



Е.В. Симонова, Д.В. Алейник,
М.О. Пелех, Ю.Н. Володько

ГУ «Институт гастроэнтерологии АМН Украины»,
Днепропетровск

Областная клиническая больница
имени И.И. Мечникова, Днепропетровск

Городская больница СМП, Днепродзержинск

Опыт применения препарата «Риабал» в качестве премедикации при проведении эзофагогастродуоденоскопии

Ключевые слова

Эзофагогастродуоденоскопия, премедикация, «Риабал» (прифиния бромид).

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) является «золотым» стандартом в диагностике целого ряда заболеваний органов эзофагогастродуоденальной зоны и широко применяется в нашей стране в течение нескольких десятков лет. Если вначале стандартная гастроскопия воспринималась как сложное, сравнимое с операцией вмешательство, которое проводили с массивной премедикацией, а иногда и под наркозом, то в 80–90-х годах исследования стали проводить в большом количестве, наспех (в отдельных клиниках — до 40 ЭГДС в день одним врачом!). Ныне повышены требования к качеству эндоскопических исследований, к своевременной диагностике ранней онкологической патологии, что особенно важно в условиях перехода к страховой медицине.

Повышение качества эндоскопических исследований является актуальным в связи с высоким уровнем заболеваемости раком желудка в Украине и часто поздней его диагностикой. В период широкого внедрения эндоскопии желудка в клиническую практику отмечено увеличение выявляемости злокачественной патологии желудка I–II стадий за счет улучшения качества диагностики, а также тенденция к снижению смертности больных раком желудка [3]. Согласно литературным данным, в 80–90-е годы прошлого века произошло снижение качества диагностики, в том числе и раннего рака желудка [3].

Говоря о повышении качества диагностики, нельзя не учитывать настрой и состояние больного, которому планируется проведение ЭГДС.

Всегда ли пациент переносит процедуру настолько спокойно, что можно провести исследование без спешки? Увы, нет. Важное значение имеет и степень удовлетворения пациента выполненной процедурой, что может обусловить его отношение к проведению эндоскопии в дальнейшем. Чем хуже он перенес процедуру, тем меньше вероятность того, что больной захочет подвергнуться этой процедуре вновь. Именно этим обусловлена актуальность вопроса о необходимости премедикации (медикаментозной подготовки).

По мнению В.А. Романова, премедикация является одной из важнейших предпосылок качественной эндоскопической диагностики заболеваний эзофагогастродуоденальной зоны [3]. Е. Федоров считает, что анестезиологическое обеспечение для эндоскопической диагностики необходимо, так как трудно добиться качественного адекватного осмотра, в частности, такой деликатной зоны, как зона кардии, «на палубе в шторм», необходим полный «внутрипросветный штиль» [6].

Премедикация больных зависит от целей исследования, состояния больного и призвана создать психологический комфорт для больного (устранение тревоги, седация, амнезия, аналгезия), уменьшить функции пищеварительных желез, в первую очередь, их секрецию, снизить или полностью выключить моторику органов, уменьшить вегетативные реакции [1–3]. Этого достигают при помощи холинолитических, анальгетических, транквилизирующих, нейролептических и антигистаминных препаратов [1, 7].

Сегодня в мире значительное количество эндоскопических исследований выполняют с седацией (sedation). Применение седации, при поддержании адекватной кардиореспираторной функции, позволяет пациентам легко переносить неприятную процедуру. Различают умеренную седацию (moderate, conscious sedation), когда больной сохраняет способность сознательно реагировать на словесные контакты и/или тактильную стимуляцию, и глубокую седацию (deep sedation), когда больной не реагирует на словесный контакт. Седация осуществляется внутривенным введением бензодиазепинов (мидазолам, диазепам, лоразепам), пропофола, опиоидов и других препаратов [7, 10, 13, 14, 17, 18]. При ЭГДС чаще используют первый вариант седации (conscious sedation) [14, 18]. В США и Великобритании только 2,2 % эндоскопистов не используют седацию при ЭГДС.

К недостаткам седации относятся: необходимость мониторинга уровня сознания, легочной вентиляции, оксигенации и гемодинамики, что обуславливает более высокую стоимость процедуры, а также повышение уровня смертности в связи с кардиореспираторными осложнениями [8, 14, 16].

На современном этапе, не имея возможности широко применять седацию, мы должны в определенных случаях использовать те средства, которые могут облегчить проведение эндоскопического исследования эзофагогастродуоденальной зоны без применения дополнительного оборудования и без существенного повышения стоимости процедуры.

Наиболее важное значение для медикаментозной подготовки больных перед ЭГДС имеют холинолитики: атропин или его аналоги. Известно, что введение эндоскопа в желудок приводит к бурной секреции слюнных желез. Накапливаясь в большом количестве во рту, слюна попадает на голосовые связки и в трахею, вызывая кашлевой рефлекс. Беспокойство пациента может передаться врачу, который пытается как можно быстрее завершить исследование, а это чревато ошибками. Блокируя периферические М-холинореактивные системы (холинорецепторы), атропин уменьшает секрецию слюнных и других пищеварительных желез, снижает тонус мускулатуры желудка и кишечника [1, 2, 4, 9]. Однако атропин является третичным аммониевым соединением, неселективным в отношении пищеварительного канала (ПК), проникающим через гематоэнцефалический барьер, относится к М-холиноблокаторам смешанного типа и проявляет как центральные, так и периферические эффекты, чем обусловлены его побочные эффекты [5].

К препаратам, оказывающим спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру ПК, относится «Риабал», который применяют при различной гастроэнтерологической патологии, протекающей с явлениями спазма, гипермоторики и гиперсекреции.

«Риабал» (прифиния бромид) — четвертичное аммониевое соединение, является селективным для ПК М-холиноблокатором периферического действия. В силу селективности обладает высоким профилем безопасности по сравнению с атропином [5].

Как известно, активация парасимпатического отдела вегетативной нервной системы через холинорецепторы М-типа ведет к усилению перистальтики и секреции органов ПК, соответственно, блокаторы снимают эти эффекты. По времени создания антихолинергические средства образуют следующий ряд: атропин — платифиллин — метацин — прифиния бромид — гастропепин. Прифиния бромид имеет большую селективность к М-холинорецепторам ПК. Как и другие четвертичные аммониевые соли, это соединение лишь в небольшом количестве проникает через гематоэнцефалический барьер, то есть имеет преимущественно периферическое действие. Из организма выводится быстро, главным образом с мочой, частично с желчью. Учитывая механизм действия прифиния бромида, показаниями к его применению при гастроэнтерологической патологии являются: болевой синдром, явления мышечного спазма, гиперсекреции, которые наблюдаются при таких заболеваниях, как функциональная диспепсия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), острый и хронический гастрит, дискинезия желчевыводящих путей (особенно спазм сфинктера Одди), хронический панкреатит, острые и хронические воспалительные заболевания кишечника. Противопоказания к применению прифиния бромида те же, что и для других холиноблокаторов: глаукома, гипертрофия простаты 3-й степени, острая задержка мочеиспускания, повышенная чувствительность. Побочными явлениями могут быть сухость во рту, запор, гипотония желчного пузыря, нарушение аккомодации, дизурические нарушения, сонливость, которые проходят при снижении дозы или отмене препарата. Не рекомендуется применять М-холиноблокаторы вместе с антагонистами дофаминовых рецепторов (прокинетики, сульпиридом) [4, 20].

Литературных данных о применении холинолитиков в качестве премедикации при проведении ЭГДС мало.

В работе М. Magalini (1995) представлены результаты двойного слепого контролируемого

исследования по оценке эффективности двух препаратов — прифиния бромида и hyoscine N-butylbromide, которые вводили внутривенно однократно за 30 мин до проведения диагностической ЭГДС в качестве премедикации. Для изучения спазмолитического действия препаратов на гладкую мускулатуру ПК до и после их введения оценивали следующие эндоскопические данные: перистальтику желудка, состояние привратника, релаксацию ДПК. Показано, что оба препарата вызывали достаточную мышечную релаксацию, что облегчало проведение эндоскопического исследования. В частности, у пациентов, которым вводили прифиния бромид, достоверно чаще отмечали полную релаксацию привратника. В обеих группах зафиксировали хорошую переносимость препаратов [15].

Е. Umegaki с соавт. (2010) до и после ЭГДС с премедикацией (прифиния бромид или глюкагон) проводили анкетирование пациентов разного возраста с помощью специального опросника. Согласно полученным результатам оптимальным является применение прифиния бромида у пациентов не старше 65 лет, в связи с увеличением частоты противопоказаний у лиц более старшего возраста (заболевания сердца, гипертензия, глаукома, гипертрофия простаты) [20]. Указания на ограничение возраста пациентов (до 65 лет) при применении холинолитических препаратов в качестве премедикации при проведении ЭГДС имеются и в работе N. Saito (2008) [19].

Р. Frasson с соавт. (1978) с помощью эндоэзофагеальной манометрии изучали антиспастическую активность прифиния бромида при моторной дисфункции пищевода. Показано антиспастическое действие препарата на сфинктер и пищевод [11].

К. Kobayashi и соавт. (1985) методом эндоскопической манометрии выявили спазмолитическое действие прифиния бромида на моторику ДПК в зоне большого дуоденального сосочка [12].

Цель исследования: изучение эффективности препарата «Риабал» (прифиния бромид) в качестве премедикации при проведении ЭГДС.

Материалы и методы

Эндоскопическое исследование с премедикацией «Риабалом» проведено у 40 больных с разной гастроэнтерологической патологией. ЭГДС проводили с помощью фиброэндоскопов GIF-Q20, GIF-Q30 Olympus, FG29V Pentax (Япония).

Обследовано 12 мужчин и 28 женщин в возрасте от 16 до 63 лет. Учитывая возможность побочных эффектов, мы не включали в исследование пациентов старше 65 лет [19, 20]. Критериями исключения были также глаукома и аденома предстательной железы. Во всех случаях получе-

но письменное согласие пациентов на проведение премедикации. «Риабал» в дозе 2 мл (15 мг прифиния бромида) вводили внутримышечно за 30 мин до проведения ЭГДС.

Согласно консенсусу ASGE премедикацию проводили в определенных нестандартных ситуациях [10]: при неудачной попытке проведения ЭГДС накануне (не смогли ввести аппарат); если исследование проводилось впервые, но пациент отмечал выраженный рвотный рефлекс и значительное беспокойство по поводу предстоящей процедуры; если исследование проводили повторно, но при проведении первичной ЭГДС был выраженный рвотный рефлекс либо возникли технические трудности для осмотра и эндоскопических манипуляций.

Из 40 пациентов 3 не смогли пройти исследование у другого врача из-за выраженного рвотного рефлекса (I группа), 9 — обследовались впервые, но испытывали чувство страха и сообщали о выраженном рвотном рефлексе (II группа), 28 — обследовались повторно, из них 17 отметили, что предыдущие исследования перенесли тяжело (III группа), у 11 больных при ранее выполненной ЭГДС возникли технические сложности из-за спазма, деформации органов эзофагогастродуоденальной зоны (IV группа).

Для оценки результатов исследования анализировали следующие критерии: состояние сфинктеров (кардиального, пилорического), количество секреторной жидкости в просвете желудка, выраженность перистальтики, возможность полного осмотра и проведения манипуляций, поведение больного.

При опросе пациентов после ЭГДС выясняли степень удовлетворения исследованием, которую оценивали как низкую (пациент не удовлетворен результатами премедикации, исследование перенес тяжело), среднюю (исследование с премедикацией перенес лучше, но ожидал большего эффекта) и высокую (отлично перенес процедуру, в последующем будет проводить исследование только с премедикацией).

Результаты и обсуждение

В I группе всем пациентам удалось ввести эндоскоп и провести исследование в полном объеме. Все пациенты высоко оценили ЭГДС с премедикацией.

Во II группе все больные перенесли исследование удовлетворительно. Осмотр был полным, при необходимости проведена биопсия, но у 1 пациента сохранялся рвотный рефлекс, обусловленный наличием грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Из 9 пациентов данной группы 5 дали высокую оценку исследованию, 3 — среднюю и 1 — низкую.

Из 17 пациентов III группы, которые обследовались повторно и отмечали при предыдущем осмотре выраженный рвотный рефлекс, 16 перенесли исследование лучше (11 дали высокую оценку и 5 — среднюю), у 1 больного сохранился рвотный рефлекс, обусловленный недостаточностью (зиянием) пилорического и кардиального сфинктеров и выраженным дуоденогастральным и гастроэзофагеальным рефлюксами.

У пациентов IV группы, где при первичной ЭГДС осмотр и манипуляции были затруднены, имели место следующие анатомо-функциональные особенности: рубцовая и послеоперационная деформация желудка, каскадный желудок, полипы привратника и кардии, спазм желудка и ДПК. Проведение премедикации во всех случаях позволило провести полный осмотр и взятие биопсии. 8 больных дали высокую оценку исследованию и 3 — среднюю.

При анализе функционального состояния кардиального и пилорического сфинктеров после введения «Риабала» мы отметили, что частота нормальной замыкательной функции и зияния нижнего пищеводного сфинктера существенно не отличались (соответственно 55 и 45 %). Пилорический сфинктер во всех случаях был свободно проходим, в 20 % — зиял. Перистальтика желудка во всех случаях была замедленной, желудок и ДПК были релаксированными, что позволило провести полноценный осмотр. Мы не отметили существенного уменьшения секреторной активности слизистой желудка в ответ на введение препарата: почти у трети больных отмечено значительное количество секреторной жидкости, что не удивительно, так как больные осматривались после 11 часов дня, а 20–30-минутное действие препарата, вероятно, не могло повлиять на уже скопившуюся секреторную жидкость в желудке.

В целом, высокую оценку исследованию дали 27 (67,5 %) пациентов, среднюю — 11 (27,5 %). То есть подавляющее большинство больных (95,0 %) отметили, что введение «Риабала» значительно облегчило эндоскопическое исследование. Некоторые пациенты отмечали, что премедикация значительно уменьшала страх перед исследованием.

Из побочных реакций у 21 (52,5 %) пациента наблюдали умеренную кратковременную сухость во рту.

Отмечено, что хуже переносили эндоскопическое исследование женщины молодого и среднего возраста, представители кавказских и восточных национальностей, пациенты с симптомами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, больные с сопутствующей респираторной патологией. Более легко переносили ЭГДС пациенты пожи-

лого возраста, больные с нормальным психологическим статусом, которых не пугала перспектива обследования, пациенты без симптомов тошноты, изжоги, абдоминальной боли.

Ниже приводим несколько клинических примеров, наглядно отражающих результаты применения премедикации «Риабалом».

Случай 1. Больной К., 43 года. Диагноз: язвенная болезнь желудка. В анамнезе — оперативное вмешательство по поводу кровотечения из язвы кардиального отдела желудка. ЭГДС (I): кардиальный отдел и свод желудка рубцово деформированы, воздухом не расправляются, провести аппарат в свод и взять биопсию не удалось. Выражен рвотный рефлекс. ЭГДС (II) с премедикацией «Риабалом»: желудок легко расправился воздухом, виден язвенный дефект на границе свода и кардиального отдела желудка. Рвотный рефлекс незначительный. Проведен забор биопсионного материала.

Случай 2. Больной Н., 35 лет. Диагноз: язвенная болезнь желудка. ЭГДС (I): язва кардиального отдела желудка с деформацией, спазмом и частичным сужением этого отдела. При проведении аппарата выражен рвотный рефлекс. Взять биопсию не удалось. ЭГДС (II) с премедикацией «Риабалом»: желудок расслаблен, взят биоптат. Выявлен рак (умеренно дифференцированная аденокарцинома).

Случай 3. Больная О., 37 лет. Диагноз: целиакия (?). ЭГДС (I): провести аппарат в залуковичный отдел ДПК не удалось из-за выраженного спазма и изгиба кишки. Рентгенологическое исследование: сужение ДПК в залуковичном отделе. ЭГДС (II) с премедикацией «Риабалом»: аппарат свободно проведен в залуковичный отдел, выполнена биопсия.

Случай 4. Больной Ш., 16 лет. Диагноз: полип кардии. ЭГДС (I): полип 3-го типа кардиальной розетки; биопсия не проведена из-за активной перистальтики в зоне кардии и выраженного рвотного рефлекса у больного. ЭГДС (II) с премедикацией «Риабалом»: желудок расслаблен, перистальтика замедленная, рвотный рефлекс отсутствует.

Случай 5. Больной Ч., 50 лет. Диагноз: желчнокаменная болезнь. Полип привратника. ЭГДС (I): полип 4-го типа привратника (полип пролабирует в привратник, перистальтика непрерывная). ЭГДС (II) с премедикацией «Риабалом»: перистальтика желудка слабая, привратник открыт, проведена биопсия.

Таким образом, проведенные исследования показали, что имеются определенные категории больных, нуждающихся в медикаментозной подготовке при проведении ЭГДС. Это пациенты с лабильной нервной системой, выраженным чув-

ством страху і тривоги, підвищеним рвотним рефлексом, наявністю анатомо-функціональних особливостей органів езофагогастроуденальної зони, виявлених при предыдущих дослідженнях (спазм, рубцева деформація, післяопераційні деформації і т. д.).

Применение препарата «Риабал» (прифиния бромид) в дозе 2,0 мл внутримышечно однократно за 30 мин до исследования способствует повышению качества эндоскопической диагностики и положительно влияет на отношение пациентов к ЭГДС без существенного удорожания процедуры.

Список литературы

1. Долецкий С.Я., Стрекаловский В.П., Климанская Е.В. Эндоскопия органов пищеварительного тракта у детей.— М.: Медицина, 1984.— 280 с.
2. Дюк Д. Секреты анестезии.— М.: МЕДпресс-информ, 2005.— 552 с.
3. Романов В.А. Современная стратегия эндоскопической диагностики и лечения раннего рака желудка // Альманах эндоскопии.— 2002.— № 1.— С. 100—108.
4. Савельев В.С., Исаков Ю.Ф., Лопаткин Н.А. Руководство по клинической эндоскопии.— М.: Медицина, 1985.— 544 с.
5. Степанов Ю.М., Косинська С.В. Но-спазм (Риабал) в комплексному лікуванні гастроентерологічних захворювань: Метод рекомендації.— К., 2004.— 12 с.
6. Федоров Е. Стандарты эндоскопической диагностики ГЭРБ в России // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол. Спец. вып.— 2004.— № 5.— С. 22—29.
7. Чуев П.М., Владика А.С., Буднюк О.О. Анестезіологічне забезпечення ендоскопічних втручань.— Одеса: Фотосинтетика, 2004.— 113 с.
8. Bell G.D. Premedication and intravenous sedation for upper gastrointestinal endoscopy (review article) // Aliment. Pharmacol. Therapeut.— 1990.— Vol. 4, N 2.— P. 103—122.
9. Cattau E.L., Artnak E.J., Castell D.O. Efficacy of atropine as an endoscopic premedication // Gastrointest. Endosc.— 1983.— Vol. 29, N 4.— P. 285—288.
10. Faigel D.O., Eisen G.M., Baron T.H. et al. Preparation of patients for GI endoscopy. Standards of Practice Committee. American Society for Gastrointestinal Endoscopy // Gastrointest. Endosc.— 2003.— Vol. 57, N 4.— P. 446—450.
11. Frasson P., Nosadini A., Tremolada C. et al. Study of the antispasmodic activity of prifinium bromide in motor dysfunction of the esophagus // Minerva Chir.— 1978.— Vol. 33, N 17.— P. 1091—1096.
12. Kobayashi K., Mitani E., Tatsumi S. et al. Studies on papillary function and effect of prifinium bromide and other antispasmodics on motility of the papillary region (sphincter of Oddi) in humans // Clin Ther.— 1985.— Vol. 7, N 2.— P. 154—163.
13. Ladas S.D., Aabakken L., Rey J.-F. Use of Sedation for Routine Diagnostic Upper Gastrointestinal Endoscopy: A European Society of Gastrointestinal Endoscopy Survey of National Endoscopy Society Members // Digestion.— 2006.— N 74.— P. 69—77.
14. Liviu V. Sedation and anesthesia in gastrointestinal endoscopy // Lecture Notes of Workshop on Advanced Endoscopy (Iasi, Romania), 2001.— P. 76—81.
15. Magalini M., Monica F. Use of prifinium bromide in endoscopic premedication. A double-blind controlled study vs hyoscine N-butylbromide // Minerva Gastroenterol. Dietol.— 1995.— Vol. 41, N 2.— P. 197—202.
16. Quine M.A., Bell G.D., McCloy R.F. Prospective audit of upper gastrointestinal endoscopy in two regions of England: safety, staffing, and sedation methods // Gut.— 1995.— N 36.— P. 462—467.
17. Petersen H., Myren J. Premedication for peroral endoscopy. Two double-blind studies // Scand. J. Gastroenterol.— 1972.— Vol. 7, N 7.— P. 583—587.
18. Rainoldi J.L. Sedation and Anesthesia in Diagnostic and Therapeutic Digestive Endoscopy: a Survey // World Gastroenterology News.— 2000.— P. 23—26.
19. Saito N., Seshimo A., Kameoka S. Underlying — disease risk for antispasmodic premedication in older patients undergoing investigations of the gastrointestinal tract. Clinical Medicine // Gastroenterol.— 2008.— N 1.— P. 27—31.
20. Umegaki Y., Abe S., Tokioka S. et al. Risk management for gastrointestinal endoscopy in elderly patients: questionnaire for patients undergoing gastrointestinal endoscopy // J. Clin. Biochem. Nutr.— 2010.— Vol. 46, N 1.— P. 73—80.

О.В. Сімонова, Д.В. Алейник, М.О. Пелех, Ю.М. Володько

Досвід застосування препарату «Риабал» як премедикації при проведенні езофагогастроуденоскопії

Наведено результати застосування «Риабалу» (прифиніум броміду) як засобу премедикації при езофагогастроуденоскопії. Проведення медикаментозної підготовки є доцільним у певних категорій хворих. Застосування «Риабалу» (прифиніум броміду) як засобу премедикації сприяє підвищенню якості ендоскопічної діагностики і позитивно впливає на ставлення пацієнтів до ендоскопічного дослідження без суттєвого подорожчання процедури.

Ye.V. Simonova, D.V. Aleynik, M.O. Peleh, Yu.N. Volod'ko

Experience of the use of Riabal as premedication for upper gastrointestinal endoscopy

The article presents the results of the use of Riabal (prifinium bromide) as premedication for gastrointestinal endoscopy. Conduction of premedication is advisable for some categories of patients. The use of Riabal (prifinium bromide) as a premedication agent promoted the improvement of quality of the endoscopy diagnostics and positively influence on the patients' attitude to endoscopic investigation without significant rising of the procedure's cost.

Контактна інформація

Сімонова Олена Віталіївна, к. мед. н., пров. наук. співроб.
49074, м. Дніпропетровськ, просп. Газети «Правда», 96

Стаття надійшла до редакції 23 квітня 2010 р.