски конго красным показали, что ЖГП может продуцировать соляную кислоту [30,31]. Продуцирование кислоты при круглосуточной Рн-метрии отметили в 5 из 20 пациентов с ЖГП испанские авторы [32]. У 45,4% пациентов

с клиникой ларингофарингита при круглосуточной Рн-метрии выявлен кислотный рефлюкс из очага ЖГП с высокой степенью статистической достоверности ($p < 0,005$) [33]. Таким образом, правильнее говорить о железистой гетеротопии в верхнем отделе пищевода, а не только желудочной.

Ожидалась высокая степень колонизации очагов ЖГП инфекцией *Helicobacter pylori*, однако она была обнаружена только в 1 из 11 случаев. Другие авторы обнаруживали данную инфекцию [34], которая одновременно обнаруживалась и в антральном отделе желудка. Исследования показали, что в 73% Нр поражает ЖГП синхронно со слизистой антрального отдела [35]. С другой стороны, в исследовании немецких авторов ни в одном из 33 случаев выявленной ЖГП не обнаружена Нр-инфекция, хотя в 11 случаях гистологическое строение ЖГП было желудочного типа [36].

Большинство авторов указывает на достаточно редкие случаи развития аденокарциномы при ЖГП [37,38]. Однако экспрессия циклооксигиназы-2, протеина определяемого при гастроинтестинальных опухолях за счет ингибирования апоптоза и регуляции ангиогенеза, определяется в 41,7% случаев выявления ЖГП [39], что, по мнению авторов, указывает на высокий потенциал развития аденокарциномы. Японские авторы указывают только 26 ссылок на развитие аденокарциномы из очагов ЖГП за период 1950 по 2006 годы [40]. Французские ученые упоминают о 15 случаях аденокарциномы при ЖГП в литературных источниках. Обследовали случай низкодифференцированной аденокарциномы пищевода с пищеводом Барретта у 61-летней пациентки на присутствие цитокератина 7, 20 и протеина Р53, обнаружили их как в очаге аденокарциномы, так и в сегменте пищевода Барретта и сделали вывод об общем патогенетическом происхождении этих поражений. Другая группа японских ученых, по данным анализа литературных источников, указала о 18 случаях аденокарциномы. Описали случай высокодифференцированной аденокарциномы, источником которой являлся очаг ЖГП [41]. Американские авторы описывают полиповидный тип умеренно дифференцированной аденокарциномы (3,2х3,0 см) из гетеротопированной желудочной слизистой пищевода шейного отдела без признаков пищевода Барретта. Пациенту была проведена парциальная резекция пищевода с диссекцией лимфатических узлов, установлена стадия T1N0M0. Была проведена химиорадиационная терапия, на протяжении 6 лет признаков рецидива и метастазирования не обнаружено. Авторы указывают на 19 литературных источников, в которых упоминались данные по возникновению аденокарциномы из ЖГП [42]. По данным национального института по изучению рака США

(National cancer institute, SEER cancer statistic review 2003–2007), аденокарцинома в этой области обнаружена в 18 случаях.

Проблемой в диагностике гетеротопий является то, что область верхнего пищеводного сфинктера, где обычно локализуются очаги, зачастую осматривается недостаточно. Ритмичные сокращения верхнего пищеводного сфинктера создают трудности для исследования, фотографирования и проведения биопсии. Для диагностики гетеротопии слизистой оболочки желудка в пищеводе рекомендуется тщательное исследование проксимального отдела пищевода при медленном извлечении эндоскопа.

Осмотр слизистой оболочки пищевода в узком спектре света (NBI) значительно упростил выявление очагов ЖГП. Японские авторы в 2004 г. впервые применили прототипы эндоскопа с системой NBI для скрининга опухолей пищевода [43]. В 2013 г. группа японских авторов, применив режим узкого спектра света (NBI), впервые представила эндофотографии очага аденокарциномы типа 0-Ips в зоне эктопированной желудочной слизистой оболочки верхней части пищевода [44].

В литературе описаны 10 случаев лечения с помощью аргонплазменной коагуляции очагов ЖГП у пациентов с жалобами на чувство «комка» в горле, кашель и клинику ларингита ЖГП. Авторы отмечают положительный эффект через 8 недель, однако симптомы сопутствующего рефлюкс-эзофагита остались неизменными [45]. Описан случай лечения осложнения ЖГП-стенозирования просвета пищевода у пятилетнего ребенка. Была выполнена резекция очага ЖГП, и последующее 10-летнее наблюдение показало отсутствие рецидива [46].

Применение метода эндоскопической резекции слизистой при гиперпластическом полипе в эктопированной желудочной слизистой оболочке шейного отдела пищевода опубликовали японские авторы в 2003 г. [47] и в 2005 г. [48].

Таким образом, в проблеме возникновения ЖГП остается много нерешенных вопросов. Прежде всего неясно этиопатогенетическое происхождение этого заболевания, связь с заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (эзофагиты, пищевод Барретта, гастриты и др.) и соседних органов и систем. В последнее время все больше авторов указывают на то, что развитие ларингитов, трахеобронхитов и бронхиальной астмы связаны в 30% случаев с гастроэзофагеальным рефлюксом. Роль пищеводно-фарингиального рефлюкса кислотой из очага ЖГП в возникновении этих заболеваний требует уточнения и изучения. Нет четкой позиции в вопросе синхрон-

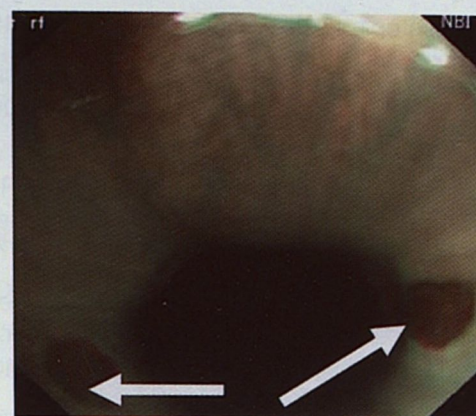


Рис. 1. Очаги желудочной гетеротопии в шейном отделе пищевода (указаны стрелками). Эндоскопическое изображение в режиме узкого спектра света (NBI).

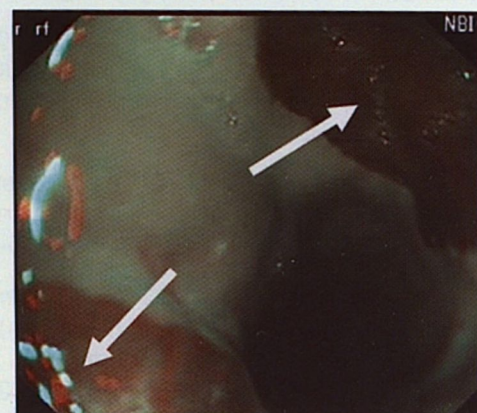


Рис. 2. Крупные очаги желудочной гетеротопии в шейном отделе пищевода (указаны стрелками). Осмотр в режиме узкого спектра света (NBI).

ного поражения слизистой желудка и очагов ЖГП. Важным является изучение механизмов защиты очагов ЖГП от возникновения эрозивно-язвенных и канцероматозных поражений. Частота возникновения аденокарциномы в очагах ЖГП в разы ниже, чем при пищеводе Барретта и плоскоклеточном раке пищевода. Эти и другие вопросы требуют дальнейшего изучения и осмысления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Raine, C. H. Ectopic gastric mucosa in the upper esophagus as a cause of dysphagia. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1983. 92:65–66.
2. Foxen, E. H. M. Ectopic gastric mucosa in cervical oesophagus, a possible cause of dysphagia. *J Laryngol Otol* 1957. 71:419–423.
3. Bataller, R., J. M. Bordas, J. Ordi, J. Llach, J. I. Elizalde, and F. Mondelo. Upper gastrointestinal bleeding: a complication of "inlet patch mucosa" in the upper esophagus. *Endoscopy* 1995. 27:282.
4. Sanchez-Pernaute, A., F. Hernando, and L. Diez-Valladares et al. Heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus ("inlet patch"): a rare cause of esophageal perforation. *Am J Gastroenterol* 1999. 94:3047–3050.
5. Steadman, C., P. Kerlin, C. Teague, and P. Stephenson. High esophageal stricture: a complication of inlet patch mucosa. *Gastroenterology* 1988. 94:521–524.
6. Yarborough, C. S. and R. C. McLane. Stricture related to an inlet patch of the esophagus. *Am J Gastroenterol* 1993. 88:275–276.
7. Carrie, A. Adenocarcinoma of the upper end of the esophagus

- arising from ectopic gastric epithelium. *Br J Surg* 1950. 37:474.
8. Sperling, R. M. and J. H. Grendell . Adenocarcinoma arising in an inlet patch of the esophagus. *Am J Gastroenterol* 1995. 90:150–152.
 9. Berkelhammer, C. , M. Bhagavan , A. Templeton , R. Raines , and J. Walloch . Gastric inlet patch containing submucosally infiltrating adenocarcinoma. *J Clin Gastroenterol* 1997. 25:678–681.
 10. Lauwers, G. Y. , G. V. Scott , and J. N. Vauthey . Adenocarcinoma of the upper esophagus arising in cervical ectopic gastric mucosa. Rare evidence of malignant potential of so-called "inlet patch.". *Dig Dis Sci* 1998. 43:901–907.
 11. Steadman C, Kerlin P, Teague C, Stephenson P. High esophageal stricture: a complication of 'inlet patch' mucosa. *Gastroenterology* 1988; 94: 521-4.
 12. Weaver GA. Upper esophageal web due to a ring formed by a squamocolumnar junction with ectopic gastric mucosa (another explanation of the Patterson-Kelly-Plummer-Vinson Syndrome. *Dig Dis Sci* 1979; 24: 959-63.
 13. Daher P, Francis E, Raffoul L, Riachy E. Ectopic gastric mucosa in the cervical esophagus presenting as a recurrent neck abscess: a case report. *J Pediatr Surg*. 2010 Jun;45(6):e15-7.
 14. Poyrazoglu OK, Bahcecioğlu IH, Daglı AF, Ataseven H, Celebi S, Yalniz M. Heterotopic gastric mucosa (inlet patch): endoscopic prevalence, histopathological, demographical and clinical characteristics. *Int J Clin Pract*. 2009 Feb;63(2):287-91. Epub 2007 May 29
 15. Maconi, G. , F. Pace , L. Vago , L. Carsana , S. Bargiggia , and G. B. Porro . Prevalence and clinical features of heterotopic gastric mucosa in the upper oesophagus (inlet patch). *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000. 12:745–749.
 16. Jacobs E, Dehou MF. Heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus: a prospective study of 33 cases and review of literature. *Endoscopy*. 1997 Oct;29(8):710-5.
 17. Macha S, Reddy S, Rabah R, Thomas R, Tolia V. Inlet patch: heterotopic gastric mucosa--another contributor to supraesophageal symptoms? *J Pediatr*. 2005 Sep;147(3):379-82.
 18. Chong VH, Jaliha A. Cervical inlet patch: case series and literature review. *South Med J*. 2006 Aug;99(8):865-9.
 19. Feurle, G. E. , V. Helmstaedter , A. Buehring , U. Beffendorf , and V. F. Eckardt . Distinct immunohistochemical findings in columnar epithelium of esophageal inlet patch and of Barrett's esophagus. *Dig Dis Sci* 1990. 35:86–92.
 20. Rector, L. E. and M. I. Connerly . Aberrant mucosa in the esophagus in infants and children. *Arch Pathol* 1941. 31:285–294.
 21. Variend S., Howat A.J. (1988) Upper oesophageal gastric heterotopia: a prospective necropsy study in children. *J. Clin. Pathol*. 41: 742-745
 22. Behrens C., Yen P.P.W. (2011) Esophageal inlet path. *Radiology research and practice*. Article ID: 460890
 23. Jabbari, M. , C. A. Goresky , J. Lough , C. Yaffe , D. Daly , and C. Cote . The inlet patch: heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus. *Gastroenterology* 1985. 89:352–356.
 24. Ping Tang, Matthew J. McKinley, Maria Sporrer, Ellen Kahn. Inlet Patch: Prevalence, Histologic Type, and Association With Esophagitis, Barrett Esophagus, and Antritis. *Arch Pathol Lab Med*. 2004 Apr;128(4):444-7.
 25. F. Borhan-Manesh, J B Farnum. Incidence of heterotopic gastric mucosa in the upper Oesophagus. *Gut*, 1991, 32, 968-972
 26. Terada T. A clinicopathologic study of esophageal 860 benign and malignant lesions in 910 cases of consecutive esophageal biopsies. *Int J Clin Exp Pathol*. 2013;6(2):191-8. Epub 2013 Jan 15.
 27. Shah KK, DeRidder PH, Shah KK. Ectopic gastric mucosa in proximal esophagus. Its clinical significance and hormonal profile. *J Clin Gastroenterol*. 1986 Oct;8(5):509-13.
 28. Malhi-Chowla, N. , R. K. Ringley , and H. C. Wolfsen . Gastric metaplasia of the proximal esophagus associated with esophageal adenocarcinoma and Barrett's esophagus: what is the connection? *Dig Dis* 2000. 18:183–185.
 29. Rattner HM, McKinley MJ. Heterotopic gastric mucosa of the upper esophagus (letter). *Gastroenterology* 1986; 90: 1309.
 30. Hamilton, J. W. , R. G. Thune , and J. F. Morrissey . Symptomatic ectopic gastric epithelium of the cervical esophagus. Demonstration of acid production with Congo red. *Dig Dis Sci* 1986. 31:337–342.
 31. Nakajima, H. , A. Munakata , Y. Sasaki , and Y. Yoshida . pH profile of esophagus in patients with inlet patch of heterotopic gastric mucosa after tetragastrin stimulation. An endoscopic approach. *Dig Dis Sci* 1993. 38:1915–1919.
 32. Baudet JS, Alarc n-Fern ndez O, S nchez Del R o A, Aguirre-Jaime A, Le n-G mez N. Heterotopic gastric mucosa: a significant clinical entity. *Scand J Gastroenterol*. 2006 Dec;41(12):1398-404.
 33. Akbayir N, Skmen HM, Cali AB, B I kba C, Erdem L, Alkim C, Sakiz D, Mungan Z. Heterotopic gastric mucosa in the cervical esophagus: could this play a role in the pathogenesis of laryngopharyngeal reflux in a subgroup of patients with posterior laryngitis? *Scand J Gastroenterol*. 2005 Oct;40(10):1149-56.
 34. Borhan-Manesh, F. and J. B. Farnum . Study of *Helicobacter pylori* colonization of patches of heterotopic gastric mucosa (HGM) at the upper esophagus. *Dig Dis Sci* 1993. 38:142–146.
 35. Gutierrez O, Akamatsu T, Cardona H, Graham DY, El-Zimaity HM. *Helicobacter pylori* and heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus (the inlet patch). *Am J Gastroenterol*. 2003 Jun;98(6):1266-70.
 36. Weickert U, Wolf A, Schröder C, Autschbach F, Vollmer H. Frequency, histopathological findings, and clinical significance of cervical heterotopic gastric mucosa (gastric inlet patch): a prospective study in 300 patients. *Dis Esophagus*. 2011 Feb;24(2):63-8. doi: 10.1111/j.1442-2050.2010.01091.x.
 37. Carrie A. Adenocarcinoma of the upper end of the oesophagus arising from ectopic gastric epithelium. *Br J Surg* 1950; 37:474.
 38. Danoff B, Cooper J, Klein M. Primary adenocarcinoma of the upper oesophagus. *Clin Radiol* 1978; 29: 519-22.
 39. Martins FP, Artigiani Neto R, Oshima CT, Costa PP, N M F, Ferrari AP. Over-expression of cyclooxygenase-2 in endoscopic biopsies of ectopic gastric mucosa. *Braz J Med Biol Res*. 2007 Nov;40(11):1447-54.
 40. Shuji Komori, Shinji Osada, Yoshihiro Tanaka, Takao Takahashi, Narutoshi Nagao, Kazuya Yamaguchi, Nami Asano, Kazuhiro Yoshida. A case of esophageal adenocarcinoma arising from the ectopic gastric mucosa in the thoracic esophagus. *Rare Tumors*. 2010 March 31; 2(1): e5.
 41. Noguchi T, Takeno S, Takahashi Y, Sato T, Uchida Y, Yokoyama S. Primary adenocarcinoma of the cervical esophagus arising from heterotopic gastric mucosa. *J Gastroenterol*. 2001 Oct;36(10):704-9.
 42. Alrawi SJ, Winston J, Tan D, Gibbs J, Loree TR, Hicks W, Rigual N, Lor JM Jr. Primary adenocarcinoma of cervical esophagus. *J Exp Clin Cancer Res*. 2005 Jun;24(2):325-30.

43. Muto M, Nakane M, Katada C, Sano Y, Ohtsu A, Esumi H, et al. Squamous cell carcinoma in situ at oropharyngeal and hypopharyngeal mucosal sites. Cancer 2004;101:1375-81
44. K. Nonaka, M. Watanabe, H. Yuruki, A Okuda, K. Sakurai, K. Iyama, Y. Sasaki. Narrow band imaging of adenocarcinoma arising from ectopic gastric mucosa in the upper esophagus. Endoscopy 2013; 45(S 02): E112-E113
45. Meining A, Bajbouj M, Preeg M, Reichenberger J, Kassem AM, Huber W, Brockmeyer SJ, Hannig C, Hfler H, Prinz C, Schmid RM. Argon plasma ablation of gastric inlet patches in the cervical esophagus may alleviate globus sensation: a pilot trial. Endoscopy. 2006 Jun;38(6):566-70.
46. Powell RW, Luck SR. Cervical esophageal obstruction by ectopic gastric mucosa. J Pediatr Surg. 1988 Jul;23(7):632-4.
47. Oguma J, Ozawa S, Omori T, Kitagawa Y, Saikawa Y, Mikami S, Kitajima M. EMR of a hyperplastic polyp arising in ectopic gastric mucosa in the cervical esophagus: case report. Gastrointest Endosc. 2005 Feb;61(2):335-8.
48. Hirayama N, Arima M, Miyazaki S, Shimada H, Okazumi S, Matsubara H, Suzuki T, Ochiai T, Kouzu T. Endoscopic mucosal resection of adenocarcinoma arising in ectopic gastric mucosa in the cervical esophagus: case report. Gastrointest Endosc. 2003 Feb;57(2):263-6.

КОНТАКТЫ

Князев Михаил Викторович – к.м.н., заведующий
эндоскопическим отделением ФБЛПУ
«Поликлиника №2 Минэкономразвития
России», Москва. тел.: (499)7830384.
E-mail knyazev.mikhail@mail.ru.

Дуванский Владимир Анатолиевич – д.м.н.,
профессор, руководитель курса эндоскопии
РУДН, Москва. E-mail: iva4583@yandex.ru.

1-й МОСКОВСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФЕСТИВАЛЬ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ

25–27 сентября 2013 года
Москва

Приглашаем Вас принять участие в работе 1-го Московского международного фестиваля малоинвазивной хирургии, расширенного пленума правления РОЭХ, пленума проблемной комиссии «Эндоскопическая хирургия» при научном совете по хирургии РАМН и МЗ РФ

В программе Фестиваля три дня конференций с международным участием и живым видео из операционных и эндоскопических кабинетов

25 сентября Конференция «Хирургия единого доступа и транслюминальная хирургия» – подведение промежуточных итогов внедрения в клиническую практику.

26 сентября Конференция «Эндоскопические и интервенционные чрескожные методы диагностики и лечения заболеваний поджелудочной железы». Мероприятие является продолжением цикла ежегодных конференций «Эндоскопия от органа к органу».

Приглашенный эксперт – проф. Малдер (Амстердам)

27 сентября Конференция «Эндоскопия пищевода: РОЕМ и тоннельные операции» – освещение нового направления оперативной эндоскопии в лечении заболеваний пищевода.

Приглашенный эксперт – проф. Чжоу (Шанхай)

Место проведения:

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского», г. Москва, ул. Серпуховская, д. 27



РОССИЙСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
НАУЧНЫЙ СОВЕТ РАН ПО ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ НАУКАМ:
СЕКЦИЯ "ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛОГИИ":
ПРОБЛЕМНАЯ КОМИССИЯ "ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ, ГЕПАТОЛОГИИ"
МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПО ТЕРАПИИ РАМН
РОССИЙСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ ПЕЧЕНИ

ДЕВЯТНАДЦАТАЯ РОССИЙСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ НЕДЕЛЯ

с 30 сентября по 2 октября 2013 года

Москва

РОССИЙСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ (РГА)
ПРИГЛАШАЕТ ВАС ПРИНЯТЬ УЧАСТИЕ В РАБОТЕ ДЕВЯТНАДЦАТОЙ РОССИЙСКОЙ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ НЕДЕЛИ

СТРАНЫ –УЧАСТНИКИ: Австрия, Армения, Белоруссия, Великобритания, Германия, Израиль, Казахстан, Киргизия, Молдавия, Российская Федерация, США, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Украина, Франция, Эстония

В рамках Гастроэнтерологической недели будут проведены симпозиумы по эндоскопии.

Девятнадцатая Российская гастроэнтерологическая неделя проводится в соответствии с п. 46 Приказа Министерства здравоохранения России № 93 от 26 февраля 2013 «Об утверждении Плана научно-практических мероприятий Министерства здравоохранения Российской Федерации на 2013 год».

Программа Недели включает в себя обсуждение широкого круга теоретических и практических проблем современной гастроэнтерологии и эндоскопии, курс последипломного обучения.

Перед Неделей 27–29 сентября 2013 года будет проведена Осенняя сессия Национальной школы гастроэнтерологов, гепатологов.

Вход осуществляется по приглашениям с предъявлением документа, удостоверяющего личность. Для лиц, не получивших приглашения заранее, предусмотрена их выдача при входе в РАНХиГС.

КОНТАКТЫ:

Адрес: Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ (РАНХиГС)
Москва, проспект Вернадского, д. 84. Проезд до ст. метро «Юго-Западная».

Почтовый адрес для справок, отправки тезисов и регистрационных карт: 119146, Москва, а/я 31, «ГАСТРО»

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ ОРГКОМИТЕТА

По общим вопросам: +7 (499) 248-38-44, +7 926-213-25-52, +7 910-460-02-28

По организации выставки: +7 910-460-02-28

По размещению в гостиницах: +7 (499) 248-38-44, +7 903-103-90-31

Факс (круглосуточно): +7 (499) 248-38-44

Интернет-адреса: <http://www.gastro.ru>, <http://www.liver.ru> ОРГКОМИТЕТ

Электронная почта: по общим вопросам: fin.fin@ru.net прием презентаций: rga-org@yandex.ru, fin.fin@ru.net

По размещению в гостиницах: gastro_gosti@mail.ru

FRIDAY OCTOBER 18

MORNING

8.00 AM

Shuttle-bus Hotel > IRCAD | EITS

8.30 AM

PLENARY SESSIONS

INTRODUCTION: RATIONALE OF FLEXIBLE ENDOSCOPY FOR SURGEONS

BASICS: THE ENDOSCOPE

- // "Anatomy" of the flexible endoscope
- // Basics of manipulation
- // Various types of flexible endoscopes
- // Flexible instrumentation
- // Flexible energy tools

EDUCATIONAL METHODS

- // Interactive theoretical and video sessions
between faculty and course participants
- // Pre-recorded operative demonstrations



CURRENT INDICATIONS AND TECHNIQUES OF FLEXIBLE ENDOSCOPY FOR SURGEONS:

Upper GI tract

- // Intraoperative eso-gastroscopy-
duodenoscopy
 - / Laparoscopic fundoplication
 - / Esophageal myotomy –
diverticulectomy
 - / Laparoendoscopic resection
of submucosal tumors
 - / Laparoendoscopic Intragastic surgery
 - / Intraoperative sphincterotomy:
"rendezvous" technique
- // Endoscopic esophageal dilatation
- // Endoscopic esogastric stenting
and clipping
- // New techniques-technologies
 - / Per Oral Endoscopic Myotomy
(POEM)
 - / Endoluminal resection of mucosal
and submucosal lesions
 - / Endoluminal bariatric surgery
 - / Endoscopic suturing
 - / Endoscopic Confocal Microscopy

1.00 PM

Lunch at the Institute