

УДК 617.55-072.1

А.Д. Квіт¹, Л.М. Когут², М.Є. Артюшенко²

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ, ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ ТА ШЛЯХИ ЙОГО ОПТИМІЗАЦІЇ

¹Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,²Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Львів

На прикладі власних досліджень представлено результати спостережень з оптимізації ендоскопічних досліджень у хірургічних хворих. Обґрунтовано значення ендоскопічного дослідження, як методу неінвазивної діагностичної програми при ствердженні патології шлунково-кишкового тракту у хірургічних хворих. Опрацьовано і представлено результати спостережень з використання спазмолітичних середників (м-холінолітика Спазмобрю). На прикладі проведених ендоскопічних досліджень доведена доцільність та показана клінічна ефективність включення м-холінолітиків у комплекс підготовки хірургічних хворих до планових та ургентних ЕФГДС досліджень. Отримані результати спостережень дозволяють зробити висновок про те, що включення м-холінолітиків на етапі підготовки пацієнтів до дослідження травного тракту дає змогу оптимізувати процес ендоскопічних досліджень, як в умовах стаціонару, так і у амбулаторних ендоскопічних кабінетах.

Ключові слова: ендоскопічні дослідження, шлунково-кишковий тракт, м-холінолітик.

Ендоскопічні дослідження у поєднанні з біопсією забезпечують морфологічну верифікацію діагнозу при різних захворюваннях [4, 5, 6]. Бурхливий розвиток ендоскопічної техніки, інструментарію та методик забезпечив можливість їх широкого застосування. Це забезпечило, з одного боку, можливість проведення рутинних обстежень хворих (скринінг-методи), а з іншого – значно розширило діагностичний діапазон, докладність діагностики, у т.ч. передракових пухлинних змін і неопластичних процесів на ранніх стадіях, надало можливість обрати правильну лікувальну тактику.

Останнім часом ендоскопічні методики, із суто діагностичних маніпуляцій дедалі більше набувають рис самостійних лікувальних маніпуляцій, створюючи альтернативу конвенційним операційним втручанням та маючи беззаперечні переваги в плані меншої інвазивності і травматичності. Так, важко переоцінити значення ендоскопії в комплексному лікуванні шлунково-кишкових кровотеч, що виникають як ускладнення пептичних виразок шлунка та дванадцятипалої кишки, чи портальної гіпертензії, особливо в групі пацієнтів з підвищеним операційним ризиком, дані методики надають можливість видалення нерозповсюджених доброякісних слизових та підслизових утворів шлунково-кишкового тракту, стентувань пухлин порожнистих органів у випадку за давнього онкологічного процесу. Ендос-

копічні втручання, що проводяться на великому дуоденальному сосочку та вивідних протоках біліарної та панкреатичної системи при ускладненому перебігу жовчекам'яної хвороби, хронічного та гострого панкреатиту, онкопатології панкреатобіліарної зони, значно скоротили кількість та зменшили об'єм відкритих операційних втручань.

Проте, незважаючи на беззаперечні переваги ендоскопії, як діагностичного та лікувального методу, широке поширення обстеження дещо стримується наявністю певного дискомфорту для хворих під час проведення практично будь-якого ендоскопічного дослідження. З іншого боку, навіть при достатньо високій кваліфікації і досвіді лікаря-ендоскопіста, неспокійна поведінка хворого під час обстеження, погана підготовка досліджуваного органа, знижує якість і повноту дослідження, а іноді призводить до помилкових/хибних висновків, чи до неповного проведення дослідження.

У минулому традиційною була премедикація із застосуванням холінолітиків (атропін) і антигістамінних препаратів. При використанні останніх акцент робився, головним чином, на властивій для них помірній седативній дії. Метою премедикації було досягнення спазмолітичного та холінолітичного ефектів і, відповідно, зниження моторної та секреторної ак-

тивності обстежуваних органів під час таких досліджень, як бронхоскопія, езофагогастро-дуоденоскопія, колоноскопія.

Особливо неспокійним і емоційно лабільним пацієнтам проводилась анальгоседація, а при необхідності і наркоз. Анальгоседація при діагностичній ендоскопії є стандартом, як в педіатричній практиці, так і при виконанні болючих лікувальних втручань (напр. дилатація стриктур), у багатьох країнах світу (напр. США), значною мірою в силу традицій та психологічно-соціальних моментів. В таких країнах часто її виконують безпосередньо лікарі, що проводять ендоскопію або середній медичний персонал. Однак, в Україні, відповідно до кваліфікаційних вимог, проведення анальгоседації дозволене лише лікарям анестезіологам, оскільки вона потребує додаткового оснащення, моніторингу вітальних функцій пацієнта з готовністю проведення реанімаційних заходів при виникненні пов'язаних з наркозом ускладнень [1, 7]. На жаль, навіть у США, за даними літератури, на 1000 анальгоседацій при ендоскопії, виникає від двох і більше серцево-легеневих ускладнень, які вимагають, принаймні, госпіталізації та стаціонарної допомоги [9].

Мета роботи – проаналізувати методику комплексної підготовки до ендоскопічного дослідження травного каналу у хірургічних хворих та розпрацювати шляхи її оптимізації, як в умовах стаціонару, так і у амбулаторних ендоскопічних кабінетах.

Матеріал та методи

Для поліпшення якості проведення та комфортності ендоскопічного дослідження на даний момент широко використовуються спазмолітики (но-шпа, папаверин), м-холінолітики (атропін, метацин) [2, 8].

Результати та обговорення

Враховуючи власний досвід, ми наводимо клінічні спостереження по використанню препарату Спазмобрю (скополаміну бутилбромід, 20 мг) у комплексі медикаментної підготовки пацієнта до проведення ендоскопічного дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту [2].

Даний препарат використовувався безпосередньо перед проведенням ендоскопічного дослідження шляхом дом'язового та/або до-

венного введення. Сумарна доза препарату розраховувалась в залежності від маси тіла пацієнта і, як правило, становила 40 мг. Дія скополаміну бутилброміду проявлялась вже через 5-10 хвилин від моменту дом'язового введення середника та через 1-2 хвилини при довенному введенні препарату.

Слід також відзначити, що у пацієнтів, яким у плані підготовки до ендоскопічного обстеження використовувався скополаміну бутилбромід, при значному зниженні перистальтичної хвилі на рівні дванадцятипапалої кишки і ослабленій перистальтиці шлунку, не відмічалось вираженого зяяння і втрати тонуусу воротаря, рефлюксу жовчі у шлунок не відбувалось.

Підґрунтям для застосування медикаментного середника Спазмобрю (скополаміну бутилбромід, 20 мг) у комплексі підготовки хворого до ендоскопічного обстеження, були його фармакодинамічні особливості (вибіркова спазмолітична дія, зумовлена блокуванням М-холінорецепторів гладкої мускулатури внутрішніх органів черевної порожнини у поєднанні із зниженням секреції слинних і травних залоз). Заслуговує на увагу також той факт, що препарат Спазмобрю, при вираженій спазмолітичній активності, має мінімальні побічні дії та не проникає крізь гематоенцефалічний бар'єр, з чим пов'язана відсутність негативного впливу його на ЦНС.

Особливо ефективним є використання препарату при проведенні ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії (ЕРПХГ), яка доповнювалась розсіченням папіли (папілосфінктеротомія) при обтураційних жовтяницях та гострому біліарному панкреатиті. Стандартне застосування препарату Спазмобрю у таких пацієнтів, обумовлювалось його вираженою спазмолітичною дією, тривалістю якої можна контролювати шляхом оптимального підбору дози препарату у кожному конкретному випадку.

Слід також зазначити, що ця маніпуляція у даного контингенту хворих, в першу чергу була спрямована на раннє розблокування протокових систем органів панкреатобіліарної зони, а зменшення секреції панкреатичних ензимів під час і після проведення маніпуляції вважається патогенетично обґрунтованим заходом, оскільки достовірно зменшує ризик виникнення ранніх та пізніх ускладнень втручання [1, 2].

Якщо розглянути проблему ентерального харчування у хворих з гострим панкреатитом, доцільно вказати, що введення препарату скополаміну бутилбромід перед дослідженням у дозуванні 20 мг, блокуючи секреторну та моторну функцію верхніх відділів ШКТ, дало змогу із мінімальними труднощами провести струну – провідник, по якій встановлювався назоєюнальний зонд з метою забезпечення ентерального харчування пацієнтів. Застосування цього методу у даній категорії хворих дозволяє підтримати їх нутритивний статус, уникаючи стимуляції екзокреторної функції підшлункової залози, профілактує виникнення дисбактеріозу та дислокацію мікроорганізмів з просвіту кишки у зони панкреонекрозу та в цілому зменшує витрати на парентеральне харчування хворих.

Заслуговує на увагу також досвід використання препарату при проведенні ендоскопічних досліджень товстого кишківника. За нашими даними, дом'язове введення препарату скополаміну бутилбромід у дозуванні 40 мг за 20-40 хвилин до початку проведення колоноскопії дає змогу суттєво поліпшити умови колоноскопії, як з погляду суб'єктивних відчуттів у хворого, так і при оцінці умов проведення процедури лікарем.

Насамперед введення скополаміну бутилброміду показане при вираженій спастиці лівих відділів ободової, особливо сигмоподібної кишки. Найчастіше це має місце у хворих з дивертикулезом товстого кишківника, а також при синдромі подразненої кишки. При цьому, суттєво усуваються больові відчуття під час обстеження, полегшується не лише огляд слизової, особливо ділянок за міжгаустральними складками, а насамперед проведення ендоскопа, зменшується потреба в інсуфляції повітря під час дослідження.

Висновки

Отже, сумуючи дані клінічних спостережень, можна відзначити, що впровадження в алгоритм комплексної підготовки до ендоскопічного дослідження травного каналу сучасних м-холінолітиків можна вважати виправданим та доцільним, оскільки вони оптимізують процес дослідження як в умовах стаціонару, так і у амбулаторних ендоскопічних кабінетах.

Проведені дослідження відображають

особливості застосування ендоскопічних втручань у хірургічних хворих з патологією шлунково-кишкового тракту. Оптимізація алгоритму комплексної підготовки до ендоскопічного обстеження травного каналу сприяють адаптуванню методики даного дослідження у кожному окремому випадку, а також дають змогу провести його з максимальною ефективністю та мінімальним ризиком для хворого. Дослідження у даному напрямку без сумніву доцільні, оскільки скеровані на поліпшення якості проведення ендоскопічних обстежень, усунення дискомфорту під час них, значно знижують ризик виникнення ранніх та пізніх ускладнень ендоскопічного втручання і ятрогеній.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ПУТИ ИХ ОПТИМИЗАЦИИ

Л.М. Когут, М.Е. Артюшенко, А.Д. Квит

На примере собственных исследований представлены результаты наблюдений по оптимизации эндоскопических вмешательств у хирургических больных. Обосновано значение эндоскопического исследования, как метода неинвазивной диагностической программы при утверждении патологии желудочно-кишечного тракта у хирургических больных. Разработаны и представлены результаты наблюдений по использованию спазмолитических средств (м-холинолитика Спазмобрю). На примере проведенных эндоскопических исследований доказана целесообразность и клиническая эффективность включения м-холинолитиков в комплекс подготовки хирургических больных к плановым и ургентным ЭФГДС. Полученные результаты исследований позволяют сделать заключение о том, что включение м-холинолитиков на этапе подготовки пациентов к исследованию пищеварительного тракта оптимизирует процесс эндоскопических исследований, как в условиях стационара, так и в амбулаторных эндоскопических кабинетах.

Ключові слова: эндоскопические исследования, желудочно-кишечный тракт, м-холинолитик.

PECULIARITY OF CONDUCTING ENDOSCOPY AND GASTROINTESTINAL TRACT EXAMINATION IN SURGICAL PATIENTS AND THE WAYS OF ITS OPTIMIZATION

L.M. Kogut, M.E. Artjushenko, A.D. Kvit

By the example of our own researches we represent the results of optimization observations for endoscopic examination in surgical patients. We have substantiated the significance of endoscopy as a method for non-invasive diagnostic program for approval of gastrointestinal tract pathology in surgical patients. We've developed and presented the observation results of using antispasmodic substances (m-holinolitic Spazmobru).

By the example of conducted endoscopies we've approved the advisability and clinical effectiveness of m-holinolitic implication into the surgical patient preparation system to the planned and urgent endoscopy. The gained research results let us make a conclusion that m-holinolitic implication on the stage of patient's preparation to the examination of gastrointestinal tract makes it possible to optimize the endoscopic procedures in hospital, as well as during out-patient endoscopic examinations.

Key words: endoscopic research, gastrointestinal tract, m-cholinolitic.

ЛІТЕРАТУРА

1. Коновалов Э.П. Современные принципы консервативного лечения некротического панкреатита / Э.П. Коновалов // Клиническая хирургия – 2000. – № 8. – С. 44-47.
2. Allescher H.D. Влияние N-бутилскополамина на сократимость сфинктера Одди при проведении в больных эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии – манометрического исследования / H.D. Allescher, H. Neuhans, F. Hagenmuller, M. Classen // Endoscopy. – 1990. – № 22. – С. 160-163.
3. Матеріали науково-практичної конференції «Шляхи оптимізації лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечами». – Львів, Ліга-Прес. – 2000. – 116 с.
4. Матеріали наукової конференції «Діагностика та лікування шлунково-кишкових кровотеч» // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2001. – Т. 5., № 1. – 70 с.
5. Никишаев В.И. Эндоскопическая диагностика при желудочно-кишечных кровотечениях / В.И. Никишаев // Проблемы військової охорони здоров'я. Збірник наукових праць Української військово-медичної академії – 2001. – Вип. 8 – С. 207-212.
6. Endoclips versus heater probe in preventing early recurrent bleeding from peptic ulcer: a prospective and randomized trial / L. Cipolletta, M.A. Bianco, R. Marmo [et al.] // Gastrointest Endosc. – 2001. – Vol. 53. – P. 147-151.
7. Endoscopic practice for upper gastrointestinal hemorrhage: differences between major teaching and community-based hospitals / G.S. Cooper, A. Chak, L.E. Way [et al.] // Gastrointest Endosc. – 1998. – Vol. 48, № 4. – P. 348-353.
8. Laine L. Randomized trial of normal saline solution injection versus bipolar electrocoagulation for treatment of patients with high-risk bleeding ulcers: is local tamponade enough? / L. Laine, R.Estrada // Gastrointest Endosc. – 2002. – Vol. 55. – P. 6-10.
9. Shaheen N. Gastroesophageal Reflux, Barrett Esophagus, and Esophageal Cancer. Scientific Review / N. Shaheen, D.F. Ransohoff // JAMA. – 2002. – Vol. 287. – № 15. – P. 72-81.

Стаття надійшла 07.03.2012