

# I РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «НЕОТЛОЖНАЯ ЭНДОСКОПИЯ». 6–7 декабря 2012 г. (Материалы конгресса. Часть 3)

Мы продолжаем публиковать материалы I Российского конгресса «Неотложная эндоскопия», который проходил в стенах НИИ СП им. Н.В. Склифосовского 6–7 декабря 2012 г.

Последнее заседание первого дня конгресса было посвящено эндоскопической тактике у пациентов с инородными телами (ИТ) верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Тема является одной из самых актуальных в неотложной эндоскопии: более 20% пациентов, нуждающихся в экстренной эндоскопии, — пациенты с подозрением на ИТ верхних отделов ЖКТ. Как сама патология, так и врачебные промахи на этапах диагностики и лечения могут стоить больному жизни.

В интерактивной дискуссии приняли участие *Евдокимов Николай Павлович*, заведующим отделением эндоскопической хирургии ГКБ № 6 им. акад. В.Н. Кошелева г. Саратова; *Горохов Владислав Владимирович*, врач хирург, эндоскопист ГКБ № 9, аспирант кафедры госпитальной хирургии Ярославской государственной медицинской академии; *Новиков Владимир Николаевич*, заместитель директора по научной работе Пермского клинического центра, главный эндоскопист Пермского края; *Стройкин Игорь Валентинович*, врач-эндоскопист областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко г. Пензы; *Антипова Мария Владимировна*, доцент кафедры общей хирургии с курсом эндоскопии Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии, заместитель главного врача по хирургии Мариинской больницы; *Караханова Гаянэ Вячеславовна*, к.м.н., научный сотрудник отделения неотложной эндоскопии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского.

В качестве председателей заседания выступили заведующая отделением эндоскопии ГКБ им. С.П. Боткина д.м.н. *Ирина Юрьевна Коржева* (Москва) и профессор кафедры эндоскопии, эндохимирии и пластической хирургии Института последипломного образования Красноярского государственного медицинского университета, главный эндоскопист Красноярского края *Валерий Олегович Тимошенко*.

Основными тактическими вопросами, вынесенными на обсуждение, стали лечебно-диагностический алгоритм у пациентов с подозрением на ИТ ЖКТ, применяемая анестезия, место проведения эндоскопического вмешательства и классификация повреждений органа ИТ.

Последовательность выполнения клинических и инструментальных обследований у пациентов с ИТ ЖКТ считается краеугольным камнем не только в диагностике, но и в выборе правильного подхода к их удалению врачом-эндоскопистом (сл. 1).

Следует отметить, что изложенный В.В. Гороховым диагностический алгоритм был поддержан всеми участниками дискуссии. Однако мнение сотрудников НИИ СП им. Н.В. Склифосовского по двум позициям отличалось. Это касалось осмотра пациентов ЛОР-врачом и рентгенографии пищевода. ЛОР-врачу с

Слайд 1

## Диагностический алгоритм (n=1079)

- Тщательный сбор анамнеза
- Осмотр хирурга
- Консультация оториноларинголога
- Рентгенологическая диагностика
- Диагностическая и лечебная эндоскопия
- По показаниям контрольная рентгенография и наблюдение больного в стационаре



V.V. Горохов  
Ярославль

помощью зеркала не всегда удается обнаружить инородное тело в дистальных отделах глотки или в корне языка. Ригидная фарингоскопия в значительной степени повышает частоту выявления ИТ и успешность его удаления. Для эндоскописта эта методика достаточно проста. Выполнение как фарингоскопии, так и эзофагоскопии одним и тем же специалистом, с одной стороны, существенно сокращает временной интервал диагностического этапа у пациентов с ИТ ЖКТ, а с другой — снижает частоту диагностических ошибок.

Что касается метода контрастирования пищевода при ИТ ЖКТ, то несмотря на то, что в большинстве клиник в настоящее время применяют водорастворимое контрастное вещество, рентгенологическая служба НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, обобщив многолетний опыт работы, пришла к выводу, что даже в горизонтальном положении пациента водорастворимый контраст за счет быстрой эвакуации не обеспечивает плотного контакта со всеми стенками пищевода. То есть остаются «слепые» зоны.

В отношении показаний к обезболиванию при удалении ИТ ЖКТ позиция всех участников дискуссии совпала с мнением В.Н. Новиков, Пермь. Он считает, что в условиях операционной обезболивание следует осуществлять в следующих случаях:

- у пациентов с психическими заболеваниями, находящимися в состоянии возбуждения;
- у детей в возрасте до 14 лет;
- при остром, плотно фиксированном ИТ;
- при подозрении на острые или множественные ИТ сложной конфигурации;
- при подозрении на кровотечение, при перфорации пищевода и желудка, флегмоне, абсцессе;
- при обтурации просвета пищевода с длительным сроком нахождения ИТ;
- при ранее произведенных попытках эндоскопического извлечения в других лечебных учреждениях.

Когда же следует удалять ИТ пищевода в операционной с помощью гибкого или жесткого эзофагоскопа? Когда передать пациента хирургу? В каких случаях после эндоскопического обследования необходим рентгенологический контроль? Эти вопросы волнуют каждого практического врача-эндоскописта. Высказанные участниками дискуссии ответы не могут во всех случаях предостеречь коллег от ошибок и осложнений, так как используемые критерии субъективны (сл. 2). И, тем не менее, представленный опыт будет полезен как начинающим, так и опытным врачам.

Слайд 2

**Повторное рентгенологическое исследование проводят** при сохраняющейся клинической симптоматике или при изменениях на первом Rg-снимке (подозрение на ИТ или повреждение).

– если ИТ удалено или обнаружено повреждение любой степени выраженности – также выполняется и рентгенологический контроль!

**При плотной фиксации ИТ или выраженном перифокальном отеке – рекомендуется удаление гибким эндоскопом под общим наркозом в условиях операционной**

– при невозможности удалить ИТ гибким прибором или при подозрении на перфорацию (по данным рентгенографии) – жесткая эзофагоскопия.

Г.В. Караханова  
Москва

Второй важный вопрос, предложенный участникам дискуссии, касался оценки повреждений, вызванных ИТ ЖКТ. Как известно, на сегодняшний день общепринятой классификации на этот счет нет. Большинство эндоскопистов пользуются модифицированной классификацией *H. Bassett* (1980), именно ее в своем докладе изложила М.В. Антипова, Санкт-Петербург:

1-я степень – отек и гиперемия слизистой, обилие слизи (катаральный эзофагит);

2-я степень – одиночные царапины на верхушках слизистой оболочки (повреждение только верхних слоев слизистой);

3-я степень – значительный отек и гиперемия слизистой, с отдельными небольшими размерами кровоизлияниями в подслизистый слой и скудным кровотечением из ран слизистой (повреждение всей толщи слизистой оболочки);

4-я степень – слизистая оболочка разрушена на значительном расстоянии с большими подслизистыми гематомами и с мелкими дефектами, на отдельных участках налеты фибрина, при малейшем прикосновении эндоскопа легко кровоточат (повреждение слизистого и подслизистого слоя);

5-я степень – глубокие слепые ранения на всю толщу слизистой, в том числе с распространением на подслизистый слой (1–2 см), глубокие и обширные подслизистые кровоизлияния, пролежень (повреждение внутреннего мышечного слоя).

6-я степень – перфорация, глубокое непроникающее ранение с обильным кровотечением.

По своей сути эта классификация отражает глубину повреждения. Ей присущи недостатки: она достаточно

громоздка (6 степеней), и ее плохо знают эндоскописты и совсем не знают хирурги (это затрудняет их слаженную совместную работу). Есть ли альтернатива? Да, есть. Можно использовать общепатологическую классификацию повреждений, хорошо известную каждому врачу, независимо от его специализации (сл. 3).

Слайд 3

**Классификация повреждений**

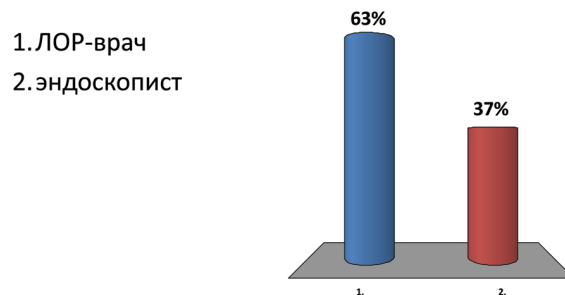
- **Очаговый катаральный травматический эзофагит**  
локальный отек и гиперемия слизистой оболочки при обтурации мягким ИТ или при длительном нахождении ИТ
- **Травматическая эрозия слизистой оболочки**
- **Травматические язвы (с повреждением мышечной оболочки и без)**
- **Подслизистые гематомы**
- **Перфорация стенки органа**

Г.В. Караханова  
Москва

Как показало интерактивное голосование, почти 40% эндоскопистов, сидящих в зале, выполняют фарингоскопию сами, не прибегая к помощи ЛОР-врача (сл. 4). По-видимому, процент этот будет увеличиваться. Такая практика позволяет сократить время пребывания пациента в приемно-диагностическом отделении, повысить выявляемость ИТ глотки, а также в случаях, когда ИТ расположено в дистальном отделе глотки при неудобном доступе к нему с помощью жесткого фарингоскопа, без промедления удалить его гибким прибором.

Слайд 4

**Кто выполняет фарингоскопию в Вашей клинике?**



Тот факт, что 31% проголосовавших врачей подтверждают, что после эндоскопического обследования пациента с ИТ ЖКТ контрольную рентгенографию в их лечебном учреждении не выполняют, настораживает. Известно, что повторное рентгенологическое исследование позволяет проконтролировать результаты эндоскопических исследований – уточнить характер

повреждений стенки органа после удаления ИТ, и в случае его наличия избежать тяжелых осложнений.

Трудности с характеристикой повреждения после удаления ИТ имеют 58% проголосовавших врачей, это объясняется тем, что они не пользуются доступной и понятной любому клиницисту классификацией (сл. 5). Несомненно, что это обстоятельство нарушает преемственность в работе эндоскописта и хирурга, а, значит, снижает качество лечебной работы у пациентов с ИТ ЖКТ.

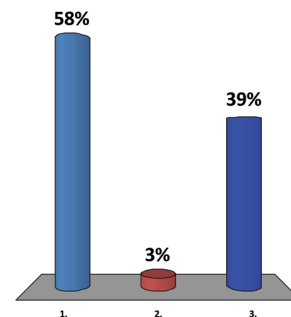
В заключение краткого обзора, посвященного третьему секционному заседанию первого дня конгресса хочется отметить, что тема ИТ ЖКТ вызвала огромный интерес врачей-эндоскопистов. Она одинаково волнует как корифеев, так и начинающих докторов. Это та патология, где от ошибок не застрахован никто. Каждый пациент с ИТ ЖКТ — это всегда задача с непредсказуемым результатом для целого коллектива специалистов: эндоскопистов, рентгенологов, хирургов. Такие пациенты попадают не только в стационары, но могут обратиться и в поликлинику. Меньше этих пациентов не становится. А значит, можно с уверенностью сказать, что тема ИТ ЖКТ будет не раз еще обсуждаться на медицинских форумах.

До следующих встреч, коллеги!

Слайд 5

### Какую классификацию повреждений пищевода инородным телом Вы применяете:

1. Не применяем какую-то определенную классификацию, а повреждение характеризуем описательно
2. Применяем классификацию повреждений по глубине 3х–6-степенную
3. Применяем классификацию повреждений, основанную на общепатологических понятиях (эрозия, язва, язва с повреждением мышечной оболочки, перфорация)



Заведующая отделением неотложных эндоскопических исследований НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы  
д.м.н. **Пинчук Татьяна Павловна**