

Единовременные сочетанные эндоскопические исследования во второй половине дня – подбор схемы подготовки желудочно-кишечного тракта

М.В. Князев

ФБЛПУ «Поликлиника №2 Минэкономразвития России», Москва

Все чаще в амбулаторно-поликлинической практике с целью исключения, дифференциальной диагностики или скрининга заболеваний ЖКТ проводятся единовременные сочетанные эндоскопические исследования верхнего и нижнего отделов во второй половине дня. Это связано с необходимостью обследования в поликлинике пациентов, продолжающих работать и поэтому предлагающих для этих целей вторую половину дня.

Методика подготовки и проведения колоноскопии во второй половине дня отработана и достаточно широко распространена. Проведение единовременных сочетанных гастроскопии и колоноскопии в это время дня имеют некоторые особенности и ограничения. В литературных источниках нет четких методических указаний по этому поводу. Целью данной публикации поделиться собственным опытом, активизировать профессиональный интерес к этой теме и обмен мнениями, выработать оптимальную схему подготовки желудочно-кишечного тракта для данной ситуации.

Схема подготовки единовременных сочетанных эндоскопических исследований должна быть безопасной, качественной и давала бы возможность пациентам проводить её в рабочее время. В качестве методов подготовки, позволяющих проводить её во время рабочего времени и минимально ограничивающих их профессиональные обязанности, могли выступать лаважные методы. Из них предпочтение было отдано подготовке препаратом Флит фосфо-сода, потому что лаважными жидкостями здесь могут выступать любые прозрачные питательные жидкости. Другие лаважные методы подготовки, например, на основе этиленглюколя, требуют приема самого лаважного раствора, имеющего не очень приятный органолептический вкус, не менее 3–4 литров в течение нескольких часов и отказа от приема пищи, что в итоге становится довольно большой нагрузкой для пациента. Этот метод не позволяет обеспечить работающих пациентов необходимым количеством энергии, белков и микроэлементов. При подготовке препаратом

Флит фосфо-сода с использованием прозрачных питательных жидкостей, таких как соки, морсы, квас, кофе, чай, бульоны и т.д., обеспечивает замещение суточного потребления в энергии, незаменимых аминокислотах, микроэлементах и устраняет чувство голода.

Известно, что чем больше пациент принимает лаважных жидкостей, тем лучше будет очищаться кишечник. Установлено, что минимальным, но достаточным количеством является объем лаважных жидкостей примерно 4 литра. Для проведения безопасной гастроскопии необходимо, чтобы желудок не содержал пищевых масс и жидкостей. Это условие исключает регургитацию желудочного содержимого, поэтому в методических источниках прописаны правила, при которых последний прием пищи рекомендуется накануне в 19 часов. Таким образом, гастроскопия проводится натощак примерно через 12–14 часов после последнего приема твердой пищи. Этот критерий также был взят в расчет схемы подготовки пациентов для проведения единовременных эндоскопических исследований во второй половине дня.

Присутствие остаточной жидкости в желудке зависит от скорости её всасывания и эвакуации. Из рентгенологической практики известно, что эвакуация бариевой взвеси из желудка наступает от 3–5 до 45 минут при отсутствии грубой патологии, связанной со стенозом выходного отдела или диффузным поражением стенки органа. Всасывание водорастворимого контраста из желудка при проведении компьютерной томографии длится в среднем до 15 минут, когда контраст уже начинает циркулировать по сосудистой системе. Эти показатели были также учтены в расчете схемы подготовки.

Таким образом, принципиальная схема подготовки пациентов для единовременного сочетанного эндоскопического исследования ЖКТ во второй половине дня приобрела следующий вид. Подготовка осуществлялась в два этапа препаратом Флит фосфо-сода. Первая порция препарата принималась как можно раньше, но не менее чем за 6–7 часов до исследова-

ния. Количество лаважных прозрачных питьевых жидкостей составляла 4 литра, причем их объем после приема первой порции препарата был увеличен до 2,5–3 литров, а после приема второй порции препарата Флит фосфо-сода был сокращен до 1–1,5 литров. Завершался прием лаважных питательных жидкостей не позже 2 часов до назначенного времени проведения гастроскопии и колоноскопии. Сложившийся график приема препарата и лаважных питательных жидкостей представлен в таблице 1.

Таблица 1. График приёма препарата Флит фосфо-сода и лаважных питательных жидкостей при подготовке ЖКТ для единовременных сочетанных эндоскопических исследований (гастроскопия и колоноскопия) во второй половине дня

Время начала гастроскопии и колоноскопии	14.00	15.00	16.00	17.00	18.00	19.00
Начало приёма первой порции препарата Флит и питательных лаважных жидкостей в объёме 2,5–3 литра	7.00–8.30	8.00–9.30	9.00–10.30	9.00–10.30	9.00–10.30	9.00–10.30
Начало приёма второй порции препарата Флит и лаважных питательных жидкостей в объёме 1–1,5 литра	10.30*	11.30	12.30	13.30	14.30	15.30
Окончание приема лаважных питательных жидкостей	12.00	13.00	14.00	15.00	16.00	17.00

Таблица 2. Таблица перечня лаважных питательных жидкостей для подготовки к единовременному совмещенному эндоскопическому исследованию ЖКТ во второй половине дня с расчетом пищевой ценности

№	Продукт	Вес, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Калории, ккал
1	Бульон куриный	400	0.40	0.00	0.00	4.00
2	Бульон говяжий	400	2.40	0.80	0.00	16.00
3	Виноградный сок	200	0.60	0.00	28.00	108.00
4	Вода минерал.	700	0.00	0.00	0.00	0.00
5	Морс брусничный	200	0.20	0.00	21.80	82.00
6	Квас хлебный	400	0.80	0.00	20.80	108.00
7	Шоколад	100	5.40	35.30	56.50	544.00
8	Чай чёрный с лим	600	4.20	4.80	49.20	258.00
9	Шиповник. сок	200	0.20	0.00	35.20	140.00
10	Кофе растворим	8	1.20	0.28	0.00	7.52
11	Ананасовый сок	400	1.20	0.40	45.60	192.00
12			0.00	0.00	0.00	0.00
Итого		3608,00	16,60	41,58	257,10	1459,52
Итого на 100 г		100,00	0,46	1,15	7,13	40,45

В день исследования пациентам рекомендовались в качестве лаважных питательных жидкостей минеральная вода, соки, морсы, компоты, квас, настой шиповника, чай в т.ч. сладкий, кофе без молока, различные виды бульонов, шоколад. Была рассчитана калорийность данного режима подготовки, результаты расчета представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы, калорийность бесшлаковой диеты – около 1400 ккал, что составляет 60–70% суточной потребности в энергии, которая покрывается в основном за счет углеводов. Дефицит восполняется за счет собственной жировой ткани (примерно 120 гр. на каждые 1000 ккал). Безвредной может считаться потеря 4–5% веса, т.е. 2900 ккал/день для человека массой 70 кг в течение 10 дней (Кузнецов А.). Учитывая, что подготовка к колоноскопии занимает 1 день, безвредность такой подготовки составляет 1/10 допустимой.

Нами подготовлены по данной схеме и проведены единовременные сочетанные эндоскопические исследования во второй половине дня у 26 пациентов. Незначительные изменения в подготовке были у пациентов, исследование которым назначалось на 14 часов. Так как период между приемами порций препарата очень короткий, рекомендовалось ограничиться приемом одной первой порции, если ко времени приема второй порции (10.30) продолжалось действие препарата. Первую порцию препарата этой группе пациентов рекомендовалось принимать утром, и как можно раньше. Таких пациентов было 3. Большинство исследований 7 и 5 пришлось на 17.00 и 18.00 соответственно. Средний возраст пациентов 37 ± 6 лет. Во время гастроскопии определялось обычное количество желудочной жидкости, исследование протекало в обычном режиме. Были установлены хронические гастриты разной степени тяжести, эрозивный антральный гастрит в 2 случаях. С помощью колоноскопии были выявлены в 2 случаях дивертикулез толстой кишки, гиперпластические образования по типу IIb в 2 случаях. Исследования пациенты переносили удовлетворительно.

ВЫВОДЫ

На наш взгляд, описанная выше методика подготовки ЖКТ к единовременным сочетанным эндоскопическим исследованиям во второй половине дня является безопасной и эффективной.

ЛИТЕРАТУРА

- Ancha HR, Spungen AM, Bauman WA, Rosman AS, Shaw S, Hunt KK, Post JB, Galea M, Korsten MA. Clinical trial: the efficacy and safety of routine bowel cleansing agents for elective colonoscopy in persons with spinal cord injury - a randomized prospective single-blind study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009 Dec; 1;30(11-12):1110-7.
- Brunelli SM, Feldman HI, Latif SM, Gupta M, Weiner MG, Lewis JD. A comparison of sodium phosphosoda purgative to polyethylene glycol bowel preparations prior to colonoscopy. *Fam Med.* 2009 Jan; 41(1):39-45.
- Balaban DH. Guidelines for the safe and effective use of sodium phosphate solution for bowel cleansing prior to colonoscopy. *Gastroenterol Nurs.* 2008 Sep-Oct; 31(5):327-34; quiz 334-5.
- Chen H, Li X, Ge Z. Comparative study on two colonic bowel preparations for patients with chronic constipation. *Scand J Gastroenterol.* 2009; 44(3):375-9.
- Ker TS. Prospective comparison of three bowel preparation regimens: fleet phosphosoda, two-liter and four-liter electrolyte lavage solutions. *Am Surg.* 2008 Oct; 74(10):1030-2.
- Korsten MA, Spungen AM, Rosman AR, Ancha HR, Post JB, Shaw S, Hunt KK. A Prospective Assessment of Renal Impairment After Preparation for Colonoscopy: Oral Sodium Phosphate Appears to Be Safe in Well-Hydrated Subjects with Normal Renal Status. *Dig Dis Sci.* 2010 Jul; 55(7):2021-9.
- Lichtenstein G. Bowel preparations for colonoscopy: a review. *Am J Health Syst Pharm.* 2009 Jan 1; 66(1):27-37.
- Malik P, Balaban DH, Thompson WO, Galt DJ. Randomized Study Comparing Two Regimens of Oral Sodium Phosphates Solution Versus Low-Dose Polyethylene Glycol and Bisacodyl. *Dig Dis Sci.* 2009 Apr; 54(4):833-41.
- Juluri R, Eckert G, Imperiale TF. Meta-analysis: randomized controlled trials of 4-L polyethylene glycol (PEG) and sodium phosphate solution (NaP) as bowel preparation for colonoscopy. *Aliment Pharmacol Ther.* 2010 Jul; 32(2):171-81.
- Ozturk NA, Gokturk HS, Demir M, Unler GK, Gur G, Yilmaz U. Efficacy and Safety of Sodium Phosphate for Colon Cleansing in Type 2 Diabetes Mellitus. *South Med J.* 2010 Nov; 103(11):1097-102.
- Shawki S, Wexner SD. How safe is bowel preparation with oral sodium phosphate solution? *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol.* 2008 Sep; 5(9):482-483.

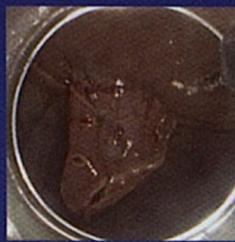
КОНТАКТЫ

Князев Михаил Викторович – кандидат медицинских наук, ФБЛПУ поликлиника №2 Минэкономразвития РФ

5th Workshop on ESD Expert Training

Salzburg
June 4-7, 2013

Directors **T. Ponchon** / Lyon
H. Messmann / Augsburg
J. Hochberger / Strasbourg



Organisers **F. Berr** / Salzburg
T. Sattler / Leipzig
D. Neureiter / Salzburg

Faculty **T. Oyama** / Nagano **N. Yahagi** / Tokyo
T. Ponchon / Lyon **H. Messmann** / Augsburg
G. Kähler / Mannheim **T. Uraoka** / Okayama
H. Seifert / Oldenburg **A. Takahashi** / Nagano
F. Berr / Salzburg

Certification **18 DFP points or 19 AIO points (pending)**

Secretary & Contact **Tobias Kiesslich, PhD**
email t.kiesslich@salk.at
web www.salk.at/m1.html



5th Update on Endoscopic Skills 2013

Early Gastrointestinal Neoplasias
Endoscopic Diagnosis and Resection

Paracelsus Medical University Salzburg
Lecture Hall 1, Hansjörg Wyss Haus

7th of June, 2013 credits
8:30 - 16:15 8 DFP, 6 AIO
pending

Organisers Frieder Berr / Salzburg, Austria
Helmut Messmann / Augsburg, Germany
Thierry Ponchon / Lyon, France
Hans Seifert / Oldenburg, Germany

Secretary Tobias Kiesslich / Salzburg, Austria

Pre-Registration endo13@pmu.ac.at

