

УДК 616.34-089.81-072.1:612.391.6

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКИ КОНТРОЛИРУЕМЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

С.С. Слесаренко, д. м. н., профессор, **В.Г. Лысенко**, к. м. н., **В.Э. Федоров**, д. м. н., профессор,
Д.Б. Мухамеджанов, кафедра факультетской хирургии и онкологии,
Саратовский государственный медицинский университет

Серьезная 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 месяцев) искусственное питание.

Для решения этой проблемы в последние годы в западных странах широкое распространение получила методика установки таким пациентам так называемых чрезокожных, эндоскопически контролируемых гастростом (ЧЭГ) (Sturgess R.P., O'Toole P.A., Brown J., Lombard M.G., 1996; Rabeneck L., McCullough L.B., Wray N.P., 1997). В Российской Федерации этот опыт до сих пор не находит достаточного применения.

Это касается неврологических больных, у которых длительно нарушена функция глотания, больных после радикальных операций на ротоглотке по поводу онкологических заболеваний; пациентов раком пищевода, лиц с травмами лица с последующими обширными пластическими вмешательствами, политравма и опухолевая кахексия, при которых другие доступы для поддержания трофологического статуса оказываются несостоятельными (Patrick P.G., Kirby D.E. et al., 1996, Grant J.P., 1993; Salam I., Melia W., 1994; Choudhry U., Barde C.J. et al., 1996; Chowdhury M.A., Batey R., 1996; Hussain A., Woolfrey S. et al., 1996; Kyle H., 1996; Suzuki Y., Hanyu N. et al. 1996).

В Клинической больнице № 3 на кафедре факультетской хирургии и онкологии такой способ нутритивной поддержки впервые был применен в 2004 году (С.С. Слесаренко, В.Г. Лысенко, 2005). Для этого применялись наборы для установки ЧЭГ производства компании «ТУСО» (тип «Entri Star») диаметром 16 и 20 French, гастродуоденоскопы и аксессуары к ним производства компании «OLYMPUS» (Япония).

За период с 2004 по 2007 г. в клинике ЧЭГ нами была установлена у 15 больных: 6 пациентов с бульбарно-псевдобульбарным синдромом после перенесённых острых

нарушений мозгового кровообращения, 4 пациента 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 установки 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.

У вышеуказанных 4 больных после радикальных оперативных вмешательств по поводу рака гортани, которым ЧЭГ были установлены в 2004 и 2005 годах, 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 «РЕPTAMEN» и полностью сбалансированную стандартизированную питательную смесь «CLINUTREN OPTIMUM» производства компании Nestle.

Процедура выполнения ЧЭГ выполняется врачом-хирургом и врачом-эндоскопистом в условиях операционной. Больного помещают в положение «на спине». В затененном помещении ассистент исследует переднюю брюшную стенку на наличие места максимально выраженной диафаноскопии. Это место обычно располагается в левом верхнем квадранте на расстоянии двух третей по линии, соединяющей пупок и левую реберную дугу – это граница верхней и средней трети тела желудка (передняя стенка, ближе к малой кривизне). Ассистент пальпирует область максимально выраженной диафаноскопии. При этом эндоскопист должен видеть выраженное углубление (вдавление) передней стенки желудка. Под местной анестезией раствором лидокаина в этом месте скальпелем осуществляется разрез кожи длиной 1 см. Через инструментальный канал эндоскопа проводится полипэктомическая петля. Её дистальную

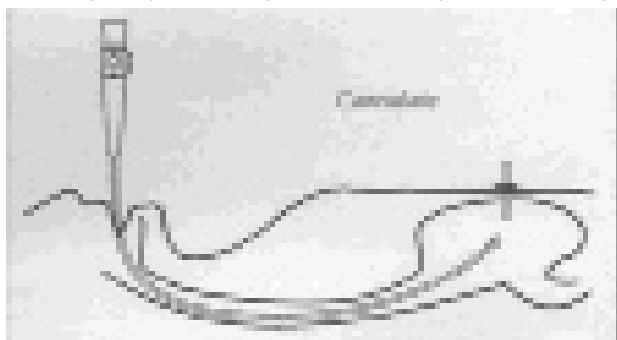


Рис. 1. Проволочная петля (проводник) выведена через стилет.



часть располагают в зоне наиболее выраженной диафаноскопии.

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) (рис. 1).

Стилет удаляют и через канюлю в просвет желудка вводят проволочную петлю с пластиковым покрытием, ее захватывают полипэктомической петлей (рис. 2). Эндоскоп удаляют. При этом в желудке, пищеводе и полости рта продолжает оставаться только проволочная петля. На петлю нанизывают и затем фиксируют гастростомическую трубку (рис. 3).



Рис. 2. Система – «эндоскоп + полипэктомическая петля + проводник».

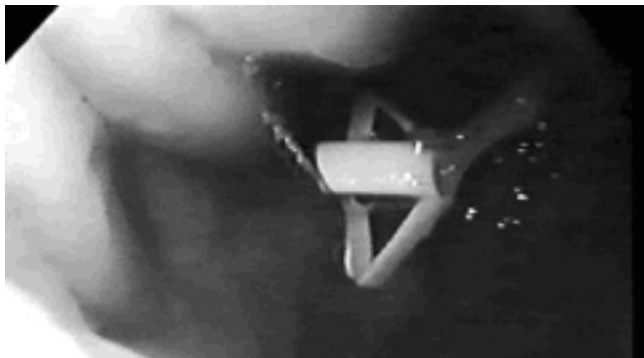


Рис. 4. Вид ЧЭГ со стороны просвета желудка.

Проволочная петля с зафиксированной трубкой выводится через просвет желудка, его переднюю стенку и брюшную стенку. При необходимости можно повторно завести эндоскоп с целью визуализации местоположения внутренней части трубки (рис. 4). Снаружи трубка фиксируется прижимным силиконовым дис-

ком. 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. Лишняя часть трубки отрезается и на нее устанавливается внешний адаптер с двумя портами.

По мнению ряда авторов, 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 (Pucciarelli S., Torpan P., Fede A. et al., 1996). В наших наблюдениях таких ситуаций не наблюдалось.

Таким образом, применение чрезкожных, эндоскопически контролируемых гастростомий является доступным, мало-травматичным и эффективным методом проведения полного сбалансированного энтерального питания и эта методика может рекомендоваться для широкого внедрения в повседневную клиническую практику.

МА

ЛИТЕРАТУРА

1. Слесаренко С.С., Лысенко В.Г. Энтеральное клиническое питание с использованием чрезкожных, эндоскопически контролируемых гастростомий // Материалы V Межрегиональной научно-практической конференции «Искусственное питание и инфузионная терапия больных в медицине критических состояний», посвященной памяти профессора А.Л. Костюченко. - Санкт-Петербург, 2005. - С. 40-41.
2. 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.
3. 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.
4. Griffiths M. Single-stage percutaneous gastrostomy button insertion: a leap forward // Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. - 1996. - Vol. 20. - № 3. - P. 237-239.
5. Hussain A., Woolfrey S. et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy // Postgrad. Med. Journ. - 1996. - Vol. 72. - № 852. - P. 581-585.
6. Kyle H. PEG - percutaneous endoscopic gastrostomy // British Journal of Theatre Nurs. - 1996. - Vol. 6. - № 4. - P. 27-30.
7. 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.
8. Pucciarelli S., Torpan 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.
9. 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.
10. 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.
11. Suzuki Y., Hanyu N. et al. Enteral alimentation at home: why PEG now? // Journ. Parenter. Enteral. Nutr. - 1996. - Vol. 23. - № 3. - P. 232-244.

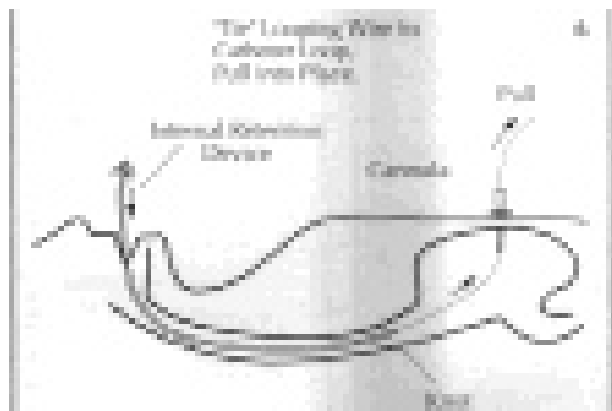


Рис. 3. Гастростомическая трубка выведена наружу.

