

УДК 616.33-089.85:616-072.1

О.И. Волков

ЧРЕСКОЖНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОСТОМИЯ

Российский государственный медицинский университет (г. Москва)

Ключевые слова: эндоскопическая гастростомия, техника, показания и противопоказания.

Чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ) применяется у пациентов, которым требуется длительное энтеральное кормление при невозможности нормального приема пищи через рот. В настоящее время для этого используются назогастральное, назоюнональное кормление через зонд или установка гастростомической трубки хирургическим путем. ЧЭГ была предложена в 1980 г. в качестве альтернативы лапаротомии при гастростомии [2, 9]. Она особенно хорошо подходит тем пациентам, выполнение хирургической операции которым рискованно. Эта манипуляция может быть сделана в течение 15-30 мин. у постели больного и требует лишь минимальной седации. ЧЭГ характеризуется низкой летальностью, малым процентом осложнений и успешно проводится в 95% случаев [1, 2, 7, 9, 10].

Показания и противопоказания

ЧЭГ может выполняться у взрослых и детей с интактным функционирующим гастроинтестинальным трактом. Она не показана пациентам с быстропрогрессирующими и неизлечимыми заболеваниями, поскольку назоентеральное питание в течение короткого времени может дать тот же результат. Наиболее частым показанием для ЧЭГ являются неврологические состояния, ассоциированные с нарушением жевания, и неопластические процессы ротоглотки, гортани или пищевода. Другие показания включают лицевую травму и необходимость дополнительного питания у пациентов с сопутствующими катаболическими состояниями [1, 2, 7, 9, 10]. Улиц с повторяющейся аспирацией при назогастральном зондовом питании или нуждающихся в длительной желудочной декомпрессии ЧЭГ может быть модифицирована в чрескожную эндоскопическую еюностомию для обеспечения как еюнального питания, так и декомпрессии желудка [3, 8].

Абсолютным противопоказанием к ЧЭГ является невозможность совместить переднюю стенку желудка с передней брюшной стенкой. Таким образом, пациенты с предшествующей субтотальной гастрэктомией, асцитом или значительной гепатомегалией требуют тщательного исследования на предмет возможности совместить переднюю стенку желудка и переднюю брюшную стенку путем инсуффляции желудка. Выполнение этого маневра

может быть затруднено у пациентов с ожирением. ЧЭГ не должна использоваться для пищевой поддержки при обструкции пищеварительного тракта. Относительными противопоказаниями являются тонкокишечная фистула, неопластические и инфилтративные заболевания стенок желудка и обструктивные поражения пищевода [1, 2, 7, 9, 10]. Контролируемые нарушения свертывающей системы к противопоказаниям не относятся.

Техника

Наиболее широко используемая техника ЧЭГ — это метод вытягивания трубки (pull-метод), предложенный M.W.L. Gauderer et al. в 1980 г. [2]. Сообщалось о различных модификациях оригинальной методики. Гастростомическая трубка может быть втянута или вставлена в желудок извне с помощью push-метода, имеющего сравнимые результаты [5]. В другой модификации используется вводная трубка (introducer). При этом после чрескожной пункции желудка в него по проводнику вводится катетер Фолея [12]. В конце концов, описаны различные способы чрескожной гастростомии без использования эндоскопии с помощью назогастральной трубки или инсуффляции желудка под флюороскопическим контролем и путем прямого чрескожного введения катетера [14].

Общими элементами для всех этих методов являются: 1) инсуффляция желудка для совмещения его передней стенки желудка и передней брюшной стенки, 2) чрескожное введение суженной канюли в желудок, 3) проведение петли-лигатуры или проводника в желудок, 4) установка гастростомической трубки и подтверждение ее правильного положения (рис. 1).

Осложнения

Осложнения ЧЭГ встречаются достаточно редко — в 3,0-5,9% по данным наиболее представительных сообщений [7, 10]. В последних литературных обзорах сообщается о 17% осложнений в целом, из которых только 3% расцениваются как серьезные [1]. Среди осложнений описаны раневая инфекция,

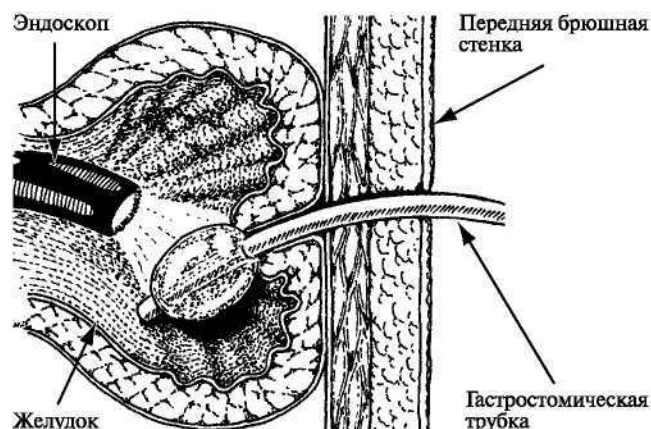


Рис. 1. Схематическое изображение эндоскопической гастростомии (пояснения в тексте).

перитонит, септицемия, подтекание стомы, дислокация трубки, аспирация, перфорация кишки и образование гастрокишечной фистулы.

Пневмоперитонеум, часто встречающийся после ЧЭГ, разрешается без каких-либо последствий, если не присоединяются симптомы перитонита [4]. Наиболее частое осложнение — это раневая инфекция (5%). Имеются противоречивые данные относительно профилактического применения антибиотиков [6].

В сравнении с хирургической гастростомией ЧЭГ имеет меньшую стоимость, меньшую продолжительность процедуры и меньший процент осложнений [13]. Тем не менее уровень осложнений при обеих манипуляциях, если они выполняются регулярно, в среднем приблизительно одинаков [1, 11].

У пациентов с гастроэзофагеальным рефлюксом имеется повышенный риск повторной аспирации желудочного содержимого. Модификации стандартной ЧЭГ позволяют провести еюнотомическую трубку через привратник в качестве первичной или отсроченной процедуры [3, 8]. Питание может быть назначено после флюороскопического подтверждения того, что трубка находится в дистальной части 12-перстной или тонкой кишки. Улиц с выраженным гастроэзофагеальным рефлюксом или нарушением моторики желудка может быть эффективна аспирация желудочного содержимого с одновременным введением еюнального питания. При развитии аспирации во время питания через уже имеющуюся чрескожную гастростому может потребоваться удаление катетера после формирования фиброзного канала и замена его на одно- или двухпросветную еюнальную трубку.

После формирования фиброзного канала у пациентов с перспективами длительного питания через гастростомическую трубку она может быть заменена индивидуальным гастростомическим портом. Порт имеет низкий профиль и антирефлюксный клапан, что создает исключительный комфорт пациенту и позволяет вернуться к активному образу жизни.

Литература

1. Foutch P.G., Haynes W.C., Bellapravalu S., Sanowski R.A. - *J. Clin. Gastroenterol.* 1986. - Vol. 8. - P. 10.
2. Gauderer M.W.L., Ponsky J.L., Izant R.J.//*J. Pediatr. Surg.* - 1980. - Vol. 15. - P. 872.
3. Gottfried E.B., Plumser A.B.//*Gastrointest. Endosc.* — 1984. - Vol. 30. - P. 355.
4. Gottfried E.B., Plumser A.B., Clair M.R.//*Gastrointest. Endosc.* - 1986. - Vol. 32. - P. 397.
5. Hogan R.B., Demarco B.C., Hamilton J.K. et al.//*Gastrointest. Endosc.* - 1986. - Vol. 32. - P. 253.
6. Jones S.K., Neimark S., Panwalker A.P.//*Am. J. Gastroenterol.* - 1985. - Vol. 80. - P. 438-441.
7. Larson D.E., Burton D.D., Schroeder K. W., Dimagno E.P. - *Gastroenterology.* - 1987. - Vol. 93. - P. 4852.
8. Ponsky J.L., Aszodi A.//*Am. J. Gastroenterol.* 1984. - Vol. 79. - P. 113.
9. Ponsky J.L., Gauderer M.W.L.//*Gastrointest. Endosc.* — 1981. - Vol. 27. - P. 9.
10. Ponsky J.L., Gauderer M.W.L., Stellato T.A. et al.//*Am. J. Surg.* - 1985. - Vol. 149. - P. 102.
11. Ruge J., Vasquez R.M.// *Surg. Gynecol. Obstet.* — 1986. - Vol. 162. - P. 13.
12. Russell T.R., Brotman M., Norris F.// *Am. J. Surg.* — 1984. - Vol. 148. - P. 132.
13. Tanker M.S., Scheinfeldt B.D., Steerman P.H. et al.// *Gastrointestinal. Endoscopy.* — 1986. — Vol. 32. — P. 144.
14. Willis J.S., Oglesby J.T.// *Radiology.* - 1985. - Vol. 154. - P. 71.

Поступила в редакцию 11.12.03.

TRANSCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY

O.I. Volkov

Russian State Medical University (Moscow)

Summary — The author describes the technique of transcutaneous endoscopic gastrostomy. Based on the literature, he examines the indications and contra-indications for this operation and shows the low rate of complications and the simplicity of performance that, in a number of cases, makes this procedure a real alternative to the traditional intervention.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 1, p. 75-76.

УДК 616.441-006.55-085.835.3-053.4/.6:612.014.464

П.П. Кузьмичев, В.В. Шапкин

ОЗОНОТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Детская областная больница (г. Биробиджан),
Владивостокский государственный медицинский
университет

Ключевые слова: щитовидная железа, аденомы,
кисты, озонотерапия.

Проблема лечения очаговых образований щитовидной железы не решена до настоящего времени.

Особого внимания заслуживают пациенты детского и подросткового возраста. Наиболее распространенными методами лечения здесь являются:

1. Хирургический. Недостатки: возможность осложнений в ранний и поздний послеоперационный периоды, рецидивы очаговых образований, косметический дефект, возможное развитие гипотиреоза, необходимость проведения заместительной гормональной терапии [5, 7, 8];
2. Медикаментозный. Недостатки — побочные эффекты подавляющей терапии (тироксин воздействует на симпатoadреналовую систему, синтез белка кардиомиоцитов, периферическую гемодинамику, окислительные процессы и внутриклеточный обмен кальция; супрессивная терапия может вызывать тахикардию, гипертрофию миокарда, предсердные аритмии;