

пунктирования. Для бамперной трубки, после формирования гастротомы, обязательно ежедневно погружать трубку в просвет желудка на 2-3 см и поворачивать на 360 градусов. Это необходимо для предотвращения т.н. «бамперного синдрома».

В баллонных трубках через 2 недели после наложения ЧЭГ необходимо еженедельно менять воду в баллоне. Водные процедуры с погружением допустимы не ранее 3-х недель после операции, при этом необходимо следить, чтобы трубка была герметично закрыта.

Кормление через трубку начинают через 24 часа после наложения ЧЭГ. Объем наращивают постепенно. Перед и после введения смеси трубку необходимо промыть 10-20 мл воды.

Наиболее частые осложнения - подтекание желудочного содержимого, воспаление кожи вокруг гастростомического отверстия, развитие грануляций, закупорка трубки, выпадение трубки.

Профилактика осложнений: промывание трубки до и после кормления, использование специальных питательных смесей, а также применение жидкостей и растворимых таблеток, как наиболее подходящих лекарственных форм для введения через гастростомическую трубку. В случае других осложнений – необходимо обратиться к врачу. При выпадении трубки (обычно выпадает баллонная трубка) необходимо в гастростомическое отверстие вставить либо выпавшую трубку (не применяя выраженных усилий), либо катетер для санации, зафиксировать его лейкопластырем и обратиться в лечебное учреждение.



Профилактика — это здорово!
Больше информации Вы найдете на сайте drkbmzrt.ru

ЧРЕСКОЖНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОСТОМИЯ ПАМЯТКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ

Наложение ЧЭГ применяют, когда необходимо проводить пациенту искусственное питание. Основной причиной назначения искусственного питания является невозможность самостоятельного приема необходимого количества пищи пациентом через рот. Данная ситуация возникает при дисфагии, истощающих заболеваниях, в случае нарушения сознания пациента.

Дисфагия может быть ротоглоточной, возникающей во время первичных фаз глотания, т.е. затруднение прохождения пищевого комка из ротовой полости в пищевод, проявляется затрудненным глотанием, попаданием пищи в носовую полость, в дыхательные пути и сопровождается кашлем. Основные заболевания, осложнением которых может быть ротоглоточная дисфагия:

- заболевания центральной нервной системы (спинальная мышечная атрофия, опухоли ЦНС, ДЦП, рассеянный склероз);
- тяжелая псевдопаралитическая миастения (myasthenia gravis), прогрессирующие миодистрофии;
- онкологические заболевания, поражающие ротоглотку;
- травматические повреждения лицевого черепа.

Дисфагия пищеводная – нарушение продвижения пищевого комка по пищеводу в желудок, сопровождается ощущением застревания пищи за грудиной, может проявляться так называемой пищеводной рвотой. Причины дисфагии:

- стенозы пищевода различной этиологии (стенозы пищеводных анастомозов, послеожоговые и пептические рубцовые стенозы, опухолевые стенозы);
- заболевания, нарушающие моторную функцию пищевода (эозинофильный эзофагит, системная склеродермия, лучевые эзофагиты и т.д.);

Истоцующие заболевания – заболевания, требующие более интенсивной нутритивной поддержки, чем пациент может обеспечить самостоятельно:

- муковисцидоз, воспалительные заболевания кишечника.

Нарушение сознания – пациент в состоянии комы, вегетативные состояния, что полностью исключает самостоятельный прием пищи естественным путем.

В этих ситуациях возможны два способа искусственного питания: **парентеральное питание**, т.е. введение специальных стерильных питательных составов внутривенно, и **энтеральное питание**. Под **энтеральным питанием** понимают введение питательных смесей в желудочно-кишечный тракт либо через зонд, проводимый в просвет желудка или тонкого кишечника через носовой ход, либо введение питательных смесей в просвет желудка через гастростому - искусственно созданный свищ на передней брюшной стенке, соединяющее просвет желудка с внешней средой. Энтеральное питание всегда предпочтительнее парентерального, т.к. более физиологично, эффективно восполняет все алиментарные потребности организма, намного более безопасно и менее затратно, может назначаться на длительный срок.

Назогастральный или назоюнональный зонды используют для искусственного энтерального питания, когда предполагаемый срок его использования не превышает 1-2 мес. Более длительное применение зондового питания повышает риск развития пролежней и соответственно инфекционных осложнений и кровотечений, доставляет пациентам беспокойство, часто требует повторной установки.

Если планируется проведение искусственного энтерального питания на длительный срок, то вариантом выбора будет наложение чрескожной эндоскопической гастростомы.

Абсолютные противопоказания:

- Отсутствие эффекта трансиллюминации и положительная аспирационная проба;
- Нарушения свертывающей системы крови,
- Выраженное нарушение ранозаживления,
- Сепсис,
- Перитониты,

- Острые панкреатиты,
- Кишечная непроходимость,
- Опухоль, инфильтрирующая область пунктирования,
- Язвенная болезнь желудка в стадии обострения,

У детей данная манипуляция выполняется под общей анестезией с дополнительной инфильтрационной анестезией передней брюшной стенки в зоне пункции.

Метод первичного наложения ЧЭГ выбирается индивидуально, исходя из конкретной клинической ситуации. В дальнейшем, спустя минимум 4 недели после наложения ЧЭГ, возможна замена гастростомической трубки на любую другую.

Подготовка к чрескожной эндоскопической гастростомии должна проводиться, как к плановому оперативному вмешательству, обязательна предоперационная антибиотикопрофилактика, голодная пауза 14 часов, тщательная гигиена полости рта и гортани.

Возможные ранние осложнения: кровотечения, повреждение печени, перфорация ободочной кишки, желудка, пневмоперитонеум, эмфизема передней брюшной стенки. В послеоперационном периоде возможны: перитонит (при несостоятельности гастростомы, недиагностированной перфорации ободочной кишки), толстокишечная непроходимость или формирование свища между желудком и ободочной кишкой (при попадании стенки ободочной кишки между передней брюшной стенкой и стенкой желудка в момент пункции), инфекционные осложнения области операционной раны (воспалительный инфильтрат, флегмона).

Часто, в первые несколько дней после операции, имеется выраженный болевой синдром, что требует адекватного обезболивания в этот период.

Уход за гастростомой зависит от типа установленной гастростомической трубки. Так, бамперная трубка сразу после установки фиксируется с умеренным натяжением на срок 24 часа, затем крепление несколько ослабляют, но в течение 2-х недель не смещают его. В дальнейшем свободный ход трубки допустим в пределах 5-10 мм. Не зависимо от использованной методики область пунктирования должна осматриваться врачом каждый день в течение первой недели после установки трубки, салфетки следует менять ежедневно, после этого смена салфеток происходит в зависимости от состояния области