

Актуальность проведения чрескожной эндоскопической гастростомии (ЧЭГ)

Большое количество нарушений трофического статуса наблюдается у больных хирургического и терапевтического профиля. Выраженность недостаточности питания существенным образом зависит от вида имеющейся патологии и длительности заболевания. Именно у этих больных более чем в 3 раза возрастает риск развития тяжелых осложнений (септические и инфекционные осложнения, длительно незаживающие раны, полиорганная недостаточность, нозокомиальная инфекция) и летальных исходов.

Всё чаще у стационарных пациентов возникает необходимость в проведении энтерального питания (ЭП) и число таких больных ежегодно увеличивается. Особенности проведения ЭП во многом определяются доступом к пищеварительному тракту. Если ЭП будет проводиться больному менее 4 недель, то используют консервативные методы (зондовое питание), а если необходимо осуществлять нутритивную поддержку свыше 4 недель, то проводят специальные хирургические вмешательства (гастростомия и еюностомия).

Недостатки хирургической лапаротомной гастростомии состоят в следующем: является инвазивным хирургическим вмешательством с изначально повышенным риском жизнеопасных осложнений и летальности; после вмешательства у больных более выраженный болевой синдром и более длительный послеоперационный период восстановления; обычно выполняется под общей анестезией и более дорогая из-за потребности в операционной, анестезии и работе хирурга.

В последние годы в клиническую практику внедрены малоинвазивные (эндоскопические и лапароскопические) методы гастростомии, среди которых особого внимания заслуживает чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ).

Практическая значимость

Установлено, что ЧЭГ показана пациентам с дисфагией, обусловленной острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), черепно-мозговой травмой (ЧМТ), и при персистирующем вегетативном состоянии (ПВС), выполнение лапаротомной гастростомии у которых сопровождается высоким оперативным риском.

Разработанные технические принципы обеспечивают безопасность и непродолжительность выполнения ЧЭГ. Доказано, что операция не требует специальной подготовки больных и может быть выполнена у постели больных, не утяжеляя их состояние. Операция ЧЭГ характеризуется низкой летальностью и небольшим количеством неудач и