

**ЧРЕСКОЖНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОСТОМИЯ
У ПОСТТРАВДАВШИХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

К.М. Курбонов, У.М. Пиров, К.Р. Назирбоев

Кафедра хирургических болезней №1
(зав. – академик К.М.Курбонов),
ТГМУ им. Абуалиибни Сино
г. Душанбе, Таджикистан

Резюме. В статье представлены результаты комплексного лечения 120 пострадавших с черепно-мозговой травмой. В 30,8% наблюдениях пострадавшим с тяжелой (n=19) и средней (n=18) степенью тяжести ЧМТ осуществляли нутритивную поддержку путём формирования чрескожной эндокопической гастростомии. Наложение гастростомы является одним из основных путей обеспечения энтеральным питанием, когда отсутствует возможность установки назогастрального зонда. Осложнения отмечены у 14 пациентов: аспирация у 6, желудочно-кишечное кровотечение по причине повреждения сосудов стенки или травмы слизистой желудка у 7, инфицирование области гастростомы наблюдалось у 1.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, нутритивная поддержка, гастростомия.

**PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY
IN PERSONS WITH CRANIOCEREBRAL TRAUMA**

K.M. Kurbonov, U.M. Pirov, K.R. Nazirboev

Department of Surgical Diseases No. 1
(head – Academician K.M. Kurbonov),
TSMU n.a. Abualiibney Sino,
Dushanbe, Tajikistan

Summary. In the article results of complex treatment of 120 patients with a craniocerebral trauma are presented. In 30.8% of patients with severe (n = 19) and moderate (n = 18) severity of CCT, nutritional support was performed by the formation of percutaneous endoscopic gastrostomy. The imposition of gastrostomy is one of the main ways to provide enteral nutrition, when there is no possibility of installing a nasogastric tube. Complications were noted in 14 patients: aspiration in 6, gastrointestinal bleeding due to damage to the wall vessels or trauma of the gastric mucosa in 7, infection of the gastrostoma area was observed in 1.

Keywords: craniocerebral trauma, nutritional support, gastrostomy.

Введение. В настоящее время черепно-мозговая травма (ЧМТ) наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями является одной из важных медико-социальных проблем современного общества [1]. Высокая летальность и инвалидизация от 25-30%, а также прямые и косвенные затраты общества на решение медицинских, социальных проблем, связанных с лечением и реабилитацией пострадавших с ЧМТ делают данную патологию приоритетной в медицине.

Необходимо отметить, что при лечении пострадавших с ЧМТ наряду с проведением интенсивной терапии, различных по объёму и характеру оперативных вмешательств важное значение имеет энтеральное питание [2,3]. Энтеральное питание имеет важное значение в нормализации гомеостаза. Согласно рекомендации Европейского общества парентерального и энтерального питания предпочтение следует отдавать энтеральному пути введения питательных веществ [4]. Нутритивное обеспечение является жизненно

важным компонентом интенсивной терапии пострадавшим с ЧМТ. Сложность проблемы нутритивной поддержки пострадавшим с ЧМТ заключается в том, что не всегда бывает возможным проведение назогастрального зонда у тяжелого, находящегося в критическом состоянии пострадавшего [5]. Кроме этого, у большинства пострадавших с ЧМТ имеются нарушение функции внешнего дыхания и дополнительное введение назогастрального зонда может усугублять данное состояние.

Наложение гастростомы является одним из основных путей обеспечения энтеральным питанием, когда отсутствует возможность установки назогастрального зонда. В настоящее время существует большое количество методов и модификаций наложения гастростомы, что говорит о неудовлетворительности хирургов результатами этих операций. Такие осложнения, как мацерация, нагноение кожи вокруг стомы, обусловленные истечением желудочного или кишечного содержимого, несостоятельностью швов, смещение

и инфицирование трубки, отхождение гастростомической трубки от передней брюшной стенки с развитием перитонита встречается в 3,5-87% случаев.

С развитием эндоскопической хирургии появились менее травматические способы наложения гастростомы. Чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ) является весьма эффективным методом нутритивной поддержки у пострадавших с ЧМТ [5,6].

Цель исследования – улучшение результатов комплексного лечения пострадавших с черепно-мозговой травмой.

Материал и методы. Располагаем опытом комплексного лечения 120 пострадавших с черепно-мозговой травмой. Мужчин было 89 (74,2%), женщин – 31 (25,8%). Возраст пострадавших составил от 8 до 83 лет. В зависимости от тяжести ЧМТ пострадавших распределили на 3 группы (Табл. 1).

Таблица 1

Распределение пострадавших с ЧМТ (n=120)

Тяжесть ЧМТ	Количество	%
Легкая ЧМТ	64	53,3
ЧМТ средней тяжести	35	29,2
Тяжелая ЧМТ	21	17,5
Всего	120	100

При поступлении всем пострадавшим проводили клинико-неврологический осмотр. Уровень бодрствования оценивали с помощью шкалы комы Глазго (ШКГ). Основным способом нейровизуализации была компьютерная томография (КТ) головного мозга и магнитно-резонансная томография (МРТ).

Результаты и их обсуждение. В 37 (30,8%) наблюдениях пострадавшим с тяжелой (n=19) и средней (n=18) степенью тяжести ЧМТ осуществляли нутритивную поддержку путём формирования ЧЭГ. Противопоказанием к формированию ЧЭГ являлось непродолжительное проведение энтерального питания, то есть в сроки менее 4 недель, агональное состояние пострадавшего, а также местные патологические процессы в глотке или пищеводе, которые препятствуют введению фиброгастростомы.

Для формирования ЧЭГ были использованы стандартные наборы фирмы «WilsonCookmedicalinc» (США) PEG-18, PEG-24. Операция выполнялась с помощью фиброгастроуденоскопистов фирмы «KarlStorz» с использованием техники «на себя» по Cauderer – Ponsly в условиях реанимационного отделения.

Процедуру выполнения ЧЭГ осуществляли двумя врачами в условиях перевязочной, операционной или реанимационного отделения. Важным условием возможности проведения этого вмешательства следует считать надежную диафаноскопию передней брюшной стенки световодом эндоскопа, введенного в желудок.

После проведения эндоскопа в желудок, достаточной инсуффляции воздуха, методом диафаноскопии выбирали подходящее место для пункции брюшной стенки, вне белой линии живота и на

маловаскуляризованном участке стенки желудка. После обработки передней брюшной стенки и проведения местной инфильтративной анестезии в выбранном месте производится разрез кожи, длина соответствует диаметру гастростомической трубки. Пункционная канюля под эндоскопическим контролем вводится в желудок, захватывается при помощи щипцов и под контролем эндоскопа извлекается через рот. 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 гастротомическую трубку проводят через стенку желудка и переднюю брюшную стенку наружу. Фиксируется гастростомическая трубка посредством монтажа внешних принадлежностей данного набора.

После выполнения ЧЭГ в 14 (37,8%) наблюдениях отмечали различные осложнения. Аспирация наблюдалась у 6 пациентов. Факторами, способствующими возникновению данного осложнения, являлись: положение больного на спине, выполнение вмешательства без применения эндотрахеального наркоза с интубацией трахеи, неврологические нарушения. Желудочно-кишечные кровотечения при ЧЭГ имели место в 7 случаях, причиной их возникновения являлись повреждения сосудов стенки или травма слизистой желудка. Наличие местной инфекции в области гастротомии менее 5 мм наблюдалось у 1 пациента.

Применение нутритивной поддержки пострадавшим с ЧМТ патогенетически обосновано, оно позволяет снизить частоту возникновения синдрома острого повреждения желудка и синдрома

кишечной недостаточности. По данным ряда авторов доказано, что кишечник играет важную роль в патогенезе метаболических сдвигов при критических состояниях, и в значительной степени способствует развитию полиорганной недостаточности. Одним из компонентов является нарушение проницаемости слизистой оболочки кишечника, что в свою очередь приводит к транслокации бактерий и токсинов из просвета кишечника в систему циркуляции. Транслокация бактерий и их токсинов является наиболее частой причиной скрытого сепсиса у пострадавших с ЧМТ. Энтеральное питание позволяет сохранять защитный барьер, отделяя патогенные микроорганизмы кишечника от системной циркуляции.

Обоснованное применение нутритивной поддержки пострадавшим с ЧМТ обеспечивает введение фармаконутриентов, что оказывает положительное влияние на воспалительный ответ, иммунный статус, сохранение кишечного барьера, улучшение белкового обмена, разрешение синдрома гиперметаболизма и гиперкатаболизма.

В значительной степени снижается риск возникновения синдрома острого повреждения желудка и его грозных осложнений.

Выводы:

1. ЧЭГ показано пострадавшим со средней и тяжелой степенью ЧМТ для осуществления энтерального питания.

2. Нутритивная поддержка пострадавших с ЧМТ является патогенетически обоснованным методом комплексной профилактики синдрома острого повреждения желудка и кишечной недостаточности.

Литература:

1. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. *Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство в 3-х т.* – М.: Антитор, 1998-2002. – Т.1. – 489 с.
2. Костюченко А.Л. *Энтеральное искусственное питание в интенсивной медицине /А.Л. Костюченко, Э.Д. Костин, А.А. Курыгин.* – С.-Пб.: Медицина, 1996. – 350 с.
3. Попова Т.С. *Нутритивная поддержка больных в критических состояниях /Т.С. Попова, А.Б. Шетопалов.* – М: М-Вести, 2002. – С.318-326.
4. Грищенко Е.Б. *Рекомендации ESPEN по энтеральному питанию в хирургии и трансплантологии // Consilium-Medicum.* – 2010. – №1. – С. 47-52.
5. Козин С.М. *Опыт применения чрескожной эндоскопической гастростомии в интенсивной терапии по коррекции трофического статуса /С.М. Козин, А.Ю. Вахонин, С.А. Добродеев // Клиническая анестезиология и реаниматология.* – 2008. – Т.5 №1. – С. 33-39.
6. Мумладзе Р.Б., Розиков Ю.Ш., Деев А.И. *Чрескожная эндоскопическая гастростомия и её преимущества перед другими видами стомией для проведения энтерального питания // Анналы хирургии.* – 2011. – №3. – С.36-40.

