

нахождения ее на лечении в I хирургическом отделении МУЗ «Клинической больницы №1 г. Иркутска» с 22.06. по 27.07.2004 г. по поводу острого геморрагического панкреонекроза, разлитого геморрагического перитонита, интерстициального нефрита токсического генеза, возникших после употребления алкоголя. Во время пребывания в стационаре у больной присоединилась госпитальная левосторонняя пневмония, тяжелого течения, осложнившаяся экссудативным плевритом. Больная после проведенного лечения выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового терапевта.

Как следует из анамнеза, на диспансерном учете не состояла; во время описываемой госпитализации не могла сообщить о том, что страдает хроническим панкреатитом. Больная без определенного места жительства, по-видимому, продолжала злоупотреблять алкоголем, не лечилась, не соблюдала диету, что привело к прогрессированию патологического процесса в поджелудочной железе — фиброзу и атрофии ее, о чем свидетельствует патологоанатомическое заключение.

Подобная морфологическая картина (фиброз, атрофия поджелудочной железы) соответствуют III стадии хронического панкреатита [3]. В эту стадию возникают панкреатогенные поносы, имеются все признаки внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (снижается всасывание аминокислот, моносахаридов, жирных кислот, ионов, витаминов), прогрессирует кахексия.

Имеющиеся изменения нашли свое отражение в клинической картине, наблюдаемой у больной: упорные поносы, рвота, боли в животе неопределенной локализации, анемия, кахексия. Присоединилась инкреторная недостаточность и, как следствие ее, сахарный диабет.

Клиническая картина болезни при поступлении без учета анамнеза (указания на хронический панкреатит)

и при наличии тяжелого состояния больной, быстрого прогрессирования всех выше указанных симптомов, а также при отсутствии четкой клинико-лабораторной картины панкреатита наводила на мысль об остром энтероколите.

Одним из осложнений хронического длительно протекающего, нелеченного панкреатита является холангит [3], что морфологически было доказано у больной при патологоанатомическом исследовании. Как следствие холангита возникли холангиогенные абсцессы в печени.

Клиническая картина абсцесса печени также не была четко выраженной — боли локализовались по всему животу, за время пребывания в стационаре не зафиксировано лихорадки, не было желтухи. Наконец, ультразвуковое сканирование печени не выявило наличие абсцесса в ней.

Таким образом, данный случай расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов наглядно демонстрирует сложности распознавания абсцесса печени, несмотря на тщательное всестороннее обследование больной. Лишний раз подчеркивает важность анамнеза для своевременной постановки диагноза, а также важность приверженности больных назначаемому лечению.

Сложности своевременной прижизненной постановки диагноза обуславливались следующим: выраженной общей тяжестью состояния больной; сравнительно коротким временем пребывания в стационаре; незнанием самой больной о своем хроническом заболевании (панкреатите), что не позволяло точно собрать анамнез; выраженными морфологическими изменениями в поджелудочной железе, практически несовместимыми с жизнью; атипичным протеканием основного заболевания (абсцесса печени).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахаладзе Г.Г., Церетели И.Ю. Холангиогенные абсцессы в печени // Consilium medicum. — 2005. — Т. 7, № 2. Хирургия (прил.). — С.1-9.
2. Верткин А.Л., Вовк Е.И., Зайратьянц О.В. Возрождение клинико-морфологических сопоставлений как необходимое условие подготовки клинициста // Consilium medicum. — 2007. — Т. 9, № 3. — С.21-36.
3. Гребенев А.Л. Хронические панкреатиты // Руководство по гастроэнтерологии. — В 3-х т. Т. 2. Болезни поджелудочной железы, кишечника, системные заболевания с нарушением функций пищеварительного тракта / Под ред. Ф.И. Комарова, А.Л. Гребенева. — М.: Медицина, 1996. — С.81-113.
4. Кузин И.М. Абсцессы печени // Руководство по гастроэнтерологии. — В 3-х т. Т. 2. Болезни печени и билиарной системы / Под ред. Ф.И. Комарова, А.Л. Гребенева. — М.: Медицина, 1996. — С.309-317.
5. Лазаренко В.А., Охотников О.И., Чухраев А.М. и др. Малоинвазивная хирургия абсцессов печени // Вестник хирургии. — 2003. — № 2. — С.88-91.
6. Chen S.C., Tsai S.J., Lee Y.T., et al. Predictors mortality in patients with pyogenic liver abscess // The Netherlands journal of Medicine. — 2008. — Vol. 66, № 5. — P.196-203.

Адрес для переписки:

664046, Иркутск, ул. Байкальская, 118, Аснер Татьяна Викторовна - лоцент, тел. (3952) 229-933.

© СЛЕСАРЕНКО С.С., ЛЫСЕНКО В.Г. — 2008

ЧРЕСКОЖНЫЕ, ЭНДОСКОПИЧЕСКИ КОНТРОЛИРУЕМЫЕ ГАСТРОСТОМИИ — ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

С.С. Слесаренко, В.Г. Лысенко

(Саратовский государственный медицинский университет, ректор — член-корр. РАМН, д.м.н., проф. П.В. Глыбочко, клиника и кафедра факультетской хирургии и онкологии, зав. — д.м.н., проф. А.И. Темников)

Резюме. В данной работе представлен один из первых в Российской Федерации опытов по установке чрескожных, эндоскопически контролируемых гастростомий (ЧЭГ). Цель работы — детально ознакомить врачей-хирургов и врачей-эндоскопистов с методикой установки ЧЭГ с учётом результатов, полученных авторами, для дальнейшего, более широкого внедрения данного вмешательства в клиническую практику.

Ключевые слова: чрескожная, эндоскопически контролируемая гастростомия, энтеральное питание, нутриционная поддержка, гастродуоденоскоп.

PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY— ADVANCED INTERVENTION FOR ENTERAL NUTRITION

S.S. Slesarenko, V.G. Lysenko
(Saratov State Medical University)

Summary. One of the first experience with percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) in the Russian Federation is presented in this article. Object: taking into account the results obtained by authors to give the detail description of PEG principles to surgeons and endoscopists for further more extended introduction of this intervention in the clinical practice.

Key words: percutaneous endoscopic gastrostomy, enteral nutrition, nutritional support, gastroduodenoscopy.

Энтеральное питание, несомненно, является более физиологичным и клинически эффективным способом нутриционной поддержки по сравнению с парентеральным. Кроме того, оно в 4-8 раз дешевле парентерального питания и при его осуществлении не возникает тяжелых осложнений, которые могут быть при внутривенном введении нутриентов [3,8].

Основная проблема при проведении энтерального питания (ЭП) — адекватный доступ для его осуществления. Это особенно актуально у больных, которым по тем или иным причинам необходимо длительное (более 2-х месяцев) искусственное питание. Для решения этой проблемы в последние годы в экономически развитых странах широкое распространение получила методика установки таким больным так называемых чрескожных, эндоскопически контролируемых гастростом (ЧЭГ) (percutaneous endoscopic gastrostomy — PEG). К сожалению, в Российской Федерации до сих пор этот опыт не находит своего широкого применения. Это связано с тем, что врачи не знакомы с методикой установки ЧЭГ, показаниями и противопоказаниями к этому вмешательству. Кроме того, в нашей стране совершенно не развит институт так называемого домашнего энтерального питания (home enteral feeding), хотя потребность в таком виде медицинской помощи, как показывает опыт других стран, весьма существенна [12,13].

Прежде всего, это касается неврологических больных с бульбарно-псевдобульбарным синдромом, у которых длительно нарушена функция глотания; больных после радикальных операций на ротоглотке по поводу онкологических заболеваний; больных раком пищевода для коррекции у них гомеостаза с помощью нутриционной поддержки и сохранения желудка как пластического материала при последующем хирургическом лечении (резекция пищевода с одномоментной пластикой желудка) [10]. Также при установке ЧЭГ не требуется анестезиологического обеспечения, что существенно снижает затраты на лечение таких больных и полностью исключает риск развития осложнений различных видов наркоза [4,5,7,9,14].

В предлагаемой работе мы представляем наш опыт по особенностям установки ЧЭГ у различных категорий больных.

Известные на сегодняшний день способы гастростомий — это техника по Witzel, Stamm и Kadar. При проведении питания через данные виды гастростом отмечаются следующие осложнения: раневая инфекция, истечение желудочного содержимого вокруг трубки, образование грыжи передней брюшной стенки и пролапс слизистой оболочки желудка через гастростому, выпадение трубки, выраженная деформация желудка.

Показания для ЧЭГ следующие: травмы лица с последующими обширными пластическими вмешательствами, стойкие расстройства глотания в неврологии, неоперабельные опухоли пищевода (при сохраненной возможности проведения эндоскопа); политравма и опухолевая кахексия, при которых другие доступы для поддержания трофологического статуса оказываются несостоятельными.

Такой вид доступа для энтерального зондового питания в Приволжском федеральном округе впервые осуществлен в Клинической больнице №3 СГМУ, в Клинике факультетской хирургии в 2004 году [1,2].

Нами применяются специальные наборы для уста-

новки ЧЭГ производства компании “TYCO” (тип “Entri Star”) диаметром 16 и 20 French (рис. 1), а также гастродуоденоскопы и аксессуары к ним производства компании “OLYMPUS” (Япония).

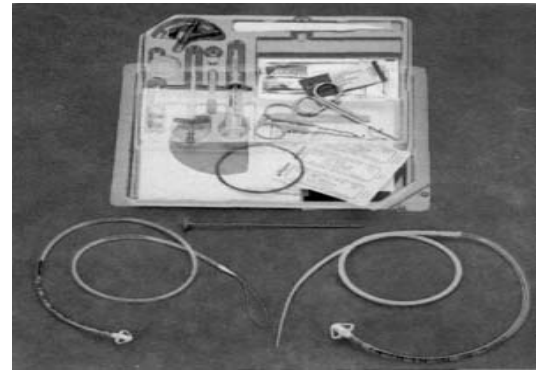


Рис. 1. Набор для установки ЧЭГ, тип “Entri Star”.

Методика выполнения следующая. ЧЭГ выполняется врачом-хирургом и врачом-эндоскопистом в условиях операционной с обязательным условием затенения. Далее, в полном объеме приводим текст переведенной нами инструкции фирмы-изготовителя по установке ЧЭГ (методика “pull”), а также иллюстрации и эндоскопические фотографии проведенных нами вмешательств. Считаем это чрезвычайно важным, так как представленные в отечественной литературе описания по установке ЧЭГ носят отрывочный и, в особенности, для хирургов и эндоскопистов, не доступный для последующего воспроизведения характер.

Инструкция по установке ЧЭГ (с комментариями авторов):

1. Проверить комплект на предмет наличия повреждений. Если упаковка повреждена, то комплект не использовать.

2. Больного поместить в положение “на спине”. Используйте специальную защитную салфетку (*входит в комплект* — авт.) и стерильные хирургические инструменты.

3. Для проведения эндоскопии пациент готовится в обычном порядке. Введите эндоскоп в желудок с одномоментной инсуффляцией воздуха (рис. 1).

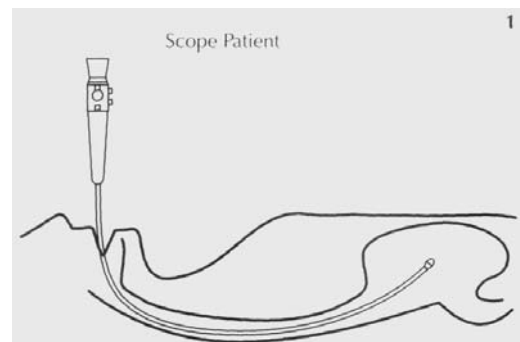


Рис. 1.

4. В затененном помещении ассистент исследует переднюю брюшную стенку на наличие места макси-

мально выраженной диафаноскопии. Это место обычно располагается в левом верхнем квадранте на расстоянии двух третей по линии соединяющей пупок и левую реберную дугу. Тем не менее, лучшим местом является область наиболее выраженной диафаноскопии (см. рис. II). По нашим данным – это граница верхней и средней трети тела желудка (передняя стенка, ближе к малой кривизне) – авт.

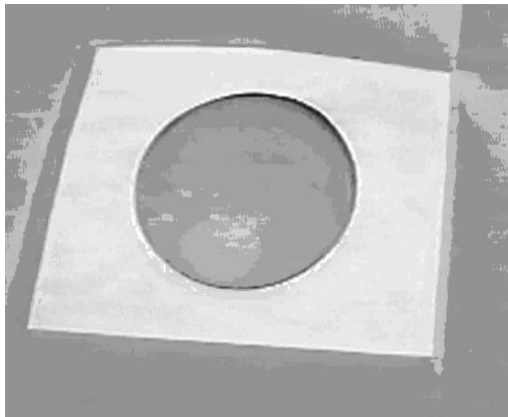


Рис. II. Диафаноскопия передней брюшной стенки.

5. Ассистент пальпирует область максимально выраженной диафаноскопии. При этом эндоскопист должен видеть пролабирование передней стенки желудка.

6. После определения данной области здесь проводится местная проводниковая анестезия кожи, подкожно-жировой клетчатки и апоневроза раствором лидокаина. Здесь скальпелем (входит в набор – авт.) осуществляется разрез кожи длиной 1 см.

7. Через инструментальный канал эндоскопа проводится полипэктомическая петля. Ее дистальную часть располагают в зоне наиболее выраженной диафаноскопии.

8. Канюля диаметром 1,25 мм погружается через разрез в передней брюшной стенке в просвет желудка (при этом «вход» через переднюю брюшную стенку в полость желудка осуществляется с помощью стилета – авт.) (рис. 2 и 3; рис. III).

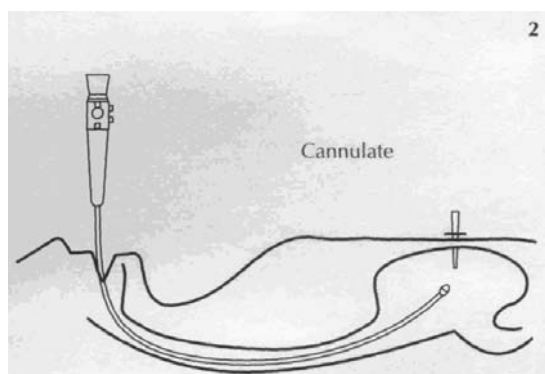


Рис. 2.

9. Стиллет удаляют и через канюлю в просвет желудка вводят проволоочную петлю с пластиковым покрытием. Ее захватывают полипэктомической петлей (рис. 4). Эндоскоп вместе с полипэктомической петлей удаляют. При этом в желудке, пищеводе и полости рта продолжает оставаться только проволоочная петля (рис. 5).

10. На петлю нанизывают (и затем фиксируют методом «петля - в петлю» – авт.) гастростомическую трубку.

11. Наконечник трубки для ЧЭГ обрабатывают увлажнителем (входит в комплект – авт.), наличие которого облегчает продвижение трубки через стенку желудка

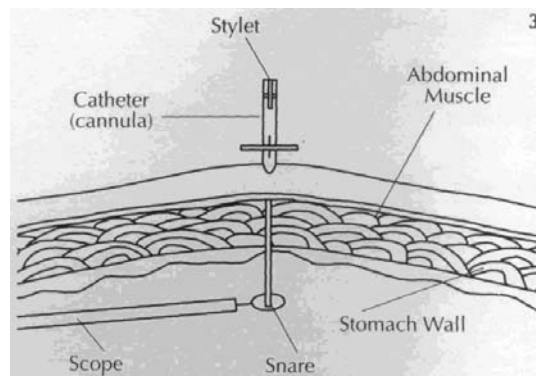


Рис. 3.



Рис. III. Проволочная петля (проводник) выведен через стилет.

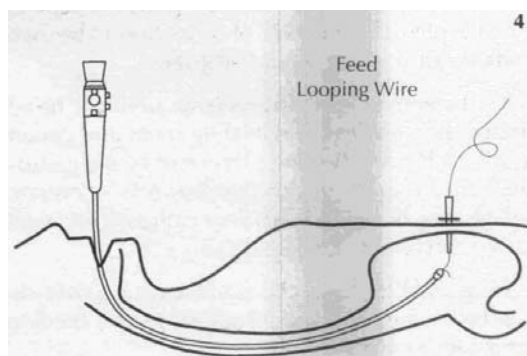


Рис. 4.

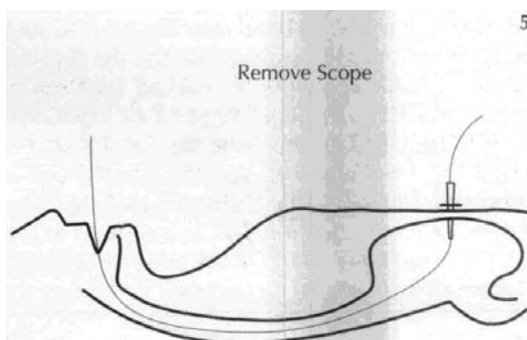


Рис. 5.

ка и брюшную стенку. С целью дезинфекции трубка должна быть обработана антибактериальной мазью. Ротовая полость санитруется антисептиком.

12. Проволочная петля с зафиксированной трубкой выводится по просвету желудка через его (желудка) переднюю стенку и брюшную стенку (рис. 6; также см. рис. IV). Внутренняя часть трубки должна быть прижата изнутри к передней стенке желудка. Адекватное расположение трубки в зависимости от толщины брюш-

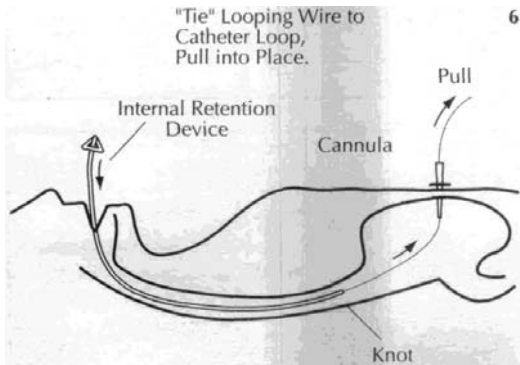


Рис. 6.

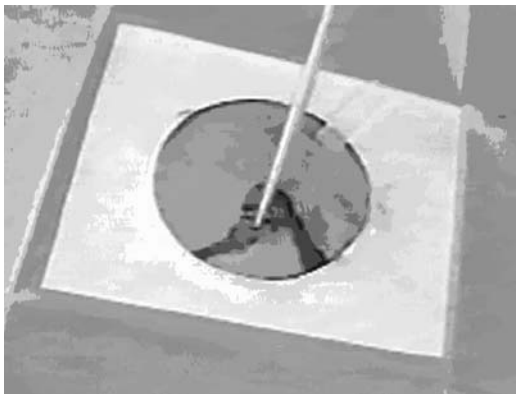


Рис. IV. Гастростомическая трубка выведена наружу.

ной стенки определяется при помощи нанесенных на нее (трубку) меток. При необходимости можно повторно завести эндоскоп с целью визуализации местоположения внутренней части трубки (см. рис. V).



Рис. V. Вид ЧЭГ со стороны просвета желудка.

13. Снаружи трубка фиксируется прижимным силиконовым диском. Швы на переднюю брюшную стенку не накладываются. Диск должен быть достаточно сильно прижат к передней брюшной стенке в течение 3-5 дней для адекватного заживления тканей вокруг гастростомической трубки. Затем фиксацию диска несколько ослабляют с целью профилактики развития пролежней.

14. Лишняя часть трубки отрезается и на нее устанавливается внешний адаптер с двумя портами (рис. 7).

15. В течение одних суток до операции и в течение одних суток после нее проводится антибиотикотерапия. Рекомендуется применять цефалоспорины. Начинать питание через трубку можно через 24 часа после ее установки.

16. Для удаления желудочного содержимого и одновременного с этим энтерального питания используется

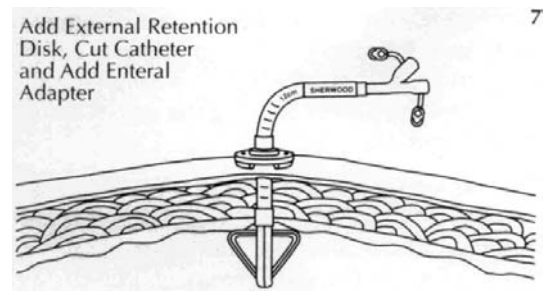


Рис. 7.

набор "Entri Star – энтеральное питание/желудочная декомпрессия".

Удаление гастростомической трубки производится следующим образом:

1. Вначале от самой трубки отсоединяют адаптер с портами (рис. 8).

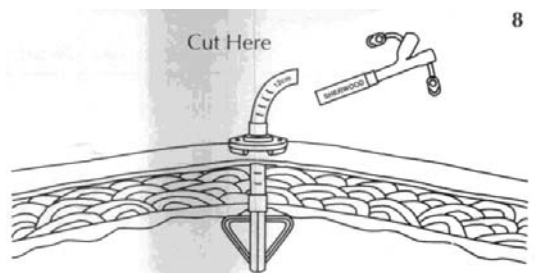


Рис. 8.

2. Отводят от поверхности передней брюшной стенки (по трубке) прижимной диск.

3. В просвет трубки вводят специальный obturator. Он по своему внешнему диаметру (French 16 или 20) должен соответствовать внутреннему диаметру гастростомической трубки (рис. 9).

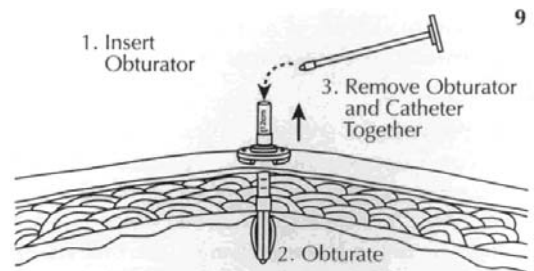


Рис. 9.

4. При введении obturator в качестве поддерживателя используется отведенный перед этим на некоторое расстояние от брюшной стенки прижимной диск (рис. 10).

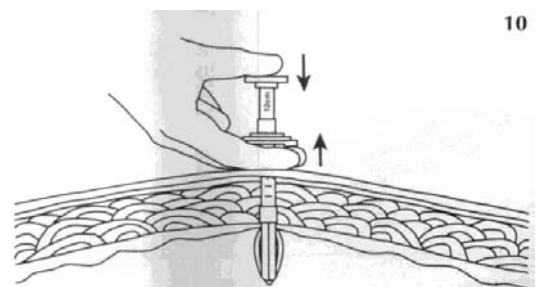


Рис. 10.

5. Затем, надавливая большим пальцем на obturator, его вводят по просвету трубки максимально до состояния закрытия внутреннего фиксирующего устройства (рис. 10).

6. После этого вся система удаляется. При этом в процессе удаления obturator большим пальцем плотно фиксируется в просвете трубки (рис. 11). Также, при этом возможно появление умеренно выраженного ощущения “эластичного” сопротивления.

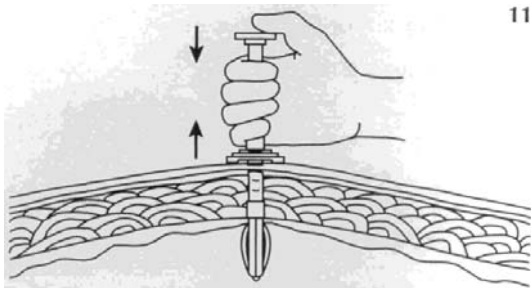


Рис. 11.

7. Обычно гастростомическое отверстие заживает в течение 24 часов, что, в свою очередь, требует проведения перевязок в этот период. Если необходима замена трубки, то это нужно сделать сразу же после ее удаления. (ВНИМАНИЕ: obturator поставляется отдельно!).

Однако, несмотря на технологическое совершенство ЧЭГ имеются ограничения и противопоказания к ее применению: выраженная коагулопатия, тяжелая генерализованная инфекция, асцит и карциноматоз брюшины, разлитой перитонит и кишечная непроходимость [11].

За период с 2004 по 2007 гг. ЧЭГ нами была установлена 15 больным: у 6 — с бульбарно-псевдобульбарным синдромом после перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения, у 4 — после радикальных оперативных вмешательств по поводу рака гортани и 5 больных раком нижнегрудного отдела пищевода с целью адекватной коррекции у них гомеостаза с помощью

энтерального питания. Осложнений при установке ЧЭГ не отмечалось. Все больные перенесли данное вмешательство удовлетворительно. У 4 больных с неврологической патологией энтеральное питание через ЧЭГ осуществлялось в течение 8 месяцев до полной нормализации функции глотания. Удаление гастростомической трубки у этих больных проводилось по вышеуказанной методике. При этом особенностью явилось то, что для профилактики истечения желудочного содержимого на двое суток после удаления трубки таким больным устанавливался назогастральный зонд для эвакуации желудочного содержимого и в этот период времени данным больным проводилось полное парентеральное питание системами «все — в одном» («Кабивен-Периферический» 1920,0 мл/сут с введенным в него 100,0 мл/сут «Дипептивена» производства компании «Fresenius-Kabi»). За этот период времени при соответствующем уходе за оставшимся дефектом происходило его окончательное заживление. У вышеуказанных 4 больных после радикальных оперативных вмешательств по поводу рака гортани, которым ЧЭГ были установлены в 2004 и 2005 гг. энтеральное питание проводится по настоящее время (по данным компании-производителя гастростомическая трубка может находиться у больного до 6 лет). Для проведения энтерального питания используем полужелементную питательную смесь «РЕПТАМЕН» и полностью сбалансированную стандартизованную питательную смесь «CLINUTREN OPTIMUM» производства компании Nestle.

Больным раком пищевода была проведена коррекция гомеостаза с помощью полного энтерального питания (среднее время проведения питания составило $14,58 \pm 5,32$ суток). Затем всем этим больным была успешно выполнена внутриплевральная резекция пищевода с одновременной пластикой желудка и лимфодиссекцией в объеме D₂ или D₃.

Таким образом, применение чрескожных, эндоскопически контролируемых гастростомий является новым, доступным, малотравматичным и эффективным методом при осуществлении доступа для проведения полного сбалансированного энтерального питания. Эта методика должна шире внедряться в повседневную клиническую практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Милосердов В.П., Гроздова Т.Ю., Слесаренко С.С., Лысенко В.Г. Лечебное и энтеральное клиническое питание у больных в многопрофильном стационаре. — Саратов: Саратовский писатель, 2004. — 58 с.
2. Слесаренко С.С., Лысенко В.Г. Энтеральное клиническое питание с использованием чрескожных, эндоскопически контролируемых гастростомий / Материалы V Межрегион. научно-практич. конф. “Искусственное питание и инфузионная терапия больных в медицине критических состояний”, посвященной памяти профессора А.Л. Костюченко. — СПб., 2005. — С.40-41.
3. Хорошилов И.Е. Руководство по парентеральному и энтеральному питанию. — СПб.: Нормед-издат, 2000. — 376 с.
4. Choudhry U., Barde C.J., et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy: a randomized prospective comparison of early and delayed feeding // *Gastrointest. Endoscopy*. — 1996. — Vol. 44, № 2. — P.164-167.
5. Grant J.P. Percutaneous endoscopic gastrostomy. Initial placement by single technique and long-term follow-up // *Annals of Surgery*. — 1993. — Vol. 217, № 2. — P.168-174.
6. Griffiths M. Single-stage percutaneous gastrstomy button insertion: a leap forward // *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. — 1996. — Vol. 20, № 3. — P.237-239.
7. Hussain A., Woolfrey S., et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy // *Postgrad. Med. Journ.* — 1996. — Vol.72, № 852. — P.581-585.
8. Johansson C., Backman L., Jakobsson J. Is enteral nutrition optimally used in hospitalized patients? A study of the practice of nutrition in a Swedish hospital // *Clinical Nutrition*. — 1996. — Vol. 15, № 4. — P.171-174.
9. Kyle H. PEG — percutaneous endoscopic gastrostomy // *British Journal of Theatre Nurs.* — 1996. — Vol. 6, № 4. — P.27-30.
10. Patrick P.G., Kirby D.E., et al. Evaluation of the safety of nurse-assisted percutaneous endoscopic gastrostomy // *Gastroenterol. Nurs.* — 1996. — Vol. 19, № 5. — P.176-180.
11. Pucciarelli S., Toppan P., Fede A., et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy for feeding. A comparison between neurologic and neoplastic indications // *Journ. Otorhinolaryngol. Relat. Spec.* — 1996. — Vol. 58, № 5. — P.253-257.
12. Rabeneck L., McCullough L.B., Wray N.P. Ethically justified, clinically comprehensive guidelines for percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement // *Lancet*. — 1997. — Vol. 349, № 9050. — P.496-498.
13. Sturgess R.P., O'Toole P.A., Brown J., Lombard M.G. Percutaneous endoscopic gastrostomy: evaluation of insertion by an endoscopy nurse practitioner // *Europ. Journ. Gastroenterol. Hepatol.* — 1996. — Vol. 8, № 7. — P.89-93.
14. Suzuki Y., Hanyu N., et al. Enteral alimentation at home: why PEG now? // *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. — 1996. — Vol. 23, № 3. — P.232-244.

Адрес для переписки:

410031, г. Саратов, ул. Челюскинцев д.75, кв.5. Лысенко Вячеслав Геннадьевич: e-mail: lvg-1@mail.ru