



**ДЕТСКИЙ  
ПАЛЛИАТИВ**

благотворительный фонд  
развития паллиативной помощи



# ГАСТРОСТОМА В ПЕДИАТРИИ

**Савва Н.Н., к.м.н., доцент**  
**Директор по научно-методической работе БФ «Детский паллиатив»**

# ПУНКЦИОННЫЕ МЕТОДЫ наложения гастростомы

- Впервые введены в практику в 1980 г.

## Преимущества:

- Малоинвазивные, быстрые (15-20 мин)
- Дети с онкологической и неонкологической патологией с ограниченными возможностями приема пищи через рот или высоким риском осложнений при кормлении естественным путем
- Улучшение качества ухода и качества жизни паллиативных пациентов
- Могут быть использованы у детей с массой тела менее 3 кг
- Тяжелые осложнения практически не встречаются (менее чем у 5% пациентов)
- Эстетическое преимущество



- Loser Chr., Aschl G., Hebuterne X., Mathus-Vliegen E.M.H., et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition—Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). CONSENSUS STATEMENT. Clinical Nutrition (2005) 24, 848–861.
- Rahnamai-Azar A., Rahnamaiazar A., Farkaset D., et al. Current practice in percutaneous endoscopic gastrostomy. World J Gastroenterol 2014 June 28; 20(24): 7739-7751.





- дисфагия ротоглоточная или пищеводная (нарушение или затруднение глотания) вследствие бульбарных/псевдобульбарных расстройств на фоне органического поражения ЦНС, нейромышечных заболеваний, травм, опухолей головного мозга, нарушения сознания и комы, др.;
- анатомические препятствия для прохождения пищи из ротовой полости в желудок (врожденные аномалии, атрезия или опухоли пищевода, опухоли шеи и средостения, операции на лице, политравма, др.);
- тяжелая нутритивная недостаточность или ее профилактика (муковисцидоз, синдром короткой кишки, хроническая почечная недостаточность, ВИЧ/СПИД, болезни обмена, комбинированные пороки сердца, др.);
- риск развития тяжелых мукозитов с последующей невозможностью принимать пищу обычным путем у детей со злокачественными новообразованиями (наложение гастростомы входит в «некоторые» протоколы противоопухолевого лечения);
- необходимость в осуществлении энтерального кормления более 30 дней.





## АБСОЛЮТНЫЕ

- тяжелые нарушения свертывания крови (Международное нормализованное отношение, МНО > 1,5; активированное частичное тромбопластиновое время, АЧТВ > 50с; тромбоциты < 50 x10<sup>9</sup>/л),
- нестабильная гемодинамика, сепсис, тяжелый асцит, перитонит,
- инфекционные процессы передней брюшной стенки, тяжелая портальная гипертензия с варикозным расширением вен пищевода и желудка, перитонеальный карциноматоз, интерпозиция внутренних органов (напр., печени, кишечника),
- перитонеальный диализ,
- тотальная гастрэктомия в анамнезе,
- обструкция выходного отверстия желудка или тяжелый гастропарез,
- отсутствие информированного согласия ребенка или его законных представителей на проведение процедуры.

## ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ

- ожирение высокой степени,
- анатомические дефекты в результате предыдущей операции или воспаления,
- выраженный сколиоз с невозможностью нахождения площадки для гастростомы, др.



- объяснить пациенту и членами семьи основные моменты гастростомии (какой метод и какая трубка будет использоваться и почему, причина установки гастростомической трубки и необходимости энтерального кормления; как долго будет длиться процедура установки трубки; кем, когда и как будет осуществляться замена;
- подробно ответить на интересующие пациента и семью вопросы, продемонстрировать гастростомическую трубку и процедуру кормления и ухода за ней; подписать информированное согласие;
- дать пациенту и семье подробную письменную информацию о типе трубки, алгоритму ухода и кормления на дому.
- голод в течение 8 часов перед процедурой наложения стомы;
- антибактериальный препарат внутривенно за час до процедуры установки (например, цефазолин).

## Базовое обследование перед наложением гастростомы:

- проведение ФГДС и консультация хирурга;
- при наличии тяжелого гастро-эзофагеального рефлюкса, гастрита в пищеводе или желудке - консервативное лечение, затем – повторная консультация хирурга для решения вопроса о необходимости наложения гастростомы с одновременной (антирефлюксной операцией).





**ГАСТРОСТОМА  
В ПАЛЛИАТИВНОЙ  
ПЕДИАТРИИ:  
20 вопросов и ответов  
по уходу и лечению  
осложнений**

УДК 616-08-039.75  
ББК 53.5,8  
Г229

Под редакцией к.м.н., доцента Савва Н. Н.

**Гастростома в паллиативной педиатрии: 20 вопросов и ответов по уходу и лечению осложнений.** — М., 2015. — 28 с., илл.

ISBN 978-5-9906178-2-7

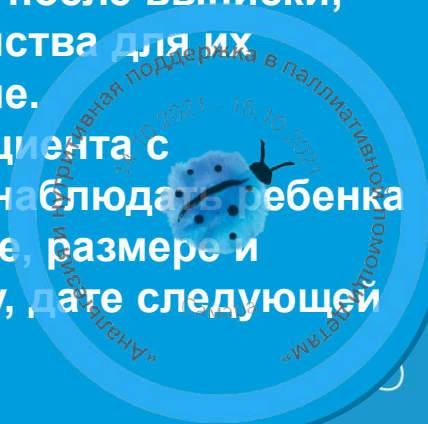
В брошюре представлены ответы на наиболее часто задаваемые вопросы, связанные с уходом за гастростомой и лечением осложнений. Брошюра предназначена для родителей, а также медицинского персонала, сталкивающегося с оказанием паллиативной медицинской помощи детям.

© БФ «Детский Паллиатив», 2015.



# ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА в ранний послеоперационный период после наложения гастростомы (1)

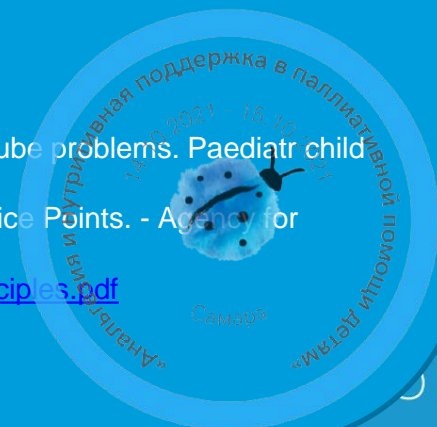
- оценка боли по шкале и обезболивание для профилактики и купирования болей или выраженного дискомфорта вследствие раздувания желудка и наложения стомы;
- кормление через стому через несколько дней; до этого ребенок питается парентерально, затем идет постепенный переход на полное энтеральное питание;
- мониторинг температуры, дыхания, пульса, давления, поведения и положения;
- контроль за местом наложения стомы (подтекание, диспозиция трубки, кровотечение, покраснение, отек, гноетечение);
- выписка домой через 72 часа после первичной установки трубки при соблюдении условий: отсутствие осложнений, наличие обученной службы ухода на дому, родители обучены кормлению и принципам ухода, родители знают симптомы, требующие экстренного обращения к врачу после выписки; родители имеют смеси для энтерального кормления и устройства для их введения, чтобы продолжить начатое в стационаре кормление.
- подготовка письменного индивидуального плана ведения пациента с гастростомой, включающего контакты служб, которые будут наблюдать ребенка планомерно и в случае экстренных ситуаций; информацию о типе, размере и производителе трубки; рекомендации по кормлению и уходу, дате следующей замены трубки;



# ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА в ранний послеоперационный период после 10 наложения гастростомы (2)

- наружный фиксатор гастростомической трубки не должен сдвигаться с установленного хирургом места в течение 10 дней, чтобы хорошо сформировался канал стомы (для обработки места стомы край фиксатора приподнимается и кожа под ним обрабатывается марлевым стерильным тампоном с физраствором, затем тщательно просушивается стерильным марлевым тампоном);
- первое вращение трубки вокруг оси (для профилактики прирастания к краям стомы) начинается через 10 дней после первичной установки;
- первая проверка баллона начинается через 14 дней после первичной установки трубки;
- принятие душа и погружение области гастростомы в воду (ванна, бассейн) допустимо после полного заживления первичного раневого хода.

- Socia J., Friedman JN. A guide to the management of common gastrostomy and gastrojejunostomy tube problems. Paediatr child Health 2011;16(5):281-287.
- A Clinician's Guide: Caring for people with gastrostomy tubes and devices – Key Principles and Practice Points. - Agency for Clinical Innovation, 2014. – 20p.  
[https://www.aci.health.nsw.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/251062/Gastrostomy\\_Guide\\_Key\\_Principles.pdf](https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0016/251062/Gastrostomy_Guide_Key_Principles.pdf)
- Great Ormond Street Hospital for Children. Guideline on gastrostomy management, version 2.0, 2015.  
<http://www.gosh.nhs.uk/health-professionals/clinical-guidelines/gastrostomy-management>



- подтекание желудочного содержимого из стомы наружу;
- развитие грануляционной ткани;
- инфекция послеоперационного раневого отверстия (чаще – в первую неделю после наложения гастростомы);
- целлюлит в области стомы (при повреждении целостности кожи из-за постоянного подтекания, неправильного ухода или развития грануляций);
- выход трубки наружу;
- закупорка трубки;
- обструкция выходного отверстия желудка трубкой (при стоянии длинной трубки и ее миграции в 12-ти перстную кишку);
- пневмоперитонеум
- подтекание в брюшную полость, перитонит,
- аспирационная пневмония,
- кровотечение,
- синдром вросшего бампера (при бамперной гастростоме),
- повреждение внутренних органов (печени, селезенки, кишечника),
- некротизирующий фасциит (при чрезмерном сдавлении тканей, расположенных между наружным и внутренним фиксаторами трубки),
- распространение метастазов опухоли.





# ТЕХНИКА КОРМЛЕНИЯ

## 1. Положение пациента в период кормления

Возвышенное положение (30-45 град), особенно при проведении болюсного кормления

## 2. Контроль остаточного объема желудка (метод активной аспирации и пассивный метод)

- при прерывистом введении перед каждым кормлением
- при непрерывном введении каждые 4 часа
- остаточный объем желудка не должен превышать  $\frac{1}{2}$  объема ранее введенной смеси и др. жидкости

## 3. ГСТ должна регулярно промываться чистой кипяченой водой 20-40 мл (не менее 10 мл)

- при прерывистом введении до и после каждого кормления
- при непрерывном введении каждые 4 часа
- до и после введения лекарственных средств

## 4. Лекарства – в жидком виде

## 5. Еда – в жидком виде





# ВИДЫ КОРМЛЕНИЯ

## Энтерально через рот

- при нормальном глотании; при определенных видах дисфагии – определенная консистенция пищи, загуститель
- обычным способом,
- сиппинг (за 30 мин маленькими глотками или через трубочку)

## Энтерально через НГЗ/ГСТ/(гастро)еюностому

- болюсно (15 мин), самотеком, с помощью аппаратов / систем для кормления
- в тощую кишку – только с помощью систем для кормления

Парентерально (в ПП на дому редко, у детей – синдром короткой кишки).





+



+



**Шприц** + низкая стоимость  
- трудоемко при длительном кормлении  
- неконтролируемая скорость

**Гравитационная система**  
+ удобно для персонала  
- плохо контролируемая скорость и объем

**Насос шприцевой**  
+ контролируемые параметры  
подходят шприцы любых производителей  
- стоимость аппарата и расходных материалов  
трудоемко при больших объемах

**Насосы для энтерального питания и  
волюметрические системы**  
+ контролируемые параметры  
удобство использования  
- стоимость аппарата и расходных материалов  
многие насосы используют только свои линии

# ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ НА ДОМУ (2019)

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.05.2019 № 348н "Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому«
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.07.2019 г. № 505н "Об утверждении Порядка передачи от медицинской организации пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи"



# ОСНОВНАЯ ПРОБЛЕМА

Неправильно используемый путь и режим кормления  
(кормление через рот при дисфагии,  
объем порции, длительность введения, способ введения, др.).

## Позывы на тошноту, рвота при начале введения смеси

- высокая скорость введения
- тяжелое повреждение слизистой
- неадекватный подбор смеси
- проверить положение зонда

## Рвота, сброс при окончании введения либо сразу после него

- большой объем
- высокая скорость

## Сброс перед началом следующего введения

- большой объем / недостаточный интервал между введениями
- гастропарез (прокинетики?)
- уменьшить объем введения, увеличить интервал, делать попытки

повторного введения. Далее - рассмотреть вопрос о постановке  
назоинтестинального зонда/гастроюностомы







