

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, эндосакулярные 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 некорректированные 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 переносится 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 инстилляции 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 зофагогастродуоденоскопии 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

EUS2012

18th 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



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 ретроперитонеальной 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 антравальном 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

- Солодинина 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
- Щербаков 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
- Hopper A. D., Sanders D. S. Upper GI bleeding requires prompt investigation //Practitioner. – 2011. – Jul-Aug. – 255(1742):15–9, 2
- 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
- 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
- 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
Ivannnedoluzhko@gmail.com
website: <http://www.vishnevskogo.ru/> www.vishnevskogo.ru