



# Гастростома: ЗА и ПРОТИВ

Применение гастростомы в питании больных с различными заболеваниями, при которых страдает вес, а также если прием пищи через рот затруднен или невозможен, позволяет существенно корректировать физический статус пациентов. Данный метод успешно применяется у больных неврологическими заболеваниями (ДЦП, последствия перинатального поражения центральной нервной системы с нарушениями глотания, СМА, БАС, тяжелые инсульты, вегетативные состояния, псевдобульбарный синдром и др.), а также с хирургической патологией (непроходимость кишечника, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь), различными онкологическими патологиями. В развитых странах гастростомия назначается пожилым людям и паллиативным больным.

Гастростома – отверстие, соединяющее переднюю стенку брюшной полости с непосредственно желудком. В канал гастростомы вставляется гастростомическая трубка, через которую осуществляется питание и вводятся лекарственные препараты напрямую в желудок. Этот метод позволяет избежать возникновения инфекционных осложнений, которые связаны с применением внутривенного введения питательных и лекарственных веществ. Кроме того, при энтеральном введении доступ питательных веществ гораздо шире, что позволяет сокращать опасность метаболических осложнений.

Однако к гастростомии в нашей стране отрицательно относятся как пациенты, так и сами врачи. С применением гастростомы связано много мифов, которые относятся скорее к сфере низкой квалификации врачей. В частности, считается, что молодые пациенты хуже переносят операцию, требуют более интенсивного ухода, что гастростома снижает срок жизни пациентов. Врачи часто не торопятся назначать гастростомию, даже если для этого есть показания, когда есть возможность принимать хотя бы жидкую пищу, так как установка стомы вызывает стресс у пациентов. Пациенты боятся устанавливать гастростомы, так как до недавнего времени существовали проблемы с обеспечением качественными современными гастростомическими трубками, а использование устаревших аналогов вносило существенные ограничения в образ жизни и нередко вызывало развитие осложнений. Из-за отсутствия трубок вместо них часто используют не предназначенные для установки в желудок изделия (в частности, мочевые катетеры Фолея и Пеццера), которые вызывают серьезные осложнения и значительно снижают качество жизни пациентов.

*...Совершенствование техники вмешательства позволило снизить частоту осложнений с 15% до 7%..*

Между тем при некоторых диагнозах ранняя установка гастростомы существенно влияет на развитие болезни. Проф. В. И. Казанский еще в 1959 г. писал: «С онкологической точки зрения, наложение гастростомы, прекращающей питание через пищевод и тем самым постоянное раздражение пищей опухоли, значительно замедляет темп ее развития, а метастазирование

возникает много позже, чем при других паллиативных операциях; срок жизни больных удлинится».

Одна из проблем пациентов муковисцидозом – недостаток веса – также успешно решается при установке гастростомы. Повышение массы тела заметно улучшает прогноз течения заболевания, однако добиться этого бывает очень сложно. И введение энтерального питания, через желудочный зонд, в таком случае является наиболее оптимальным решением. Гастростома – наиболее распространенный в мировой медицинской практике вариант кормления больных муковисцидозом детей, имеющих проблемы недостатка веса. Так, уже в 1994 году в Германии при использовании гастростомы удавалось достичь прибавки в весе у тяжелых больных с муковисцидозом в среднем на 6 килограмм в год. В США этот метод коррекции нутритивного статуса пациентов был официально одобрен в 2008 году.

Современные гастростомические трубки изготавливаются из высококачественных материалов и позволяют пациентам вести активный образ жизни – выполнять физические упражнения, мыться в душе, плавать в бассейне или море. Сама стома представляет собой небольшую аккуратную кнопку в области пупка, а вовсе не дыру, как думают многие.

*Рисунок 1. Внешний вид входного отверстия гастростомы*



Существует несколько типов трубок. Важным отличительным элементом является фиксатор, который удерживает трубку внутри желудка. Он может быть баллонным или бамперным. Трубки с бамперным фиксатором устанавливаются и удаляются врачом только эндоскопически, т.е. в больнице. Баллонные трубки можно менять самостоятельно на дому, что очень важно, ведь любая госпитализация связана с риском заражения внутрибольничной инфекцией, а наркоз

является дополнительным фактором риска, тем более у паллиативных больных. Баллонные трубки, в свою очередь, бывают длинными и низкопрофильными («кнопочными»), которые не нужно никак фиксировать, они не видны под одеждой и не ограничивают движений.

Однако нежелание устанавливать гастростому связано не только и не столько с эстетическими вопросами, сколько с боязнью возникновения осложнений. Это, как правило, инфекции, кровотечения, смещение трубки, а также появление дискомфорта и таких недомоганий, как вздутие живота, тошнота и диарея.

Безусловно, риск осложнений при проведении гастростомии, как и любой операции, существует. Первые исследования по использованию гастростом, проведенные в конце 90-х годов 20 века (например, исследования Американской гастроэнтерологической ассоциации (AGA)) отмечали увеличение смертности на 15,3% среди пациентов, перенесших гастростомию в возрасте 65 лет и старше. Однако современные хирургические технологии, лекарственные препараты и терапевтические методы позволяют существенно снизить риск смертности после гастростомии.

Впервые гастростомия была выполнена в 1849 году французским хирургом Седилло у пациента с суживающей просвет пищевода опухолью. Однако широкое применение этот метод получил лишь в 90-х годах прошлого века. Надо сказать, что со времен первой операции ее техника претерпела существенные изменения.

*Современные гастростомические трубки изготавливаются из высококачественных материалов и позволяют пациентам вести активный образ жизни – выполнять физические упражнения, мыться в душе, плавать в бассейне или море.*

Первоначально края разреза желудка просто подшивали к краям разреза передней брюшной стенки, что и приводило к возникновению различных осложнений. Современные гастростомы (ЧЭГ) устанавливаются пункционно через кожу (вся операция занимает 5-7 минут) и при соблюдении техники максимально герметизируют канал, исключая протекание содержимого желудка.

«Осложнения, и притом достаточно серьезные, могут возникать при любом виде гастростомии, сделанной как путем лапаротомии, так и без нее. Однако совершенствование техники вмешательства позволило снизить частоту осложнений с 15% до 7%, а летальность практически свести к нулю», – отмечают К.У. Ашкрафт и Т.М. Холдер (Детская хирургия. Практическое руководство в 3-х томах. Органы брюшной полости. Заболевания желудка. [Гастростомия](#)).

Существует несколько методов выполнения гастростомии, но попытки модифицировать это хирургическое вмешательство и сделать его менее инвазивным не прекращаются. Основные цели, которые ставят перед собой практикующие врачи, это устранение необходимости в общем наркозе, сокращение периода послеоперационного выздоровления, снижение частоты осложнений и уменьшение стоимости операции. Все эти цели практически достигнуты благодаря внедрению и широкому распространению метода чрескожной эндоскопической гастростомии (ЧЭГ).

[Другие материалы по теме](#)