



АНОХИНА С.Г., ПОЛЯКОВ Н.С., ПОДШИВАЛИН А.А., ЯФЯСОВ Р.Я., ЗАКИРОВ И.И. УДК 616.33-089.86-053.2
ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ», г. Казань

Первый опыт выполнения чрескожной эндоскопической гастростомии у детей

При невозможности больным длительное время осуществлять прием пищи естественным путем имеющаяся альтернатива — энтеральное либо парентеральное питание. При их сравнении энтеральное питание более физиологично, намного дешевле и не сопровождается тяжелыми осложнениями. Основная проблема — обеспечить наиболее простой и безопасный доступ к пищеварительному тракту. Так называемые консервативные методы (использование назогастральных и назоеюнальных зондов) могут применяться в течение короткого периода времени (не более 4-6 недель), т.к. вызывают осложнения в виде: эрозивно-язвенных процессов в ротоглотке, пищеводе, желудке, сопровождающихся кровотечением; аспирации желудочного содержимого; инфекционного характера и т.д.

Основные недостатки традиционной хирургической гастростомии — операционные риски, присущие всем лапаротомным вмешательствам. За рубежом в качестве альтернативы хирургической лапоротомной гастростомии с 1988 г. успешно применяется чрескожная эндоскопическая гастростомия (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG)) как метод малоинвазивной хирургии, направленный на минимизацию операционной травмы для пациента с сохранением и улучшением качества самого оперативного вмешательства.

В нашей клинике впервые в республике (март 2011 года) выполнена PEG больному ребенку в возрасте 3 года 4 месяца. Всего в отделении PEG выполнена четверым больным в возрасте 2 г. 3 мес., 3 г. 4 мес., 4 г. 4 мес. и 15 лет. Из них — трем девочкам и 1 мальчику. Показанием к вмешательству явилась невозможность кормления естественным путем по причине дисфагии неврологического генеза.

PEG выполнялась с использованием гастростомического набора Nutricia Flocare, трубок диаметром от 16 Fr до 20 Fr. по pull-методике (Ponsky). Процедура проводилась под общей анестезией операционной бригадой в составе эндоскописта, хирурга, эндоскопической сестры, анестезиолога и анестезистки. Время выполнения — 15-20 минут. Во всех случаях гастростомия была расширена до PEG-ejunostomy — дополнительным проведением питательного зонда в тонкую кишку через гастростому под контролем и с помощью эндоскопии. Таким образом, еюнальное питание сочеталось с желудочной декомпрессией, что снизило риск аспирационной пневмонии у больных с выраженным гастроэзофагеальным рефлюксом и нарушенной моторикой желудка.

У самого первого пациента (в возрасте трех лет) на 10-е сутки наблюдалось осложнение в виде мацерации кожных покровов вокруг стомы и изъязвление края гастростомического отверстия со стороны желудка, что было выявлено во время повторной гастроскопии. Эти изменения были вызваны несоблюдением правил ухода за стомой (регулярное промывание трубки физиологическим раствором) и режима кормления в первые сутки. Все нежелательные симптомы быстро купировались на фоне консервативного лечения. У остальных детей послеоперационный период протекал без осложнений.

Таким образом, операция PEG является малотравматичным, технически простым и непродолжительным вмешательством, сопровождается минимальными осложнениями и смертностью, не требует повторной операции по закрытию гастростомы, что определяет ее преимущество перед другими хирургическими методами доступа для энтерального питания у детей.