

ЭНДОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННАЯ ПУНКЦИОННАЯ ГАСТРОСТОМИЯ У ДЕТЕЙ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Врублевский С.Г.^{1,2}, Врублевская Е.Н.^{1,2}, Бондаренко С.Б.¹,
Валиев Р.Ю.¹, Туров Ф.О.¹, Врублевский А.С.¹, Оганисян А.А.¹,
Ханов М.М.¹, Ахметжанов И.С.¹

¹ Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва, Россия;

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Обоснование. Восстановление полноценного энтерального питания является одной из важнейших проблем при лечении пациентов с нарушением глотания. Традиционно для долгосрочного обеспечения энтерального питания используется кормление через назогастральный зонд или гастростому. Длительное использование зонда для питания так же чревато осложнениями, может приводить к формированию хронического воспалительного процесса в носовых ходах, образованию пролежней по ходу зонда, сопровождающихся кровотечениями.

Цель: сравнительный анализ установки чрескожных гастростомических систем у детей с паллиативным статусом по методике Russell.

Материалы и методы. За период с 2012 по 2023 г. в НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого установлено 225 эндоскопически ассистированных гастростом. Возраст оперированных пациентов был от 3 месяцев до 17 лет. По pull-методу произведено 65 операций. По методике Russell нами установлены 160 гастростомических систем.

Результаты. Методика pull достаточно проста и широко известна, хирургическое вмешательство занимало около 12 минут, осложнений не отмечалось. Практически у всех пациентов в раннем послеоперационном периоде имелось периодическое истечение желудочного содержимого по каналу установленной стомы, связанное с недостаточной герметичностью системы. Лишь в одном случае пациенту с выраженным деформирующим сколиозом, нарушением топографии желудка гастростома установлена не в типичном месте (эпигастральная область), а в правом подреберье. В двух случаях из-за увеличенной левой доли печени, прикрывающей желудок, стандартная методика была дополнена лапароскопией, что минимизировало риск осложнений. Оперированные пациенты начинали получать энтеральную нагрузку на первые послеоперационные сутки с 1/3 суточного объема, с ежедневным увеличением объема на 1/3 от должествующей нормы. Однако гастростомия по pull-методу имеет ряд сложностей и неудобств в бытовых условиях. Баллонная методика Russell имеет свои преимущества. При этом методе установленная гастростома незначительно возвышается над поверхностью кожи и имеет клапан, предотвращающий выброс желудочного содержимого во внешнюю среду, она гораздо удобнее при уходе, а также не требует специализированного медицинского участия при ее замене. Однако первичная установка низкопрофильной гастростомы технически сложнее и противопоказана в ряде случаев у пациентов с анатомическими особенностями.

Замена гастростомы, установленной по методу Russell, может быть осуществлена в домашних условиях, pull-методика требует госпитализации ребенка в стационар. В нашей клинике замена гастростомических трубок на баллонные системы проведена 68 пациентам. В одном случае возникли интраоперационные осложнения, связанные с интерпозицией поперечно-ободочной кишки при установке первичной гастростомы в одной из клиник. В результате чего сформировался свищевой ход между желудком, толстой кишкой и кожей. Свищевой ход был ушит лапароскопическим доступом с установкой гастростомы.

Заключение. Современные малоинвазивные методики гастростомии широко используются в практике. Они достаточно просты и надежны. Методика Russell имеет преимущество, за счет простоты ухода, возможности замены вне стен лечебного учреждения, удобства использования. Однако для установки гастростомы по методике Russell необходимо четкое соблюдение всех технических аспектов и возможных противопоказаний, основными из которых являются анатомические особенности пациентов.

Ключевые слова: гастростомия; эндоскопия; пункционная гастростомия.