

Ошибки, опасности и неудачи эндоскопических исследований. Общий взгляд на проблему

А.А. Будзинский

Медицинский Центр Банка России, Москва

Инструментальные методы исследования, связанные с введением в просвет пищеварительного тракта или полости организма плотных оптических систем, безусловно, могут сопровождаться возникновением осложнений и побочных проявлений. Частота их в динамике по мере развития и совершенствования эндоскопической аппаратной базы, с одной стороны, уменьшается, однако, с другой стороны появление и разработка новых методов лечения, зачастую достаточно травматичных, растет. Одной из кардинальных задач развития эндоскопии является приведение указанных неблагоприятных последствий к минимуму.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ

Неудачи эндоскопического вмешательства — ситуации, когда его не удалось выполнить совсем или в полном объеме. Как правило, оценивается индексом успешности проведения той или иной процедуры или операции.

Причинами неудач могут быть объективные и субъективные по отношению к действиям врача факторы. К первым относятся невозможность проведения исследования в связи с резким ухудшением состояния больного, отказом его от процедуры и неадекватное поведение, технические неполадки в аппаратуре, отсутствие тех или иных приборов и инструментов для ее проведения. Субъективными факторами являются недостаточный опыт специалиста, неправильное определение показаний к исследованию, опасение возникновения его неблагоприятных последствий.

Побочными проявлениями эндоскопических процедур в первую очередь называют их местные или общие последствия, напрямую не связанные с ними самими. Это возникновение аллергических реакций и сердечно-сосудистых расстройств во время подготовки больных, обострения флебитов и гнойных осложнений в результате премедикации, осложнений анестезии, процессов, связанных с последствием последней, а также такие экзотические слу-

чай, как получение травм во время снятия больных с операционного стола. Кроме этого, к побочным проявлениям относят патологические ощущения у пациентов, связанных с методикой процедуры. Это чувство распирающего и боли в животе в результате нагнетания воздуха в просвет пищеварительного тракта или брюшную полость. Как правило, эти явления быстро переходящи и не требуют специального лечения.

Осложнения эндоскопических процедур — неблагоприятные последствия синдромного характера, возникающие у пациента в результате непосредственно самого эндоскопического диагностического или лечебно-оперативного воздействия. Их делят на интра- и послеоперационные, возникающие непосредственно после процедуры и отсроченные, опасные и неопасные для жизни пациентов. Для оценки и характеристики наличия и степени выраженности осложнений целесообразно пользоваться международными общепринятыми стандартами и категориями. Так, европейцы давно договорились считать панкреатитом состояния, когда имеются соответствующие клинические проявления заболевания и повышение уровня амилазы в сыворотке крови не менее, чем в 3 раза; желудочно-кишечными кровотечениями называют состояния, когда содержание гемоглобина в сыворотке крови падает менее, чем 10 мг/% и больному требуется перелить не менее 650 мл крови (т.е. средней и тяжелой степени, по отечественной классификации). Поэтому, если считать всех больных с последствиями, к примеру, эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке (БДС), в частности, небольшие кровотечения, остановленные непосредственно во время вмешательства, или амилаземию без клинических проявлений панкреатита в качестве осложнений, то мы рискуем получить их в 1/3 случаев, как у А.С. Балайкина (1993) и быть непонятыми зарубежными специалистами.

В качестве основных причин возникновения осложнений и других неблагоприятных исходов рассматриваются следующие:

- 1) неточное определение показаний и противопоказаний к эндоскопической диагностической или лечебной процедуре;
- 2) низкое качество применяемой аппаратуры и инструментов;
- 3) неоптимальность применяемых методик;
- 4) степень опыта и мастерства специалиста;
- 5) отсутствие современных подходов в обучении эндоскопии;
- 6) устаревшие организационные формы.

К первой группе относят наиболее фундаментальные, основные факторы возникновения осложнений. Действительно, ситуация вдвойне ухудшается, если они возникают во время эндоскопического исследования, сделанного не по показаниям; недооценка таких моментов, как нарушение свертывающей системы крови или наличие дисфагии, могут привести к геморрагиям и повреждениям пищевода даже после диагностических процедур. Важным является также последовательность применения методов оперативной эндоскопии и в тех случаях, когда возможно излечение пациентов в результате консервативных воздействий, например при полипозе желудка или дисфункции сфинктера Одди.

Качество используемых приборов, инструментов и их достаточный набор играют все возрастающую роль по отношению к возможности возникновения неблагоприятных исходов. Действительно, если в России до сих пор в основном используются гибковолоконные инструменты, являющиеся аппаратурой вчерашнего дня и на порядок уступающие в качестве изображения телевизионным эндоскопам, трудно ждать, что по результатам диагностики и лечения отечественные специалисты будут находиться на уровне зарубежных коллег, что мы наблюдаем, в частности, при обнаружении раннего рака, в частоте перфораций пищевода более грубыми и толстыми приборами. По мере развития оперативных эндоскопических методов арсенал используемых инструментов непрерывно расширяется. В частности, набор приспособлений для проведения эндоскопических вмешательств на главном панкреатическом протоке при хроническом панкреатите достигает 25 позиций. Не имея достаточного количества инструментов, специалисты зачастую применяют самодельные и полукустарные приспособления, что, безусловно, не способствует получению лучших результатов.

Оптимальность используемых методов играет существенное значение в профилактике неблагоприятных последствий эндоскопии. Так, рентгенологическое исследование, проведенное до эзофагоскопии у больных с дисфагией, может существенно облегчить ориентировку специалиста в анатомических особенностях пищевода. Применение методов селективной катетеризации холедоха при эндоскопической ретроградной панкреатикохолангиографии (ЭРПХГ) и папиллосфинктеротомии (ПСТ) позволили снизить частоту возникновения постманипуляционного панкреатита в 2 раза. Использование баллонной дилатации сфинктера Одди при небольших конкрементах общего желчного протока и неизменном большом дуоденальном сосочке дали возможность избежать такого осложнения ЭПСТ, как кровотечение.

Опыт и мастерство специалиста, производящего исследование, рассматриваются большинством экспертов как определяющий фактор. Действительно, осложнения после ЭПСТ как одного из наиболее сложных методов оперативной эндоскопии наглядно свидетельствуют о необходимости приобретения определенного опыта. Многие авторы, изучавшие этот вопрос, считают, что достаточно иметь за плечами не менее 200 прооперированных больных, чтобы считаться специалистом в данном вопросе. Конечно, эта цифра относительна, поскольку, попав в сложные условия проведения вмешательств на узком холедохе в плановой хирургии и получив большое количество случаев острого панкреатита, внедрив принципиально новые организационные и методические подходы, ваш покорный слуга лишь через 20 лет практики, произведя около 2000 операций на ТОХ, смог сказать себе, что научился делать ЭПСТ оптимальным образом. В то же время наш анализ количества случаев перфорации пищевода во время диагностической эзофагоскопии показал, что они наблюдались исключительно у специалистов, имевших стаж работы от 3 до 7 лет, т.е. у людей «среднего» уровня опытности. Это согласуется с известной статистикой в хирургии, когда большая часть осложнений приходится на врачей, отработавших от 5 до 10 лет, когда специалист приобретает начальный опыт, а психологически считает, что знает и умеет многое, переоценивая себя. Но все же опытность эндоскописта является, безусловно, определяющим фактором успешного выполнения процедур. Например, такой простой методический прием, как аспирация воздуха и жидкости из желудка при звершении длительных манипуляций, таких как ЭРПХГ и ЭПСТ, остановка кровотечений стал нами применяться лишь через несколько лет их внедрения, когда мы поняли, что тошнота, рвота с опасностью аспирации связаны с

избыточным количеством содержимого в желудке, что, как правило, не наблюдается при обычных ЭГДС.

С вышесказанным тесно связаны вопросы подготовки и обучения специалистов. Действительно, эндоскопист, учащийся на своих ошибках, которые зачастую являются стандартными, и тот, которому методике передают «из рук в руки» и предостерегают о возможных неприятностях, будут иметь разные результаты работы. В этой связи чрезвычайно важным является обучение молодых врачей современным методическим подходам. Например, очень актуальным выглядит пресловутая диагностика раннего рака верхних отделов пищеварительного тракта. Японские специалисты гордятся тем, что к 2000 году обнаружение наиболее сложных в этом плане плоских (гастритоподобных) форм рака достигло 60% (против 30 в 1980 г.). Естественно, что более ранняя и точная диагностика указанных проявлений заболевания дает лучшие показатели лечения и снижение его побочных эффектов. К сожалению, в России до сих пор не существует детально разработанных учебных пособий по этому вопросу.

Разработка оптимальных организационных форм также приводит к снижению неблагоприятных последствий использования эндоскопических методов. К примеру, в комплексе с другими мероприятиями использование специальной диеты и препаратов дигестора за 3 дня до процедуры, внутривенное капельное назначение ингибиторов протонной помпы, оптимальной премедикации перед исследованием позволило

снизить частоту послеоперационного панкреатита в 2,5 раза по данным английских исследователей и нашему опыту. В МЦ Банка России при записи больных на эндоскопическую процедуру принято пользоваться специальным листком, в котором с врачом обсуждаются следующие вопросы: 1) показания и противопоказания к эндоскопической процедуре; 2) наличие аллергии к медицинским препаратам, в частности к местным анестетикам; 3) переносимость исследования ранее, его данные и необходимая премедикация, подготовка (красители); 4) данные других методов исследования, в частности, УЗИ органов брюшной полости; 5) показатели инфицированности ВИЧ-инфекцией, гепатитами В и С, сифилисом. Примерно те же вопросы, параллельно с психоэмоциональной подготовкой, обсуждаются во время беседы с пациентом перед исследованием. Следует подчеркнуть, что столь детальный подход к его выполнению, а также методически правильное и тщательное обследование требуют определенных временных затрат, и в современной эндоскопии пренебрежение нормами времени на выполнение процедуры приводит к снижению показателей ее эффективности и в частности, к повышению процента неблагоприятных исходов.

Современные эндоскопические диагностические и лечебные исследования требуют новых, тщательно проработанных методических, организационных и педагогических подходов, применение которых может помочь свести к минимуму неблагоприятные результаты их применения.

КОНТАКТЫ

Будзинский Александр Анатольевич, к.м.н.,
заведующий отделением эндоскопии
Медицинского Центра Банка России,
190000, Москва, ул. Малая Арнаутская, 55