Гастростома в паллиативной педиатрии:
профилактика и лечение осложнений

Савва Н.Н., кандидат медицинских наук, доцент, главный врач выездной службы БМЧУ «Детский хоспис „Дом с маяком"», директор по научно-методической работе благотворительного фонда «Детский паллиатив», до­цент РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Паллиативная помощь детям (ППД) представляет собой комплексный подход к тяжелобольному ребенку, имею-
щему ограниченный срок жизни вследствие неизлечимого заболевания. ППД направлена на улучшение качест-

во

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

ва жизни ребенка с тяжелым хроническим заболеванием путем медицинского, психосоциального и духовного сопровождения.

Многие дети, которым оказывается паллиативная помощь, нуждаются в осуществлении контроля над питанием и лечением при невозможности приема пищи через рот, либо если при обычном приеме пищи есть потенци­альный риск удушья ребенка. Для улучшения качества ухода и качества жизни у паллиативных пациентов и их семей в настоящее время широко используются гастростомические трубки, изготовленные из гипоаллергенных материалов и имеющие очень низкий процент осложнений в результате первичной установки или длительного стояния. Современные методы наложения гастростомы относятся к малоинвазивным и при высокой квалифи­кации медицинских работников требуют не больше 15-20 минут. Тяжелые осложнения, которые были известны ранее при хирургической постановке гастростомических трубок или использовании катетера Фолея (перито­нит, флегмона и пр.), теперь практически не встречаются (менее чем у 5% пациентов). Особое значение для профилактики осложнений имеет правильных уход и соблюдение рекомендаций производителя.

Основные понятия и актуальность гастростомии

Гастростома - это искусственное отверстие, соединяющее переднюю брюшную стенку с желудком. Гастросто- мическая трубка - медицинское изделие, установленное в канал гастростомы и позволяющее вводить питание и лекарства непосредственно в желудок. Гастростома нужна для кормления или введения лекарств непосред­ственно через отверстие (стому) в брюшной стенке прямо в желудок.

Многие дети, нуждающиеся в паллиативной помощи, при кормлении через рот имеют потенциальный риск уду­шья или заброса пищи в легкие (аспирация). Часто они и вовсе не могут принимать пищу обычным путем - через рот - и нуждаются в специальных трубках (назогастральный зонд, гастростомическая трубка и пр.). Часть детей- инвалидов имеют не только нарушение глотания, но и плохой аппетит, а потому страдают гипотрофией и нару­шением роста, так как не получают нужного объема питательных веществ и калорий. Это влияет и на иммунитет ребенка: он чаще болеет простудными заболеваниями.

Если использование назогастрального зонда прогнозируется на длительный период, более 1-2 месяцев, необхо­димо рассмотреть возможность и целесообразность установки гастростомической трубки. Помимо медицинских показаний, у нее есть и эстетическая составляющая - гастростомическая трубка спрятана под одеждой, что поз­воляет пациенту и семье быть более социализированными. Длительное использование назогастрального зонда может привести к следующим осложнениям: пролежням; инфекциям околоносовых пазух, глаза, уха со стороны стояния зонда; забросу содержимого желудка в пищевод, ротовую полость и легкие из-за частично открытого пищеводно-желудочного отверстия; аспирационным пневмониям. Кроме того, жесткий зонд может постоянно травмировать слизистую и даже вызывать эрозивно-язвенные изменения или желудочное кровотечение.

В некоторых случаях наложение гастростомического отверстия невозможно, например, при выраженном асци­те, перитонеальном диализе, выраженной портальной гипертензии, выраженной гепато- или спленомегалии, ожирении высокой степени, анатомических дефектах в результате предыдущей операции или воспаления и др.

Виды гастростомических трубок и процедура их установки

Есть два основных вида гастростомических трубок:

* чрезкожная эндоскопическая,
* баллонная (длинная и низкопрофильная).

Разным детям подходят разные трубки. Это зависит от периода времени, в течение которого гастростома будет у ребенка, рекомендаций врача и оттого, подходит ли данная трубка ребенку и его семье. Преимущество баллон­ных гастростомических трубок в том, что наркоз дается, как правило, только один раз - при первичной установке трубки. При ее замене общий наркоз и госпитализация не нужны. Для постановки и замены чрескожной эндо­скопической гастростомы (ЧЭГ) нужен общий наркоз и госпитализация в клинику. Баллонная гастростома может меняться без наркоза в домашних условиях, что крайне актуально для паллиативных пациентов. В среднем бал­лонную гастростому рекомендуют менять каждые 4-6 месяцев, ЧЭГ может быть заменена через 1,5-2 года.

При использовании низкопрофильных гастростом улучшается качество жизни, так как трубка маленькая и не­заметна под одеждой, не нужно дополнительного крепления пластырем. Высоконадежная крышка порта пре­дотвращает спонтанное открытие трубки и протекание. Антирефлюксный клапан предотвращает обратный ток содержимого из желудка. Облегчена циркуляция воздуха вокруг стомы. Ребенок не может случайно извлечь трубку у себя или у того, у кого она стоит, так как нет длинного «хвоста».

Предпочтение лучше отдавать атравматичным трубкам, у которых дистальный кончик не выходит за пределы баллона (утоплен), что предотвращает раздражение противоположной стенки желудка, а коническая форма дистального кончика трубки обеспечивает легкое введение. Материал, из которого сделана трубка, должен быть гипоаллергенным. Предпочтение, как правило, отдается медицинскому силикону, не содержащему ла­текс, диэтилгексилфталат и другие вещества, вызывающие аллергию и другие нежелательные реакции. Рен­

81

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

тгенонепроницаемое покрытие по всей длине трубки дает возможность проведения рентгеноскопической визуализации.

Основные проблемы, возникающие с гастростомой, и их профилактика

Иногда могут наблюдаться проблемы со стороны гастростомического отверстия (подтекание содержимого же­лудка, инфекция, грануляции) или со стороны гастростомической трубки (закупорка, диспозиция/выход труб­ки). В большинстве случаев проблемы возникают из-за несоблюдения правил ухода или рекомендаций произ­водителя.

Алгоритм профилактики осложнений

1. Ежедневно промывайть кожу вокруг стомы (гастростомическое отверстие) и под устройством внешней фик­сации, либо крышку трубки (если это низкопрофильная гастростома) теплой водой с мылом. Можно также принимать обычную ванну или душ, но новую трубку нельзя погружать в воду в течение 3 недель после опе­рации. После душа убедиться, что область вокруг стомы тщательно высушена. Не присыпайте ее тальковой пудрой. По назначению врача помимо обработки водой с мылом можно использовать раствор бесспиртового антисептика (например, мирамистин, октинесепт и пр.).
2. Чтобы предотвратить закупорку, гастростомическую трубку следует промывать водой до и после каждого кормления и введения лекарств. Промывать трубку водой болюсно в количестве как минимум 20-40 мл (если нет ограничения приема жидкости, у новорожденных - 10 мл).
3. После полного формирования стомы каждый день поворачивать гастростомическую трубку на 360 градусов, чтобы избежать нарастания грануляционной ткани вокруг стомы.
4. Проверять ежедневно, что трубка не утонула и устройство наружной фиксации правильно установлено (при­близительно 2-5 мм от поверхности кожи). Для этого ежедневно оценивать глубину стояния трубки по вне­шним меткам. После обработки гастростомического отверстия и самой трубки ежедневно аккуратно прове­рять, упирается ли внутренний фиксатор или баллон в переднюю брюшную стенку (можно аккуратно потянуть на себя до упора), а потом опускать наружный фиксатор до нужной метки. Наружное фиксирующее устройство нельзя смещать в течение 2 недель после операции, чтобы трубка правильно установилась. Если в течение этого времени наблюдается сжатие и дискомфорт, сообщите об этом специалистам. При установлении неко­торых гастростом накладываются дополнительные клипсы для гастропексии (фиксация желудка к передней брюшной стенке для профилактики рефлюкса). Длительность стояния клипс определяется хирургом, потом они или отпадают самостоятельно, или их снимает врач. Если в течение этого времени наблюдаются сжатие, дискомфорт, покраснения, сообщить специалисту. Если вы обнаружили, что гастростомическая трубка погру­жена глубоко в желудок, не подтягивайте ее самостоятельно: необходимо сделать фиброгастродуоденоско- пию (ФГДС), проконсультироваться со специалистами.
5. Не использовать окклюзионные повязки поверх гастростомы, так как они могут способствовать развитию пролежней и грануляций на коже, а также росту бактерий. Проверять область вокруг стомы на раздражение, покраснение или припухлость. Если они появились, необходима консультация специалиста.
6. При наличии баллонной гастростомической трубки воду в баллоне проверять и/или менять еженедельно, используя стерильную воду (в больнице) или охлажденную кипяченую воду (дома). Объем жидкости нужно каждый раз сверять с указанным в инструкции к данной гастростомической трубке. Гастростомическую труб­ку менять в среднем каждые 4-6 месяцев в соответствии с заводской инструкцией. Если гастростома недавно наложена, не проводите никаких манипуляций с баллоном гастростомической трубки в течение 2-3 недель после операции, чтобы желудок плотно прилегал к брюшной стенке. Нельзя заполнять баллон другими рас­творами (физраствором, фурацилином и пр.). Можно использовать только стерильную (кипяченую) воду.
7. Гигиена полости рта должна проводиться обязательно, даже если ребенок не ест через рот. Зубы нужно чис­тить 2 раза в день. При необходимости использовать искусственную слюну или жидкость для полоскания рта. Если питание через рот сокращено либо вообще не осуществляется, на зубах может быстро образовываться налет. Плохая гигиена полости рта вызывает болезненные ощущения и способствует развитию или поддержа­нию инфекции и воспалительных явлений в носоглотке и верхних дыхательных путях.
8. Кожу протирать кипяченой водой, просушивать и затем орошать спреем местного антисептика типа мирамис- тина. В некоторых случаях при необходимости может быть наложена одним слоем салфетка из нетканого ма­териала. Салфетки из марли не использовать. Гастростома должна свободно «дышать», ее нельзя заклеивать слоем салфеток и пластырем, так как это может привести к пролежням, инфекции и грануляциям. Перекись водорода не используется для обработки кожи вокруг гастростомы, поскольку она может способствовать раз­витию грануляций.

Особенности кормления через гастростому

1. Перед кормлением необходимо сделать следующее.

82

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

* Осмотреть и послушать ребенка, проверить, все ли в порядке, осмотреть место гастростомы на предмет инфекции и/или подтекания желудочного сока через отверстие в коже; осмотреть саму гастростому, ее це­лостность.
* Подготовить лоток (обработать лоток спиртовым антисептиком или спиртовой салфеткой, класть на него только одноразовые или стерильные принадлежности, промывку для гастростомы).
* Проверить питание: соответствует ли данному ребенку, целостность упаковки, срок годности, правиль­ность объема, времени приема, температуру (должна быть комнатной температуры или температуры тела).
* Придать ребенку правильное положение для кормления [верхняя половина туловища должна быть мини­мум под углом 30-45 градусов, что помогает пищеварению и снижает вероятность рефлюкса (заброс содер­жимого желудка в пищевод)].
* Подготовить все для кормления в зависимости от рекомендованного врачом способа (струйно, самотеком, через помпу/шприцевой насос).
* Проверить функционирование гастростомы (прикрепить шприц к гастростоме и медленно тянуть пор­шень назад, пока не покажется содержимое желудка; после постановки гастростомы в течение 3 месяцев необходимо ежедневно перед кормлением проверять кислотность желудка с помощью лакмусовой бу­мажки).
* Обработать гастростому и трубку антисептиком (обрабатывайте все части гастростомической трубки и со­единения перед каждым кормлением - они чаще всего инфицируются). Дайте антисептику высохнуть перед тем, как присоединить шприц, коннектор и пр.
1. Во время кормления обращайте внимание на некоторые нюансы.
* Кормление любым способом должно длиться не менее 15-20 минут, это физиологично и является профи­лактикой заброса содержимого желудка в пищевод и легкие.
* Не оставляйте ребенка одного во время кормления, слушайте его и разговаривайте с ним. Если во время кормления появляются кашель или абдоминальный дискомфорт - остановите кормление.
* Помните, что кормление в кругу членов семьи, за общим столом - это хорошая социализация ребенка.
* Кормление шприцом болюсно или струйно не рекомендуется.
* Кормление «самотеком» - минимум 20 минут. Скорость подачи можно регулировать как при сообщающихся сосудах - поднятием или опусканием шприца с едой (водой). Перед кормлением промойте струйно гастрос- томическую трубку и заполните ее охлажденной кипяченой водой. После подключения шприца с питанием следите, чтобы вода не ушла быстрее, чем будет поступать питание. После кормления промойте струйно гастростомическую трубку охлажденной водой.
* Кормление с помощью помп (энтероматов, шприцевых насосов) проводится по перечисленным выше пра­вилам. Помпы могут быть стационарными и портативными, экономят время персонала при использовании в клинике. Портативная помпа дает большую мобильность семье и пациенту.
1. После кормления следует сделать нижеперечисленное.
* Промыть гастростомическую трубку охлажденной кипяченой водой струйно МЕДЛЕННО.
* Перекрыть зажим (при длинной гастростоме), потом отсоединить шприц и закрыть выходное отверстие трубки пробкой. При низкопрофильной гастростоме перекрыть зажим трубки, отсоединить шприц, трубку, закрыть клапан гастростомы.
* Проследить, чтобы ребенок чувствовал себя комфортно, кожа вокруг гастростомы и одежда были сухи­ми.
1. У некоторых детей гастростома может использоваться только для введения определенных лекарств или ле­чебных смесей. Если у ребенка стоит гастростомическая трубка, это не значит, что ему полностью противопо­казано есть через рот. У некоторых детей по согласованию с врачом может сохраняться смешанное питание, например, твердая пища - через рот, жидкости - через гастростому.
2. Если у ребенка полностью отпала необходимость в гастростоме, трубку удаляют. При этом отверстие гаст­ростомы или может полностью закрыться спонтанно (как правило, в течение недели), или его зашивают, если этого не произошло в течение месяца.

Введение лекарств через гастростому

Не добавляйте лекарство прямо в еду. Проконсультируйтесь насчет пациентов с ограничениями в приеме жид­кости, так как может понадобиться уменьшить объемы промывки до и после лекарства. Решите, можно ли вво­

83

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

дить данное лекарство через гастростому (иногда размельченные препараты не оказывают ожидаемого дейст­вия или могут привести к закупорке трубки). Некоторые препараты (например, медленно высвобождающиеся) нельзя измельчать. Жидкости или растворимые таблетки - предпочтительные лекарственные формы для введе­ния через трубку. Многие инъекционные формы лекарств могут быть введены через гастростому.

Лечение осложнений

7. Закупорка гастростомической трубки

При частичной закупорке промыть теплой кипяченой водой. При неэффективности - газированной водой, или кока-колой, или свежевыжатым ананасовым соком (экспозиция в трубке - 20 минут). При полной или частичной закупорке (если неэффективны предыдущие способы) - панкреатин (развести в воде и ввести в трубку на 30-90 минут). При невозможности разблокировать - замена гастростомы. Если закупорка случилась, не волнуйтесь - это не причинит вреда здоровью ребенка. Если нужно ввести препараты, которые обязательны для регулярного приема (например, противосудорожные), проконсультируйтесь с врачом. Временно их можно дать ребенку че­рез назогастральный зонд, ректально и др.

1. Инфекция гастростомического отверстия

Воспаление может быть в результате бактериальной или грибковой инфекции. При поверхностной инфекции - крем/ мазь с антибиотиками бактерицидного действия (например, с неомицином, бацитрацином). При необходимости до­бавляется противогрибковый препарат. При глубокой инфекции - системные антибиотики +/- противогрибковые лекарственные средства (внутрь). Признаки инфекции: эритема, отек, болезненность, гнойное отделяемое, плохой запах, лихорадка (может встречаться один из симптомов или их сочетание). Необходим мазок на флору и чувстви­тельность к антибиотикам. Нужно дифференцировать с грануляцией. Перед наложением кремов/мазей следует об­работать стому водой с мылом. Держать стому открытой, «дышащей» (не накладывать повязки).

1. Грануляции

Признаки грануляции - розово-красный пупырчатый кант, «плюс-ткань», слизистое отделяемое, иногда под- кравливание.

Для лечения используйте мазь со стероидным гормоном (например, бетаметазоном - акридерм, белодерм, це- лестодерм, бетлибен и др.) или комбинированную с гормоном, антибиотиком и противогрибковым препаратом (например, тридерм, канизон плюс, акридерм ГК и др.). Способ применения: аккуратно обмойте грануляцию прохладной кипяченой водой, просушите. Потом обработайте бесспиртовым антисептиком (например, мира- мистином), дождитесь высыхания. Затем обильно нанесите ватной палочкой мазь с бетаметазоном на края гас­тростомы и грануляцию. При необходимости положите тонкую нетканую салфетку между грануляцией и наруж­ным фиксатором гастростомической трубки. Не заклеивайте пластырем. Процедуру повторяйте 2 раза в день, курс лечения - минимум 10-14 дней.

Если грануляция инфицировалась (появилось гнойное отделяемое), первые 3 дня пролечите мазью с антиби­отиком (накладывать 2 раза в день), а потом используйте комбинированную мазь с гормоном, антибиотиком и противогрибковым препаратом.

1. Подтекание из гастростомического отверстия

Подтекание часто встречается в течение 3-4 недель после постановки гастростомы, пока не сформируется кож­ный канал. Проводится обычный гигиенический уход. Для профилактики или лечения мацерации кожи исполь­зуются барьерные кремы и мази с оксидом цинка. При сниженной моторике желудка или гиперсекреции желуд­ка назначаются такие лекарственные средства, как прокинетики и антациды. Подтекание может встречаться при инфекции гастростомы.

Проверьте наружное крепление, глубину и правильность стояния, а также целостность гастростомической трубки. Проверьте состояние баллона и его наполнение (если он есть). Проверьте объем желудка - при необхо­димости перед кормлением извлеките шприцом лишний воздух. Исключите давление на желудок извне, в том числе запор.

При подтекании, связанном с нарушением целостности гастростомы или несоответствием диаметра гастросто­мы диаметру трубки, замена гастростомической трубки. Подберите оптимальное положение ребенка при корм­лении, чтобы улучшить опорожнение желудка, уменьшить его объем и давление при введении пищи.

Если все вышеуказанные методы не решили проблему, попробуйте перевести ребенка с болюсного питания на непрерывное. Если при непрерывном питании проблема не уходит, нужно уменьшить скорость подачи смеси.

1. Выход гастростомической трубки

При баллонной гастростомической трубке нужно иметь запасную, чтобы сразу вставить новую. Если новой нет, вставьте и закрепите пластырем старую, или катетер Фолея (размер 12), или аспирационный катетер, чтобы не закрылось гастростомическое отверстие, срочно вызовите врача для замены на новую. Помните, что отверстие может быстро закрыться. В зависимости от различных факторов и индивидуальных особенностей организ­ма гастростома начинает закрываться через 1-2 часа и в большинстве случаев полностью закрывается через 4-6 часов.

84

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

В детской паллиативной помощи семья является членом мультипрофессиональной команды. Оказание палли­ативной медицинской помощи детям требует хороших профессиональных навыков не только у медицинского персонала, но и у родителей. Последние нуждаются в регулярном обучении и контроле, так как при нахождении пациента на дому ежедневный уход за гастростомой, кормление и введение лекарств, прочие манипуляции ло­жатся на плечи семьи. Развитие осложнений напрямую зависит от соблюдения родителями всех рекомендаций по уходу, а успех лечения осложнений - от своевременного обращения за помощью и выполнением всех назна­чений врача.