

## ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ ЕЗОФАГОГASTРОДУОДЕНОСКОПІЇ

Нікішаєв В.І., Тумак І.М.\*, Савицький Я.М.\*, Патій А.Р.\*\*\*, Врублевська О.О.#, Бойко Л.О.##, Бойко В.В., Баранніков К.В.+

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Україна

Львівський національний медичний університет\*, Україна

Миколаївська ЦРЛ Львівської області\*\*, Україна

Київський міський консультативно-діагностичний центр#, Україна

Харківська обласна лікарня##, Україна

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика+, Україна

Езофагогастроудоденоскопія (ЕГДС) є найпоширенішим ендоскопічним втручанням. Належним чином виконана ЕГДС забезпечує цінну інформацію про захворювання верхніх відділів травного каналу (ТК). Крім того, проведення мініінвазивних ендохірургічних втручань (МЕВ) під час виконання ЕГДС забезпечує основу лікування шлунково-кишкових кровотеч (ШКК) з верхніх відділів ТК, дилатацію і стентування доброякісних і злоякісних стриктур. У цьому матеріалі ідентифіковані показники якості, зокрема діагностичної ЕГДС, ендоскопічних маніпуляцій та МЕВ, які виконуються під час втручання. Рівні доведеності і відповідна градація настанов, що підтримують дані якісні показники, були згруповані відповідно до таблиці 1.

### Індикатори якості періоду до ендоскопічного втручання

Період до проведення ЕГДС включає усі контакти між ендоскопістом, медсестрою, персоналом з пацієнтом до седації та введення ендоскопа. Загальним для всіх ендоскопічних втру-

чань у цьому періоді є наявність належних показань, згоди пацієнта на проведення діагностичної ЕГДС, ендоскопічних маніпуляцій чи МЕВ, оцінки клінічного стану пацієнта та інформації про ризик виникнення можливих ускладнень, а також вживання таких заходів для зниження ризику, як профілактичне застосування антибіотиків, корекція введення антикоагулянтів та своєчасність виконання втручання.

### 1. ЕГДС необхідно проводити за рекомендованими показаннями. (Градація сили настанови 1С+)

Показання і протипоказання до ЕГДС надані в таблиці 2 [2]. Засвідчено статистично достовірну вищу частоту суттєвих (важливих патологічних знахідок, якщо ендоскопія виконується за показаннями [9,17,20]. З прийняттям національними ендоскопічними асоціаціями нової мінімальної стандартної термінології ендоскопії травного тракту (*Minimal standard terminology for gastrointestinal endoscopy*), розробленою міжнародними асоціаціями, показання та протипоказання до ЕГДС можуть змінюватися.

Таблиця 1. Шкала градації сили настанов (цитовано по Guyatt G., Sinclair J., Cook D. et al. (2002) Moving from evidence to action: grading recommendations – a qualitative approach. In book: Users' guides to the medical literature. Guyatt G., Rennie D., eds. (Chicago). AMA Press. pp. 599-608)

Градація сили настанови	Чіткість користі	Методологічна сила/рівень доведеності	Застосування
1A	Ясна	Рандомізовані дослідження без суттєвих недоліків	Переконливі рекомендації, можуть застосовуватися у більшості клінічних обставин
1B	Ясна	Рандомізовані дослідження із суттєвими недоліками (суперечливі результати, непринципові методологічні похибки)	Переконливі рекомендації, вірогідно можуть застосовуватися у більшості клінічних обставин
1C+	Ясна	Переконливі докази з оглядових досліджень	Переконливі рекомендації можуть застосовуватися у більшості клінічних обставин у переважній кількості випадків
1C	Ясна	Спостережні (обсерваційні) дослідження	Рекомендації посередньої ваги, можуть змінитися, коли з'являться додаткові дані
2A	Невизначена	Рандомізовані дослідження без суттєвих недоліків	Рекомендації посередньої ваги, підходи можуть залежати від клінічної ситуації, соціального стану пацієнта і суспільної ситуації
2B	Невизначена	Рандомізовані дослідження із суттєвими недоліками (суперечливі результати, нефатальні методологічні похибки)	Слабкі рекомендації, в деяких випадках можуть бути кращими ніж інші підходи
2C	Невизначена	Спостережні дослідження	Дуже слабкі рекомендації, в деяких випадках вірогідно будуть кращими ніж інші підходи
3	Невизначена	Тільки думка експертів	Слабкі рекомендації, підлягають зміні при виявленні додаткових даних

**2. Перед проведенням ЕГДС необхідно отримати інформовану згоду, у т.ч. обговорити можливий ризик, пов'язаний з втручанням. (Градація сили настанови 3)**

Як і при всіх ендоскопічних втручаннях, згода мусить бути отримана перед дослідженням від пацієнта або його опікунів в день її виконання (згідно з законодавством). Згода може бути отримана вже в кабінеті ендоскопії. Повинні бути обговорені питання ризику, переваг втручання та його альтернатив. До можливих ускладнень належать кровотеча, перфорація, інфекції, побічні ефекти седативної/анестезії, пропущене захворювання, ускладнення в місці венопункції. Специфічними ускладненнями ЕГДС є біль у грудях, першіння у горлі, аспірація і реакція на місцевий анестетик [3].

**3. Антибіотики профілактично призначають пацієнтам з цирозом печінки і гострою ШКК з верхніх відділів ТК, яким виконують ЕГДС. (Градація сили настанови 1А)**

Результати досліджень засвідчують зниження частоти інфекційних ускладнень і летальності серед пацієнтів з цирозом печінки та гострою ШКК з верхніх відділів ТК при профілактичному застосуванні антибіотиків [22].

**4. Антибіотики профілактично призначають перед виконанням черезшкірної ендоскопічної гастростомії — PEG, черезшкірної ендоскопічної єюностомії — JPEG. (Градація сили настанови 1А)**

Кілька рандомізованих контрольованих досліджень з добре розробленим дизайном засвідчили зменшення локальних інфекційних уражень шкіри при відповідному профілактичному призначенні антибіотиків (наприклад, цефалоспоринів першого покоління). З цих міркувань антибіотики рекомендують перед встановленням PEG [22].

**Індикатори якості періоду виконання ендоскопічного втручання**

Цей період починається з введення седативних засобів чи анестезії, і закінчується виведенням ендоскопа з порожнини. Він включає усі технічні аспекти втручання, у т.ч. завершення огляду і будь-яких маніпуляцій та операцій. Мінімум елементів, спільних для всіх ендоскопій у седованих пацієнтів, включає моніторинг стану пацієнта, призначення медикаментів, зусилля для виведення з седативної або для реанімації, а також фото/відео документація відповідних анатомічних позицій або патологічних станів.

Таблиця 2. Показання і протипоказання до ЕГДС

ЕГДС загалом показана	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Скарги з боку верхніх відділів живота, які утримуються, незважаючи на відповідну терапію.</li> <li>B. Скарги з боку верхніх відділів живота, що супроводжуються іншими симптомами, що наводять на думку про важке захворювання (анорексія, втрата ваги тощо) у пацієнтів віком понад 45 років.</li> <li>C. Дисфагія або одиофагія.</li> <li>D. Симптоми стравохідного рефлюксу, що персистують або рецидивують незважаючи на відповідну терапію.</li> <li>E. Персистуюче блювання невідомого генезу.</li> <li>F. Інші захворювання, при яких наявність патології верхніх відділів ТК може вплинути на вибір лікування (наприклад, виразка або ШКК в анамнезі при плануванні трансплантації органа, довготривалої терапії антикоагулянтами, довготривалої терапії НСПЗП, а також при раковій голови та шиї).</li> <li>G. Сімейні (родинні) аденоматозні поліпозні синдроми.</li> <li>H. Для підтвердження і гістологічної верифікації діагнозу захворювань, виявлених радіологічно:               <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Неопластичні ураження.</li> <li>2. Виразки шлунка або стравоходу.</li> </ul> </li> <li>I. Шлунково-кишкова кровотеча:               <ul style="list-style-type: none"> <li>1. У пацієнтів з активною або недавньою кровотечею.</li> <li>2. При підозрі на хронічну крововтрату або при залізодефіцитній анемії коли клінічна ситуація наводить на думку про джерело у верхніх відділах шлунково-кишкового тракту (ШКТ) або при негативному результаті колоноскопії.</li> </ul> </li> <li>J. Коли показане взяття зразка тканини або рідини.</li> <li>K. У пацієнтів з портальною гіпертензією для виявлення стравохідних вариксів.</li> <li>L. Для оцінки гострих ушкоджень після надходження <i>per os</i> їдких речовин.</li> <li>M. Лікування уражень, що кровоточать, таких як виразки, пухлини, судинні ураження, тощо (електрокоагуляція, аргоноплазменная коагуляція (АПК), термозонд, лазерна фотокоагуляція, радіочастотна коагуляція (РЧК), ін'єкційна терапія тощо).</li> <li>N. Лігування, кліпування або склеротерапія вариксів.</li> <li>O. Видалення сторонніх тіл.</li> <li>P. Видалення доброякісних пухлин, чи ранніх раків.</li> <li>Q. Встановлення зондів для годування або дренивання (перорально, черезшкірна ендоскопічна гастростомія, черезшкірна ендоскопічна єюностомія).</li> <li>R. Дилатація стенотичних уражень (наприклад, трансендоскопічна балонна дилатація або дилатація з використанням направника).</li> <li>S. Лікування ахалазії (балонна дилатація, введення ботулотоксину).</li> <li>T. Паліативне лікування стенозуючих новоутворів (лазерна, мультиполярна електрокоагуляція, АПК, встановлення стента, тощо).</li> <li>U. Нагляд за загоєними виразки шлунка.</li> </ul>
ЕГДС загалом не показана	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Скарги, які вважаються функціональними за своїм походженням (за винятком, коли ендоскопія виконується один раз для виключення органічного захворювання, особливо, якщо немає відповіді на терапію).</li> <li>B. Метастатична аденокарцинома з невідомою первинною локалізацією (коли результат не впливає на лікування).</li> <li>C. Радіографічні знахідки:               <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Асимптомна або неускладнена ковзна стравохідна кила (за винятком обстеження до операції).</li> <li>2. Неускладнена дуоденальна виразка за умови відповіді на терапію.</li> <li>3. Деформована цибулина дванадцятипалої кишки (ДПК) за відсутності симптомів або адекватної відповіді на противиразкову терапію.</li> </ul> </li> </ul>
Послідовно або періодично ЕГДС може бути показана	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Нагляд за пацієнтами з передраковими станами (наприклад, вистелений циліндричним епітелієм стравохід зі спеціалізованою кишковою метаплазією "стравохід Барретта" та ін.).</li> </ul>
Послідовно або періодично ЕГДС загалом не показана	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Нагляд за пацієнтами з атрофічним гастритом, перніціозною анемією та після операцій на шлунку з приводу доброякісних захворювань.</li> <li>B. Нагляд за загоєними доброякісними захворюваннями (езофагіт, виразки ДПК).</li> <li>C. Нагляд при повторних дилатаціях доброякісних стриктур, якщо у стані пацієнта немає змін.</li> </ul>

**1. Необхідно проводити повне обстеження стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки, у т.ч. огляд шлунка в інверсії. (Градація сили настанови 2С)**

За винятком обструкції стравоходу або виходу зі шлунка, кожна ЕГДС передбачає повну візуалізацію усіх органів від верхнього стравохідного сфінктера до кінця другої частини ДПК, у т.ч. інверсія у шлунку повинна виконуватися у всіх випадках. Для отримання матеріалу з дна шлунка, як і для ідентифікації джерела ШКК можуть бути потрібні певні зусилля. Письмова документація повинна засвідчувати обсяг обстеження. Якщо виявлено зміни, необхідна фото/відео документація. У дослідженнях навчання ЕГДС до 90% курсантів виконували технічно повну ендоскопію після 100 втручань [8]. Доцільно очікувати, що будь-який практикуючий ендоскопіст спроможний оглянути потрібні органи в повному обсязі за невеликими винятками.

**2. При виявленні виразок шлунка необхідно проводити біопсію. (Градація сили настанови 1С)**

Біопсія повинна братися з виразок шлунка, якщо немає протипоказань (шлунково-кишкова кровотеча або важка коагулопатія), для виключення злоякісної пухлини. Критично важливою є ретельна увага до виявлених під час ЕГДС змін. Адекватна і доречна біопсія засвідчує розуміння важливості повного і ретельного обстеження. Біопсія виразок шлунка проводиться для виявлення можливого злоякісного процесу, якщо немає протипоказань (ШКК або важка коагулопатія) [10]. Оптимальна кількість і тип біоптатів (шипці збільшеного розміру чи стандартні) не визначені. У разі неактивної ШКК прийнятним є не відкладати біопсію до наступної планової ендоскопії.

**3. При виявленні вистеленого циліндричним епітелієм стравоходу (CLE) він вимірюється згідно з Празькою класифікацією "С&М". Біопсія проводиться в усіх випадках CLE для визначення наявності спеціалізованого кишкового епітелію. Її рекомендується виконувати після одномісячного курсу лікування стандартними дозами ІПП. (Градація сили настанови 3)**

Вистелений циліндричним епітелієм стравохід (*column-lined esophagus* — CLE) у разі виявлення — згідно з Празькою класифікацією "С&М" вимірюється (у сантиметрах) відстань від шлунково-стравохідного з'єднання (EGJ) до верхнього краю циркулярного сегмента CLE (С) і до найбільш проксимальної рівня язиків метапластичного епітелію (максимальний сегмент — М). Оцінку виконують з мінімальною інсуфляцією для уникнення помилок через згладження шлункових складок. Сегмент протяжністю <1 см має назву "CLE в EGJ" [28].

CLE зі спеціалізованою кишковою метаплазією (є синонімом стравоходу Барретта) може виявлятися з частотою до 5% пацієнтів з ГЕРХ групи високого ризику (наприклад, чоловіки похилого віку), яким роблять ендоскопію. Ризик прогресування до дисплазії та інвазивного раку може бути пов'язаним з протяжністю сегмента метапластичного епітелію [30]. Тому важливою є документація протяжності і локалізації слизової лососевого кольору під час ендоскопії [32]. З другого боку, кишкова метаплазія нижче EGJ трапляється з частотою до 18% у осіб без достатніх доказів суттєвого підвищення ризику раку. Тому потрібно чітко визначити розташування EGJ шляхом зіставлення розміщення палісадних судин і верхньої межі шлункових складок визначених при мінімальній інсуфляції для правильного виконання біопсії [28]. Важливо, щоб, при підозрі на CLE, ці орієнтири були чітко визначені.

Діагноз вистеленого циліндричним епітелієм стравоходу зі спеціалізованою кишковою метаплазією (стравоходу Барретта) вимагає підтвердження наявності спеціалізованого кишкового епітелію (СКЕ) шляхом біопсії. Тільки наявність СКЕ супроводжується підвищеним ризиком аденокарциноми, а ці хворі є кандидатами для протоколу динамічного нагляду. Хоча ендоскопічна картина дозволяє виявляти CLE та запідозрити наявність СКЕ (при виконанні дослідження ендоскопом з функціями збільшення та електронної хромоскопії чи хромоскопії з

0,1-0,5% розчином індигокарміну, 2-3% розчином Люголя, 1-3% розчином оцтової кислоти, 0,2% розчином альціанового синього), чіткий діагноз неможливо поставити без гістологічного підтвердження [28]. Біопсія проводиться після місячного курсу прийому ІПП. При встановленому діагнозі CLE з кишковою метаплазією, адекватна кількість біоптатів необхідна для уточнення наявності дисплазії, раку [4]. (Градація сили настанови 2С).

**4. При виявленні виразки шлунка або ДПК необхідно проводити тестування на наявність *Helicobacter pylori*. (Градація сили настанови 1А)**

*Helicobacter pylori* (Hр) — одна з причин виникнення виразок шлунка та ДПК. Успішна його ерадикація значно зменшує частоту рецидивів виразок та їх ускладнень [18]. На підставі візуальних і клінічних ознак відрізнити ці виразки від виразок, зумовлених іншими причинами, наприклад НСПЗП, неможливо [33]. Тому усіх пацієнтів з виразкам шлунка та ДПК необхідно тестувати на Hр. Для виявлення Hр використовують швидкий уреазний тест, гістологічне та бактеріологічне дослідження, дихальний тест і стул-тест. При виразках шлунка або ДПК, асоційованих з *Helicobacter pylori*, рекомендують проводити антихелікобактерну терапію згідно затверджених стандартів.

**5. Тип ураження, що є джерелом ШКК, описується та документується з визначенням локалізації та ендоскопічних ознак кровотечі — стигмат. (Градація сили настанови 1А)**

Екстрена ЕГДС є основним методом у виявленні джерела ШКК. Першим завданням при проведенні ЕГДС є верифікація джерела кровотечі, локалізації, для того, щоб інший ендоскопіст мав змогу легко його виявити, під час контрольного обстеження. Необхідно визначити та задокументувати ендоскопічні ознаки кровотечі (стигмати) для послідуочого моніторингу [13,19,27].

**6. За відсутності протипоказань виконується ендоскопічна зупинка активної кровотечі та проводиться профілактика рецидиву кровотечі при тромбованих судинах і фіксованих згустках. (Градація сили настанови 1А)**

Виконання МЕВ слід вважати базовою характеристикою якості надання медичної допомоги при ШКК. Неможливо визначити у перспективі всі потенційні заходи під час ЕГДС, однак, з огляду на клінічне значення ШКК, моніторинг цього пункту може засвідчувати майстерність у проведенні ендоскопічних втручань і подальшому клінічному веденні пацієнта. Загалом, ендоскопісти, які виконують ЕГДС з метою виявлення джерела кровотечі, повинні бути навчені, оснащені і готові до проведення усіх МЕВ у разі виявлення джерела. Слід знайти та оцінити джерело кровотечі, детально описати це місце та вид стигмат, щоб інший ендоскопіст мав змогу при наступному втручанні його знайти. Наявність різних стигмат пов'язана з різним ризиком рецидиву кровотечі. Тому це вимагає від лікаря знання не тільки стигматів кровотечі, а й частоти рецидивів кровотечі, пов'язаних з ними, різної за різних клінічних сценаріїв [26]. Якщо джерело кровотечі виявити не вдалося, необхідно чітко сформулювати причину цього.

Якщо у пацієнта з підозрою на ШКК при ендоскопії виявляють її, необхідно обов'язково проводити ендоскопічний гемостаз, а при наявності стигмат високого ризику рецидиву кровотечі, ендоскопічну профілактику рецидиву кровотечі. До стигматів високого ризику належать видимі судини та фіксований згусток. Проспективні дослідження засвідчили зниження частоти рецидивів виразкових кровотеч у таких хворих [1].

**7. У випадках спроби проведення ендоскопічного гемостазу при ШКК має бути чітко зазначено, чи досягнуто його. (Градація сили настанови 3)**

У багатьох проспективних дослідженнях при застосуванні різних методів гемостазу безпосередня частота його досягнення сягала 90-100%. [11]. Немає переваги одного методу над іншим. Комбінації методів не покращують основний метод. Щоб оці-

нити, чи гемостаз був успішним, необхідно, щоб ендоскопіст чітко записав — чи його зусилля для зупинки активної кровотечі були успішними.

**8. Якщо застосовують ін'єкції адреналіну для зупинки ШКК, необхідно додатково застосовувати другий метод ендоскопічного гемостазу — наприклад, коагуляція або кліпування. (Градація сили настанови 1А)**

Для лікування неварикозних ШКК застосовуються численні методи гемостазу. Сучасна практика включає застосування ін'єкцій у поєднанні з мультиполярною коагуляцією, біполярною коагуляцією, радіочастотною коагуляцією, термокоагуляцією, кліпуванням, АПК або лазерною фотокоагуляцією (іноді). Успіх або невдача такої техніки мають бути задокументовані на фото/відео або чітко описані. Самі по собі ін'єкції адреналіну не повинні вважатися достатніми, дослідження засвідчили перевагу їх комбінації з іншими методами [29]. Загалом безпосередній гемостаз досягається більш ніж у 90% випадків [15].

Лікування неварикозних ШКК суттєво знижує частоту рецидивів кровотеч і повинне застосовуватися у більшості випадків. Є дані на користь видалення фіксованого згустку і проведення МЕВ на стигматах кровотечі, що були під ним [6,7,24,25].

**9. Для ендоскопічного лікування вариксів стравоходу у більшості випадків перевага надається лігуванню. (Градація сили настанови 1А)**

Лігування варикозно розширених вен повинно бути пріоритетним у лікуванні варикозно розширених вен [14,15], якщо це можливо [14]. При лікуванні вариксів стравоходу лігування кільцями має перевагу над склеротерапією за безпечністю, особливо при профілактиці кровотечі, але не має переваги над склеротерапією в ефективності ерадикації. Однак ургентне виконання лігування потребує видалення ендоскопа і встановлення на нього банд-лігатора, що вимагає певного часу. Недоліками аплікаторів гумових кілець є обмеження поля огляду пристроєм із зарядженими кільцями та обмежена можливість аспірації та іригації через інструментальний канал ендоскопа через розміщення у ньому скидальної нитки, що значно усклад-

нює проведення лігування на висоті кровотечі. Тому можливе виконання склеротерапії чи кліпування. Слід також враховувати медикаментозне лікування октреотидом або бета-блокаторами [5,12]. Лікування ведеться до повної ерадикації. Після ендоскопічного втручання для запобігання рецидиву кровотечі рекомендовано призначення бета-блокаторів, а при наявності протипоказань до застосування необхідно це відзначити [21].

Встановлено, що в економічно слабо розвинених регіонах можуть бути перешкоди до виконання лігування. У таких регіонах визначення частки пацієнтів, яким виконували лігування може бути придатним як критерій впровадження цієї технології [16].

### Індикатори якості періоду після ендоскопічного втручання

Індикатори якості у періоді після ендоскопічного втручання спільні для всіх втручань, включають написання протоколу дослідження, при можливості з фото/відео документацією ілюстрацій, що підтверджують повноту обстеження, ідентифікацією ділянок взяття біопсії, інструктаж пацієнта, планування подальшого спостереження та лікування у профільному медичному закладі або відділенні. Період після втручання забезпечує сприятливі умови для оцінки стану пацієнта, виявлення ранніх ускладнень. Для з'ясування безпечності дослідження на пізніх етапах кожен лікар, повинен виробити систему контакту з пацієнтом. Для виявлення та виправлення систематичних помилок необхідно запровадити (розробити) методи для звіту та оцінки ускладнень. Індикатори якості після ендоскопічного втручання стосовно ЕГДС включають:

**1. Інструктаж пацієнта на подальший період, що включає можливість виникнення особливих скарг і симптомів, пов'язаних з ЕГДС. (Градація сили настанови 3)**

Після ЕГДС пацієнта попереджають про обов'язкову необхідність звернутися до лікаря при виникненні болю у грудях чи животі, гарячки, здуття живота, ознак ШКК. З пацієнтом необхідно обговорити спосіб контакту щодо отримання результатів біопсії.

Таблиця 3. Підсумковий список індикаторів якості ЕГДС

№	Індикатори якості	Градація сили настанови
1.	ЕГДС проведена за рекомендованими показаннями.	1С+
2.	Перед проведенням ЕГДС отримана інформована згода, у т.ч. обговорений можливий ризик, пов'язаний з втручанням.	3
3.	Антибіотики профілактично призначені пацієнтам з цирозом печінки і гострою ШКК з верхніх відділів ТК, яким виконують ЕГДС.	1А
4.	Антибіотики профілактично призначені перед виконанням черезшкірної ендоскопічної гастростомії (PEG), (черезшкірної ендоскопічної еюностомії — JPEG).	1А
5.	Проводиться повне обстеження стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки, у т.ч. огляд шлунка в інверсії.	2С
6.	При виявленні виразок шлунка проводиться біопсія.	1С
7.	При виявленні вистеленого циліндричним епітелієм стравоходу (CLE), він вимірюється згідно з Празькою класифікацією "C&M".	3
8.	Біопсія проводиться у всіх випадках CLE для визначення наявності спеціалізованого кишкового епітелію після одномісячного курсу лікування стандартними дозами ІПП.	3
9.	При встановленому діагнозі CLE з кишковою метаплазією, адекватна кількість біоптатів необхідна для уточнення наявності дисплазії, раку.	2С
10.	Верифікація спеціалізованого кишкового епітелію, дисплазії та раку проводиться з хромоскопією, NBI чи FICE, та збільшенням зображення.	3
11.	При виявленні виразки шлунка або ДПК проводиться тестування на наявність <i>Helicobacter pylori</i> (Hp).	1А
12.	Тип ураження, що є джерелом ШКК, описується та документується з визначенням локалізації та ендоскопічних ознак кровотечі (стигмат).	1А
13.	За відсутності протипоказань виконується ендоскопічна зупинка активної кровотечі та проводиться профілактика рецидиву кровотечі при тромбованих судинах і фіксованих згустках.	1А
14.	У випадках спроби проведення ендоскопічного гемостазу при ШКК зазначається, чи досягнуто його.	3
15.	При виконанні ЕІТ додатково застосовується інший метод ендоскопічного гемостазу (наприклад коагуляція або кліпування).	1А
16.	Для ендоскопічного лікування вариксів стравоходу у більшості випадків перевага надається лігуванню.	1А
17.	Після ендоскопічного втручання пацієнтові надається заключення та проводиться інструктаж на подальший період, що включає можливість виникнення особливих скарг і симптомів, пов'язаних з ускладненнями після ЕГДС.	3
18.	Пацієнтам, яким виконували дилатацію пептичних стриктур стравоходу, призначаються ІПП.	1А
19.	Після проведення МЕВ з метою зупинки чи профілактики рецидиву кровотечі фіксується та аналізується частота виникнення рецидивів кровотечі, як небажаної події, та реєструється у журналі ендоскопічних досліджень.	1С+

**2. Пацієнтам, яким виконували дилатацію пептичних стриктур стравоходу, призначається терапія ІІІІ. (Градація сили настанови ІА)**

Прийом ІІІІ після дилатації стриктур зменшує потребу в подальших дилатаціях [23,31].

**3. Після проведення МЕВ з метою зупинки чи профілактики рецидиву кровотечі потрібно фіксувати та аналізувати частоту виникнення рецидивів кровотечі як небажану подію та фіксувати у журналі рестрації ендоскопічних досліджень. (Градація сили настанови ІС+)**

Хоча просте відстеження різних ускладнень після ендоскопічного втручання рекомендується для всіх ендоскопічних втручань, особливо важливо з'ясувати частоту рецидивів кровотеч при оцінці якості діагностики і лікування ШКК.

## Висновки

З метою визначення складових ЕГДС високої якості ідентифіковано ключові індикатори, у т.ч. у періоди до ендоскопічного втручання, під час ендоскопічного втручання та після ендоскопічного втручання (таблиця 3). Ці індикатори якості важливі для ЕГДС, але можуть застосовуватися і до всіх ендоскопічних втручань. Робочі групи різних асоціацій спробували створити вичерпний список потенційних індикаторів якості. Вони усвідомлювали, що не кожен індикатор може бути застосований в усіх клінічних ситуаціях, і не всі з них придатні до практичного застосування. Установи повинні самі вибирати показники, найбільш прийнятні для них [10].

Цей список потенційних індикаторів якості ЕГДС вважається вичерпним переліком кінцевих результатів, які піддаються оцінці. Не мається на увазі, що всі кінцеві результати будуть визначатися за всіх ситуацій клінічної практики. У більшості випадків може бути необхідне підтвердження запропонованих кінцевих результатів та їх узаконення.

## Література

- Adler D.G., Leighton J.A., Davila R.E. et al. (2004) ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI hemorrhage. *Gastrointest. Endosc.* 60: 497-504
- American Society for Gastrointestinal Endoscopy (2000) Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. *Guidelines. Gastrointest. Endosc.* 52: 831-870
- American Society for Gastrointestinal Endoscopy (2002) Complications of upper gastrointestinal endoscopy. *Guidelines. Gastrointest. Endosc.* 55: 784-793
- American Society for Gastrointestinal Endoscopy (1998) The role of endoscopy in the surveillance of premalignant conditions of the upper gastrointestinal tract. *Guidelines. Gastrointest. Endosc.* 48: 663-668
- Banares R., Albillos A., Rincon D. (2002) Endoscopic treatment versus endoscopic plus pharmacologic treatment for acute variceal bleeding: a meta-analysis. *Hepatology.* 35: 609-615
- Bini E.J., Cohen J. (2003) Endoscopic treatment compared with medical therapy for the prevention of recurrent ulcer hemorrhage in patients with adherent clots. *Gastrointest. Endosc.* 58: 707-714
- Bleau B.L., Gostout C.J., Sherman K.E. (2002) Recurrent bleeding from peptic ulcer associated with adherent clot: a randomized study comparing endoscopic treatment with medical therapy. *Gastrointest. Endosc.* 56: 1-6
- Cass O.W., Freeman M.L., Peine C.J. (1993) Objective evaluation of endoscopy skills during training. *Ann. Intern. Med.* 118: 40-44
- Charles R.J., Chak A., Cooper G.S. (1999) Use of open access in GI endoscopy at an academic medical center. *Gastrointest. Endosc.* 50: 480-485
- Cohen J., Safdi M.A., Deal S.E. et al. (2006) ASGE/ACG taskforce on quality in endoscopy. quality indicators for esophagogastroduodenoscopy. *Guidelines. Am. J. Gastroenterol.* 101: 886-891
- Cook D.J., Guyatt G.H., Salena B.J. (1992) Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis. *Gastroenterology.* 102: 139-148
- D'Amico G., Politi G., Morabito F. (1998) Octreotide compared with placebo in a treatment strategy for early re-bleeding in cirrhosis: a double blind randomized pragmatic trial. *Hepatology.* 28: 1206-1214
- Davies J. (1994) Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding. *Dig. Dis. Sci.* 39: 706-712
- Eisen G.M., Baron T.H., Dominitz J.A. et al. (2002) The role of endoscopic therapy in the management of variceal hemorrhage. *Gastrointest. Endosc.* 56: 618-620
- Exon D.J., Chung S.C. (2004) Endoscopic therapy for upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* 18: 77-98
- Faige D.O., Cotton P.B. (2009) The London OMED position statement for credentialing and quality assurance in digestive endoscopy. *Guidelines. Endoscopy.* 41: 1069-1074
- Faigel D.O., Pike I.M., Baron T.H. et al. (2006) Quality indicators for gastrointestinal endoscopic procedures: an introduction. *Guidelines.* 63: 3-9
- Ford A., Delaney B., Forman D. et al. (2004) Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori positive patients. *Cochrane Database Syst. Rev.* 18: CD003840
- Freeman M.L. (1997) Stigmata of hemorrhage in bleeding ulcers. *Gastrointest. Endosc. Clin. North. Am.* 7: 559-574
- Froehlich F., Repond C., Mullhaupt B. (2005) Is the diagnostic yield of upper GI endoscopy improved by the use of explicit panel-based appropriateness criteria? *Gastrointest. Endosc.* 52: 333-341
- Garden O.J., Mills P.R., Birnie G.G. (1990) Propranolol in the prevention of recurrent variceal hemorrhage in cirrhotic patients. *Gastroenterology.* 98: 185-190
- Hirota W.K., Petersen K., Baron T.H. (2003) Guidelines for antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. *Gastrointest. Endosc.* 58: 475-482
- Jaspersen D., Schwacha H., Schorr W. (1996) Omeprazole in the treatment of patients with complicated gastro-oesophageal reflux disease. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 11: 900-902
- Jensen D.M., Koyacs T.O.G., Jutabha R. (2002) Randomized trial of medical or endoscopic therapy to prevent recurrent ulcer hemorrhage in patients with adherent clots. *Gastroenterology.* 123: 407-413
- Kahi C.J., Jensen D.M., Sung J.J.Y. (2005) Endoscopic therapy versus medical therapy for bleeding peptic ulcer with adherent clot: a meta-analysis. *Gastroenterology.* 129: 855-863
- Katschinski B., Logan R., Davies J. (1994) Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding. *Dig. Dis. Sci.* 39: 706-712
- Laine L., Peterson W.L. (1994) Bleeding peptic ulcer. *N. Engl. J. Med.* 331: 717-727
- Lambert R., Sharma P. (2005) Paris workshop on columnar metaplasia. *Endoscopy.* 37: 879-920
- Park C.H., Joo Y.E., Kim H.S. (2004) Gastrointestinal endoscopy: a prospective, randomized trial comparing mechanical methods of hemostasis plus epinephrine injection to epinephrine injection alone for bleeding peptic ulcer. *Gastrointest. Endosc.* 50: 173-179
- Sampliner R.E. (2002) Updated guidelines for the diagnosis, surveillance, and therapy of Barrett's esophagus. *Am. J. Gastroenterol.* 97: 1888-1895
- Silvis S.E., Farahmand M., Johnson J.A. (1996) A randomized blinded comparison of omeprazole and ranitidine in the treatment of chronic esophageal stricture secondary to acid peptic esophagitis. *Gastrointest. Endosc.* 43: 216-221
- Spechler S.J. (1997) Short and ultrashort Barrett's esophagus — what does it mean? *Semin. Gastrointest. Dis.* 8: 59-67
- Vergara M., Catalan M., Gisbert J.P. (2005) Meta-analysis: role of Helicobacter pylori eradication in the prevention of peptic ulcer in NSAID users. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 21: 1411-1418