

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО КрасГМУ им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ России

Кафедра госпитальной хирургии им. проф. А.М. Дыхно с курсом ПО

Заведующий кафедрой:

д.м.н., профессор Д.В. Черданцев

Реферат

Чрескожная эндоскопическая гастростомия

Выполнила: ординатор 1 года

Специальности 31.08.70 Эндоскопия

Королькова Полина Андреевна

Содержание

Определение, актуальность проблемы.....	3
Показания к установке перкутанной гастростомы.....	3
Противопоказания к установке перкутанной гастростомы.....	5
Подготовка.....	6
Техника выполнения.....	8
Уход.....	9
Заключение.....	10
Список литературы.....	10

Определение, актуальность проблемы

Чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ) – это метод доступа к пищеварительному каналу пациента с целью проведения долгосрочного энтерального питания или декомпрессии желудка.

Современные технологии парентерального питания позволяют обеспечить больного всеми необходимыми компонентами. Но следует помнить, что его длительное применение не является физиологически обоснованным для организма и может сопровождаться рядом специфических осложнений. При невозможности естественного приема пищи энтеральное питание пациенту можно проводить через интестинальные зонды, гастро – или еюностому. Для кратковременного энтерального питания обычно используют различные модели интестинальных зондов, которые заводят в ЖКТ во время операции или эндоскопическим путем. Решение о наложении гастростомы в каждом случае следует принимать индивидуально с учетом потребностей пациента, основного диагноза и ожидаемой продолжительности жизни. Целью комплексного лечения является не только улучшение питания и увеличения продолжительности жизни, но и обеспечение качества жизни, уровень которого не обязательно коррелирует с улучшением питания. Перкутанная эндоскопическая гастростомия, впервые описанная Ponsky и Gauderer в 1980 году, стала широко применяться для обеспечения энтеральной нутритивной поддержки пациентам, которые, несмотря на сохранение функций абсорбции и моторики желудочно-кишечного тракта, не могут принимать твердую или жидкую пищу из-за различных заболеваний. Эндоскопическое формирование гастростомы признано наиболее подходящим малоинвазивным вариантом обеспечения физиологического кормления. ПЭГ становится все более популярной благодаря своей эффективности, безопасности, простоте эксплуатации и относительно невысокой стоимости.

Показания к установке перкутанной эндоскопической гастростомы

Решение об установке гастростомы должно приниматься консилиумом врачей с тщательным отбором пациентов. Основной целью искусственного питания через стому является коррекция нутритивной недостаточности, остановка прогрессирующей потери веса и проведение регидратации. Установка гастростомы является наиболее оправданной операцией, когда период энтерального питания превышает 4 недели, а ожидаемая продолжительность жизни пациентов составляет более 2 месяцев.

1. Пациенты с потенциально обратимыми заболеваниями, при которых ожидается, что гастростома может быть удалена после разрешения процесса:

- Заболевания пищевода (сопровождающиеся нарушением его проходимости)

- Проведение химиотерапии и радиотерапии при опухолях головы и шеи
- Рвота беременных
- Инсульт
- Черепно-мозговая травма
- Нервная анорексия
- Сильные ожоги
- Полиатравма
- Травмы лица

2. Пациенты с необратимыми заболеваниями и долгой продолжительностью жизни (гастростома устанавливается на постоянный срок)

- Болезнь Паркинсона, Болезнь Альцгеймера
- Инсульт
- Метастазы в мозг, опухоли мозга, опухоли головы и шеи, новообразования ротоглотки, пищевода и кардии
- Полиомиелит
- Травмы головного мозга (травматические или хирургическое)
- Прогрессирующая мышечная дистрофия
- Пороки развития лица
- Амилоидоз
- Муковисцидоз
- Синдром короткой кишки
- Воспалительные заболевания кишечника
- Склеродермия

3. Пациенты с тяжелыми заболеваниями с относительно долгой продолжительностью жизни -

- Энцефалит
- Злокачественные новообразования
- Терминальная стадия СПИДа

- Кишечная непроходимость при перитонеальном канцероматозе
- Радиационный энтерит
- Тяжелый острый панкреатит
- Про ведение химиотерапии при онкологических заболеваниях
- Недостаточное потребление калорий
- Множественные врожденные аномалии
- Синдром короткой кишки
- Дисфункция ротоглотки
- Буллезный эпидермолиз

Противопоказания к установке перкутанной эндоскопической гастростомы

1. Общие:

- декомпенсированные острые метаболические расстройства, сопровождающиеся развитием комы
- выраженные нарушения свертывающей системы крови (коагулопатия потребления: протромбиновый индекс <70%, тромбоциты <150*10⁹/л, фибриноген <2г/л)

2. Локальные:

- обструкция глотки или пищевода, которая препятствует введению эндоскопа в желудок
- непроходимость выходного отдела желудка и ДПК, острая кишечная непроходимость
- смещение внутренних органов (печень, толстая кишка, большой сальник), гепатоспленомегалия и ожирение
- перитонеальный канцероматоз
- асцит
- перитонит
- обширная инфильтрация опухолью стенки желудка в зоне предполагаемой пункции стенки органа

-эрозивный гастрит или язвы желудка в области участка пункции

-малые размеры культи желудка вследствие ранее перенесенных хирургических вмешательств.

Подготовка к установке гастростомы

В настоящее время выделяют два основных типа гастростомических трубок. Первый тип гастростом (стандартная гастростомическая трубка) представляет собой длинные силиконовые трубки. Дистальный конец гастростомы, располагающийся после установки в просвете желудка, имеет широкое дисковидное воронкообразное расширение, называемое внутренним бампером. При тракции оно обеспечивает плотный контакт стенки желудка с брюшиной передней брюшной стенки. Для осуществления постоянного плотного контакта бампера с наружной частью брюшной стенки на гастростому монтируется аналогичное по строению дисковидное устройство – антибампер. Стабильное положение гастростомы обеспечивается компрессией тканей в области прохождения гастростомической трубки через толщу передней брюшной стенки при помощи антибампера, который фиксируется с использованием съемных пластиковых зажимов.

Второй тип гастростом - это низкопрофильные гастростомы, которые индивидуально подбираются по размеру в зависимости от толщины передней брюшной стенки. Фиксация гастростомы осуществляется путем тщательного подбора ее длины на этапе установки и раздувания внутреннего баллона, напоминающего устройство катетера Фоллея. Наружная часть трубки оснащена замком, при помощи которого на время кормления осуществляется герметичное присоединение стандартных систем для энтерального питания. В перерывах между кормлениями наружное отверстие в гастростомической трубке закрывается.

Низкопрофильная гастростома имеет ряд преимуществ: за счет небольших размеров внешняя часть гастростомы практически не выступает над поверхностью тела, незаметна под одеждой, тем самым улучшает качество жизни у пациентов детского возраста и взрослых пациентов, ведущих активный образ жизни

Все инструменты, необходимые для установки гастростомы, являются одноразовыми и, как правило, поставляются в единой стерильной заводской упаковке.

Набор для установки стандартной гастростомической трубки:

-Гастростомическая трубка

-Адаптер для введения питания

-Скальпель

- Игла проводника •
- Петлевой проводник для установки
- Зажим для трубки
- Петля для извлечения
- Хирургическая простыня с отверстиями и клеящимися ярлычками
- Шприц 12 мл
- Марлевые салфетки
- Шовный материал
- Инструкция по применению

Набор для установки низкопрофильной гастростомической трубки:

- Гастростомическая трубка
- Набор желудочно-кишечных фиксаторов с 4 предварительно загруженными Т-образными блокираторами
- Зажим
- Скальпель
- Безопасная игла проводника
- Проволочный направитель с J-образным кончиком
- Серийный дилататор с отделяемой оболочкой
- Шприц 12 мл
- Измерительное устройство стомы по проводнику и дополнительный шприц на 12 мл
- Инструкция по применению



Техника проведения

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.





Уход за гастростомой (разработка врачей ККБ)

-Регулярно меняйте стерильный перевязочный материал, размещенный вокруг места разреза между кожей и ограничителем. В течение ближайшей недели перевязки осуществляют ежедневно, а затем через день. Участок кожи вокруг стомы и фиксирующее устройство должны быть хорошо просушены. Каждый день поворачивайте пластиковый зонд на 180 градусов вокруг своей оси и двигайте его вверх и вниз чтобы он не прилипал к стенкам стомы.

-Следите за тем, чтобы внешний фиксирующий диск находился на расстоянии не менее, чем 5 мм от поверхности кожи. Если Вы набрали или снизили вес, возникает необходимость ослабить или затянуть фиксирующее устройство.

-После каждого приема пищи промывайте трубку гастростомы 20-40 мл воды. Зонд необходимо промывать через каждые 8 часов, даже если Вы не вводили через него питательные смеси. Обработайте влажной салфеткой, а затем просушите кожу вокруг стомы и фиксатор, чтобы избежать инфицирования. Спросите у лечащего врача, какие именно дезинфицирующие средства для обработки кожи Вам следует использовать.

-Если зонд засорился и Вам не удастся самостоятельно восстановить его проходимость, либо гастростома выпала, срочно обратитесь к лечащему врачу.

-Уточните у лечащего врача какое именно питание и в каком объеме следует вводить через гастростому в желудок.

Заключение

Питание через перкутанную эндоскопическую гастростому является предпочтительным способом для пациентов с нарушенным естественным приемом пищи по тем или иным причинам. Эндоскопическая установка гастростомы становится все более популярной из-за ее эффективности, безопасности и относительно низкой стоимости. Несмотря на инвазивность и простоту установки ПЭГ, операция должна выполняться опытными врачами в специализированных стационарах. Для предотвращения, выявления и лечения ранних осложнений необходимо учитывать индивидуальные особенности пациента. В свою очередь, специалисты должны проводить пациентам и/или лицам, обеспечивающим за ними уход, инструктаж по использованию гастростомы

Литература

- 1.Статья на эндоэксперте : ПЕРКУТАННАЯ ГАСТРОСТОМИЯ ПОД ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ 2020г. Методические рекомендации № 110 / Павлов И. А
- 2.Frigipal-N.Iiz, A.B. PerCutaneousEndoscopic Gastrostomy / A.B. Frigipal-R.Iiz, A.J. Ilcendo // Gastroenterology NII Sing - 2015. - Yol. 38(5). - P. 354-366.
- 3.Чрескожная эндоскопическая гастростомия как современный метод обеспечения энтеральным питанием/ Медицинский вестник Башкортостана/2011/Мумладзе Р.Б.
- 4.Опыт проведения нутритивной поддержки с использованием чрескожной эндоскопической гастростомии у детей с солидными опухолями (опыт ФГБУ ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева) /Российский журнал детской гематологии и онкологии/Шаманская Т.В./2014
- 5.К вопросу об особенностях чрескожной эндоскопической гастростомии / В.С. Мазурин, А.Ю. Вахонин, Д.С. Носков // Матер. XIII съезда хир. Республики Беларусь: Проблемы хирургии в современных условиях. - Гомель, 2006. — Т.2. - С. 16
- 6.Осложнения при выполнении чрескожной эндоскопической гастростомии / В.С. Мазурин, А.Ю. Вахонин, В.Л. Шабаров, М.И. Прищепо, Д.С. Носков // Матер. Плен. Общ. эндоскоп, хир. России, посвящ. 50-летию каф. общ. хир. Алтайского мед. ун-та: Актуальные вопросы миниинвазивной хирургии. - Барнаул, 2006. - С. 92-93
- 7.Чрескожная эндоскопическая гастростомия / А.С. Балалыкин, СМ. Козин, В.Ю. Саввин, С.А. Добродеев, А.Ю. Вахонин // Эндоскоп, хир. - 2007. - № 1. - С. 115-116.
- 8.Рекомендации по уходу /ККБ