

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР
ГБУЗ «Центр паллиативной
помощи ДЗМ»



фонд помощи
хосписам

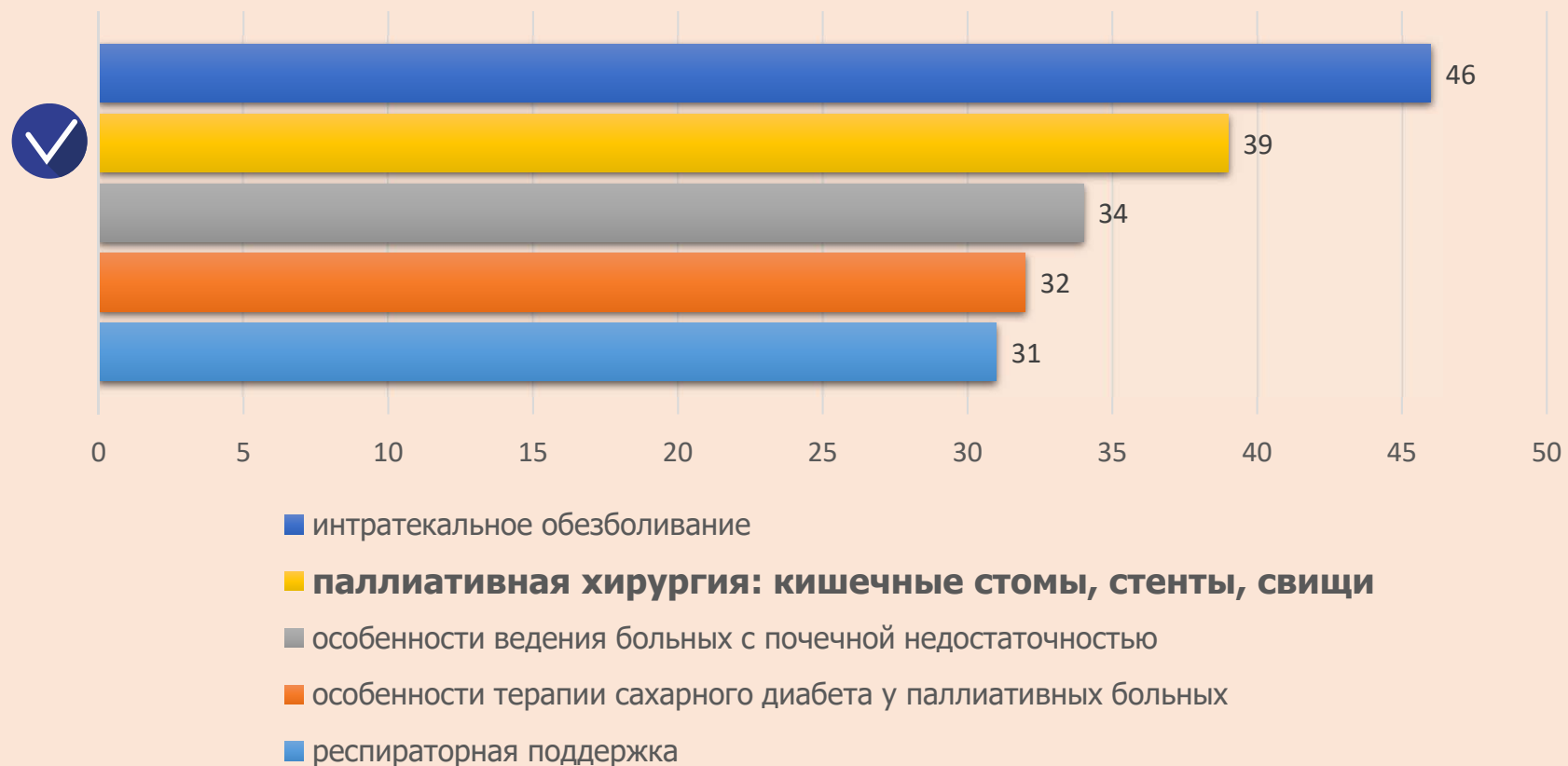
Вера

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ: ГАСТРОСТОМИЯ

Москва, 2021 г.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ - АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА ОБУЧЕНИЯ ПО МНЕНИЮ ВРАЧЕЙ ЦЕНТРА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

КЭВ81



Исследование «Актуальные вопросы обучения в ЦПП», 104 респондента-врача ЦПП, Май 2020

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ



УРОВЕНЬ ПИЩЕВОДА

- эндоскопическое стентирование пищевода
- эндоскопическое лигирование вен пищевода



УРОВЕНЬ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА

- эндоскопическое стентирование трахеобронхиального дерева
- наложение трахеостомы (при опухоли гортани, например)



УРОВЕНЬ ЖЕЛУДКА

- эндоскопическое стентирование кардии и пилорического отдела желудка, эндоскопическое лигирование вен желудка
- чрескожная пункционная эндоскопическая гастростомия



УРОВЕНЬ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- эндоскопическое стентирование желчевыводящих протоков
- эндоскопическое стентирование 12-перстной кишки



УРОВЕНЬ КИШЕЧНИКА

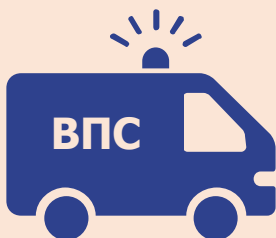
- чрескожная пункционная эндоскопическая еюностомия, стентирование толстой кишки

**ПОЧЕМУ ВРАЧУ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ
ПОМОЩИ ВАЖНО ОБ ЭТОМ ЗНАТЬ**





Более 2/3 врачей по паллиативной помощи в ЦПП ДЗМ –
врачи нехирургического профиля



В 2020 г на учете в ЦПП ДЗМ (без учета филиалов)
81 пациент с гастростомой



По данным института
НИИ им. Н.В. Склифосовского за 2020 г.
35 % стентирований проводились в рамках оказания паллиативной помощи

ПОЧЕМУ ВРАЧУ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ВАЖНО ОБ ЭТОМ ЗНАТЬ



Понимание роли и места малоинвазивных операций в паллиативной помощи поможет врачам принимать решения о **целесообразности их проведения**



Своевременное и верное решение о необходимости малоинвазивных хирургических вмешательств улучшает качество жизни пациента и может предотвратить его преждевременную смерть



ЧРЕСКОЖНАЯ ПУНКЦИОННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОСТОМИЯ

ГАСТРОСТОМА

это искусственное отверстие,
соединяющее переднюю брюшную
стенку с желудком

ГАСТРОСТОМИЧЕСКАЯ ТРУБКА

медицинское изделие, установленное
в канал гастростомы

ЦЕЛЬ УСТАНОВКИ

питание и введение лекарств
непосредственно в желудок

САМОЕ РАСПРОСТРАНЕННОЕ ПОКАЗАНИЕ – ДИСФАГИЯ ПРИ ПРОГНОЗЕ ЖИЗНИ БОЛЕЕ 4 НЕДЕЛЬ

✓ ДИСФАГИЯ НА ФОНЕ

- поражения ротоглотки*
- неразрешимые стриктуры пищевода*
- компенсированный стеноз пищевода и кардиального отдела желудка опухолью либо сдавлением извне*

**При технической возможности заведения эндоскопа в просвет желудка*

- нейрогенные нарушения перистальтической функции желудочно-кишечного тракта

БАС, РС, деменция, болезнь Паркинсона, последствия травм головного мозга и нарушений мозгового кровообращения

ОПУХОЛЬ ГОРТАНОГЛОТКИ



КОГДА НЕ НУЖНО ЖДАТЬ РАЗВИТИЯ ДИСФАГИИ 4-ОЙ СТЕПЕНИ?

✓ БАС

✓ Опухоли с локализацией в области головы и шеи

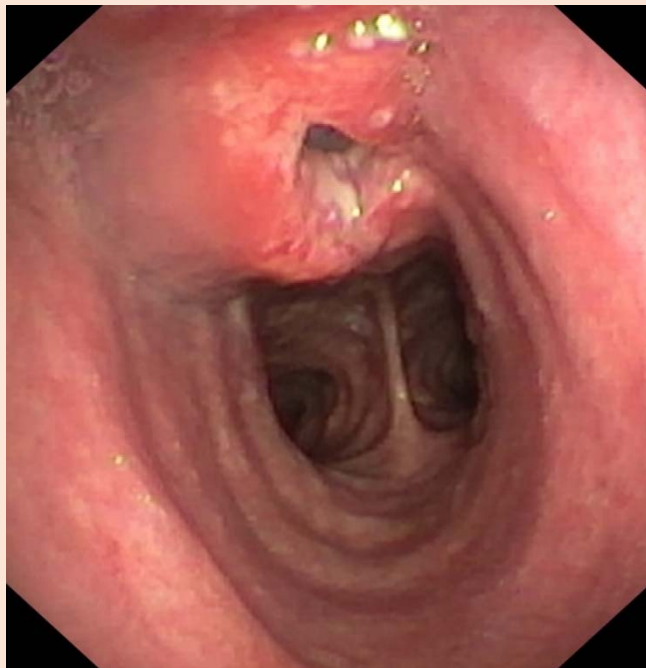


Помните о возможности обсуждения о превентивном наложении гастростомы

ИНЫЕ ПОКАЗАНИЯ



ДЛИТЕЛЬНОЕ СТОЯНИЕ НГЗ
ПРИ ХОРОШЕМ ЖИЗНЕННОМ
ПРОГНОЗЕ



ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫЕ СВИЩИ



АБСОЛЮТНОЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ



ТЯЖЕЛОЕ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА НА ФОНЕ

- Канцероматоз брюшины
- выраженного асцита
- перитонеального диализа
- эндогенной интоксикации любой природы (печеночно-почечная недостаточность, раковая интоксикация)
- неврологического проявления прогрессирующего отека головного мозга на фоне опухолевого поражения головного мозга

АБСОЛЮТНОЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ



СОСТОЯНИЯ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ВЫПОЛНЕНИЮ ПРОЦЕДУРЫ ИЛИ ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- Расширение вен желудка при портальной гипертензии
- выраженная гепатоспленомегалия, препятствующая доступу к желудку
- тяжелая коагулопатия
МНО >1.5
протромбиновый индекс (по Квику) < 50%
уровень тромбоцитов < 50000/мм³
- локализация опухолевого процесса и/или эрозивно-язвенный процесс
в теле желудка
в области предполагаемой пункции

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- общий белок < 50 г/л
- тяжелое течение СД
- иммунодефицит , вызванный текущей химиотерапией или ранним периодом после нее (высокий риск послеоперационных осложнений)
- тяжелое ожирение
- множественные оперативные вмешательства с развитием спаечного процесса
- возраст более 80 лет

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ГАСТРОСТОМИИ

Пациентам с когнитивными нарушениями гастростомия выполняется под общим обезболиванием

Возможно ношение комбинезона для предупреждения вырывания пациентом гастростомической трубки



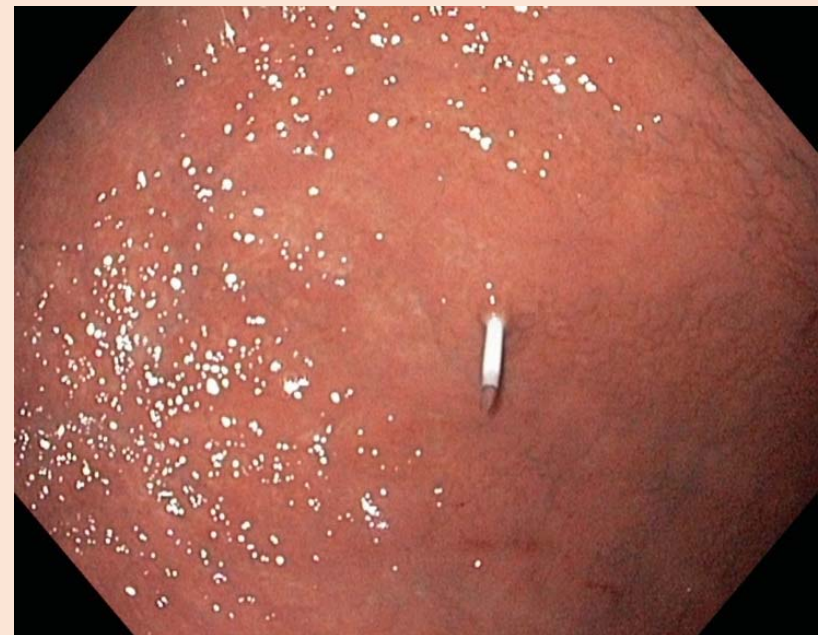
МЕТОДИКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЧЭГ

МЕТОДИКА ЧЭГ "НА СЕБЯ" ПО GAUDERER-PONSKY

Выбор места пункции

1 Обработка операционного поля

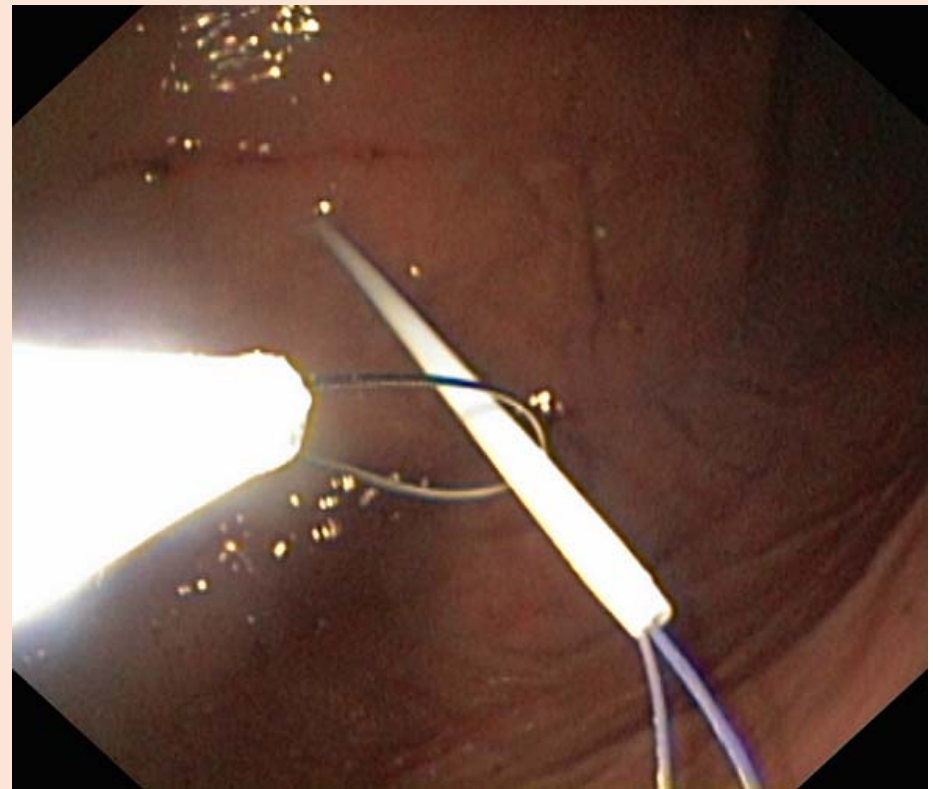
Пункция желудка



МЕТОДИКА ЧЭГ "НА СЕБЯ" ПО GAUDERER-PONSKY

2

Введение проводника-петли
через канюлю в желудок и
извлечение его с помощью
гастроскопа через рот
наружу



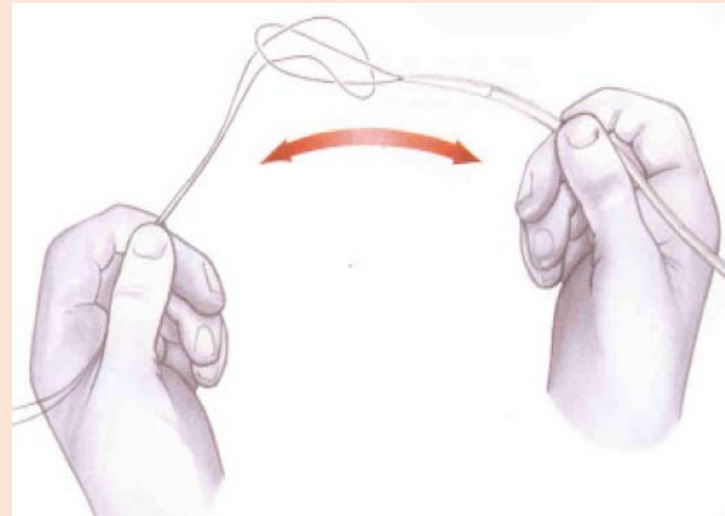
МЕТОДИКА ЧЭГ "НА СЕБЯ" ПО GAUDERER-PONSKY

Фиксация зонда к проводнику-петле

3

Установка гастростомического зонда

Эндоскопическое подтверждение
правильности его расположения



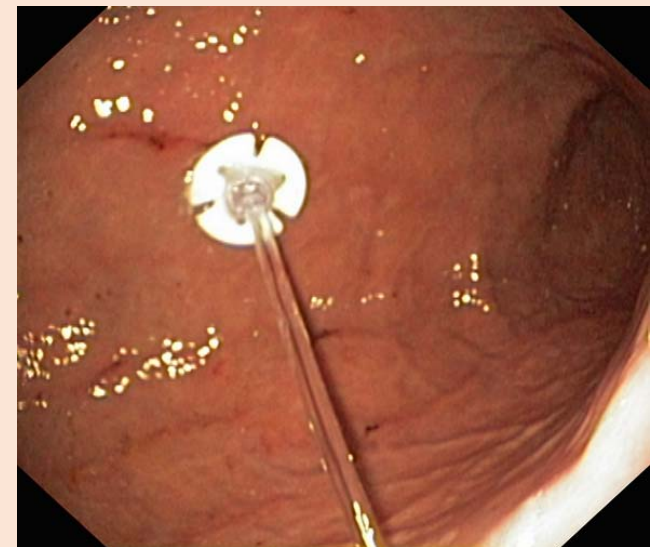
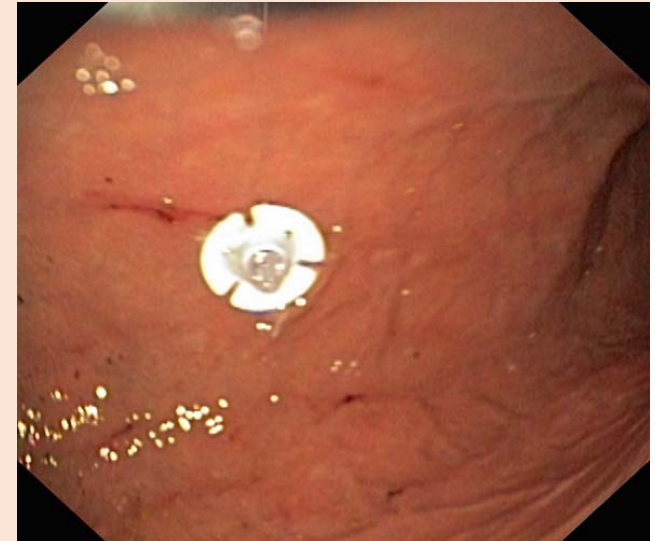
МЕТОДИКА ЧЭГ "НА СЕБЯ" ПО GAUDERER-PONSKY

Фиксация зонда к проводнику-петле

4

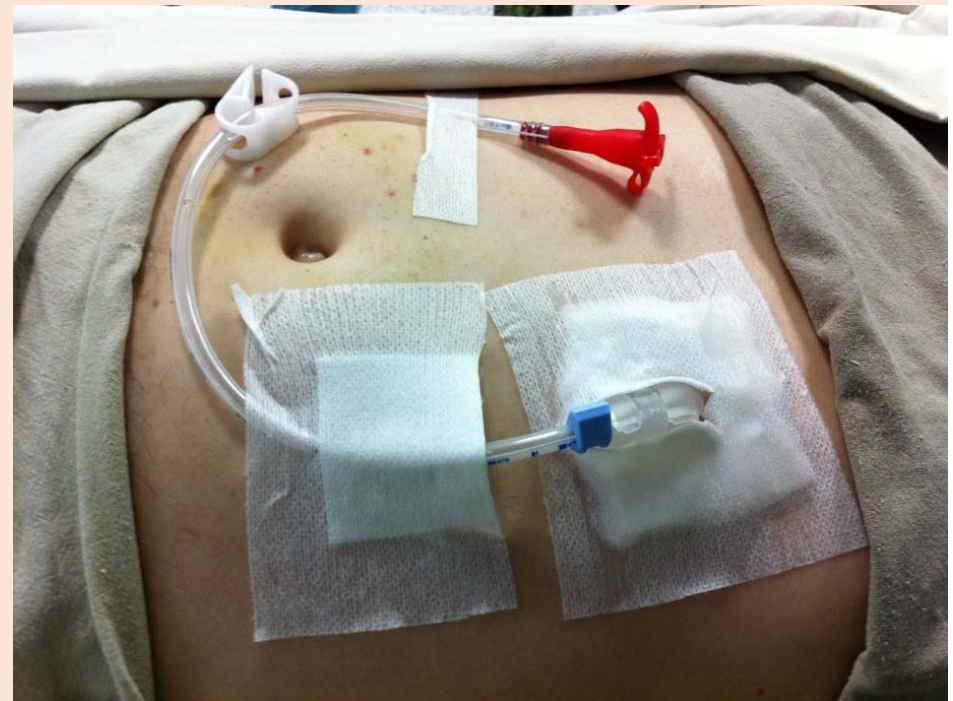
Установка гастростомического зонда

Эндоскопическое подтверждение
правильности его расположения

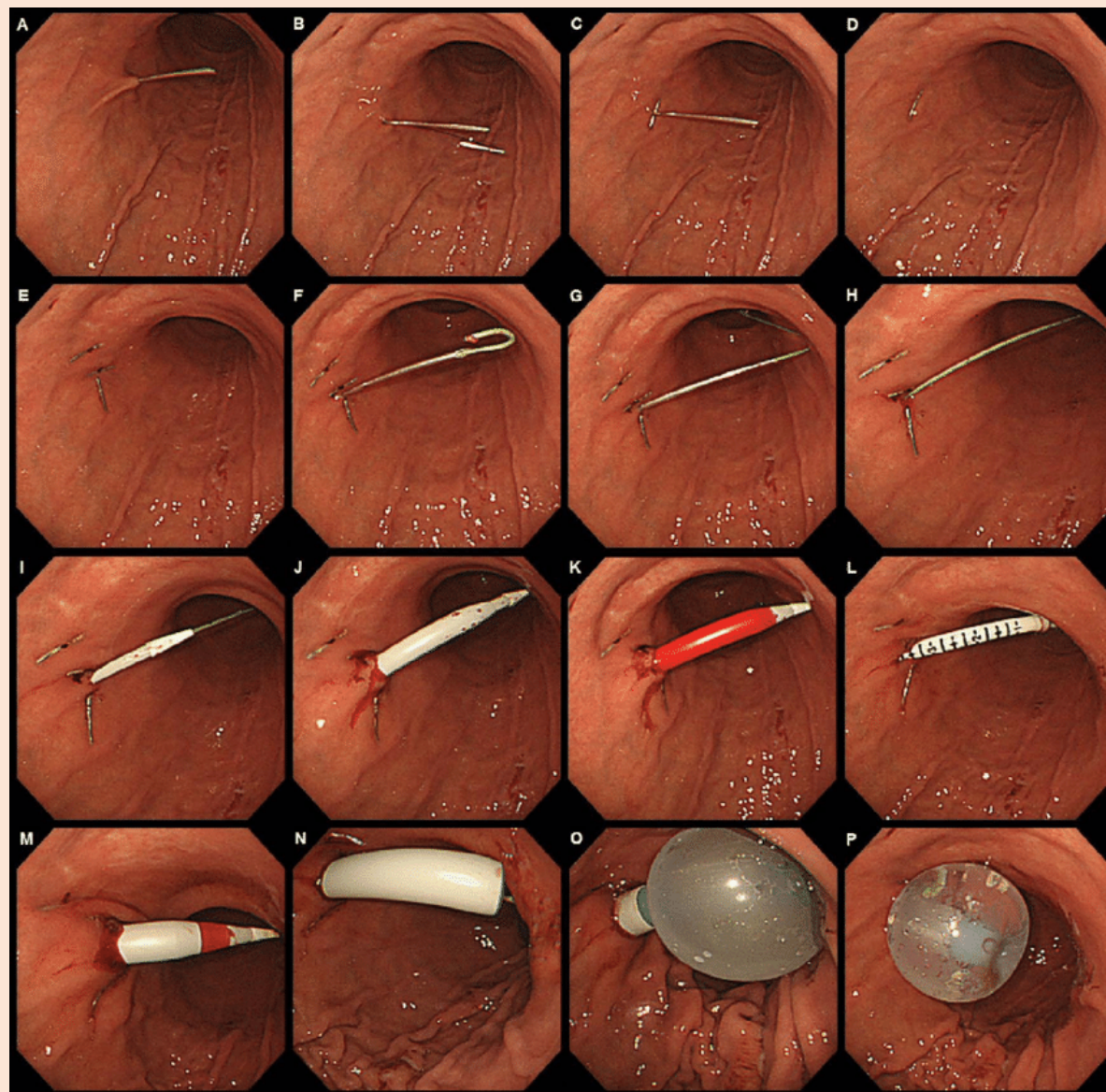


МЕТОДИКА ЧЭГ "НА СЕБЯ" ПО GAUDERER-PONSKY

- 5 Фиксация гастростомического зонда и монтаж внешних принадлежностей



ЧЭГ: МЕТОДИКА "PUSH"



ЧЭГ: МЕТОДИКА "PUSH"



ВОЗМОЖНЫЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГАСТРОСТОМИИ

АСПИРАЦИЯ



ПЕРФОРАЦИЯ ОРГАНОВ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ



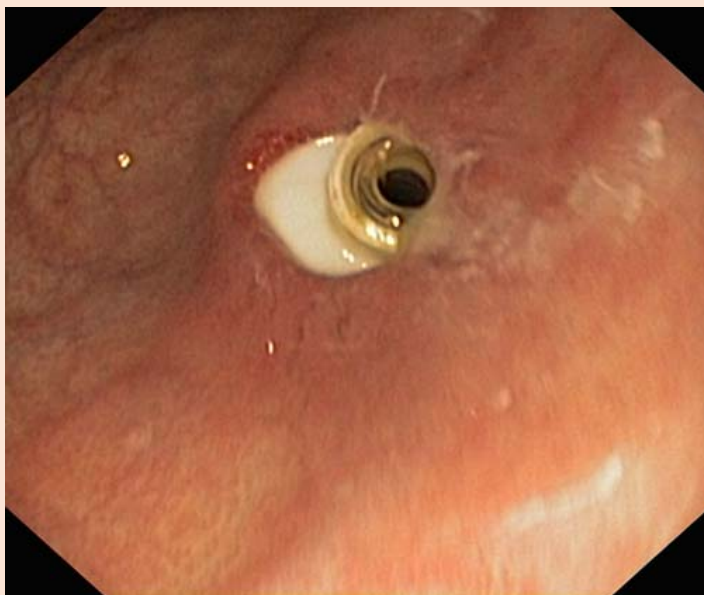
КРОВОТЕЧЕНИЯ



ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЧЭГ

ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГАСТРОСТОМИИ

ЧАСТИЧНАЯ ИЛИ ПОЛНАЯ МИГРАЦИЯ ТРУБКИ

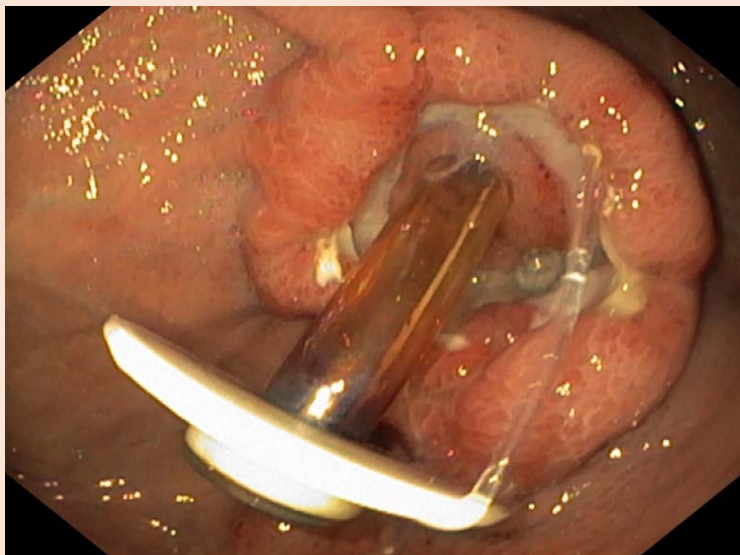


Larson D.E., Burton D.D., Schroeder K.W., DiMagno E.P. Percutaneous endoscopic gastrostomy. Indications, success, complications, and mortality in 314 consecutive patients. //Gastroenterology, 1987. Vol. 93. p. 48-52.

Loser C. H. Endoskopische Anlage von Sondensystemen (PEG-/PEJ-Sonde) für die enterale Ernährung. //DMW — Deutsche Medizinische Wochenschrift. 2000. Vol. 125. H. 25/26, S. 805-809

ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГАСТРОСТОМИИ

ЯЗВЫ В ЗОНЕ ВНУТРЕННЕГО УПОРА



Larson D.E., Burton D.D., Schroeder K.W., DiMagno E.P. Percutaneous endoscopic gastrostomy. Indications, success, complications, and mortality in 314 consecutive patients. //Gastroenterology, 1987. Vol. 93. p. 48–52.

Loser C. H. Endoskopische Anlage von Sondensystemen (PEG-/PEJ-Sonde) für die enterale Ernährung. //DMW — Deutsche Medizinische Wochenschrift. 2000. Vol. 125. H. 25/26, S. 805–809

ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГАСТРОСТОМИИ

ИСТЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ВОКРУГ ГАСТРОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКИ С РАЗВИТИЕМ МАЦЕРАЦИИ И ДЕРМАТИТА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

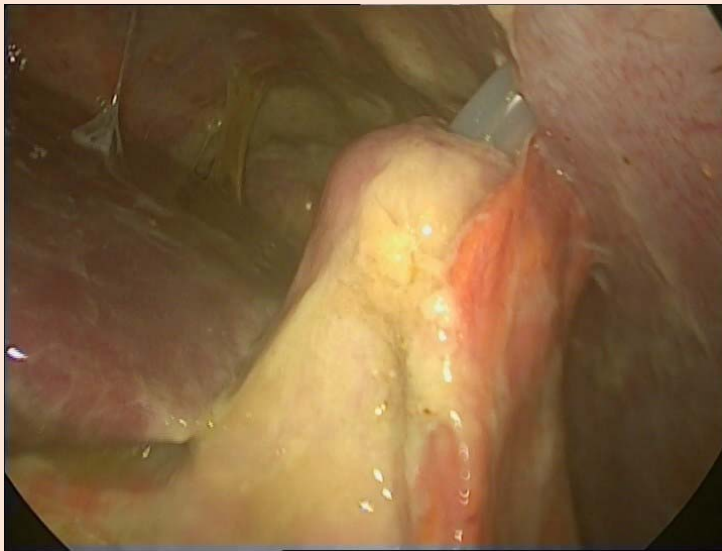
НАГНОЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ

ОБРАЗОВАНИЕ ПАРАСТОМИЧЕСКИХ ИНФИЛЬТРАТОВ, АБСЦЕССОВ



ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГАСТРОСТОМИИ

ПЕРИТОНИТ



Larson D.E., Burton D.D., Schroeder K.W., DiMagno E.P. Percutaneous endoscopic gastrostomy. Indications, success, complications, and mortality in 314 consecutive patients. //Gastroenterology, 1987. Vol. 93. p. 48–52.

Losser C. H. Endoskopische Anlage von Sondensystemen (PEG-/PEJ-Sonde) für die enterale Ernährung. //DMW — Deutsche Medizinische Wochenschrift. 2000. Vol. 125. H. 25/26, S. 805–809

ВИДЫ ГАСТРОСТОМИЧЕСКИХ ТРУБОК

ЧРЕЗКОЖНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ

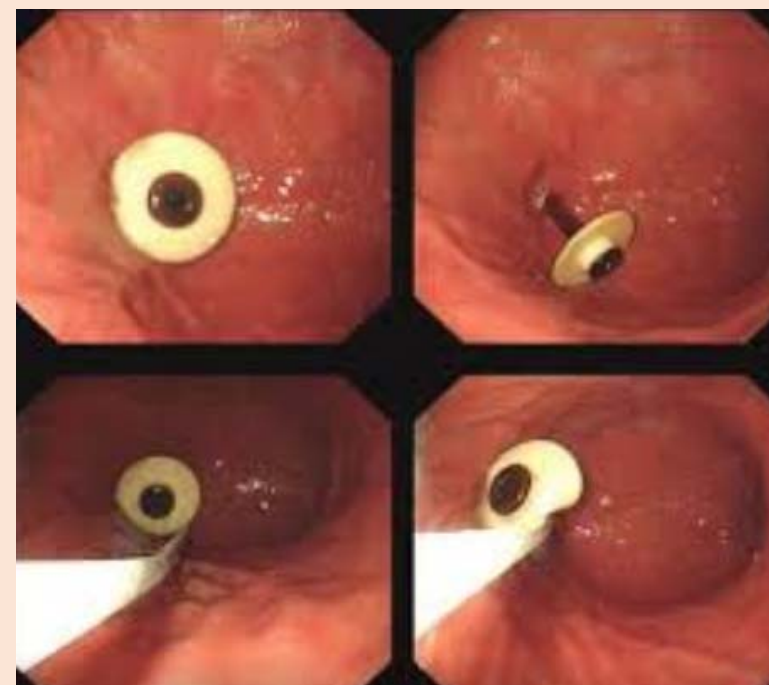
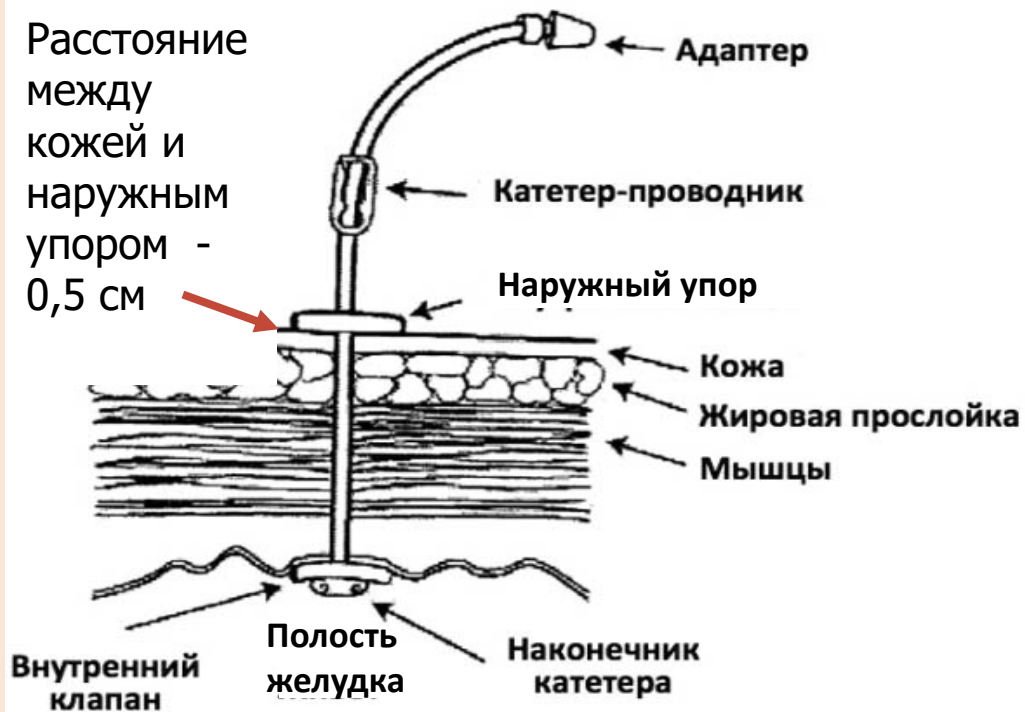
ОДНОХОДОВАЯ



ДВУХОДОВАЯ



ЧРЕЗКОЖНАЯ ЭНДСКОПИЧЕСКАЯ



ВИД ИЗНУТРИ



В центр паллиативной помощи часто поступают пациенты с уже установленными чрескожными эндоскопическими гастростомическими трубками

ЧРЕСКОЖНАЯ И БАЛОННАЯ ДЛИННАЯ ГАСТРОСТОМЫ **ВНЕШНЕ** МАЛО ОТЛИЧИМЫ



В ЧЕМ РАЗНИЦА?

Гастростомы внешне отличаются только количеством клапанов

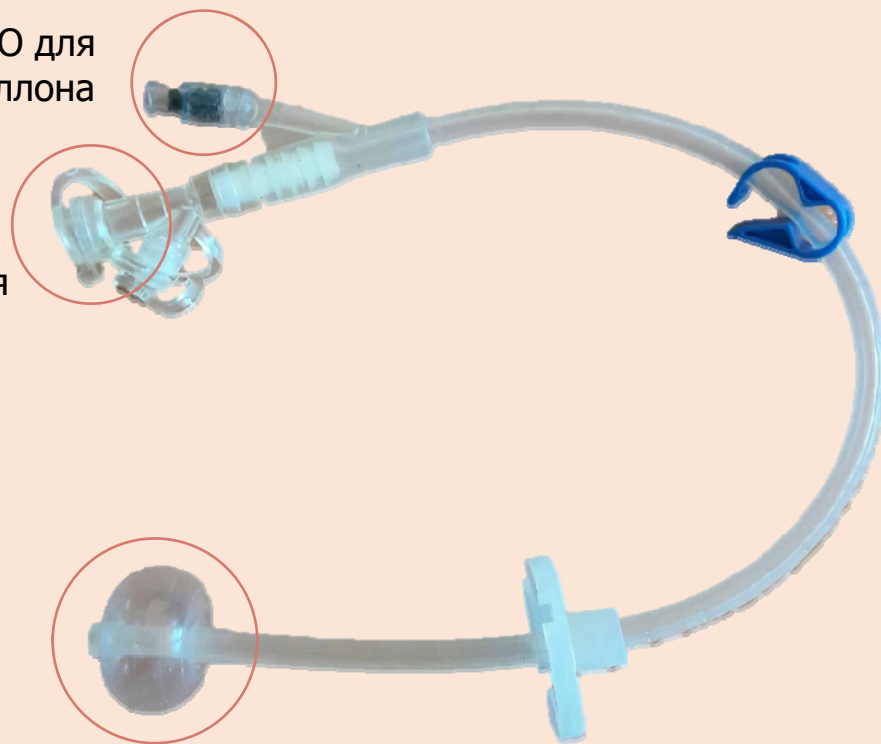
БАЛЛОННАЯ ДЛИННАЯ

Предпочтительна при замене гастростомы после формирования свища

Клапан ТОЛЬКО для
раздувания баллона

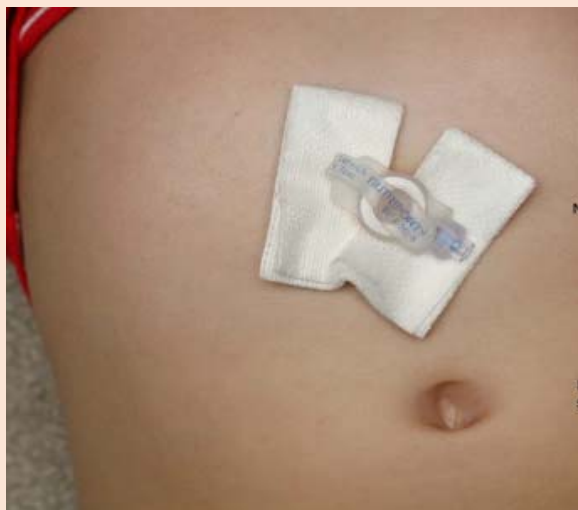
Клапан для
кормления

Объем баллона 5-8 мл дист. воды



БАЛЛОННАЯ НИЗКОПРОФИЛЬНАЯ

Предпочтительна при замене гастростомы
после формирования свища



В ЗАКРЫТОМ ВИДЕ



С УДЛИНИТЕЛЕМ ДЛЯ КОРМЛЕНИЯ



ПОЛОСТНАЯ ГАСТРОСТОМА ПО КАДЕРУ

когда нет гастростомического набора или хирурга эндоскописта

Правила ухода те же





ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И УХОД

КАК НАЧАТЬ КОРМЛЕНИЕ ЧЕРЕЗ ГАСТРОСТОМУ: ЕВРОПЕЙСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ШАГ 1	500 мл минеральной воды без газа 250 мл питательной смеси Через 4 часа после установки, используя помпу <i>* Для паллиативных пациентов - через 24 часа (прим. лектора)</i>	100 мл/ч 50 мл/ч
ШАГ 2	500 мл питательной смеси	75 - 100 мл/ч
ШАГ 3	1000 мл питательной смеси	100 - 150 мл/ч
ШАГ 4	1500 мл питательной смеси	150 - 200 мл/ч



Во время всего процесса кормления и в течение 1 часа после него верхняя половина туловища пациента должна располагаться под углом 30 градусов

1-3 дня на каждый шаг

Переходите к следующему этапу только при хорошей переносимости предыдущего

КАК МЕНЯЮТ ГАСТРОСТОМИЧЕСКУЮ ТРУБКУ

ЧЭГ

**МОЖНО МЕНЯТЬ ТОЛЬКО
ЭНДСКОПИЧЕСКИМ ПУТЕМ В
УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА**

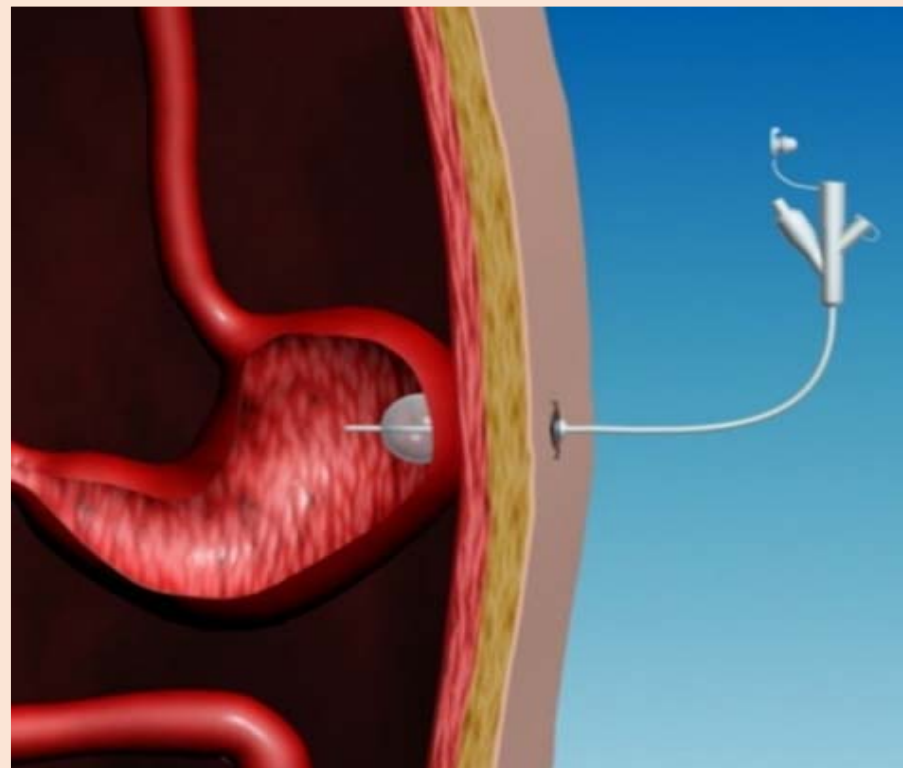
Рекомендуемая периодичность замены
1,5–2 года

БАЛОННУЮ ГАСТРОСТОМУ

**МОЖНО МЕНЯТЬ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ
И БЕЗ НАРКОЗА**

Рекомендуемая периодичность замены
4–6 месяцев

*** При замене балонной гастростомы для
облегчения прохождения трубки в канал
нельзя использовать вазелин и другие
лубриканты на масляной основе.**



К ЧЕМУ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ПРЕВЫШЕНИЕ СРОКА ЭКСПЛУАТАЦИИ



ВЫПАДЕНИЕ ГАСТРОСТОМЫ

- внутренняя часть гастростомической трубки осталась в желудке
- пока открытый гастростомический канал, но он быстро закрывается

ЧТО ДЕЛАТЬ



ПОСЛЕДСТВИЯ ПРЕВЫШЕНИЯ СРОКА ЭКСПЛУАТАЦИИ



ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ГАСТРОСТОМИЧЕСКОГО КАНАЛА


Гастростомическая трубка поражена
грибком черного цвета

ПОСЛЕДСТВИЯ ПРЕВЫШЕНИЯ СРОКА ЭКСПЛУАТАЦИИ





ТРЕЩИНА У ОСНОВАНИЯ ГАСТРОСТОМЫ

ПОСЛЕ УСТАНОВКИ ГАСТРОСТОМЫ

- ✓ **В ранний послеоперационный период следите за напряжением мышц** передней брюшной стенки, перитонеальными симптомами
 - ✓ **Ежедневно оценивайте состояние кожи вокруг стомы**
возможно воспаление вокруг стомы с нагноением
 - ✓ **Контролируйте проходимость гастростомической трубки**
 - ✓ **Следите за наличие подтеканий**
возможны в течение 3-4 недель после наложения гастростомы до формирования кожного канала
-  **НЕДОПУСТИМО** создавать длительную наружную компрессию на гастростому, например, биндажом или давящей повязкой

В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Для предупреждения внедрения внутреннего фиксирующего кольца гастростомы в толщу слизистой оболочки желудка

-  **В первые 3 недели (спустя 24 часа после операции)** ежедневно поворачивайте трубку на 180-360 градусов вокруг своей оси.
-  **По прошествии 3-х недель** Продолжайте проворачивать трубку на 180-360 градусов вокруг своей оси. Аккуратно, избегая риска дислокации, двигать трубку вверх-вниз в стоме на 1,5 см вдоль ее продольной оси.

Ежедневный уход за кожными покровами вокруг стомы существенно снижает риск развития инфекционных осложнений со стороны мягких тканей передней брюшной стенки



Медицинский персонал паллиативной помощи должен владеть навыками ухода за гастростомой и обучать им родственников

КАК УХАЖИВАТЬ ЗА КОЖЕЙ?

✓ НУЖНО

- Ежедневно промывать кожу вокруг стомы и под фиксатором теплой водой с мылом или обрабатывать неспиртовым кожным антисептиком
- После контакта с водой или антисептиком насухо вытирать стерильными неткаными салфетками фиксирующее кольцо и кожу

✗ НЕЛЬЗЯ

- Накладывать поверх стомы повязки, пластыри, салфетки – от них могут появиться пролежни и грануляции
- Протирать кожу бинтом или ватой: их ворсинки и волокна могут вызвать раздражение
- Использовать для обработки кожи тальк или перекись водорода – они могут вызвать аллергию

КАК ЛЕЧИТЬ КОЖНЫЕ ВОСПАЛЕНИЯ ВОКРУГ СТОМЫ?

Поверхностное воспаление кожи без вовлечения подкожной клетчатки и глубже-лежащих тканей



местная терапия

- неспиртовые антисептики (*хлоргекисидин водный, мирамистин*),
- крема/мази бактерицидного действия (*офломелид, левосин и т.п.*)

Нагноение подкожной клетчатки



- обеспечение оттока гноя наружу
- неспиртовые антисептики
- крема/мази бактерицидного действия



перевод в ГKB нужен далеко не всегда, зависит от клинической ситуации и распространенности гнойных осложнений

Развитие грануляционной ткани



мази с глюкокортикостероидными гормонами

**К ЧЕМУ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ
НЕПРАВИЛЬНЫЙ УХОД**



ФУРУНКУЛ



ПАЦИЕНТКА С БАС

Гастростомой не пользуются

Глотает сама

Образовался фурункул рядом со стомой



Даже если гастростома не используется, уход за стомой необходим!

ФЛЕГМОНА

При введении питательной смеси под давлением она выходила через мелкие свищи на расстоянии 1 - 2 см от гастростомического отверстия

Пациент скончался в стационаре – флегмона передней брюшной стенки



ЗАБРОС ПИЩИ И ВОСПАЛЕНИЕ



ВОСПАЛЕНИЕ

Воздух и содержимое желудка
выходит из гастростомического
канала



ПРИЧИНЫ НЕПРОХОДИМОСТИ ГАСТРОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКИ

- закупорка пищей и лекарствами
- бампер-синдром
- дислокация

ЗАКУПОРКА ГАСТРОСТОМЫ ПИЩЕЙ И ЛЕКАРСТВАМИ

ПРОФИЛАКТИКА



Непосредственно перед и тотчас после использования промывайте гастростому теплой водой или физиологическим раствором в объеме 30-40 мл

ЕСЛИ ТРУБКА
ЗАСОРИЛАСЬ



Промойте, введя фермент (например, стрептазу) непосредственно в зону обтурации через эндоскопический инъектор; после необходимой экспозиции промойте шприцем под давлением или замените (для балонных)



**ЗАПРЕЩАЕТСЯ ПРОБИВАТЬ ТРУБКУ ЖЕСТКИМИ
ИНСТРУМЕНТАМИ**

НЕПРОХОДИМОСТЬ ГАСТРОСТОМОЫ ПРИ БАМПЕР-СИНДРОМЕ

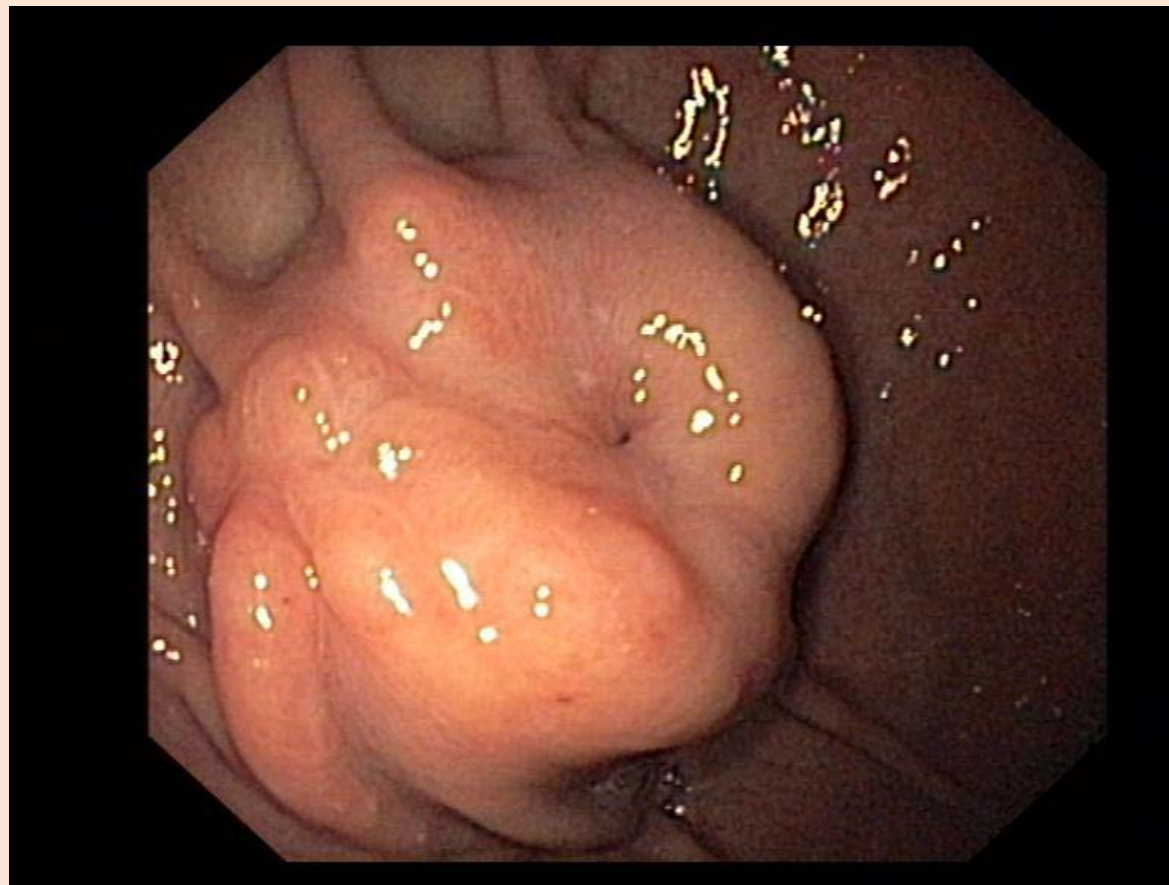
Бампер-синдром — разрастание слизистой оболочки над диском для внутренней фиксации с полной закупоркой внутреннего отверстия зонда



Специализированная помощь

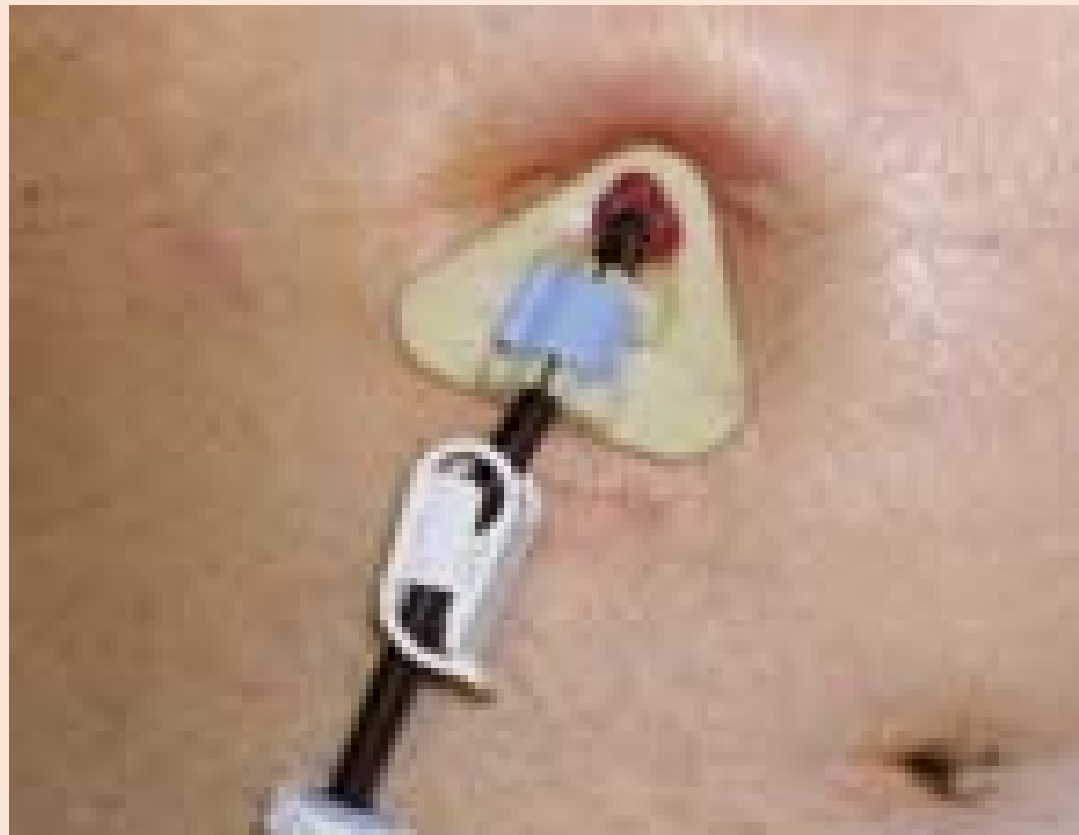


ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ БАМПЕР-СИНДРОМА 1% - 9 %



Jiri Cyrany, Stanislav Rejchrt , Marcela Kopacova , Jan

ЭТИОЛОГИЯ БАМПЕР-СИНДРОМА - ЧРЕЗМЕРНОЕ НАТЯЖЕНИЕ НАРУЖНОГО УПОРА



КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 1

ПАЦИЕНТКА, 44 ГОДА

Болеет БАС 7 лет

4 года стоит ЧЭГ, произошел полный износ гастростомической трубки

Тетраплегия, полная зависимость от постороннего ухода, гемодинамика стабильна

Не говорит, коммуникация с помощью таблицы с буквами

Не глотает, сама рот открыть не может

Дышит самостоятельно, сатурация 92-94%. Периодически возникают ночные приступы одышки, возбуждения, затруднения выдоха, падения сатурации, от респираторной поддержки отказывается

Прогноз жизни удовлетворительный, медленная прогрессия БАС

ЧТО ДЕЛАТЬ?

Замена в многопрофильном стационаре с палатой интенсивной терапии

ЧРЕСКОЖНАЯ ПУНКЦИОННАЯ ЭНДСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОСТОМИЯ



ЗА

- Обеспечение возможности длительным энтеральным питанием
- Улучшение качества жизни пациента, в том числе повышения возможностей социальной адаптации и длительности жизни пациентов



ПРОТИВ

- Потребность в замене ЧЭГ только в стационаре
- Ограниченные возможности обезболивания при проведении вмешательства, особенно у пациентов с нейромышечными заболеваниями
- Риск развития осложнений
- Ограниченная доступность для проведения процедуры в регионах из-за отсутствия материально-технической базы и возможности обеспечения расходными материалами
- Невозможность замены в связи с прогрессированием основного заболевания
- Риск ухудшения состояния пациента при транспортировке



**Окончательное решение принимайте
совместно с пациентом и его семьей,
обсудив все «за» и против»**