

## **Сочетанная трансназальная бронхоскопия и эзофагогастродуоденоскопия — новая концепция комплексного эндоскопического обследования пациентов с хирургическими заболеваниями органов грудной клетки**

**Ю.Г. Старков, К.В. Шишин, И.Ю. Недолужко**

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития РФ, Москва

Комплексное полноценное предоперационное обследование пациента позволяет не только выбрать оптимальный объем оперативного вмешательства, но и своевременно распознать сопутствующие заболевания, что является особенно актуальным в плановой хирургии. Своевременная диагностика сопутствующих заболеваний позволяет провести их коррекцию или предоперационную подготовку, направленную на профилактику осложнений в послеоперационном периоде. Именно такая лечебно-диагностическая тактика является залогом успешного лечения в современной многопрофильной клинике.

Многообразие диагностических исследований, которые пациент должен пройти перед предстоящим оперативным вмешательством, можно разделить на лабораторные исследования, функциональные методы диагностики и инструментальные методы обследования. Последние, в свою очередь, можно разделить на неинвазивные (УЗИ, КТ, МРТ) и инвазивные (ЭГДС, бронхоскопия, колоноскопия, эндоваскулярные вмешательства). В Институте хирургии им. А.В. Вишневского эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта является неотъемлемой частью предоперационного обследования и входит в стандартный протокол диагностического алгоритма при любых плановых операциях большого объема. Основной целью исследования является исключение острых эрозивно-язвенных поражений и сопутствующих неопластических изменений верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Проведенные научные исследования показывают, что некоррегированные эрозивно-язвенные изменения в результате операционного стресса могут служить причиной серьезных желудочно-кишечных кровотечений [1, 3, 4]. С другой стороны, нередко у хирургических больных негастроэнтерологического профиля эндоскопическое обследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта в предоперационном периоде является первым в жизни и сопровождается диагностикой малосимптомных заболеваний, в том числе требующих дополнительного эндоскопического или оперативного лечения.

В связи с этим на протяжении многих лет пациентам, которым планируется оперативное вмешательство, с целью предоперационной диагностики выполнялась эзофагогастродуоденоскопия. По мере развития современных технологий и эндоскопической техники с 2010 года в Институте внедрена трансназальная эзофагогастродуоденоскопия. Выполнение исследования по этой методике позволяет провести аппарат по задней стенке глотки, тем самым избежать его контакта с рефлексогенной зоной, вызывающей рвотный рефлекс. Новейшее оборудование позволяет выполнить практически весь спектр диагностических манипуляций, в том числе осмотр слизистой оболочки в узкоспектральном режиме освещения (FICE), взятие материала для гистологического исследования. Таким образом, трансназальная гастроскопия по своей информативности ничем не уступает традиционному исследованию и при этом является значительно менее травматичной и более комфортной для пациента [2, 5, 6].

Кроме того, у всех пациентов, госпитализированных по поводу заболеваний легких, средостения и верхних дыхательных путей обязательным компонентом обследования является выполнение бронхоскопии или ларинготрахеоскопии. Комплексное применение современных эндоскопических методов обследования, с возможностью взятия материала для гистологического, цитологического, биохимического и бактериологического исследования, позволяет с наибольшей точностью установить правильный предоперационный диагноз и определить тактику дальнейшего лечения.

В то же время большое число инвазивных предоперационных обследований достаточно тяжело переносятся самими пациентами не только с психологической точки зрения, но и по объективным медицинским критериям. Каждое эндоскопическое вмешательство является стрессом для организма, зачастую оно приводит к возникновению одышки, гипоксии, тахикардии и сопровождается болевым синдромом различной интенсивности, в связи с чем большинство эндоскопических манипуляций требует проведения премедикации с использованием седативных, анальгетических и



атропиноподобных препаратов. Несмотря на то, что инвазивные эндоскопические исследования назначаются пациентам с минимальным временным промежутком в один–два дня, это увеличивает продолжительность предоперационного периода. В связи с этим основной целью внедренной эндоскопической тактики являлось уменьшение продолжительности предоперационного обследования и психоэмоциональной нагрузки на пациента при условии сохранения объема и информативности эндоскопической диагностики.

С 2011 года в Институте хирургии им. А.В. Вишневского внедрена концептуально новая методика обследования пациентов с заболеваниями органов грудной клетки и шеи. В тех случаях, когда пациенту, по медицинским показаниям, требовалось выполнение бронхо- или ларинготрахеоскопии, мы посчитали возможным объединить данное исследование с диагностической трансназальной эзофагогастродуоденоскопией.

Малый диаметр рабочей части трансназального гастроскопа Fujinon EG-530N5 (Fujifilm Corp., Tokyo, Japan – всего 5,9 мм) позволяет использовать его для исследования верхних дыхательных путей. Перед исследованием проводили премедикацию по принятой в институте схеме (Реланиум 2,0 в/м; Атропин 1,0 п/к). Исследование проводили в положении пациента сидя. После местной анестезии носовых ходов, а также инстилляцией нескольких капель сосудосуживающих назальных препаратов аппарат трансназально проводили до уровня голосовых связок и после их анестезии 2% раствором лидокаина первым этапом выполняли ларинготрахеобронхоскопию. Использование аппарата Fujinon EG-530N5 (Fujifilm Corp., Tokyo, Japan) позволяло не только осуществить полноценное визуальное исследование трахеобронхиального дерева, взять материал для бактериологического, цитологического и гистологического исследований, но и точнее определить ангиоархитектонику и структуру эпителия стенок трахеи и бронхов с использованием узкоспектрального режима FICE. После окончания бронхологического исследования аппарат извлекали до уровня ротоглотки и далее проводили в просвет пищевода. Методика выполнения эзофагогастродуоденоскопии не отличалась от стандартного протокола.

За прошедший период в Институте с использованием этой тактики обследованы 47 пациентов. Обследованная группа больных не имела значимых различий по полу, средний возраст больных составил  $54 \pm 4,8$  лет.

Перечень и частота встречаемости различных изменений, выявленных при обследовании, представлены в таблице 1 и 2.

**Таблица 1.** Патологические изменения, выявленные на этапе бронхоскопии

Выявленные изменения	Количество
Катаральный бронхит	8 (17,0%)
Рубцовый стеноз трахеи	8 (17,0%)
Деформация трахеи и бронхов	5 (10,6%)
Опухолевое поражение	4 (8,5%)
Бронхоплевральный свищ	3 (6,4%)
Атрофический бронхит	1 (2,1%)
Гнойный бронхит	1 (2,1%)
Бронхолит, инородное тело	1 (2,1%)

**Таблица 2.** Патологические изменения, выявленные на этапе ЭГДС

Выявленные изменения	Количество
Очаговый гастрит	18 (38,3%)
Диффузный гастрит	16 (34,1%)
Бульбит	8 (17,0%)
Смешанный гастрит	5 (10,6%)
Рефлюкс-эзофагит	5 (10,6%)
Острые эрозии желудка	4 (8,5%)
Кишечная метаплазия слизистой желудка	3 (6,4%)
Деформация выходного отдела желудка	2 (4,2%)
Подслизистое новообразование двенадцатиперстной кишки	2 (4,2%)
Пищевод Барретта	1 (2,1%)
Полип пищевода	1 (2,1%)
Полип двенадцатиперстной кишки	1 (2,1%)

Как уже было сказано выше, методика и процедура выполнения исследований не имела существенных отличий от стандартной. Кроме того, необходимо отметить, что несомненным преимуществом применения аппарата Fujinon EG-530N5 (Fujifilm Corp., Tokyo, Japan) является возможность использования режима FICE при бронхоскопическом исследовании, как и при традиционной бронхоскопии аппаратами оснащенными данной функцией. При исследованиях в случаях необходимости удалось выполнить забор биопсийного, а также микробиологического материала. Необходимо отметить, что использование трансназального гастроскопа позволяло с большей легкостью позиционировать аппарат при заборе биопсийного и другого материала, благодаря тому, что в отличие от традиционного бронхоскопа его дистальная часть имеет четыре степени свободы. Кроме того, дополнительным преимуществом явилась возможность использования



Second Announcement

# EUS 2012

18<sup>th</sup> International Symposium on Endoscopic Ultrasonography

## Call for Abstracts

---

### 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 № 31

#### PROGRAM COMMITTEE

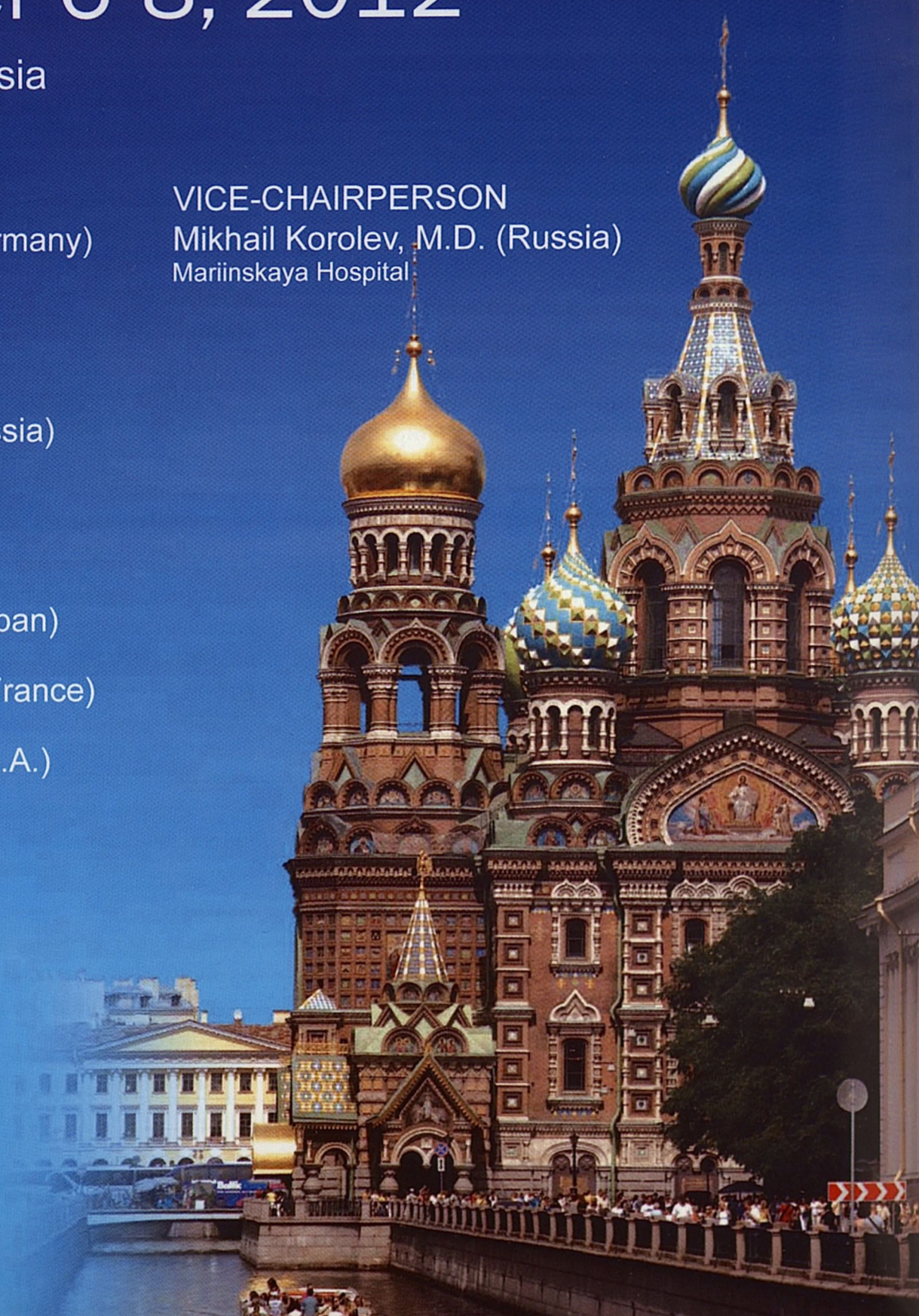
Hiroyuki Maguchi, M.D. (Japan)  
Teine Keijinkai Hospital

Bertrand Napoleon, M.D. (France)  
Private Hospital Jean Mermoz

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



[www.eus2012.org](http://www.eus2012.org)





функции обмывания оптики — чего зачастую не хватает традиционным бронхоскопам при взятии биопсии или других манипуляциях, нарушающих визуализацию и требующих частичного или полного извлечения аппарата, что в свою очередь увеличивает время исследования. Дополнительным преимуществом эзофагогастродуоденоскопии тонким трансназальным аппаратом явилась возможность выполнения ретроверзии в просвете луковицы 12 п.к., что позволяет осмотреть ранее недоступные её участки, либо более точно определить характер и распространенность выявленных в ней патологических изменений.

Использование описанной методики эзофагогастродуоденоскопии, на наш взгляд, ничем не уступает традиционному обследованию, однако, кроме своих преимуществ, имеет и некоторые незначительные недостатки, связанные с положением тела пациента. В Институте хирургии бронхоскопия традиционно выполняется в положении пациента сидя, а эзофагогастродуоденоскопия в горизонтальном положении, лежа на левом боку, однако при использовании вышеописанной методики, на наш взгляд, нецелесообразно изменять положение тела между двумя этапами обследования, в связи с чем гастроскопия выполнялась также в вертикальном положении. Основной технической особенностью, с которой мы столкнулись, явилось скопление желудочного сока в антральном отделе вместо традиционного скопления в области дна желудка, что обусловлено вертикальным положением пациента. Использование мощной аспирационно-промывной системы позволяет ликвидировать данное неудобство.

Таким образом, одномоментное выполнение бронхоскопии и эзофагогастродуоденоскопии позволяет

ускорить предоперационное обследование пациентов многопрофильной хирургической клиники, а также снизить его физическую и психологическую травму.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Солоднина Е. Н., Старков Ю. Г., Шишин К. В. Новые эндоскопические подходы при гастродуоденальных кровотечениях после операции на органах гепатопанкреатобилиарной зоны. //Эндоскопическая хирургия. — 2006. — №2. — С.126
2. Щербakov П. Л., Быстровская Е. В., Долгашева Г. М. Трансназальная эзофагогастродуоденоскопия: место в клинической практике, методика проведения // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2010. — № 10. — С.51–54
3. Hopper A. D., Sanders D. S. Upper GI bleeding requires prompt investigation //Practitioner. — 2011. — Jul-Aug. — 255(1742):15–9, 2
4. Rolff H. C., Simonsen L. R., Rosenberg J. Clinical findings confirm national guidelines regarding primary gastroscopy for upper gastrointestinal symptoms //Dan Med Bull. — 2011. — May. — 58(5):A4363
5. Ust'nda' Y., Sarita' U., Ponchon T. Unsedated small caliber esophagogastroduodenoscopy: can we trust this technique? Turk J Gastroenterol. — 2011. — Jun. — 22(3):237–42
6. Nakata H., Enomoto S., Maekita T. et al. Transnasal and standard transoral endoscopies in the screening of gastric mucosal neoplasias. // World J Gastrointest Endosc. — 2011. — Aug. — 16;3(8):162–70

## КОНТАКТЫ

Недолужко Иван Юрьевич —

Институт хирургии им. А.В. Вишневского

115998, Москва, Б.Серпуховская, 27

Тел. +7(495)236-8222

e-mail: Nedoluzhko@ixv.comcor.ru

Ivannedoluzhko@gmail.com

website: <http://www.vishnevskogo.ru/> www.

vishnevskogo.ru