

**Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет**

Кафедра Внутрішньої медицини №3
Факультет VI по підготовці іноземних студентів

ЗАТВЕРДЖЕНО

на засіданні кафедри внутрішньої медицини №3

«29» серпня 2016 р. протокол № 13

Зав. кафедри _____ д.мед.н., професор Л.В. Журавльова

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для самостійної роботи студентів

з дисципліни «Внутрішня медицина (в тому числі з ендокринологією)
студенти 4 курсу I, II, III медичних факультетів, V та VI факультетів по підготовці
іноземних студентів

**Опанування навичками трактування результатів езофагогастроуденоскопії з біопсією за
темою «Гастроезофагеальна рефлексна хвороба».**

Харків 2016

І. П Л А Н З А Н Я Т Т Я .

№	Розділи	Час у хвилинах
1.	Поняття та можливості езофагогастродуоденоскопії	10
2.	Показання до проведення езофагогастродуоденоскопії	10
3.	Протипоказання до проведення езофагогастродуоденоскопії	10
4.	Підготовка до проведення езофагогастродуоденоскопії	10
5.	Трактування даних езофагогастродуоденоскопії	10
6.	Ускладнення езофагогастродуоденоскопії	10

Тривалість заняття	МЕТА
1,1 г	Підвищення рівня знань з питань трактування даних езофагогастродуоденоскопії з біопсією.

II. ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

Езофагогастроуденоскопію (гастроскопією, ЕФГДС) називають процедуру, при якій за допомогою спеціального приладу - ендоскопа досліджують слизову оболонку стравоходу, шлунка і 12-палої кишки. Ендоскоп являє собою не що інше як тонку досить гнучку трубку з камерою і підсвічуванням на кінці. Саме зображення виводиться на екран монітора, що дозволяє більш детально вивчити стан слизової оболонки органів травного тракту.

Гастроскопію по праву називають провідним методом діагностики захворювань верхніх відділів травного тракту - стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки. Вона покаже фахівцю, який її проводить, повну, а головне, достовірну картину стану слизової оболонки шлунка, допоможе виставити остаточний діагноз, взяти зразок тканин для подальшого мікроскопічного дослідження, а іноді і виконати деякі лікувальні маніпуляції - зупинити кровотечу або видалити пухлину.

Можливості езофагогастроуденоскопії:

- Гнучка трубка гастроскопа і досконала оптична система дозволяють лікарю уважно оглянути слизову оболонку вищевказаних органів, а якщо необхідно, то зробити її фото або провести відеозйомку процесу дослідження. Таким чином, будуть виявлені існуючі пошкодження слизової, оцінені їх розміри, глибина і характер.
- При діагностованій у пацієнта шлунково-кишковій кровотечі гастроскопія дозволить встановити її причину і навіть усунути її.
- У разі якщо хворий проходить курс лікування від виразкової хвороби, ФГДС допоможе оцінити його ефективність - зробивши гастроскопію до початку терапії і після її закінчення, лікар порівняє, як змінився виразковий дефект на слизовій оболонці і вирішить питання щодо необхідності продовження лікування.
- При виявленні в шлунку доброякісного новоутворення, повторюючи ЕФГДС через час, лікар може відстежити, як пухлина поводить себе - зростає чи ні, не перероджується чи в злоякісну.

Показання до проведення ЕФГДС

ЕФГДС є високоінформативним методом діагностики при підозрі на гастроентерологічні захворювання. Приводом для проведення маніпуляції можуть послужити наступні симптоми:

- Біль в животі;
- Болі під ложечкою, що виникають після прийому їжі;
- Печія;
- Порушення ковтання;
- Біль при ковтанні;
- Нудота;
- Блювота їжею, прийнятої напередодні;
- Блювота кров'ю;
- Чорний кал (мелена);
- Анемія;
- Виражена втрата ваги;
- Діарея.

ЕФГДС можуть проводити не тільки з діагностичною, але також і лікувальною метою. Діагностичними показаннями до проведення процедури є:

1. Уточнення локалізації патологічного процесу (ерозії, виразки, поліпи, новоутворення);
2. Детальний візуальне дослідження виявлених патологічних змін;
3. Контроль за ефективністю проведеного лікування;
4. Диференціальна діагностика хвороб шлунка і 12-палої кишки;
5. Біопсія уражених ділянок (виразки, новоутворення).

Проведення ЕФГДС з лікувальною метою проводиться для видалення сторонніх тіл, пухлин невеликого розміру, зупинки кровотечі та склерозування варикозних розширених стравохідних вен.

Лікар рекомендує хворому пройти ЕФГДС в плановому порядку, якщо підозрює у нього одне або кілька наступних захворювань:

- езофагіт;
- варикозне розширення вен стравоходу;
- дивертикули стравоходу;
- порушення прохідності стравоходу та / або шлунка;
- виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки;
- хронічний гастрит, дуоденіт;
- злоякісні або доброякісні новоутворення;
- гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ);
- дуоденогастрального рефлюксу.

Показаннями до проведення екстреної (невідкладної) гастроскопії є:

- шлунково-кишкові кровотечі;
- сторонні тіла шлунка;
- підозра на ускладнення виразкової хвороби шлунка або інші гострі хірургічні захворювання.

Протипоказання до проведення ЕФГДС

На сьогоднішній день всі протипоказання до даної процедури прийнято ділити на 2 великі групи:

- абсолютні (тобто, захворювання, при яких про ЕФГДС слід не згадувати в принципі);
- відносні (хвороби, при яких проведення гастроскопії слід відкласти до моменту одужання, або ж такі, при яких доцільність дослідження оцінює виключно лікар).

Абсолютними протипоказаннями є:

- виражене викривлення хребта;
- ішемічний або геморагічний інсульт;
- інфаркт міокарда в гострій стадії;
- захворювання середостіння, які призвели або можуть призвести до зміщення стравоходу (новоутворення, аневризма аорти та інші);
- патологія системи згортання крові;
- значне збільшення щитовидної залози;
- стеноз стравоходу;
- бронхіальна астма в стадії загострення;
- категорична відмова хворого від дослідження.

Відносними протипоказаннями є:

- гострі запальні процеси в області глотки і гортані (в тому числі мигдалин);
- збільшення шийних лімфовузлів;
- гіпертонічна хвороба 3-ї стадії;
- стенокардія;
- захворювання психіки (неможливість хворим контролювати себе).

Варто зазначити, що поділ протипоказань на групи досить умовно: у разі необхідності екстреної ЕФГДС лікар особисто оцінює стан хворого і можливі ризики і дослідження проводиться навіть при наявності абсолютних протипоказань (звичайно, виключно в умовах стаціонару, де є все необхідне для надання хворому медичної допомоги в випадку розвитку у нього ускладнень).

Підготовка до ЕФГДС

ЕФГДС проводиться в спеціально обладнаному кабінеті поліклініки або лікарні. Пацієнт повинен прийти з порожнім шлунком, рекомендується утриматися від прийому їжі і навіть рідини за вісім годин до маніпуляції. Тобто, якщо процедура призначена на ранок, потрібно постаратися, щоб останній прийом їжі був до восьми годин вечора, а

вранці нічого не їсти і не пити. Дуже поганим рішенням є вживання алкоголю напередодні. Це здатне посилити блювотний рефлекс при гастроскопії.

За деякий час до процедури пацієнтові дають седативний засіб, найчастіше седуксен. Приблизно за 20-30 хвилин лікар проводить премедикацію холинолітиками (розчином атропіну сульфату або платифіліну).

За п'ять хвилин до початку маніпуляції пацієнтові проводять місцеву анестезію. Для цього задню стінку глотки, а також корінь язика обробляють 1-2% розчином лідокаїну шляхом зрошення. А після цього просять пацієнта ковтнути, щоб анестетик досяг стравохідного отвору. Через п'ять хвилин пацієнт відчуває оніміння в горлі, утруднення ковтання, це означає, що анестезія вже подіяла.

Пацієнта укладають на підготовлений стіл на лівий бік. Ноги звичайно приведені до живота, руки вздовж тулуба. Під голову людині підкладають клейонку. Лікар стає обличчям до пацієнта, дає надгубник і просить затиснути зубами. Через надгубник в ротову порожнину вводиться ендоскоп. Хворому пропонують на вдиху ковтнути, в цей момент лікар акуратно просуває ендоскоп.

У міру того як пацієнт робить ковтальні рухи, ендоскоп просувається вглиб стравоходу. Поступово просуваючи прилад, лікар вивчає стан слизової оболонки стравоходу, потім шлунка, 12-палої кишки. Тривалість ЕФГДС зазвичай становить десять-п'ятнадцять хвилин. При необхідності під час гастроскопії можуть проводитися лікувальні маніпуляції: видалення поліпа, зупинка кровотечі, тоді процедура займе трохи більше часу. Після детального вивчення стану слизової оболонки органів травного тракту, лікар обережно видаляє ендоскоп.

Гастроскопія може бути проведена під загальним наркозом, завдяки чому пацієнт під час маніпуляції не відчуває дискомфорту. Анестезія здійснюється за допомогою сучасних препаратів короткої дії. Тобто пацієнт перебуває під наркозом тільки під час маніпуляції, а по її закінченню приходиться до тями. Проведення процедури під наркозом також називають «гастроскопією уві сні».

Пам'ятайте: чим менше пручається пацієнт, тим легше і швидше проходить гастроскопія.

Оцінка результатів

У нормі слизова оболонка шлунка рожевого кольору. У передній частині шлунка слизова оболонка гладка, блискуча, покрита невеликою кількістю слизу, а в задній - складчаста. Сторож має конусоподібну форму, з чорним округлим отвором в глибині, вид його постійно змінюється. Коли воротар розкритий, візуалізується темна округла порожнину, коли скорочується - його складки набувають зірчастий вигляд.



У хворих на гастрит слизова шлунка червона, набрякла з потовщеними складками. У підслизовому шарі видно розсіяні крововиливи. Ще однією ознакою гастриту є наявність слизу, причому вона міцно фіксується до шлункових складкам.

При виразковій хворобі під час огляду слизової оболонки шлунка візуалізується виразковий кратер, який має форму конуса, а по краях оточений валиком. Дно і краї виразки яскраво-червоні, іноді синюшні. Якщо ж стався крововилив в області виразки, її дно набуває бурий відтінок. Якщо ж виразка зарубцювалася, вона набуває вигляду білуватого плями. Про озлокачествлення виразки свідчить потовщення, нерівність, вузлуватість країв виразки.

При дифузному інфільтративному раку шлунка слизова оболонка органу згладжується, має сірувато-білий колір. При поліповідніе раку вдається візуалізувати чітко окреслену пухлина з широкою основою, циліндричної або кулястої форми. Її поверхня може бути гладкою або ж навпаки горбистої, часто з ерозіями.

Ускладнення

Сучасні апарати для ЕФГДС дозволяють проводити дослідження з мінімальним ризиком розвитку ускладнень. Гнучка тонка трубка не утруднює дихання.

Іноді обстежувані скаржаться на неінтенсивним біль в горлі - це є наслідком мікротравми слизової глотки при введенні зонда і безпечно.

В окремих випадках можливий прорив стінки стравоходу або шлунка трубкою гастроскопу. Як правило, це буває при поганій видимості (якщо в шлунку містять дані), недостатньої анестезії (пацієнт різко смикнувся), а також у пацієнтів похилого віку (у зв'язку з особливостями будови стінки органів).

Також ускладненням ФГДС є кровотеча. Виникає воно внаслідок пошкодження ендоскопом патологічно зміненої стінки органів (припустимо, при варикозному розширенні вен стравоходу). Крім того, кровотеча виникає після деяких маніпуляцій, що проводяться під час гастроскопії - біопсії, видалення сторонніх тіл або поліпів. У більшості випадків зупиняється воно без медичного втручання, але якщо спочатку лікар звертає увагу на його чималий обсяг, то може відразу ж провести ендоскопічний гемостаз (зупинити кровотечу).

III. КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ.

1. Показання для проведення езофагогастроуденоскопії.
2. Варіанти езофагогастроуденоскопії.
3. Протипоказання для проведення езофагогастроуденоскопії.
4. Як проводиться підготовка до езофагогастроуденоскопії.
5. Трактування даних езофагогастроуденоскопії.
6. Ускладнення езофагогастроуденоскопії.

IV. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Внутрішня медицина. У 3 т. Т. 1 /За ред. проф. К.М. Амосової. – К.: Медицина, 2008. – 1056 с.
2. Внутрішня медицина. У 3 т. Т. 2 /А.С.Свінцицький, Л.Ф.Конопльова, Ю.І.Фещенко та ін.; За ред. проф. К.М. Амосової. – К.: Медицина, 2009. – 1088 с.
3. Внутрішня медицина: Порадник лікарю загальної практики: навчальний посібник. / А.С. Свінцицький, О.О. Абрагамович, П.М. Боднар та ін.; За ред. проф. А.С. Свінцицького. – ВСВ «Медицина», 2014. – 1272 с. + 16с. кольоров. вкл.
4. Громнацкий Н.И. Диагностика и лечение внутренних болезней / Н.И. Громнацкий // Миа., – 2006. - с. 522.
5. Карасиков Н.В. Манометрия желудочно-кишечного тракта с помощью прибора «Гастроскан-Д» / Н.В. Карасиков, А.Г. Михеев, Л.Е. Мишулин и др.// Биомедицинская радиоэлектроника. - 2011. - № 10. -С. 79-83.
6. Королев М.П. Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка / М. П. Королев, М. В. Антипова // Медицинское информационное агентство. - 2009.- С.128 -134.

7. Наказ МОЗ України від 31.10.2013 р. № 943 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гастроєзофагеальній рефлюксійній хворобі». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба».
8. Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія».
9. Рид Элсвер. Атлас клинической гастроэнтерологии: — Санкт-Петербург/ - 2010.- С. 392.
10. Хрячков В.В. Эндоскопия. Базовый курс лекций / В. В. Хрячков, Ю. Н. Федосов, А. И. Давыдов, В. Г. Шумилов // ГЭОТАР-Медиа. - 2009.- С. 176.
11. Чернеховская Н.Е. Лечебная эзофагогастроуденоскопия / Н. Е. Чернеховская, В. Г. Андреев, Д. П. Черепянец, А. В. Повал // МЕДпресс-информ. - 2009.- С. 176.
12. Чернеховская Н.Е. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки / Н. Е. Чернеховская, В. Г. Андреев, Д. П. Черепянец, А. В. Повал // МЕДпресс-информ. - 2008.- С. 200.
13. Чернин В.В. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки / В. В. Чернин // Санкт-Петербург, Медицинское информационное агентство. - 2010.- С. 528.
14. Ayazi S. Proximal esophageal pH monitoring: improved definition of normal values and determination of a composite pH score / S. Ayazi, J.A. Hagen, J. Zehetner, A. Oezcelik et al. // J Am. Coll. Surg. – 2010. - №210(3). – P. 345-50.
15. Dachman A. H. Comparison of optical colonoscopy and CT colonography for polyp detection / A. H. Dachman // AJR Am J Roentgenol. – 2009. –Vol. 193(5): 1289-90.
16. Fujisaki J. Endoscopic ultrasonography guided needle biopsy for submucosal tumors / J. Fujisaki, M. Chibai // Digestive Endoscopy. 2008. №13. – P. 57-58.
17. Wenzl T.G. Esophageal pH monitoring and impedance measurement: a comparison of two diagnostic tests for gastro-esophageal reflux / T.G. Wenzl, C. Moroder, M. Trachterna et al. – J. Pediatr. Gastroenterol. -2002. -34:519–23.

Інформаційні ресурси

сайт кафедри внутрішньої медицини № 3 ХНМУ <http://www.vnmed3.kharkiv.ua/>, встановлене інформаційно-освітнє середовище Moodle на піддомен сайту <http://distance-training.vnmed3.kharkiv.ua>

Методична вказівка складена: асистентом Ю.О. Шеховцовою

Методична вказівка переглянута і затверджена на засіданні кафедри:

З доповненнями (змiнами) _____

Завiдувач кафедри

Л.В. Журавльова