

# ГАСТРОСТОМИЯ

Выполнила:  
Студентка 406 группы  
Лечебного факультета  
Гилёва Юлия Анатольевна

Тюмень, 2018

# Определение

- ▶ **Гастростомия** — хирургическая операция, заключающаяся в создании искусственного входа в полость желудка через переднюю брюшную стенку с целью кормления пациента в случаях, когда кормление естественным путем невозможно.



# Показания

## 1. Постоянная гастростома:

- ▶ Неоперабельная опухоль глотки, пищевода, кардиального отдела желудка;
- ▶ Опухоль средостения, сдавливающая пищевод;
- ▶ Рубцовые сужения пищевода;
- ▶ Пациенты с поражением нервной системы, у которых нарушен глотательный рефлекс (пациенты с инсультом, миастенией, опухолями головного мозга).

# Показания

## 2. Временная гастростома:

- ▶ Ранения грудной клетки с повреждением пищевода;
- ▶ Тяжелые челюстно-лицевые травмы;
- ▶ Пищеводно-трахеальный или пищеводно-бронхиальный свищ;
- ▶ Ожоги пищевода на время заживления и восстановления проходимости;
- ▶ В некоторых случаях после обширных операций на брюшной полости (резекция желудка, ликвидация острой кишечной непроходимости) для декомпрессии и аспирации желудочного содержимого.
- ▶ На период подготовки к операциям на пищеводе или желудке у сильно истощенных пациентов, если очевидно, что этот период будет достаточно долгим.

Временная гастростома формируется таким образом, чтобы ее можно было удалить в дальнейшем без повторной обширной операции.

# Противопоказания

- ▶ больные, находящиеся в коматозном состоянии;
- ▶ паралич гортани (или расстройстве защитных функций дыхательных путей);
- ▶ нарушении способности опорожнения желудка (например, при его обструкции).

# Разновидности гастростомии

- ▶ Существует более 100 модификаций гастростомии. Из гастростом, накладываемых на длительное время, в настоящее время наиболее распространены три способа:
  - 1) по Витцелю;
  - 2) по Штамму-Сенну-Кадеру;
  - 3) по Топроверу.



# Гастростомия по Витцелю

- ▶ Обезболивание – эндотрахеальный наркоз. У очень ослабленных пациентов допускается проведение под местной инфильтрационной анестезией.
- ▶ Положение больного на операционном столе - на спине.
- ▶ Доступ – трансректальная левосторонняя лапаротомия длиной 10см от реберной дуги вниз.

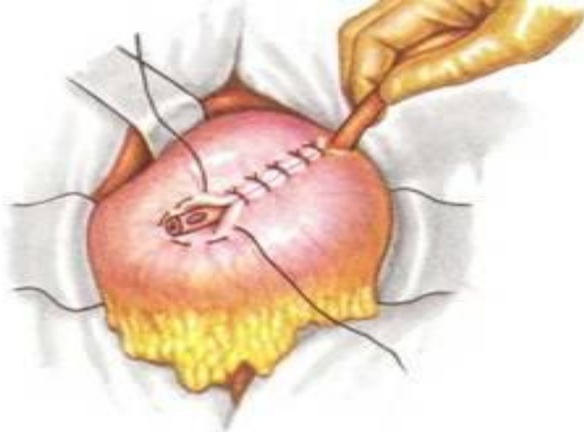


# Гастростомия по Витцелю

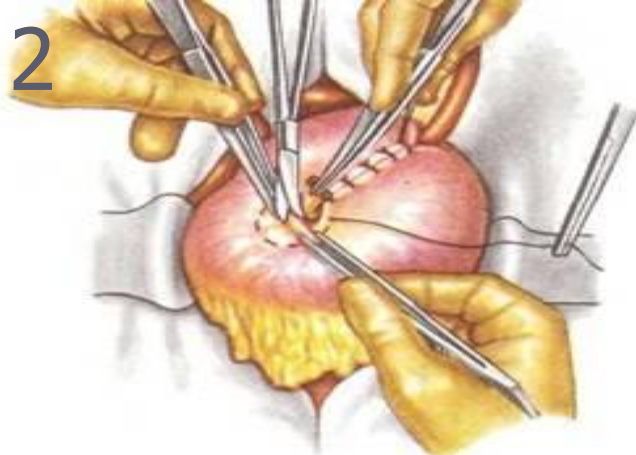
- ▶ В операционную рану выводится участок передней стенки желудка, к которой прикладывают резиновую трубку. Трубку располагают по длинной оси желудка, чтобы её конец располагался в области пилорического отдела.
- ▶ Над трубкой накладывают 6-8 серозно-мышечных шёлковых швов, после завязывания которых трубка покрывается стенкой желудка.
- ▶ В области пилорического отдела у края наложенных швов накладывают кисетный шов. Внутри него вскрывают стенку желудка.
- ▶ Свободный конец трубки вводят в просвет желудка, затягивают кисетный шов. Поверх него накладывают 2-3 серозно-мышечных шва.
- ▶ На стенку желудка накладывают 2 серозно-мышечных шва, которые берут на держалки. Скальпелем делают небольшой кожный разрез по наружному краю левой прямой мышцы живота, прокалывают остальные мягкие ткани брюшной стенки, захватывают обе держалки и свободный конец трубки и выводят их на переднюю брюшную стенку через сделанное отверстие.
- ▶ Выведенными нитями фиксируют трубку к коже.
- ▶ Производят гастропексию - стенку желудка фиксируют вдоль образованного канала к париетальной брюшине 4-5 узловыми швами, отступая от края разреза брюшины на 1-1,5 см. Рану брюшной стенки зашивают наглухо.



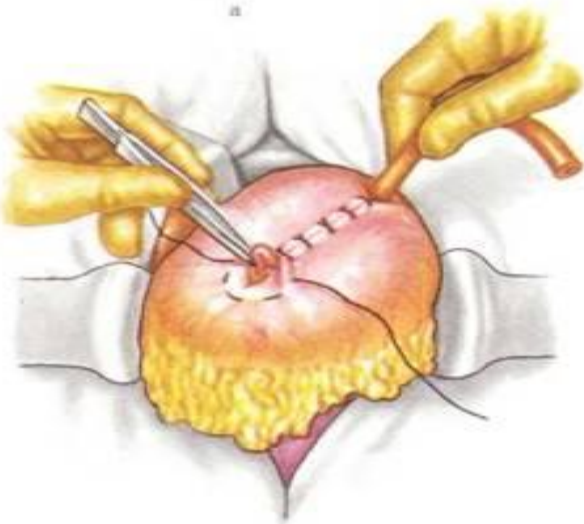
1



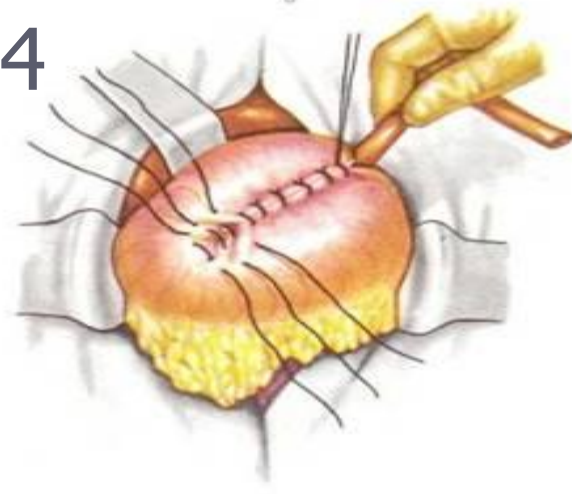
2



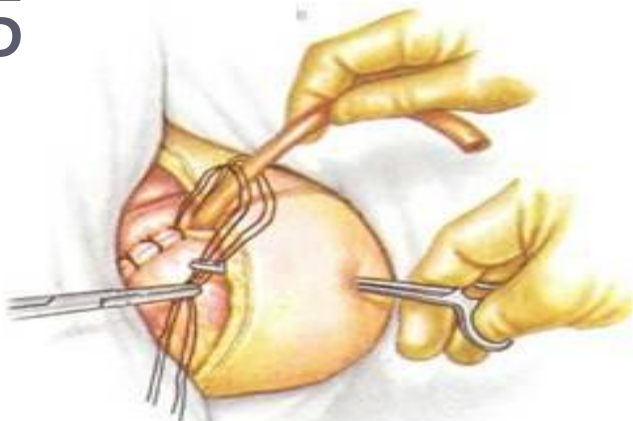
3



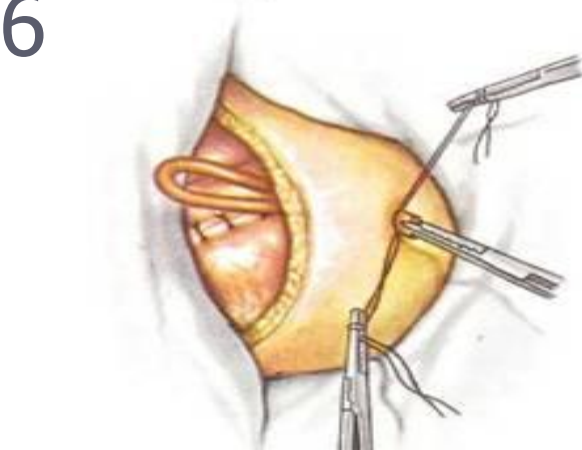
4



5



6



## *Преимущества:*

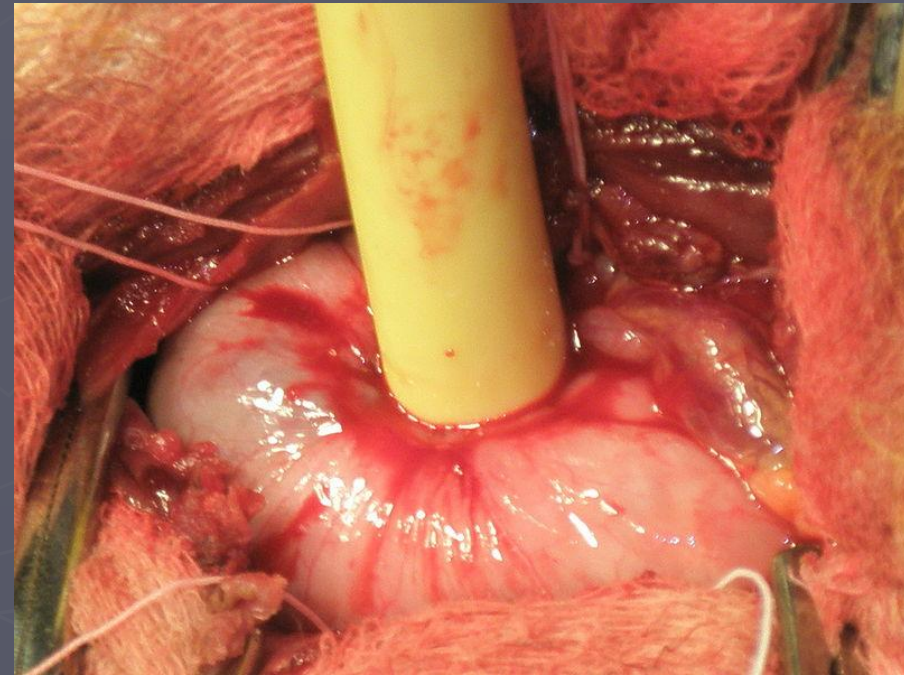
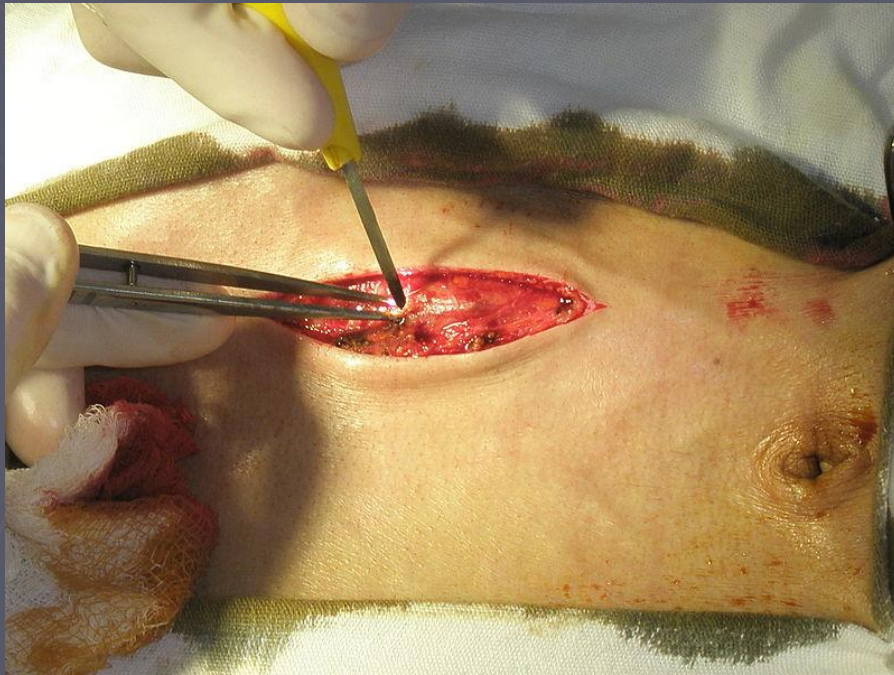
- ▶ гастростома, наложенная по данной методике, как правило, легко спонтанно закрывается после удаления трубки.

## *Недостатки:*

- ▶ необходимость постоянного ношения резиновой трубки, которая может выпадать из желудочного свища с последующим излиянием содержимого желудка, что приводит к мацерации кожи; повторное введение трубки в желудок через свищевой ход может быть затрудненным или невозможным ввиду самостоятельного закрытия свища, так как канал быстро облитерируется.
- ▶ погружение резиновой трубки в просвет желудка у пилорического отдела не позволяет пациенту принимать достаточный объём пищи: такой желудок может удерживать лишь незначительное количество пищи.
- ▶ сближение большой и малой кривизны желудка при укреплении резиновой трубки на передней стенке желудка двухрядным швом вызывает уменьшение объёма желудка, что может привести к желудочной непроходимости;
- ▶ при длительном существовании свища канал из косоугольного превращается в прямой, что может приводить к выпадению трубки и нарушению герметичности.

# Способ Штамма-Сенна-Кадера

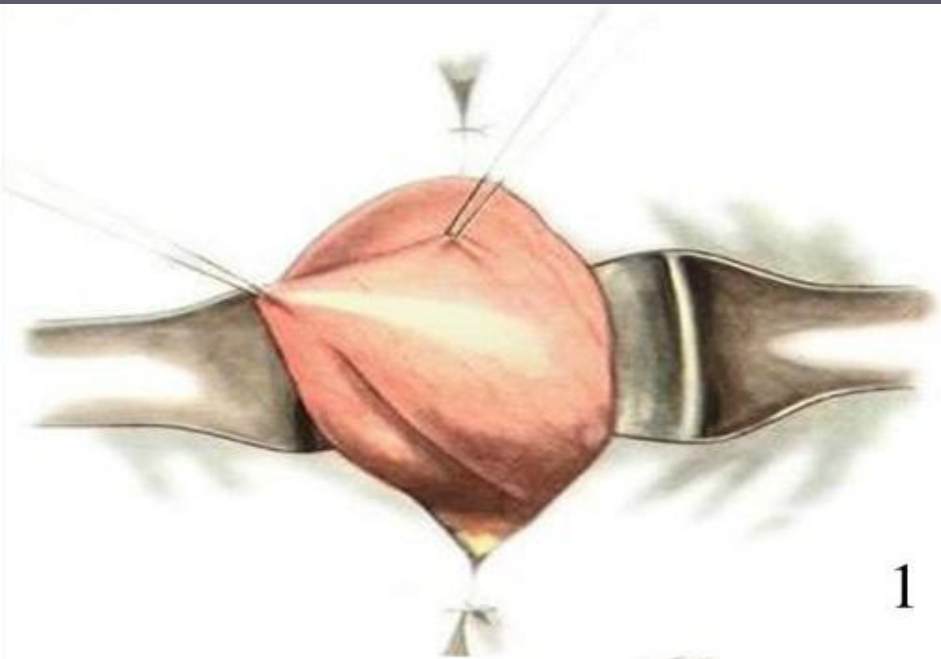
- ▶ Обезболивание – эндотрахеальный наркоз.
- ▶ Положение больного - на спине.
- ▶ Доступ – трансректальная левосторонняя лапаротомия длиной 10см от реберной дуги ВНИЗ.



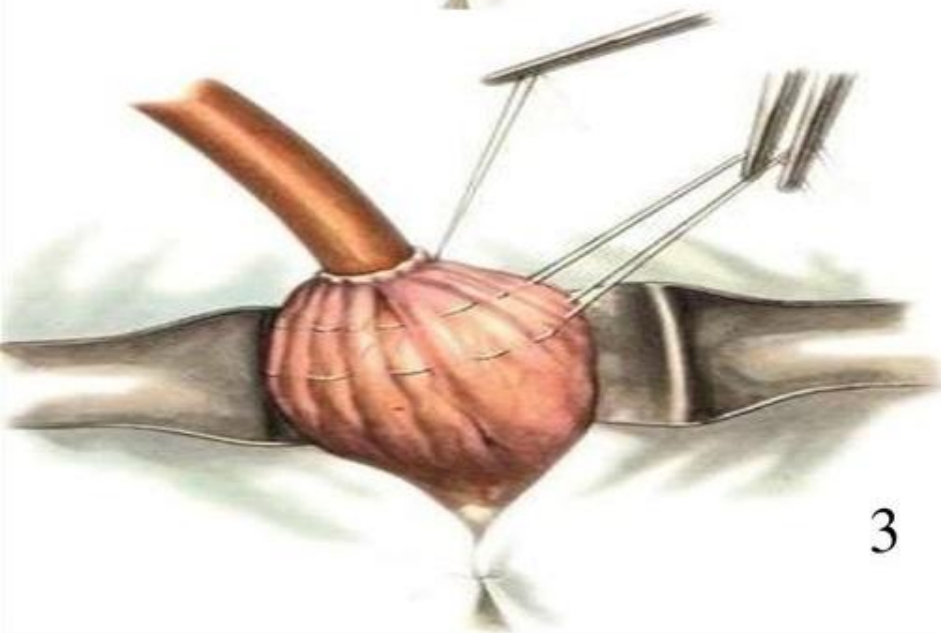


# Способ Штамма-Сенна-Кадера

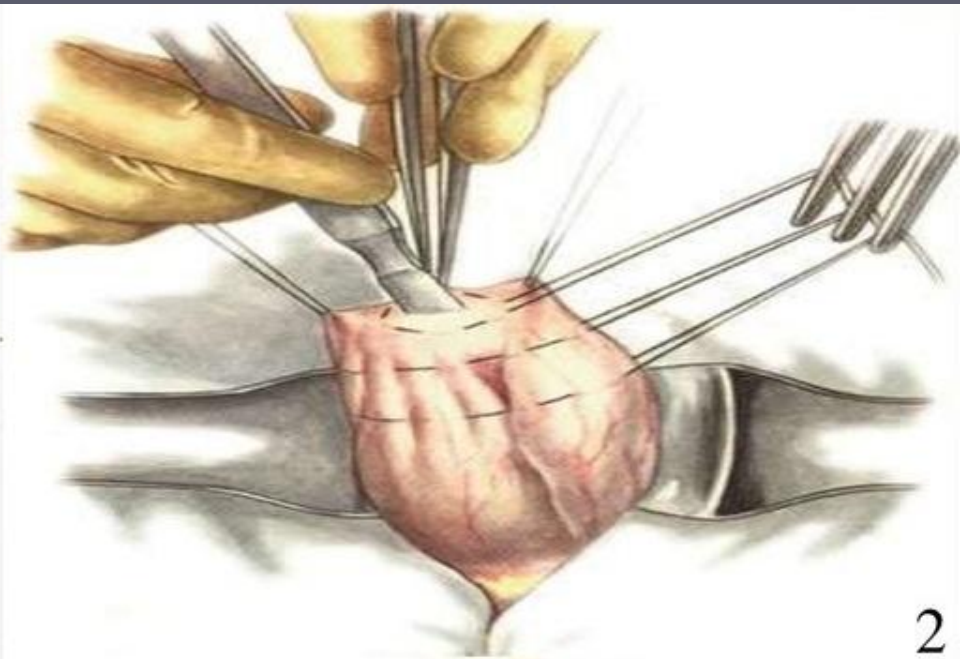
- ▶ Передняя стенка желудка выводится в рану и натягивается так, чтобы образовался конус, вокруг которого накладывається кисетный шов.
- ▶ В центре кисета рассекают стенку желудка через все слои ножницами или скальпелем.
- ▶ В образовавшееся отверстие в желудке погружают конец трубки и затягивают кисетный шов.
- ▶ С отступом на 1-1,5 см к периферии последовательно концентрически накладываются второй и третий кисетные швы, при затягивании которых трубка инвагинируется в канал, имеющий прямое направление.
- ▶ Гастропексия, ушивание раны и фиксация трубки производятся как при методике Витцеля.



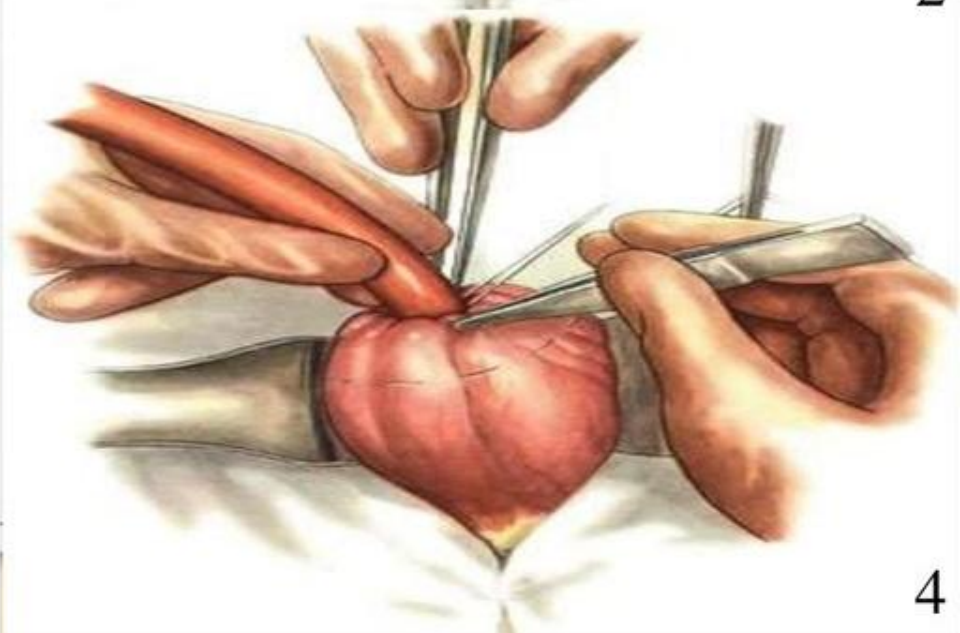
1



3



2



4

### *Преимущества:*

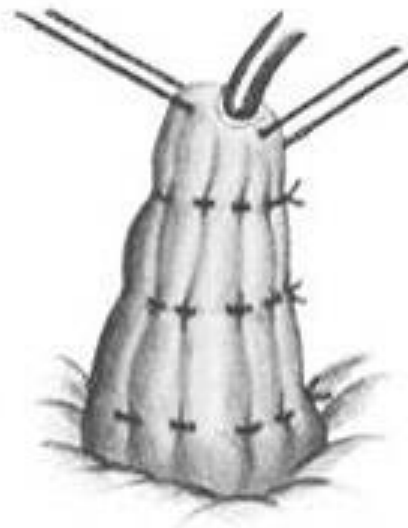
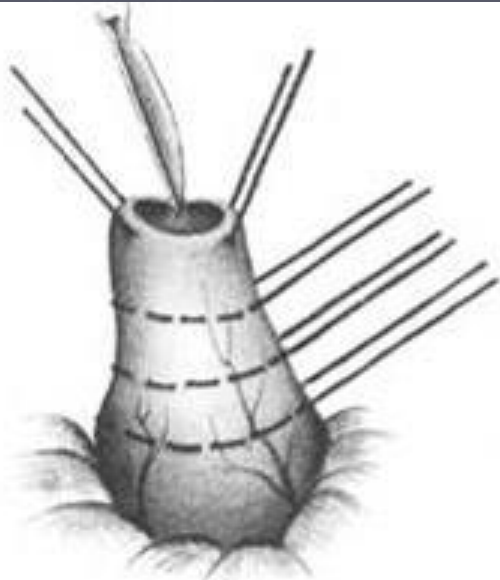
- ▶ техническая простота;
- ▶ быстрота выполнения;
- ▶ обеспечение более надёжной герметизации полости желудка в случаях выпадения трубки, поскольку гастростомический канал инвагинирован в просвет желудка по типу «чернильницы-невыливайки».
- ▶ гастростома, наложенная по данной методике, как правило, легко спонтанно закрывается после удаления трубки.

### *Недостатки:*

- ▶ необходимость постоянного ношения резиновой трубки;
- ▶ нарушение кровоснабжения и иннервации стенки желудка в месте стомы;
- ▶ невозможность осуществления визуального контроля полноты гемостаза сосудов слизистого и подслизистого слоя, расположенных кнутри от кисетных швов, и, вследствие этого, высокая вероятность возникновения кровотечений в раннем и отдалённом послеоперационном периоде.

# Гастростомия по Топроверу

- ▶ Обезболивание – эндотрахеальный наркоз.
- ▶ Положение больного - на спине.
- ▶ Доступ – трансректальная левосторонняя лапаротомия длиной 6-8 см.





# Гастростомия по Топроверу

- ▶ Передняя стенка желудка выводится в рану в виде конуса, на вершину которого накладываются два шва-держалки на расстоянии 2 см друг от друга.
- ▶ Ниже вершины конуса concentrically последовательно накладывают три кисетных шва на расстоянии друг от друга 1,5-2 см, концы нитей которых не затягиваются.
- ▶ Просвет желудка вскрывается на вершине конуса между держалками на протяжении 1 см.
- ▶ В образовавшееся отверстие вводится резиновая трубка, нити наложенных кисетных швов последовательно затягиваются, в результате чего трубка оказывается в искусственном канале, образованном из стенки желудка.
- ▶ С целью сохранения образовавшегося канала конус желудка фиксируют к слоям разреза брюшной стенки: на уровне нижнего кисетного шва стенку конуса фиксируют к париетальной брюшине, на уровне второго кисетного шва – к апоневротическому влагалищу прямой мышцы живота и самый верхний участок (на уровне первого кисета) — к краям кожного разреза; эти последние швы накладывают так, чтобы слизистая оболочка желудка на уровне разреза кожи выступала над ним.
- ▶ Остающиеся отверстия брюшины, мышц и кожи последовательно ушивают. Трубку после окончания хирургического вмешательства извлекают, после чего образуется канал с клапанами и губовидный свищ. Клапаны препятствуют изливанию желудочного содержимого. Для кормления пациента в свищ вводится резиновая трубка.

### *Преимущества:*

- ▶ отсутствие необходимости постоянного ношения резиновой трубки;
- ▶ обеспечение достаточного герметизма тремя клапанами, образованными из складок слизистой;
- ▶ нет опасности самопроизвольного зарастания свища, так как он выстлан на всем протяжении слизистой оболочкой желудка.

### *Недостатки:*

- ▶ для наложения свища по Топроверу требуется свободная площадка на передней стенке желудка диаметром 8-10 см, следовательно, при малых размерах желудка, которые, как правило, наблюдаются у этой категории больных, данный метод неприменим;
- ▶ перетягивание желудочного конуса трехэтажными кисетными швами приводит к нарушению кровоснабжения в конусе, что, в одних случаях, приводит к атрофии слизистой оболочки и мышечного слоя желудочного конуса с потерей клапанных свойств, в других — к наступлению некроза слизистой, прорезыванию нитей кисетных швов с нарушением герметизма свища.
- ▶ грубая деформация передней стенки желудка с нарушением всех функций органа.

# Осложнения

- Большинство осложнений в послеоперационном периоде связано с недостаточно полноценным герметизмом создаваемой гастростомы и с просачиванием вследствие этого между стенкой желудка и трубкой в зашитую операционную рану желудочного содержимого.
- болевой синдром;
- нагноение послеоперационной раны;
- кровотечение;
- перитонит;
- выраженная деформация желудка (при использовании лапаротомных методик);
- развитие мацерации и дерматита передней брюшной стенки;
- выпадение гастростомической трубки;
- летальный исход.

# Список литературы

- ▶ Оперативная хирургия и топографическая анатомия / Пол ред. В. В. Кованова. — 4-е издание, дополненное. — М.: Медицина, 2001.
- ▶ *Николаев А. В.* Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник. — М.: ГОЭТАР-медиа, 2007.
- ▶ *Островерхов Г. Е., Лубоцкий Д. Н., Бомаш Ю. М.* Курс оперативной хирургии и топографической анатомии. — М.: Медгиз, 1963.