

Человек и Лекарство – Казахстан

Научно-практический
тематический журнал для врачей

№ 13 (29), 2013

Гастроэнтерология. Гепатология

Технические и лекарственные методы повышения качества эндоскопических скрининговых исследований желудка



Меньшикова И.Л., Байжанов А.С.
Больница скорой неотложной помощи, г. Алматы

В настоящее время рак желудка является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. В Казахстане заболеваемость (оба пола) раком желудка составляет 16,8 ‰ и занимает четвертое ранговое место, а по показателям смертности – второе (12,2 ‰). Несмотря на рост диагностических возможностей, рак желудка более чем в 70% случаев выявляется в III–IV стадии заболевания, что предопределяет неудовлетворительные результаты лечения и плохой прогноз. Гастроскопия является наиболее эффективным методом в диагностике предопухоловой патологии. С целью повышения информативности эндоскопического исследования верхних отделов пищеварительного тракта нами используется диагностический алгоритм. Этот алгоритм включает в себя последовательные этапы выполнения эндоскопического исследования желудка, детальное описание всех диагностических манипуляций, а также условия и техническое обеспечение их проведения. В отделении эндоскопии БСНП г. Алматы было проведено исследование эффективности данного алгоритма при проведении скрининговых осмотров у 120 пациентов в возрасте от 50 до 60 лет, что позволило значительно улучшить качество эндоскопической диагностики, снизить негативные эффекты эзофагогастроуденоскопии.

Из всех методов диагностики высококвалифицированное эндоскопическое исследование желудка – гастроскопия – является наиболее эффективным в диагностике предопухоловой патологии. В связи с этим, вопросы совершенствования эндоскопических методик диагностики, повышения качества эндоскопического исследования остаются по-прежнему в центре внимания широкого круга онкологов, гастроэнтерологов, эндоскопистов. Современная гастроскопия, проводимая с целью диагности-

ки предраковых изменений и ранних форм рака, предполагает использование всех современных технологий, позволяющих выявлять патологические образования даже самых небольших размеров: хромоскопии, узкоспектральной и увеличительной эндоскопии, аутофлуоресцентной эндоскопии. Клиническое применение этих диагностических методик и детальная визуализация даже самых незначительных патологических изменений в желудке возможны только при методичности исследования. Де-

тальной оценке структурных изменений исследуемого органа, осмотру слизистой оболочки довольно часто препятствуют различные наложения на ее поверхности. Однако если слизь, желчь или кровь можно смыть, удалив электроотсосывателем, освободив слизистую оболочку для осмотра, то с пенистым содержимым традиционные методы справляются менее эффективно. Важным условием обеспечения эффективного применения эндоскопических методик, повышающих качество гастроскопии, может

стать использование в рутинной практике современного диагностического алгоритма, позволяющего улучшить результаты диагностики и повысить популярность эндоскопического исследования верхних отделов пищеварительного тракта у пациентов, подлежащих скринингу.

Следовательно, для ранней диагностики предопухоловой и опухолевой патологии желудка необходимы следующие условия:

- Применение лекарственных средств (пеногасители) для очистки слизистой от густого секрета пенистой слизи, что укорачивает время эндоскопического исследования и улучшает визуализацию.
- Применение специальных методик – увеличительная, узкоспектральная эндоскопия.
- Прижизненное окрашивание слизистой оболочки желудка (хромоскопия).
- Квалифицированные специалисты.

Пенистый секрет, практически всегда обнаруживаемый при проведении эндоскопии, создает условия, при которых иногда проводить эндоскопическое исследование становится просто невозможным. На поверхности слизистой оболочки возникают блики, препятствующие ее осмотру. Крупно- или мелкопузырчатая пена заплывает объектив эндоскопа, густым белесым слоем покрывает значительные пространства слизистой оболочки или значительно затрудняет манипуляции.

Удаление такого секрета традиционными способами (отсасывание, сдувание) занимает достаточно много времени и полностью удалить его удается далеко не всегда. Более того, при попытке удалить пенное содержимое нередко возникает ситуация, обратная ожидаемой, – в ответ на введение воздуха в просвет кишки количество пены увеличивается, что сводит практически на нет все предвзятые усилия. Использование в практике врачей-эндоскопистов пеногасителей значительно облегчило проведение как диагностических, так и лечебных исследований.

Как предварительная подготовка к исследованию больного в виде приема пеногасителей за 15–20 мин до исследования, так и непосредственное их

использование при проведении эндоскопии позволили проводить осмотр слизистой оболочки ЖКТ без каких-либо технических затруднений.

Подготовка пациента к эндоскопическому исследованию включает прием 20,0 мл эмульсии Эспумизана за 10-15 минут до процедуры. Для увеличения площади контакта эмульсии со слизистой желудка мы увеличили объем принимаемого пеногасителя за счет разведения его дистиллированной водой в равных пропорциях. Непосредственно во время эндоскопического исследования мы также применяем эмульсию эспумизана, предварительно разведенного в воде в соотношении 1:10. Для отмывания слизистой в процессе эндоскопии пеногаситель вводится шприцом через биопсийный канал или прицельно, через катетер.

При введении пеногасителя в желудок происходит разрушение пузырьков газа, пенистый секрет превращается в прозрачную жидкость, которая легко удаляется при аспирации. При проведении исследования не отмечается никаких побочных действий препарата, так как вследствие своей физиологической и химической инертности симетикон не усваивается организмом и после прохождения через пищеварительный тракт выводится в неизменном виде [1]. Большая же часть введенного в желудок и кишечник пеногасителя удаляется из просвета этих органов через канал эндоскопа при помощи медицинского отсасывателя.

Ассоциация врачей-эндоскопистов Казахстана рекомендует использовать симетикон как для подготовки к эндоскопическим исследованиям пациентов, так и во время проведения процедуры.

Развитие видеоэндоскопии с увеличением в сочетании с осмотром в узкоспектральном режиме позволяет четко визуализировать тонкую поверхностную структуру слизистой оболочки желудка и ее микрососудов, что значительно повышает качество диагностики [2].

Узкоспектральная эндоскопия – это новая оптическая диагностическая методика, основанная на использовании специальных оптических фильтров, суживающих спектр световой волны. Обычные эндоскопические системы используют практически

весь видимый световой спектр от 400 до 800 нм. Новая методика использует преимущества, в основном, двух световых волн длиной 415 нм и 445 нм в диагностике сосудистых структур слизистой оболочки пищеварительного тракта, так как эти световые волны хорошо поглощаются гемоглобином. Это позволяет получить детальное изображение сосудистого рисунка тканей, его изменений, характерных для патологических участков воспалительного генеза, а также для предраковых заболеваний и ранних форм рака [3]. Узкоспектральная эндоскопия обладает высокой чувствительностью и специфичностью в диагностике патологических образований желудка [4]. Узкоспектральная и увеличительная эндоскопия необходима для диагностики различных патологических изменений слизистой оболочки желудка и определения их структуры.

Хромоскопия, особенно в комбинации с увеличением, позволяет эффективно выявлять участки кишечной метаплазии и дисплазии. Хромоскопия с использованием растворов, таких как индигокармин, раствор уксусной кислоты или гематоксилин, также показывали высокую точность диагностики патологических участков, особенно при дисплазии [5].

Увеличительная эндоскопия с высоким разрешением даже без хромоскопии имеет значительные преимущества перед эндоскопией в белом свете и позволяет с большей точностью диагностировать *Helicobacter pylori*-ассоциированный гастрит, кишечную метаплазию и дисплазию [6].

Таким образом, существующие данные свидетельствуют о том, что увеличительная эндоскопия с хромоскопией улучшает точность выявления предраковых заболеваний желудка [7].

С целью повышения информативности эндоскопического исследования верхних отделов пищеварительного тракта нами используется диагностический алгоритм, позволяющий проводить квалифицированную эзофагогастроуденоскопию в любом возрасте, улучшить диагностику ранних форм рака и предраковых изменений желудка. Этот алгоритм лежит в основе современной модели организации эндоскопического исследования слизистой оболочки орга-

нов пищеварения и включает в себя последовательные этапы выполнения эндоскопического исследования желудка, детальное описание всех диагностических манипуляций, а также условия и техническое обеспечение их проведения.

Диагностический алгоритм, повышающий информативность эндоскопического исследования:

- Адекватная премедикация и при необходимости седация.
- Подготовка исследуемого органа к осмотру с использованием пеногасителя (Эспумизан 20,0 мл, разведенный в 20,0 мл воды).
- Тщательная визуальная оценка минимальных изменений слизистой оболочки в белом свете.
- Использование узкоспектральной эндоскопии и увеличение для осмотра патологических очагов.
- Хромогастроскопия.
- Обязательная биопсия патологических изменений слизистой.
- Диагностика Н. pylori и типа гастрита.

В отделении эндоскопии БСНП г. Алматы было проведено исследование эффективности данного алгоритма при проведении скрининговых осмотров у 120 пациентов в возрасте от 50 до 60 лет.

Все пациенты с целью подготовки к исследованию за 15-20 минут до эзофагогастродуоденоскопии выпивали 20,0 мл эмульсии Эспумизана, которую разводили в равных соотношениях с дистиллированной водой для увеличения площади контакта со слизистой оболочкой желудка. При необходимости раствор эмульсии Эспумизана также вводили через биопсийный канал или катетер для смывания пу-

Таблица. Характер морфологических изменений слизистой по данным эндоскопии с биопсией

Патология (морфологические изменения)	Количество
Атрофический гастрит	25
Поверхностный гастрит	14
Лимфоидный гастрит	3
Кишечная метаплазия	8
Дисплазия легкой степени	9
Дисплазия тяжелой степени	7
Полипы	6
Язвенные дефекты, эрозивный гастрит	34
Гиперпластический гастрит	12
EGC (ранний рак желудка)	3

зырьков газа и слизи.

У всех 120 пациентов такая методика подготовки исследуемого органа к осмотру позволила провести тщательную визуальную оценку минимальных изменений слизистой оболочки, а при необходимости и выполнить такие дополнительные диагностические манипуляции, как узкоспектральная, увеличительная эндоскопия, хромогастроскопия и прицельная биопсия. При проведении исследования нами не было отмечено никаких побочных действий препарата, так как вследствие своей физиологической и химической инертности Эспумизан[®] 40 не усваивается организмом и после прохождения через пищеварительный тракт выводится в неизменном виде. Большая же часть введенного в желудок и кишечник Эспумизана удаляется из просвета этих органов через канал эндоскопа при помощи медицинского отсасывателя.

Четкое соблюдение всех этапов диагностического алгоритма позво-

лило значительно улучшить качество эндоскопической диагностики, снизить негативные эффекты эзофагогастродуоденоскопии (отрыжка во время процедуры), сократить время исследования и выявить следующие патологические изменения слизистой желудка (табл.).

Таким образом, для адекватного осмотра верхних отделов пищеварительного тракта необходимо:

- 1) устранение пеннистого секрета с поверхности слизистой оболочки, которое достигается применением Эспумизана;
- 2) применение уточняющих методик – хромокопия;
- 3) использование потенциала современной эндоскопической техники – увеличение и узкоспектральная эндоскопия;
- 4) непрерывное обучение врачей-эндоскопистов и внедрение в повседневную клиническую практику методик, позволяющих улучшить качество эндоскопического исследования.

Список литературы

1. Щербаков П.Л., Дворяковский И.В., Дворяковская Г.М., Якушенко Ю.М. Использование пеногасителей в медицинской практике// Гастроэнтерология №2, 2007: с.3-6 .
2. Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высокого разрешения и изображения в узком световом спектре. /Под ред. Дж.Коэна. – М., Логосфера, 2012.
3. Eshmuratov A, Nah JC, Kim N et al. The correlation of endoscopic and histological diagnosis of gastric atrophy. Dig Dis Sci 2010; 55: 1364–1375
4. Bansal A, Ulusarac O, Mathur S et al. Correlation between narrow band imaging and nonneoplastic gastric pathology: a pilot feasibility trial. Gastrointest Endosc 2008; 67: 210–216
5. Mouzyka S, Fedoseeva A. Chromoendoscopy with hematoxylin in the classification of gastric lesions. Gastric Cancer 2008; 11: 15-21 discussion 21-22
6. Anagnostopoulos GK, Yao K, Kaye P et al. High-resolution magnificationendoscopy can reliably identify normal gastric mucosa, Helicobacter pylori-associated gastritis, and gastric atrophy. Endoscopy 2007; 39:
7. Tanaka K, Toyoda H, Kadowaki S et al. Surface pattern classification by enhanced magnification endoscopy for identifying early gastric cancers. GastrointestEndosc 2008; 67: 430–437

Эспумизан®

СИМЕТИКОН

В животе шум и гам,
попробуйте Эспумизан®!



- От избыточного газообразования
- От колик и вздутия живота

Показания к применению

- вздутие живота, метеоризм, диспепсия
- подготовка к диагностическим исследованиям в области брюшной полости

Способ применения и дозы

Эспумизан® принимают во время или после еды, от 3 до 5 раз в сутки. Однократная доза составляет:

Возраст	Эспумизан® эмульсия	Эспумизан® капсулы
Новорожденные и дети до года	1 мерная ложка	—
Дети от 1 до 6 лет	1 мерная ложка	—
Дети от 6 до 14 лет	1-2 мерные ложки	—
Подростки от 14 до 18 лет	2 мерные ложки	—
Взрослые	2 мерные ложки	2 капсулы

При необходимости можно принимать в течение длительного периода времени.

Перед применением и назначением необходимо изучить инструкцию по медицинскому применению.

В качестве вспомогательного средства для диагностических исследований в области брюшной полости (рентгенологическое и ультразвуковое исследования):

За сутки до проведения исследования	Утром в день проведения исследования
2 капсулы или 2 мерные ложки эмульсии 3 раза в сутки	2 капсулы или 2 мерные ложки эмульсии

Побочные действия

- аллергические реакции на один из компонентов препарата

Противопоказания

- повышенная чувствительность к действующему веществу, или другим компонентам препарата. Капсулы Эспумизан® не применяются у детей и подростков до 18 лет.

Условия отпуска из аптек

Без рецепта

Представительство АО «Берлин-Хеми АГ» в РК,
Г.Алматы, ул.Луганского №54, коттедж №2
Номер телефона: +7 727 2446183, 2446184, 2446185
Номер факса: +7 727 2446180