

больного отмечена послеоперационная пневмония, нагноение послеоперационной раны – у 1 больного. Летальности не было.

В последующем (через 2-12 месяцев) эзофагопластика была выполнена у 33,9% (21) больных. Большинство больных успешно прошли курс бужирования пищевода.

Мы разработали схему лечения больных с послеожоговыми стенозами:

– при тотальном и субтотальном поражении желудка на первом этапе выполняется либо еюностома, либо двойная гастроэнтеростомия петлей по Ру с выведением ее для питательной стомы;

– при рубцовом поражении тела желудка без поражения привратника выполняется пластика желудка путем продольного рассечения рубцов с поперечным швом или гастрогастроанастомоз;

– при рубцовом поражении пилорического отдела желудка выполняется резекция желудка по Бильрот II, позадибодочный гастроэнтероанастомоз.

Использование предлагаемой схемы упрощает выбор метода лечения данной категории больных. В нем учтена возможность последующего восстановления проходимости пищевода бужированием или эзофагопластикой (желудком, в том числе и рубцовоизмененным), либо толстой кишкой.

У больных с сочетанными рубцовыми стриктурами пищевода и желудка приоритетным является хирургическое вмешательство, направленное на восстановление проходимости желудка. Как стандартную операцию восстановления проходимости желудка при его послеожоговом стенозе предпочтительно выполнять позадибодочную гастроэнтеростомию с задней стенкой желудка по Брауну на длинной петле. Гастростоме необходимо формировать в верхней трети желудка по малой кривизне. В связи с трудностью выбора тактики лечения и сложностью методик операций считаем целесообразным выполнение подобных операций в специализированных стационарах.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Исаков В.А. // Груд. и серд.-сосуд. хир. – 2003. – №3.
2. Аллахвердян А.С. Лечение рубцовых стриктур пищевода / Автореф. дис.... докт. мед. наук. – М., 2004.
3. Бакиров А.А. // Хирургия. – 2001. – № 5. – С.19-23.
4. Черноусов А.Ф., Янгиев А., Домрачев С.А. // Груд. и серд.-сосуд. хир. – 1990. – №3. – С.48-52.
5. Шипулин П.П., Мартынюк В.А., Прохода С.А. // Хирургия. – 2001. – №11. – С.66-67.
6. Шраер Т.И., Лишов Е.В. // Анн. хир. – 2003. – №4 – С. 36-40.
7. Stiff G., Alwafi A., Rees B.I., Lari J. // Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 1996 – V.78, №2. – P.119-123.

#### ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРОСТОМИИ

**В.С. Мазурин, А.Ю. Вахонин, В.Л. Шабаров, М.И. Прищепо, Д.С. Носков**  
МОНИКИ им.М.Ф. Владимирского, 32 ЦВМКГ

Чрескожная эндоскопическая гастростомия (Percutaneous endoscopic gastrostomy; PEG) была предложена в 1980 г. M.W.L. Gauderer и соавт. В последнее время она широко используется при необходимости осуществления искусственного питания, особенно длящегося свыше 3 недель.

В нашей стране в настоящее время используются в основном хирургические методы доступа к пищеварительному тракту, которые являются более травматичными и чаще вызывают различные послеоперационные осложнения. Из тяжелых осложнений чаще всего встречаются инфекционные, кровотечения и др.

К хирургическим методам доступа к пищеварительному тракту для обеспечения энтерального питания относятся: а) ларингостомия, б) шейная эзофагостомия, в) гастростомия, г) еюностомия. Наиболее часто для проведения PEG используется так называемый pull-метод, предложенный M.W.L. Gauderer и соавт. PEG обладает явными преимуществами перед перечисленными хирургическими методами. К этим преимуществам относятся:

- возможность проведения процедуры в условиях эндоскопического кабинета или перевязочной с затемнением помещения;
- значительно меньшая частота осложнений по сравнению с хирургической гастростомией или еюностомией;
- отсутствие раздражения слизистых оболочек верхних отделов желудочно-кишечного тракта и верхних дыхательных путей, связанное с проведением зонда через носо- и ротоглотку;
- удобство осуществления энтерального питания как для пациента, так и для медицинского работника (особенно в амбулаторных условиях);
- значительно меньшее время проведения манипуляции.

По данным разных авторов, осложнения при PEG составляют 3-8%. К ним относятся:

- раневая инфекция (это одно из наиболее частых осложнений);
- гематома или некроз мягких тканей вокруг гастростомической трубки, что является матрицей для развития раневой инфекции;
- подтекание желудочного содержимого мимо гастростомической трубки, в т.ч. в брюшную полость, вследствие чего возможно воспаление мягких тканей и перитонит;
- аспирация желудочного содержимого;
- дислокация гастростомической трубки;
- пневмоперитонеум.

Нами выполнено PEG у 65 пациентов с различными диагнозами: длительные коматозные состояния — 27 больных; патология ЦНС с бульбарными нарушениями — 35; заболевания и травматические повреждения лицевого черепа и пищевода — 3.

Наблюдались следующие осложнения: нагноение в области стомы у 2 больных, воспалительный инфильтрат в области стомы (у 6), «бампер-синдром» (у 2), кровотечение из стенки желудка (у 1). Все осложнения были успешно устранены.

Выводы.

1. Пациентам показана PEG, если по прогнозу энтеральное питание будет продолжаться более 2,5-3 недель.

2. При соблюдении правил асептики и профилактике гнойно-воспалительных осложнений их опасность и частота может быть минимизирована.