

ОПТИМАЛЬНІ СПОСОБИ ОЧИЩЕННЯ ТОВСТОГО КИШКІВНИКА ПЕРЕД КОЛОНОСКОПІЄЮ

Лазарук В.М.

Рівненська обласна клінічна лікарня, Україна

Вступ

Колоноскопія (КС) нині широко використовується для діагностики та лікування захворювань товстої кишки і є "золотим стандартом" для виявлення товстокишкових захворювань. КС надають перевагу для обстежень дорослих пацієнтів з товстокишковими симптомами, залізодефіцитною анемією, ненормальними рентгенологічними знахідками в товстому кишківнику, позитивними скринінговими тестами на колоректальний рак, для спостереження за хворими після поліпектомії та операції з приводу раку товстої кишки, для спостереження при запальних захворюваннях товстої кишки та при підозрі на наявність пухлинного утвору. Діагностична точність та безпеність колоноскопії залежить і від якості очищення кишківника. Погано підготовлений кишківник є найбільшою перешкодою для ефективної колоноскопії [2,18,19]. Ідеальний спосіб підготовки має забезпечити гарантоване та швидке очищення від усього фекального матеріалу. Він також не повинен впливати на водно-електролітний баланс, не змінювати макро- та мікроскопічну картину слизової оболонки, не викликати дискомфорту у пацієнтів і не бути дорогим.

На жаль, жоден із сучасних способів підготовки кишківника досі повністю не відповідає усім цим критеріям. [6,18] У 1980 р. Davis et al. [5] створили поліетилевогліколь (ПЕГ) — осмотично збалансований електролітний розчин для перорального вживання. ПЕГ швидко став "золотим стандартом" для підготовки до колоноскопії. Однак погана переносимість, пов'язана із солевим присмаком і неприємним запахом сульфатів та великим об'ємом розчину, призвела до подальшого удосконалення органічних аналогів якостей ПЕГ, дозування його, а також повернення до інших осмотичних послаблюючих, наприклад, фосфату натрію (НФ) [4,7-9,12,13,15]. Актуальним є пошук ідеального способу очищення кишківника перед проведенням КС, особливо в теперішній час, у зв'язку з швидким розвитком технологій покращеної візуалізації слизової (NBA, FISE)

Мета роботи — знайти можливу оптимальну схему підготовки хворих до КС.

Матеріали та методи

За період 2010 року в аналіз роботи включено 247 КС. Залежно від способу підготовки хворі були поділені на 4 групи. До першої групи ввійшло 65 (26,3%) хворих. Їм очищення кишківника проводили ПЕГ — 4 л напередодні — із 15 до 19 год. До другої ввійшло 71 (28,8%) хворий. Їм очищення кишківника проводили ПЕГ — 2 л напередодні із 16 до 18 год. та 2 л в день обстеження із 6 до 8 год. Для 50 (20,2%) хворих третьої групи очищення кишківника використали НФ. Призначалось дві дози розчину по 45 мл (3 столові ложки) з інтервалом 12 годин (ранок — вечір). До четвертої групи ввійшло 61 (24,7%) хворий. Їм очищення кишки проводили НФ. Призначалось дві дози розчину по 45 мл (3 столові ложки) з інтервалом 12 годин (вечір — ранок).

Хворі всіх груп були різновіковими по статі та середньому віку. Із обстеження були виключені пацієнти з кишковою непрохідністю, наявністю стенозу верхніх відділів ШКТ, високою небезпечною перфорацією кишківника, резекцією будь-яких відділів товстої кишки в анамнезі, вагою тіла пацієнта меншою 60 кг, шлунковою або кишковою кровотечею, важкою серцевою або нирковою недостатністю, метаколон, вагітні.

Результати та їх обговорення

У четвертій групі відсутність або наявність мінімальної кількості прозорої рідини, яку не потрібно відсмоктувати ("дуже добра" підготовка) спостерігалась у 45 (73,8%) хворих, яка легко відсмоктують ("добра" підготовка) — у 16 (26,2%) хворих. Наявність рідкого кишкового вмісту, який відмінюється та відсмоктуються з труднощами ("задовільна" підготовка) або густого, напівгустого калу, який заважає огляду та не може бути ефективно відсмоктований ("незадовільна" підготовка) не спостерігалось. У третій групі "дуже добра" підготовка всього кишківника була в 32 (64%) пацієнтів, "добра" — у 18 (36%). У другій групі "дуже добра" підготовка всього кишківника була в 37 (52,1%), "добра" — у 28 (39,4%), "задовільна" — у 6 (8,5%) пацієнтів. У першій групі "дуже добра" підготовка всього кишківника була в 30 (46,1%) пацієнтів, "добра" — у 24 (36,9%), "задовільна" — у 11 (17%).

Було виявлено, що схема з двома дозами НФ, коли перша доза вживалась ввечері перед процедурою, а друга — через 12 годин вранці в день дослідження, була більш ефективною, ніж схема з двома дозами НФ, які призначалися за день до обстеження, та схем із застосуванням повнооб'ємних розчинів ПЕГ [10]. Стандартна схема НФ (4 група) забезпечила вищий ступінь очистки в порівнянні з 3 групою. У пацієнтів 2 та 4 групи очистка "дуже добра" та "добра" спостерігалась частіше, ніж у 1 та 3 групі відповідно. Лаваж кишківника у пацієнтів 4 групи краще переносився та був більш ефективний ніж у 2 групі.

Також важливим є час прийому ПЕГ відносно до часу виконання обстеження. Як доведено в одній з робіт, прийом розчину ПЕГ за менш, ніж 5 годин до обстеження, забезпечив краще очищення кишківника порівняно з прийомом цього ж препарату більш, ніж за 19 годин до колоноскопії [3]. Подальші дослідження також демонстрували, що розподіл доз ПЕГ є ефективнішим, ніж прийом в одній дозі. Спосіб та/або час дозування є важливішими для якості підготовки кишки, ніж обмеження у дієті [1]. В 3, 4 групах

ВІДНОВЛЕННЯ ПРОХІДНОСТІ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИНАХ ШЛЯХОМ ЕНДОСКОПІЧНОГО СТЕНТУВАННЯ

Милиця М.М., Давидов В.І., Тімченко В.Ф., Товбін Ю.В.

Запорізька медична академія післядипломної освіти, кафедра хірургії і проктології, Україна

Summary

This is the reflection of the results of an endoscopic examination of the eight patients with the malignant tumours of esophagus, cardiac orifice and stomach that are complicated by the stenosis. In comparison with the usage of the symptomatic surgery of gastrostomy, stantation has certain advantages. Patients can meal by the natural way. Fixing of stant is a little invasive method, which can be carried out to patients in poor conditions, it also guarantees safe aftertreatment. Patients, who were fixed with a stant, were able to meal any kind of food on the second day after the stantation.

Key words: endoscopic stantation, esophagus, stomach, malignant tumours.

Вступ

Рак стравоходу займає одну з перших сходинок серед причин смертності від онкологічних захворювань. Лише 20% хворим на рак стравоходу вдається виконати радикальне

не спостерігалось надходження пінистого вмісту із тонкого кишківника, що було відмічено в 1 та особливо в 2 групі. Регулярний сніданок та безшлаковий обід у пацієнтів 4 групи зменшував відчуття голоду.

В 4 групі було троє хворих, яким проводилась раніше підготовка до КС розчином ПЕГ, а тепер їм був запропонований НФ. Всі троє відмітили легшу переносимість НФ (відсутність вздуття, слабкості, болей в животі, втомлюваності, менш виражену тошноту) та виявили бажання підготуватись ним до наступної можливої КС. Результати досліджень продемонстрували, що краща переносимість підготовки кишківника за допомогою НФ, ніж з ПЕГ. Це позитивно впливає на комплексне обстеження, яким проводився лаваж кишківника НФ.

В одній хворій з 3 групи спостерігалась поодинокі фібриноїдні афти прямої та сигмовидної кишки на фоні незміненої слизової, але клінічно вони не проявлялись, як відмічають та інші дослідження [17]. НФ є низькооб'ємним, гіперосмотичним (осмотична дія направлена на вихід води із тканин кишківника в його просвіт) на відміну від високооб'ємного, ізоосмотичного ПЕГ (кишківник очищається шляхом випорожнення великого об'єму вживаної рідини). НФ спричиняє рух води за осмотичним градієнтом з плазми у просвіт кишківника, що і сприяє його очищенню. Це може призвести до розладів водного та електролітного балансу. Прийом НФ повинен супроводжуватись споживанням значної кількості рідини з метою запобігання дегідратації.

Всі хворі 2, 3 та 4 груп завершили підготовку, а от у 1 групі через суб'єктивні причини не змогли випити великий об'єм рідини 5 (7,7%) пацієнтів. За даними літератури від 5% до 15% пацієнтів не закінчують підготовку у зв'язку з відчуттям поганого присмаку і/або великим об'ємом розчину [11,14]. Досліджено, що ПЕГ, призначений поділеними дозами (2-3 літри ввечері перед обстеженням та 1-2 літра зранку — в день обстеження покращує переносимість препарату).

Висновки

Підготовка товстої кишківника водним розчином НФ є прийнятною альтернативою розчинам ПЕГ. Дозування водного НФ в два прийоми по 45 мл з проміжком у 12 годин (вечір-ранок) позитивно впливає на комплексне обстеження. Схеми з розподілом доз ПЕГ по 2-3 літра ввечері перед колоноскопією і 1-2 літра зранку — в день обстеження покращує переносимість препарату.

Література

1. Aoun E., Abdul-Baki H., Azar C. et al. (2005) A randomized single-blind trial of split-dose PEG-electrolyte solution without dietary restriction compared with whole dose PEG-electrolyte solution with dietary restriction for colonoscopy preparation. *Gastrointest. Endosc.* 62: 213-218
2. Beck D.E., Harford F.J., Di Palma J.A. (1985) Comparison of cleansing methods in preparation for colonic surgery. *Dis Colon Rectum.* 28: 491-495
3. Church J.M. (1998) Effectiveness of polyethylene glycol antegrade gut lavage bowel preparation for colonoscopy-timing is the key. *Dis Colon Rectum.* 41: 1223-1225
4. Cohen S.M., Wexner S.D., Binderow S.R. et al. (1994) Prospective, randomized endoscopist-blinded trial comparing precolonoscopy bowel cleansing methods. *Dis Colon Rectum.* 37: 689-696
5. Davis G.R., Santa C.A., Morawski S.G. et al. (1980) Development of a lavage solution with minimal water and electrolyte absorption or secretion. *Gastroenterology.* 78: 991-995
6. Di Palma J.A., Brady C.E. (1989) Colon cleansing for diagnostic and surgical procedures: polyethylene glycol-electrolyte lavage solution. *Am. J. Gastroenterol.* 84: 1008-1016
7. Di Palma J.A., Marshall J.B. (1990) Comparison of a new sulfate-free polyethylene glycol lavage solution versus a standard solution for colonoscopy cleansing. *Gastrointest. Endosc.* 36: 285-289
8. Froehlich F., Fried M., Schnegg J.F. et al. (1992) Low sodium solution for colonic cleansing: a double blind, controlled, randomized prospective study. *Gastrointest. Endosc.* 38: 579-581
9. Froehlich F., Fried M., Schnegg J.F. et al. (1991) Palatability of a new solution compared with standard polyethylene glycol solution for gastrointestinal lavage. *Gastrointest. Endosc.* 37: 325-328
10. Frommer D. (1997) Cleansing ability and tolerance of three bowel preparations for colonoscopy. *Dis Colon Rectum.* 40: 100-104
11. Golub R.W., Kerner B.A., Wise W.E. (1995) Colonoscopic preparations-which one? A blinded, prospective, randomized trial. *Dis Colon Rectum.* 38: 594-597
12. Hookey L.C., Depew W.T., Vanner S. (2002) The safety profile of oral sodium phosphate for colonic cleansing before colonoscopy in adults. *Gastrointest. Endosc.* 56: 895-902
13. Hsu C.W., Imperiale T.F. (1998) Meta-analysis and cost comparison of polyethylene glycol lavage versus sodium phosphate for colonoscopy preparation. *Gastrointest. Endosc.* 48: 276-282
14. Marshall J.B., Pineda J.J., Barthel J.S. et al. (1993) Prospective, randomized trial comparing sodium phosphate solution with polyethylene glycol electrolyte lavage for colonoscopy preparation. *Gastrointest. Endosc.* 39: 631-634
15. Raymond J.M., Beysac R., Capdenat E. et al. (1996) Tolerance, effectiveness, and acceptability of sulfate-free electrolyte lavage solution for colon cleansing before colonoscopy. *Endoscopy.* 28: 555-558
16. Rosch T., Classen M. (1987) Fractional cleansing of the large bowel with Golytel for colonoscopic preparations: a controlled trial. *Endoscopy.* 19: 198-200
17. Rejchrt S., Bures J., Siroky M. et al. (2004) A prospective, observational study of colonic mucosal abnormalities associated with orally administered sodium phosphate for colon cleansing before colonoscopy. *Gastrointest. Endosc.* 59: 651-654
18. Tooson J.D., Gates L.K. (1996) Bowel preparation before colonoscopy. Choosing the best lavage regimen. *Postgrad. Med.* 100: 203-214
19. Zmora O., Wexner S.D. (2001) Bowel preparation for colonoscopy. *Clin. Colon Rectal Surg.* 14: 309-315

оперативне втручання [2,3]. З цього приводу паліативні методи лікування даної патології є найпоширенішими в світі. Головною метою цих методик є усунення основного симптому раку стравоходу — дисфагії. Дисфагія, домінуючий синдром при "стенозуючій" патології верхніх відділів ШКТ призводить до афатії і кахексії. Пацієнтам з даною патологією необхідна допомога з гарантованою низькою летальністю, невисокою частотою ускладнень [1-3].

Гастростомія — найбільш простий метод забезпечення харчування цієї категорії хворих. Проте, гастростомія психологічно дуже важко сприймається пацієнтами та призводить до їх соціальної дезадаптації, не забезпечує адекватного харчування, викликає у пацієнтів дискомфорт. Суттєво, що цій операції властива висока летальність, оскільки її виконують хворим за життєвими показниками [4-6].

Як альтернатива гастростомії сьогодні широко використовуються ендоскопічні методи реканалізації стравоходу. Такими є бужування, електрокоагуляція біполярним