

Р.Б. Мумладзе¹, Ю.Ш. Розиков^{1,2}, А.И. Деев¹, И.Ю. Коржева¹
ЧРЕСКОЖНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОСТОМИЯ
КАК СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭНТЕРАЛЬНЫМ ПИТАНИЕМ
¹ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», г. Москва
²Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, г. Москва

В статье описывается значение энтерального питания у реанимационных больных для коррекции метаболических нарушений. Дается обоснование выбора чрескожной эндоскопической гастростомии как метода обеспечения энтеральным питанием критических больных. Описана техника ее выполнения и преимущества. Представлена характеристика результатов выполнения чрескожной эндоскопической гастростомии с учетом диагноза.

Ключевые слова: чрескожная эндоскопическая гастростомия, энтеральное питание.

R.B. Mumladze, Yu.Sh. Rozikov, A.I. Deyev, I.Yu. Korzheva
PERCUTANEUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY
AS UP-TO-DATE METHOD OF PROVIDING ENTERAL NUTRITION

The article deals with the importance of enteral nutrition feeding for metabolic processes correction in handling intensive care patients. The author proves the choice of percutaneous endoscopic gastrostomy as a method of enteral feeding in dealing with critical patients. The article describes the technique of its application and the advantages of the method. The author presents an outcome description of percutaneous endoscopic gastrostomy implication considering the patient's diagnosis.

Key words: percutaneous endoscopic gastrostomy, enteral nutrition feeding.

Нутритивное обеспечение - жизненно важный компонент интенсивной терапии. У большинства пациентов в критических состояниях нутритивные потребности частично или полностью могут быть обеспечены через желудочно-кишечный тракт. Даже когда некоторые компоненты нутритивного обеспечения могут быть введены только парентерально, желательно применять энтеральное питание (ЭП).

Сложность проблемы заключается в выборе оптимального пути введения энтерального питания.

В современной литературе методы доступа для проведения ЭП классифицируются следующим образом. Консервативные методы: установка назогастрального или назоэнтерального зонда и хирургические методы: гастростомия и еюностомия. Другим важным положением является то, что консервативные методы доступа используются для кратковременного проведения ЭП (до 4 недель), а хирургические - для длительного (более 4 недель).

Необходимо учитывать возможность питания больных не только жидкими смесями, но и полужидкими - более высококачественными, калорийными и максимально приближенными к естественному химусу.

Отдельные попытки зондового внутрижелудочного питания предпринимались еще в XVII - XVIII вв. Но настоящее развитие энтерального зондового питания получило лишь в XX в., после разработки состава искусственных питательных смесей и специальных зондов. В 1974 г. компания Mid Johnson (США),

выпустила первую смесь для взрослых пациентов - Изокал [4].

Наложение гастростомы является одним из основных путей обеспечения энтеральным питанием, когда отсутствует возможность установки назогастрального зонда, например при опухолевом поражении пищевода. Идея операции гастростомии и ее теоретическое обоснование принадлежат норвежскому хирургу Egeberg (1837 г.). В 1842 г. профессор Московского университета В.А. Басов впервые выполнил гастростомию в эксперименте на собаке. Первые попытки осуществить её у человека были предприняты в 1849 г. французским хирургом Ch. Sedillot, но на том уровне развития хирургии они закончились неблагоприятно. Широкое использование гастростомии в практической медицине началось с 1891 г., после предложения О. Witzel помещать гастростомический зонд в линейный серозно-желудочный туннель.

На протяжении последующих десятилетий такими известными хирургами, как Топровер, Кадер, Фолей, Юдин и другие разрабатывались различные способы наложения гастростомы.

В случаях, когда желудок недоступен для наложения гастростомы, применяется еюностомия. Первым для этой цели её предложил J.F. Wolfer (1935). В 1954 г. H.F. McDonald предложил метод чрезыгольной катетеризационной еюностомии.

К настоящему времени в литературе опубликовано свыше 100 модификаций гастростомии, а также около 30 методов еюностомии - подвесных, трубчатых, губовидных,

инвагинационных и инвагинационно-клапанных (Т.И. Шпраер, 1989; Г.С.Васильев с соавт., 1993; G.D. Burtch 1987; Q.Y. Duh et al., 1995).

Существование большого количества методов и модификаций наложения гастроили еюностомы лапаротомным или лапароскопическим методами говорит лишь об неудовлетворенности хирургов результатами этих операций. Такие осложнения, как мацерация, нагноение кожи вокруг стомы, обусловленные истечением желудочного или кишечного содержимого, несостоятельность швов, смещение и инфицирование трубки, отхождение гастро- или еюностомической трубки от передней брюшной стенки возникают, с развитием перитонита от 3,5 до 87% случаев при применении различных способов гастростомии, и до 56,7% при еюностомии (Р.Х. Васильев с соавт., 1983; М.А.Поляков, 1985; Н.Зубарев с соавт. 1991; А.А. Баймухамедов, 1994, G.D. Burtch et al., 1987; R.A. Kozarek et al., 1995).

В результате к гастростоме сформировались следующие требования.

Гастростомический канал должен быть прямым и достаточно широким для прохождения пищи, должен занимать минимальную площадь желудка, в большинстве случаев не должен самостоятельно облитерироваться, при временном извлечении трубки должен обеспечивать герметичность полости желудка для предупреждения обратного излияния желудочного содержимого на переднюю брюшную стенку.

С развитием эндоскопической хирургии появились менее инвазивные способы наложения гастростомы.

Лапароскопическая гастростомия (ЛГ) была впервые описана И.М. Прудковым в 1978 г. и выполнена D.S. Reiner и соавт. в 1991 г.

Чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ) впервые была использована на практике в 1979 г. американскими детским хирургом M.W. Gauderer и эндоскопистом J.L. Ponsky. [4, 9].

Предложенная ими методика ЧЭГ получила название «pull-метода», т.е. вытягивание гастростомической трубки по проводнику из полости желудка на себя. Впоследствии были предложены различные модификации методики ЧЭГ, такие как «push-метод» – метод выталкивания (Sachs-Vine) и установка гастростомической трубки с помощью интродьюсера пункционным методом извне

(аналогично методике Сельдингера) под контролем эндоскопа (Russell).

Наш опыт показывает, что все способы проведения энтерального питания имеют индивидуальные показания и противопоказания в зависимости от характера патологического процесса.

Энтеральное питание играет важную роль в нормализации гомеостаза у реанимационных больных, включая больных, перенесших хирургические вмешательства на органах желудочно-кишечного тракта. Одним из основных компонентов у данной категории больных является лечение, направленное на нормализацию гомеостаза, который разрушается в результате «хирургической агрессии».

Сегодня общепризнанным фактором является главенствующая роль системного воспалительного ответа на формирование критического состояния любой этиологии. Метаболические характеристики синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) сегодня объединяют в единый синдром гиперметаболизма, который представляет собой суммарный метаболический ответ на воспалительную реакцию. Отсутствие поступления энергетических экзогенных питательных веществ в ЖКТ очень быстро приводит к истощению эндогенных резервов организма. Известно, что затрата этих энергетических ресурсов приводит, как правило, к резкому снижению резервных возможностей организма, и как результат – к катастрофе. Одной из таких угрожающих ситуаций в раннем послеоперационном периоде является белково-энергетическая недостаточность с последующим истощением организма, которая локально может привести к несостоятельности швов анастомозов органов ЖКТ [3, 6].

Рядом авторов доказано, что кишечник играет важную роль в патогенезе метаболических сдвигов при критических состояниях и в значительной степени способствует развитию полиорганной недостаточности (ПОН). Первые американские исследователи J. Meakins и S. Marshall выдвинули гипотезу, что одним из компонентов развития полиорганной недостаточности является резкое изменение проницаемости слизистой оболочки кишечника, что в свою очередь приводит к транслокации бактерий и токсинов из просвета кишечника в систему циркуляции. Следует отметить, что этот процесс, по мнению этих авторов, является одной из причин септических состояний, коррекция которых чрезвычайно сложна. Доказано, что полный покой кишечника вызывает атрофию его слизистой оболочки. Дегене-

ративные изменения в кишечной стенке возникают уже через несколько дней покоя, причём они прогрессируют, несмотря на проведение полного парентерального питания. Слизистая оболочка кишечника служит защитным барьером, изолирующим патогенные микроорганизмы, находящиеся в его просвете, от циркулирующей крови. Если этот барьер разрушен, то бактерии могут инвазировать слизистую, получая доступ в сосуды. Этот процесс носит название транслокации. Транслокация может быть наиболее важной причиной скрытого сепсиса у тяжелобольных, её расценивают как первый шаг к синдрому полиорганной недостаточности. Энтеральное питание может способствовать сохранению защитного барьера, отделяющего патогенные микроорганизмы кишечника от системной циркуляции. Вот поэтому проблема адекватного нутритивного обеспечения в раннем послеоперационном периоде у больных в отделении реанимации и интенсивной терапии чрезвычайно важна.

Применение энтерального питания обеспечивает введение фармаконутриентов, что оказывает влияние на воспалительный ответ, иммунный статус, сохранение кишечного барьера, улучшение белкового обмена, разрешение синдрома гиперметаболизма и гиперкатаболизма [3, 7].

Раннее энтеральное питание является основным методом нутритивной поддержки у больных в критических состояниях.

Исследованиями многих авторов доказано, что нутритивная поддержка должна начинаться через 8-12 ч после «хирургической агрессии» - например хирургического вмешательства на органах ЖКТ.

Необходимо учитывать, что реализация энтерального питания у реанимационных больных сложна. Известно, что любое хирургическое вмешательство на органах ЖКТ, включая и операции по поводу онкологических заболеваний, следует завершать установкой назогастрального или назоинтестинального зонда - устройства, позволяющего в послеоперационном периоде осуществлять энтеральное питание. Следует отметить, что у целого ряда больных при сохраненной функции ЖКТ (перистальтика кишечника) не удается даже в процессе операции установить такой зонд. Особенно это относится к тем больным, у которых послеоперационные травмы носят комбинированный характер и достаточно обширны. Поэтому часто возникает вопрос о формировании искусственного стомы ЖКТ для обеспечения энтерального пи-

тания [5, 8]. В свою очередь формирование этих стом сопряжено с дополнительной травмой и «хирургической агрессией».

Чрезвычайно актуальным является выбор типа питания для каждого конкретного больного индивидуально в зависимости от необходимости нутритивного обеспечения.

Учитывая все вышеизложенное, мы считаем, что приоритет в обеспечении нутритивного баланса должен быть отдан энтеральному питанию, поскольку всасывательная функция слизистой ЖКТ способствует сохранению защитного барьера, отделяя патогенные микроорганизмы кишечника от системной циркуляции.

Многолетний опыт клиники показал, что энтеральное питание у больных в раннем послеоперационном периоде может быть обеспечено как назогастральным или назоэнтеральным зондом, так и искусственным свищом желудка (гастростомой). Преимуществами эндоскопического неинвазивного назоэнтерального капиллярного способа является общедоступность: установить назогастральный или назоинтестинальный зонды под контролем гастроскопа можно в любом хирургическом, эндоскопическом или реанимационном отделении под местной анестезией. Необходимое условие эндоскопического способа - проходимость просвета пищевода и желудка. Однако зондовое питание имеет такие значительные недостатки, как расположение зонда на перекрестке дыхательных и пищеводных путей, что вызывает пролежни и эрозии пищевода при длительном стоянии, приводит к нарушению функции внешнего дыхания и способствует аспирации.

Наложение гастростомы лапаротомным или лапароскопическим методом травматично и требует общего обезболивания, что может быть противопоказано тяжелым больным. Кроме того, за хирургическими гастростомиками в дальнейшем последуют выраженная деформация стенки желудка [1, 2, 10].

Учитывая все вышеизложенное, совершенно очевидно, что реанимационные больные должны быть обеспечены адекватным энтеральным питанием.

Целью нашего исследования является обоснование выбора способа обеспечения энтерального питания у критических больных через чрескожную эндоскопическую гастростому.

Материал и методы

В нашей клинике ЧЭГ проведена у 47 больных с учетом выработанных практикой показаний и противопоказаний.

Показания. Энтеральное питание через ЧЭГ показано, если ожидается, что введение питательных смесей пациенту будет проводиться в течение периода, превышающего 4 недели.

Основные группы заболеваний, при которых возможно применение ЧЭГ, следующие:

1. Неврологические нарушения с дисфагией: инсульт, ЧМТ, опухоли и метастазы головного мозга, боковой амиотрофический синдром (БАС), персистирующее вегетативное состояние (ПВС) и т.д.

2. Онкологические заболевания: стенозирующие опухоли (ротоглотки, шеи и пищевода) и кахексия, т.е. ЧЭГ может использоваться паллиативно в неоперабельных случаях или устанавливаться до оперативного лечения, лучевой терапии или химиотерапии и удаляться, когда пациенту обеспечат надежное и адекватное пероральное питание.

3. Ранения и повреждения пищевода, травма лица и хирургические вмешательства на челюстно-лицевой области, затрудняющие питание естественным путем.

4. Больные в раннем послеоперационном периоде после объемных операций на органах брюшной полости.

5. Другие клинические ситуации: истощение при синдроме приобретенного иммунодефицита, синдроме короткой кишки, болезни Крона, муковисцидозе, хронической почечной недостаточности.

Противопоказания. Основным и главным противопоказанием к ЧЭГ является непродолжительное проведение ЭП, т.е. в сроки менее 4 недель. Другие противопоказания для выполнения ЧЭГ:

1. Общие: агональное состояние и ограниченная продолжительность жизни у пациентов с неблагоприятным прогнозом заболевания; серьезные нарушения коагуляции (коагулопатия потребления: протромбиновый индекс <70 %, тромбоциты <150x10⁹/л, фибриноген <2 г/л); тяжелый психоз.

2. Местные: обструкция глотки или пищевода, которая препятствует введению фиброгастроскопа в желудок; смещение органов (печень, толстая кишка) и гепатомегалия; перитонеальный канцероматоз; асцит; перитонит; обширная инфильтрация опухоли стенки желудка в области участка пункции; эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки желудка в области участка пункции.

Уделяя особое внимание показаниям и противопоказаниям при выполнении ЧЭГ, мы в 100% случаев успешно выполнили вмеша-

тельство. Первые две ЧЭГ были выполнены в операционной, в дальнейшем все вмешательства выполнялись в условиях палаты интенсивной терапии.

Для наложения ЧЭГ нами были использованы стандартные наборы фирмы «Wilson Cook medical inc.» (США): PEG-18, PEG-24. Операция проводилась с помощью фиброгастродуоденоскопов фирмы "Olympus" использованием техники «на себя» по Gauderer – Ponsky в условиях реанимационного отделения.

Техника чрескожной эндоскопической гастростомии (ЧЭГ) состоит из следующих этапов:

ЧЭГ выполняется двумя врачами в условиях перевязочной, операционной или реанимационного отделения. Основным условием возможности выполнения такого вмешательства следует считать надежную диафаноскопию передней брюшной стенки световодом эндоскопа, введенного в желудок.

ЧЭГ выполняется на операционном столе в положении Фовлера. После проведения эндоскопа в желудок, при достаточной инсуффляции воздуха диафаноскопией выбирается подходящее место для пункции брюшной стенки, вне белой линии живота и на маловаскуляризованном участке стенки желудка. Правильность выбора места пункции проверяется при помощи пальпацией снаружи и контролем через эндоскоп. После обработки передней брюшной стенки и проведения местной инфильтрационной анестезии в выбранном месте производится надрез кожи, длина которого соответствует диаметру гастростомической трубки. Пункционная канюля под эндоскопическим контролем вводится в желудок. Пункционная игла удаляется из канюли. Петля-проводник вводится через канюлю в желудок, захватывается при помощи щипцов и под контролем эндоскопа извлекается через рот. Петля-проводник стыкуется с металлической нитью на конусе гастростомической трубки. С помощью петли-проводника гастростомическую трубку проводят через стенку желудка и переднюю брюшную стенку наружу. Гастростомическая трубка фиксируется монтажом внешних принадлежностей данного набора.

Среди пациентов преобладали лица мужского пола – 32 (68,1%). Возраст больных варьировал от 16 до 85 лет (M(s) – 49,1(22,1) года). Пациенты пожилого (старше 60 лет) и старческого возраста составили 34,1%.

Все больные в зависимости от клинического диагноза были разделены на 6 групп (табл. 1.)

Чаще всего нами выполнялась ЧЭГ у больных с ЧМТ – 40,3%. Самыми малочисленными группами пациентов (4,3%), которые нуждались в выполнении ЧЭГ, были больные с боковым амиотрофическим склерозом (БАС), опухолью гортани и после операций на органах брюшной полости. Персистирующее вегетативное состояние (ПВС) у больных наблюдалось в 22 (46,7%) случаях. Состояние всех пациентов на момент выполнения операции расценивалось как тяжелое (98%) или крайне тяжелое (2%).

Мы разделили пациентов в группах в зависимости от сроков постановки ЧЭГ с момента начала заболевания (табл. 2.).

Таблица 1
Распределение и характеристика больных в зависимости от диагноза

Группа	Основная патология	ПВС	Пол		Возраст, М(с)	Всего больных	
			М.	Ж.		абс.	%
1-я	ЧМТ с дисфагией	10	12	7	39,2 (18,1)	19	40,3
2-я	ОНМК с дисфагией	3	6	2	73,4 (10,5)	8	17,0
3-я	БАС с дисфагией	-	1	1	69,0 (1,4)	2	4,3
4-я	Другие заболевания ЦНС (гипоксическая энцефалопатия, нейропатия, опухоли и метастазы) с дисфагией	9	9	5	40,8 (21,1)	14	29,8
5-я	Опухоль гортани с дисфагией	-	2	-	60,5 (14,8)	2	4,3
6-я	Прочие (после операций на органах брюшной полости)	-	2	-	73,0 (5,7)	2	4,3
Итого ...		22	32	15	49,1 (22,1)	47	100

Таблица 2

Сроки выполнения чрескожной эндоскопической гастростомии

Группа	≤ 30 сут			30-90 сут			≥ 90 сут		
	абс.	%	дни, М(с)	абс.	%	дни, М(с)	абс.	%	дни, М(с)
1	6	31,6	18,3(6,9)	8	42,1	57,8(18,6)	5	26,3	143,0(27,4)
2	2	25,0	24(0)	2	25,0	40,5(9,2)	4	50,0	270,3(72,5)
3	-	-	-	-	-	-	2	100	486,5(50,2)
4	2	14,2	15,5(14,8)	6	42,9	68,8(12,4)	6	42,9	283,5(379,2)
5	-	-	-	-	-	-	2	100	720,0(254,6)
6	2	100	19,0(11,3)	-	-	-	-	-	-
Всего ...	12	25,7	19,2(7,8)	16	35,0	59,8(17,4)	19	40,2	311,5(274,2)

В 1-5-й группах сроки выполнения ЧЭГ определялись с момента развития симптомов дисфагии, в 6-й группе срок определялся от даты последнего оперативного вмешательства. У большинства (75,2%) пациентов ЧЭГ выполнили в сроки свыше 30 сут, т.е. у этих больных длительное ЭП проводилось с применением консервативных методов осуществ-

ления доступа: назогастральный (НГ) или назоэнтэральный (НЭ) зонды.

Результаты и обсуждение

При использовании НГ/НЭ-зондов выявлены осложнения со стороны носоротоглотки, верхних отделов ЖКТ и трахеобронхиального дерева, которые возникали в зависимости от сроков применения зондового энтерального питания (табл. 3.).

Таблица 3

Осложнения при проведении зондового питания

Осложнение	Группа						Всего
	1-я	2-я	3-я	4-я	5-я	6-я	
Аспирация	1/2	2/3	-/2	1/3	-/-	-/-	5/10
	3	3	3	4	-	-	13
Носовое кровотечение	1/1	-/1	-/-	1/1	-/-	2/-	4/3
Гнойный пансинусит	1/-	-/-	-/-	-/1	-/-	-/-	1/1
Трахеопищеводный свищ	-/1	-/1	-/-	-/-	-/-	-/-	-/2
Катарально-эрозивные изменения СО пищевода	3/6(1/1)*	-/2	-/-	1/4	-/-	1(1*)/-	5/12(2/1)*
Эрозивно-геморрагические изменения СО желудка	1/1	-/-	-/-	2/-	-/-	-/-	3/1
Язва желудка	-/-	-/-	-/-	-/1	-/-	-/-	-/1
Итого ...	9/13(1/1)*	2/7	-/3	5/12	-/-	3/- (1/-)*	19/35(2/1)*

Примечание. * С фиксированными тромб-сгустками на поверхности эрозий в пищеводе.

Сроки применения консервативных методов доступа для проведения ЭП: числитель – ≤ 30 сут; знаменатель – > 30 сут.

Осложнения наблюдались у 50% пациентов независимо от сроков проведения зондового питания и встречались чаще при длительном ЭП через НГ/НЭ-зонды, но статистически значимых различий по частоте осложнений между группами пациентов по срокам применения консервативных методов доступа

для проведения ЭП не было выявлено ($p > 0,05$).

Аспирация встречалась в 15 (32,6%) случаях и более чем в 2 раза чаще при длительном использовании консервативных методов доступа для ЭП. Носовое кровотечение при повторной установке зонда развилось у 7 (15,2%) больных и требовало тампонады для

остановки. Гнойный пансинусит был выявлен в 2 (4,3%) случаях.

При выполнении ЭФГДС наиболее часто выявлялись катарально-эрозивные изменения слизистой оболочки (СО) пищевода – в 17 (37,0%) случаях и более чем в 2 раза чаще при длительном использовании консервативных методов доступа для ЭП, причем у 3 (6,5%) пациентов являлись источником кровотечения.

Эрозивно-геморрагические изменения СО желудка наблюдались у 4 (8,7%) пациентов, но уже гораздо чаще в группе при недлительном использовании НГ/НЭ-зондов для доступа при ЭП. Язва желудка была выявлена у 1 (2,2%) пациента.

У 32 (68,1%) пациентов была выполнена трахеостомия и при длительном использовании зондов для энтерального питания в 2 (4,4%) случаях развилось тяжелое осложнение – трахеопищеводный свищ, что потребовало выполнения ЧЭГ.

Таким образом, использование консервативных методов, обеспечивающих доступ для проведения ЭП, сопровождается развитием осложнений, некоторые из них угрожают жизни пациента, что приводит к отказу от проведения ЭП.

При использовании ЧЭГ для доступа при проведении длительного ЭП осложнения наблюдались у 5 (10,6%) пациентов. В 1-й группе осложнения встречались у 3 (6,4%) пациентов, во 2- и 3-й группах – у 1 (2,1%) (табл. 4.).

Таблица 4.

Осложнения чрескожной эндоскопической гастростомии

Осложнения	Группа						Всего
	1	2	3	4	5	6	
Инфекция в области гастростомы	3	1	1	-	-	-	5 (10,6%)
Эрозивно-язвенные изменения СО желудка в области гастростомы	2	-	-	-	-	-	2 (4,3%)
Желудочное кровотечение в области гастростомы	1	-	-	-	-	-	1 (2,1%)
«Бампер-синдром»	-	1	1	-	-	-	2 (4,3%)

Примечание. В скобках указан процент от общего числа пациентов.

Осложнений и случаев смерти, связанных с выполнением вмешательства, в нашем исследовании не было. 30-дневная летальность после выполнения ЧЭГ составила 6,4%, в 6-й группе – 2 (4,3%) случая и 1 (2,1%) случай во 2-й группе.

В основном встречались незначительные осложнения. Единственный случай «главного» осложнения – кровотечение из эрозии слизистой оболочки желудка в области ЧЭГ на 5-е сутки после вмешательства, которое остановилось самостоятельно.

В 4 случаях встречалась инфекция в области ЧЭГ и наблюдались гиперемия и отечность тканей шириной более 5 мм, в среднем на 5-е сутки. Лечение заключалось в ежедневных перевязках полуспиртовыми повязками. У 1 пациента гиперемия и отечность тканей в области ЧЭГ сопровождалась гнойным отделяемым. Проводилось местное лечение: перевязки с мазью «Левомеколь» и цинковой мазью на фоне антибиотикотерапии с положительным эффектом.

Антибиотикопрофилактику в целях профилактики инфекции в области ЧЭГ мы проводили 30 (63,8%) пациентам. Инфекция при этом развилась в 3-х (6,4%) случаях и у 2-х (4,3%) пациентов воспалительные изменения наблюдались в отсутствии антибиотикопрофилактики. Статистически значимых различий в частоте развития инфекции в области ЧЭГ при выполнении вмешательства с антибиотикопрофилактикой и без таковой не было получено ($p>0,05$).

«Бампер-синдром» мы наблюдали в 1 (2,1%) случае. У пациента гастростомический зонд был извлечён наружу и по прежнему гастростомическому свищу установили новый зонд, через который был проведен еюнальный зонд за связку Трейтца.

В 2 (4,3%) случаях при подозрении на желудочно-кишечное кровотечение (снижение гемоглобина) при осмотре слизистой оболочки желудка в области гастростомического зонда наблюдались эрозия и язва через 2 и 20 суток после выполнения вмешательства соответственно. Наружный ограничитель был смещен кнаружи, а внутренний в просвет желудка под эндоскопическим контролем на 2-3 мм каждый. При контрольной ЭФГДС эрозия заэпителизировалась на 6-е сутки, а язва – на 14-е сутки.

Энтеральное питание проводилось достаточно длительно, в среднем 109,3 сут. (максимум – 355 сут.). ЧЭГ решает проблему не только обеспечения доступа для проведения длительного ЭП, но и позволяет вводить лекарственные средства в пищеварительный тракт после их измельчения, а также проводить декомпрессию желудка. Мы использовали ЧЭГ для введения фармаконутриентов и лекарств у всех пациентов.

Таким образом, как показали результаты нашего исследования, широкое внедрение в клиническую практику малоинвазивных эндоскопических методов для осуществления длительного ЭП способствует более качественному и надежному проведению питательной поддержки пациентов, – улучшились ре-

зультаты лечения и качество жизни больных, уменьшилось количество осложнений.

Выводы

1. Использование консервативных методов доступа для обеспечения длительного (свыше 4 недель) энтерального питания у больных с дисфагией нецелесообразно, так как они приводят к развитию серьезных осложнений, угрожающих жизни пациента; к отказу от проведения энтерального питания и запоздалому применению травматичных хирургических методов, которые несут в себе опасность развития осложнений и требуют закрытия гастростомы.

2. Операция ЧЭГ характеризуется низкой травматичностью, минимальными операционными осложнениями и смертностью, относительной простотой исполнения, редко требует общей анестезии, обеспечивает воз-

можность проведения данной манипуляции вне операционной, что особенно важно для тяжелых нетранспортабельных больных, не требует закрытия гастростомы.

3. Методика чрескожной эндоскопической гастростомии позволяет усовершенствовать алгоритмы проведения энтерального питания у реанимационных больных.

4. Общая частота осложнений при проведении чрескожной эндоскопической гастростомии ниже (около 10%), чем при консервативных методах (40-50%).

5. Профилактика осложнений операции чрескожной эндоскопической гастростомии заключается в обоснованном ее применении, тщательном соблюдении технических приемов вмешательства и правильном ведении послеоперационного периода.

Сведения об авторах статьи:

Мумладзе Роберт Борисович – зав. кафедрой хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии РМАПО, д.м.н., профессор. Тел. 8(499)762-61-73. Адрес: 2-й Боткинский проезд, д.5, Москва, 125284. E-mail: info@maposurgery.ru

Розиков Юлдаш Шакирович – д.м.н., профессор кафедры хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии РМАПО. Заведующий отделением эндоскопии ГКБ им. С.П. Боткина. Тел. 8(499)762-62-58. E-mail: rozikov@mail.ru

Деев Артем Игоревич – аспирант кафедры хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии РМАПО. Тел. 8-909-921-80-80, E-mail: webdoctor@rambler.ru

Коржева Ирина Юрьевна – к.м.н., доцент кафедры хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии РМАПО. Тел. 8(499)762-62-57, Тел\Факс (495) 945-98-95. E-mail: info@maposurgery.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Жураев Ш.Ш., Телеуов М.К., Баймаханов Б.Б. и др. Чрескожная эндоскопическая гастростомия. Тез. докл. 2-го Московского межд. конгр. по эндоскопии и хирургии. – М., 1997. – С. 165-166.
2. Козин С.М., Вахонин А.Ю., Добродеев С.А. Опыт применения чрескожной эндоскопической гастростомии в интенсивной терапии по коррекции трофического статуса больных // Клин. анестезиол. и реаниматол. – 2008. – Т.5, №1, – С. 33-39.
3. Костюченко А.Л., Костин Э.Д., Курыгин А.А. Энтеральное искусственное питание в интенсивной медицине. – СПб.: Медицина; 1996. 330 с.
4. Лященко Ю.Н. Энтеральное питание: история, современное состояние и перспективы развития. Ч.1. История энтерального питания // Клиническое питание. – 2004. – №3. – С. 38-40.
5. Новиков А.В., Ларькин О.А., Люхин М.Ю. и др. Использование перкутанной эндоскопической гастростомии для длительного питания [Электронный ресурс] // Междисциплинарная науч.-практ. конф. стран СНГ: Развитие неотложной помощи детям. – СПб., 2004. – Доступ: http://www.airspb.ru/c_tez_29.html.
6. Попова Т.С., Шестопапов А.Е., Тамазашвили Т.Ш., Лейдерман И.Н. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. – М.: ООО Издат. дом «М-Вести», 2002. – С. 318-326.
7. Хорошилов И.Е., Луфт В.М. Энтеральное питание. Руководство по парентеральному и энтеральному питанию / под ред. И.Е. Хорошилова. – СПб.: Нормед-издат, 2000. – С. 131-164.
8. Percutaneous endoscopic gastrostomy: the preferred method of elective feeding tube placement in trauma patients / K.M. Dwyer et al. // J. Trauma. – 2003. – Vol. 52. – P. 26-32.
9. Ponsky J.L. Transilluminating percutaneous endoscopic gastrostomy // Endoscopy. – 1998. – Vol. 30. – P. 656.
10. Randomised comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy and nasogastric tube feeding in patients with persisting neurological dysphagia / R.H. Park et al. // Br. Med. J. – 1998. – Vol. 30. – P. 1406-1409.