



Применение чрескожной эндоскопической гастростомии для обеспечения длительного энтерального питания

БЕЛЕВИЧ В.Л., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
(val-belevich@yandex.ru)

БРЕДНЕВ А.О., старший лейтенант медицинской службы (antonbrednev@rambler.ru)

ОВЧИННИКОВ Д.В., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы
(dv.ovchinnikov-vma@yandex.ru)

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Чрескожная эндоскопическая гастростомия для обеспечения энтерального питания пациентов хорошо зарекомендовала себя в клинической практике, т. к. в отличие от традиционных гастростомии и еюностомии позволяет избежать многих осложнений. Методика используется при необходимости энтерального зондового питания при отсутствии реального положительного прогноза восстановления сознания и функции глотания. В ходе настоящего исследования среди 387 пациентов с гастростомой, наложенной с помощью чрескожной эндоскопической методики, наблюдали всего 1,8% гнойных осложнений (в т. ч. в 0,3% случаев — перитонит) и в 1,0% случаев — неконтролируемое удаление трубки пациентом. Наш опыт позволяет рекомендовать данную методику для широкого внедрения в практику лечебных учреждений при необходимости зондового энтерального питания более 3 нед у больных с нарушением функции глотания.

К л ю ч е в ы е с л о в а: энтеральное питание, гастростома, чрескожная эндоскопическая гастростомия.

Belevich V.L., Brednev A.O., Ovchinnikov D.V. — The use of percutaneous endoscopic gastrostomy for provision of the long-term enteral nutrition. Percutaneous endoscopic gastrostomy for provision of the long-term enteral nutrition is well established in clinical practice because unlike from traditional gastrostomy and jejunostomy allowed to avoid many complications. The technique is used for enteral tube feeding in the absence of real positive predictive recovery of consciousness and swallowing function. During presented study from 387 patients with a gastrostomy imposed by percutaneous endoscopic technique, observed only 1,8% of suppurative complications and in 1% of cases — uncontrolled removal of the tube by the patient. Our experience allows us to recommend this technique for wide implementation in practice of medical institutions in case when it is necessity in enteral feeding more than 3 weeks of patients with impaired swallowing.

Key words: enteral nutrition, gastrostomy, percutaneous endoscopic gastrostomy.

При неврологических нарушениях, сопровождающихся атонией верхнего отдела желудочно-кишечного тракта и отсутствием глотательного рефлекса, при заболеваниях и повреждениях глотки, гортани и пищевода возникает ситуация невозможности естественного приема пищи. В этих случаях осуществляется энтеральное питание через различные зонды, гастростомы или еюностомы. Применение зондов ограничено сроками нахождения их в просвете пищевода, т. к. возможно возникновение осложнений, усугубляющих ситуацию. Наиболее приемлемыми в этом случае являются гастростомия и еюностомия.

С развитием медицинских технологий и эндоскопии появились малоинвазивные способы для обеспечения энтерального питания: в первую очередь это эндоскопически устанавливаемые назогастральный и назоинтестинальный зонды, а из оперативных способов — лапароскопическая гастростомия [2]. Ныне насчитывается более 100 различных методик выполнения гастростомии, что свидетельствует как об их многообразии, так и о несовершенстве, т. к. многие из них не соответствуют современным требованиям.

В 1980 г. американский детский хирург M.W.Gauderer и эндоскопист J.L.Ponsky впервые на практике исполь-



зовали *чрескожную эндоскопическую гастростомию* (ЧЭГ) [4]. Ее основные особенности — малоинвазивность (отсутствие необходимости выполнять лапаротомический доступ к желудку), быстрота выполнения манипуляции (15–20 мин), отсутствие абсолютных противопоказаний, возможность начала питания с первых суток, простота обслуживания и возможность быстрого удаления зонда [1]. ЧЭГ может быть модифицирована в чрескожную эндоскопическую еюностомию для обеспечения как еюнального питания, так и декомпрессии желудка.

Хотя ЧЭГ является минимально инвазивным способом гастростомии, осложнения при ней возникают в 1,0–2,4% случаев, а смертность составляет 0,8% [3].

Цель исследования

Проанализировать опыт применения ЧЭГ у пациентов с различными клиническими ситуациями, уточнить показания к ее применению в каждом конкретном случае, выявить «слабые» технические аспекты процедуры, способные привести к осложнениям.

Материал и методы

Кафедрой общей хирургии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова накоплен значительный опыт выполнения чрескожных эндоскопических гастростомий. За период 2007–2013 гг. в клиниках академии наложено 387 гастростом у пациентов с различными нарушениями акта глотания и проходимости пищевода.

Основную группу пациентов (94%) составили 364 больных неврологического профиля с нарушением акта глотания, находящиеся на лечении в отделениях реанимации. У 13 (3,4%) пациентов выполнено наложение чрескожной эндоскопической гастростомы ввиду ухудшения проходимости пищевода в результате быстрого прогрессирования онкологического заболевания, 10 (2,6%) пациентам выполнена ЧЭГ по поводу болезни Паркинсона для более эффективной доставки лекарств в тонкую кишку (гастроэнтеростомия).

Условие выполнения ЧЭГ — наличие эндоскопического переносного ап-

парата и возможность затемнения помещения. Все манипуляции выполнялись непосредственно у постели больного. Абсолютных противопоказаний к выполнению ЧЭГ мы не выявили ни у одного пациента.

Относительными противопоказания явились:

- общее состояние пациента;
- оперированный желудок;
- толстый слой подкожной жировой клетчатки на передней брюшной стенке;
- невозможность проведения эндоскопа в желудок.

Трудность представило выполнение ЧЭГ у пациентов со стенозирующими заболеваниями пищевода и ротоглотки. Возникла необходимость предварительного проведения бужирования или баллонной дилатации.

Методика наложения ЧЭГ включает следующие этапы. До начала процедуры выполняют внутривенное обезболивание. Далее проводится фиброгастроскопия, во время которой выбирают наиболее малоизмененный и маловаскуляризованный участок передней стенки желудка. Предпочтительнее наложение гастростомы по малой кривизне желудка с учетом возможности возникновения в последующем необходимости проведения операции по пластике пищевода желудочным трансплантатом. После достаточного заполнения желудка воздухом затемняют помещение, в котором проводят гастростомию. Упирают кончик эндоскопа в переднюю стенку желудка и за счет диафаноскопии передней брюшной стенки определяют место пункции, обычно вне белой линии живота. Уточняют это место, придавливая переднюю брюшную стенку пальцем. Обрабатывают операционное поле антисептиком, выполняют местную анестезию на всю толщину передней брюшной стенки и в выбранной точке производят надсечку кожи около 3 мм тонким скальпелем. После этого с помощью приложенного к набору троакара под эндоскопическим контролем пунктируют желудок через кожу. Стиллет удаляют.

Удерживая канюлю троакара в месте прокола пальцами, во избежание истече-



ния через нее воздуха из желудка, заводят через нее в желудок длинную леску, которую захватывают щипцами эндоскопа и выводят через рот вместе с эндоскопом.

Далее к концу лески прикрепляется гастростомическая трубка, на конце которой имеется булавовидное утолщение для ее фиксации и герметизации полости желудка. Трубка проводится через желудок и выводится в пункционное отверстие, которое предварительно расширяется при помощи скальпеля. Затем после плотного прижатия стенки желудка к передней брюшной стенке гастростомическую трубку фиксируют стопорным кольцом, предварительно подложив под него стерильный материал (см. рисунок). Перевязки проводят ежедневно в течение недели, затем через день.

Для выполнения ЧЭГ использовали наборы фирмы Cook Medical. После выполнения процедуры всем пациентам проводили антибиотикопрофилактику, что снизило число возможных инфекционных осложнений.

Результаты и обсуждение

В структуре 387 выполненных ЧЭГ было 9 (2,3%) гастростомий с осложнениями (нагноение послеоперационной раны — 5, выпадение гастростомической трубки — 2, пневмоперитонеум — 1, кровотечение — 1 случай). Ни одного осложнения, связанного с техникой установки ЧЭГ, не возникло. Успешность манипуляции достигла 99% (в 2 случаях не удалось

с первого раза установить гастростому из-за технических сложностей; последующие попытки были успешными).

Инфекционные осложнения возникли в результате отсутствия должного ухода за гастростомической трубкой. Кровотечение было ликвидировано после дополнительного прошивания сосуда и плотного прижатия желудка к передней брюшной стенке. При перитоните была выполнена срочная операция с наложением гастростомы по Витцелю. Выпадение гастростомической трубки наблюдалось на поздних этапах после выполнения гастростомии в результате неосторожного обращения пациентов. Осложнений не возникло, потому что стенка желудка к тому времени уже плотно была припаяна к брюшной стенке.

Длительность нахождения гастростомической трубки зависела от срока восстановления утраченных функций. Максимальное время стояния гастростомы составило 1 год и 8 мес.

Подтверждено, что абсолютных противопоказаний к наложению ЧЭГ нет, имеются лишь относительные — перитонит, сепсис, операции на желудке, выраженный асцит, язвенная болезнь и невозможность совместить желудок с передней брюшной стенкой. К относительным противопоказаниям относятся и процессы, сопровождающиеся сужением просвета пищевода и глотки, поскольку в настоящее время хирурги располагают большим числом методик восстановления достаточной их проходимости хотя бы на непродолжительное время.

ЧЭГ можно считать методом выбора при необходимости длительного энтерального питания (более 3 нед) у пациентов с дисфагией различного генеза. Как правило, такие пациенты находятся в отделениях реанимации. Пациенты начинали питаться со следующего дня. Использование и уход за гастростомической трубкой менее трудоемки по сравнению с обычной гастростомой и не требуют постоянного сестринского ухода (достаточно обучить самого пациента или его родственников).

Проведенное исследование позволило прийти к выводу, что показаниями к выполнению ЧЭГ являются:



Фиксация ЧЭГ на коже передней брюшной стенки



– неврологические нарушения и опухольные процессы глотки, сопровождающиеся синдромом дисфагии, при положительном сроке восстановления функций более 3 нед;

– заболевания (в основном онкологические) и повреждения ротоглотки, пищевода и желудка, нарушающие пассаж пищи;

– подготовка перед операцией на верхних отделах желудочно-кишечного тракта;

– необходимость ретроградного бужирования.

– отдельные случаи воспалительных процессов глотки и пищевода.

Подтверждены преимущества ЧЭГ. При выполнении эндоскопической гастростомии риск операции сведен до минимума (местная анестезия или сочетанная анестезия). Время наложения гастростомы составляет 10–15 мин. Число

осложнений после наложения ЧЭГ невелико. Обеспечивается начало проведения питания с использованием гастростомы уже через 12 ч. Больные или их родственники самостоятельно проводят питание и уход за гастростомой. При необходимости замены зонда она производится неоперационным способом с помощью эзофагогастродуоденоскопа. Максимальное стояние зонда без замены – 1 год и 8 мес. Удаление зонда производится путем извлечения его наружу (отверстие закрывается самостоятельно).

Как показали результаты нашего исследования, широкое внедрение в клиническую практику метода эндоскопической гастростомии обеспечивает более качественное и надежное проведение нутриционной поддержки пациентов, способствует улучшению результатов лечения и качества жизни больных, уменьшению количества осложнений.

Литература

1. Козин С.М., Вахонин А.Ю., Добродеев С.А. Опыт применения чрескожной эндоскопической гастростомии в интенсивной терапии по коррекции трофического статуса больных // Клиническая анестезиология и реаниматология. – 2008. – Т. 5, № 1. – С. 33–39.

2. Лященко Ю.Н. Энтеральное питание: история, современное состояние и перспек-

тивы развития. История энтерального питания // Клиническое питание. – 2004. – № 3. – С. 20–25.

3. Chang W.K., Yu C.Y., Chao Y.C. Positioning a safe gastric puncture point before percutaneous endoscopic gastrostomy // Int. J. Clin. Pract. – 2007. – Vol. 61, N 7. – P. 1121–1125.

4. Gauderer M.W., Ponsky J.L., Izant R.J. Jr. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique // J. Pediatr. Surg. – 1980. – Vol. 15, N 6. – P. 872–875.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

В здании Астраханского отделения военного клинического госпиталя Южного военного округа завершены ремонтные работы и перепланировка операционного отделения. В результате преобразований в операционном блоке оборудованы блоки полостной хирургии и эндоскопической хирургии.

Военный госпиталь оснащен современным медицинским оборудованием – установлены рентгенодиагностический комплекс и современный наркозный аппарат. В палатах интенсивной терапии установлены прикроватные мониторы для постоянного контроля и регистрации основных параметров функционирования жизненно важных органов и систем (пульс, артериальное давление, частота дыхания).

В завершающей стадии находятся ремонтные работы в инфекционном отделении. Существующие общие палаты перепланированы в палаты на 2–4 койко-места с отдельным входом. За счет этого созданы комфортные условия для больных, и исключена возможность распространения инфекционных заболеваний.

Выполнение всех этих работ позволяет военным врачам в современных условиях проводить как плановые, так и экстренные операции и улучшить качество оказания медицинской помощи ветеранам, членам семей и военнослужащим Астраханского гарнизона.

Пресс-служба Южного военного округа, 18 марта 2014 г.
http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11909617@egNews