

**В.Т. ИВАШКИН
И.В. МАЕВ
А.С. ТРУХМАНОВ**

СПРАВОЧНИК

**ПО ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ
ИССЛЕДОВАНИЯМ
И ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ
В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ**



**Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2015**

I. ПОДГОТОВКА К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ НА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ

1. НЕОБХОДИМЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Введение

Перед выполнением любого инструментального вмешательства на желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) необходимо внимательно оценить наличие показаний и степень безопасности манипуляции для пациента. Нужно решить вопрос, действительно ли исследование может дать необходимую информацию, принесет ли реальную пользу, каково соотношение пользы и потенциального риска.

Четкое осмысление этих вопросов формирует основу информированного согласия. Если решение о проведении исследования принято, врач должен еще раз оценить обстоятельства, которые могут воспрепятствовать безопасному завершению вмешательства.

В этой главе рассмотрены принципы оформления информированного согласия и особые обстоятельства (наличие сопутствующих заболеваний, прием лекарственных средств и др.), которые необходимо принимать во внимание перед планированием манипуляций.

Информированное согласие

Получение информированного согласия пациента на проведение процедуры со стороны врача представляет собой, по сути, раскрытие пациенту специальных медицинских сведений. Важный момент в этом процессе — совместное обсуждение и обдумывание деталей, предшествующее получению личного письменного согласия пациента.

Подписанный обеими сторонами документ подтверждает факт совместного обсуждения необходимых медицинских аспектов. В письменном варианте информированного согласия должны содержаться следующие ключевые пункты:

- описание вмешательства;
- показания к его проведению;
- риск и потенциальные осложнения;
- возможные альтернативы данной манипуляции.

Совместное обсуждение и письменное описание этих положений должно соответствовать уровню интеллекта и образования пациента. Чтобы убедиться в полном понимании предоставленной информации, следует предложить пациенту самому задать вопросы, касающиеся вмешательства.

Обследование пациента

После получения информированного согласия пациента на проведение манипуляции врач должен сфокусировать внимание на обеспечении ее максимальной безопасности и комфортности для пациента.

При сборе анамнеза необходимо получить подробные сведения о принимаемых лекарственных средствах и аллергических реакциях. Перед выполнением эндоскопии с введением седативных средств следует тщательно оценить состояние дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

При выполнении вмешательств данные анамнеза и предшествующего обследования должны находиться в распоряжении эндоскопической бригады.

При тяжелой сопутствующей патологии проведение инструментальных манипуляций представляет особую проблему. Ниже изложены принципы подхода к таким больным.

Сахарный диабет

При длительном течении сахарного диабета часто наблюдаются осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, нарушение функций кишечника) и возникают показания к проведению инструментальных исследований.

Так как эндоскопия с введением седативных средств проводится натошак, возникают трудности с контролем уровня

гликемии. Рекомендуется придерживаться следующих принципов:

- при подготовке к колоноскопии обычно рекомендуется, чтобы пациент *за день* до исследования употреблял только жидкую пищу. Пациентам с сахарным диабетом следует напомнить, что в течение всего этого дня они должны контролировать уровень гликемии (не менее чем четырехкратно) и подбирать дозу инсулина;
- все вмешательства, выполняемые в условиях седации, проводятся строго натощак. В этом случае даются следующие рекомендации:
 - если манипуляция проводится в первой половине дня (до 12 ч), антидиабетические препараты следует принимать после ее окончания. Если манипуляция проводится во второй половине дня (после 12 ч), рано утром можно принять антидиабетические препараты, запивая небольшим количеством (глотком) воды;
 - пациенты, получающие лечение инсулином, должны вдвое сократить обычную суточную дозу инсулина средней продолжительности действия НПХ или двухфазного инсулина 70/30. Нет необходимости вводить инсулин короткого действия (регулярный);
 - при поступлении в эндоскопическое отделение — перед проведением манипуляции — контролируют уровень глюкозы в крови и начинают поддерживающую инфузию 5% раствора глюкозы;
 - необходимо проконтролировать уровень гликемии после завершения вмешательства. При наличии гипер- или гипогликемии лечащий врач предписывает соответствующие меры.

Заболевания сердца и легких

Перед проведением эндоскопии следует обязательно учитывать наличие патологии сердечно-сосудистой системы и органов дыхания. Риск осложнений при системных заболеваниях выше. Для оценки общего состояния пациентов нередко применяют классификацию Американского общества анестезиологов (American Society of Anesthesiologists, ASA) (табл. 1.1).

Таблица 1.1

**Классификация Американского общества анестезиологов
для оценки тяжести состояния пациента перед вмешательством**

Класс	Определение
1	Отягощающие системные заболевания отсутствуют
2	Системное заболевание легкого течения
3	Более тяжелое системное заболевание, не представляющее постоянной угрозы для жизни
4	Тяжелое системное заболевание, которое представляет постоянную угрозу для жизни
5	Терминальное состояние, высокий риск летального исхода в течение 24 ч

С увеличением класса по классификации ASA насыщение крови кислородом снижается и повышается риск осложнений при эндоскопии.

В отношении пациентов с тяжелыми заболеваниями сердца и легких можно дать следующие рекомендации:

- при введении седативных препаратов рекомендуется постоянный контроль пульса, артериального давления (АД) и насыщения крови кислородом у любого пациента; при наличии заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной системы такой мониторинг **СТРОГО ОБЯЗАТЕЛЕН**;
- следует обеспечить дополнительное поступление кислорода через носовые катетеры. При проведении оксигенотерапии при хронической обструктивной болезни легких необходимо внимательно наблюдать за дыханием пациентов — во избежание развития глубокой гиперкапнии;
- при зафиксированных ранее опасных аритмиях или наличии сердечной недостаточности нужно рассмотреть необходимость электрокардиографического мониторинга.

При необходимости выполнения электрокоагуляции у пациентов с имплантированными устройствами [водителями ритма, кардиовертером-дефибриллятором (ИКД)] существует дополнительный риск осложнений; вопрос о проведении процедуры заслуживает отдельного рассмотрения.