

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

Техника гастростомии по Витцелю, Штамму-Кадеру и Топроверу.
Трубчатый и губовидный свищи желудка.

Преподаватель: Пяльченкова Наталья Олеговна

Работу подготовила:
Студентка 4 курса, 422 группы
Богданова Ксения Сергеевна

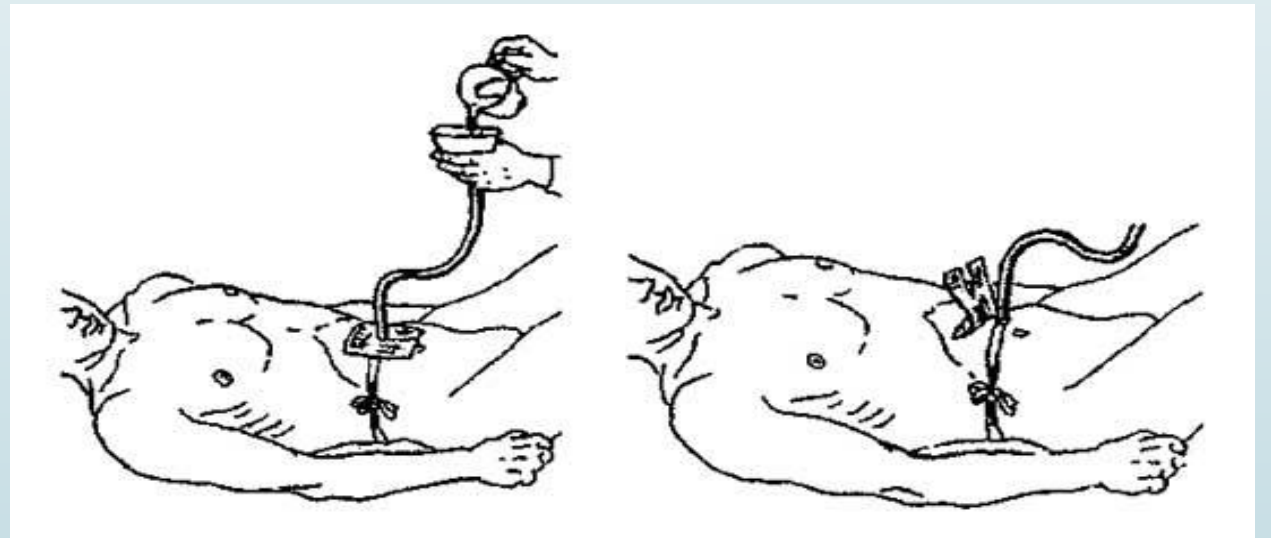
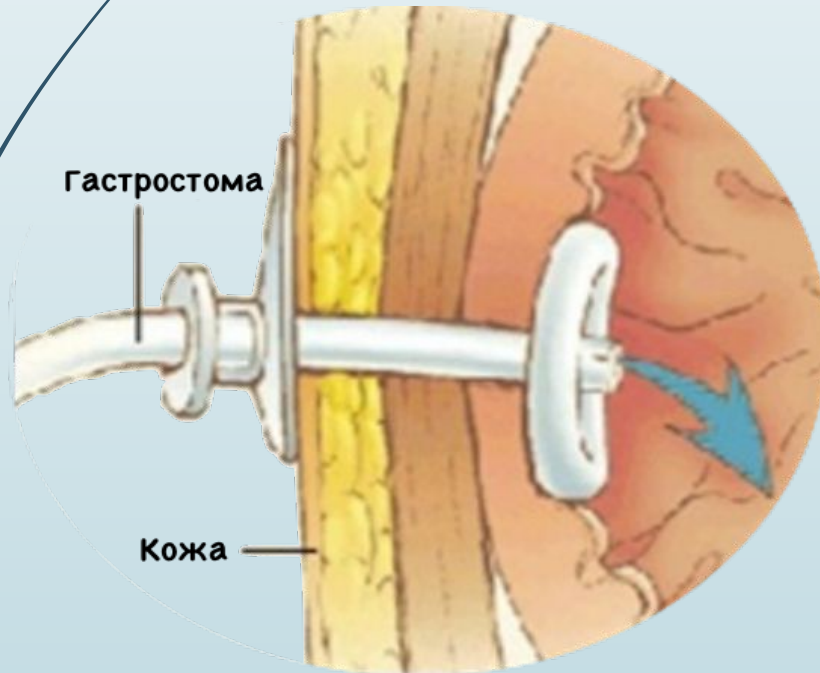
Тюмень, 2017г.

Гастростомия - наложение наружного искусственного свища на желудок.

Целью операции является необходимость введения пищи непосредственно в желудок при непроходимости пищевода или его функциональном выключении.

Показания:

- 1) ранения грудного отдела пищевода;
- 2) наличие пищеводно-трахеального или пищеводно-бронхиального свища;
- 3) рубцовые структуры пищевода после химического ожога;
- 4) злокачественная опухоль пищевода, обтурирующая его просвет.



Методы гастростомии могут быть разделены на две группы:

- 1) создание временной гастростомы (формирование трубчатого или каналовидного свища);
- 2) формирование постоянной гастростомы (формирование губовидного свища).

Обезболивание: общее обезболивание.

Положение больного: лежа на спине с подложенным под позвоночник валиком на уровне реберной дуги.

Доступы:

- верхняя срединная лапаротомия;
- левосторонний парамедианный, трансректальный доступ от края реберной дуги.



Искусственные желудочные свищи

Операция образования искусственного наружного свища полого органа производится для питания больного, проведения необходимых терапевтических мероприятий, отведения содержимого при непроходимости нижележащих отделов, а также для временного выключения функции нижележащих отделов желудочно-кишечного тракта и, следовательно, создания более благоприятных условий для заживления ран, язв и т. д.

По строению свищи делятся на

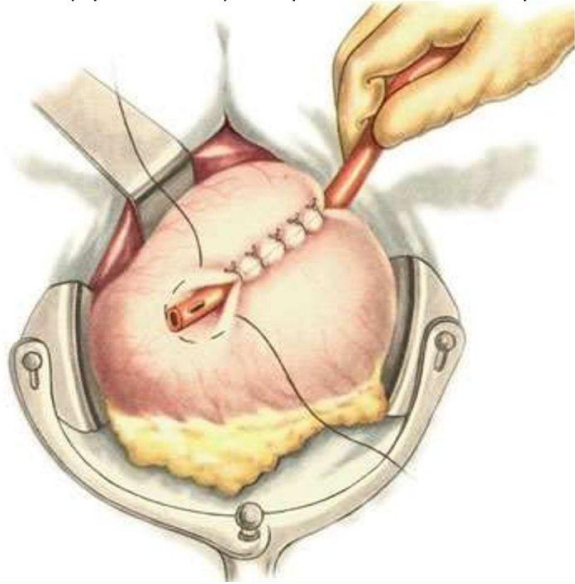
трубчатые (временные)

губовидные (постоянные).

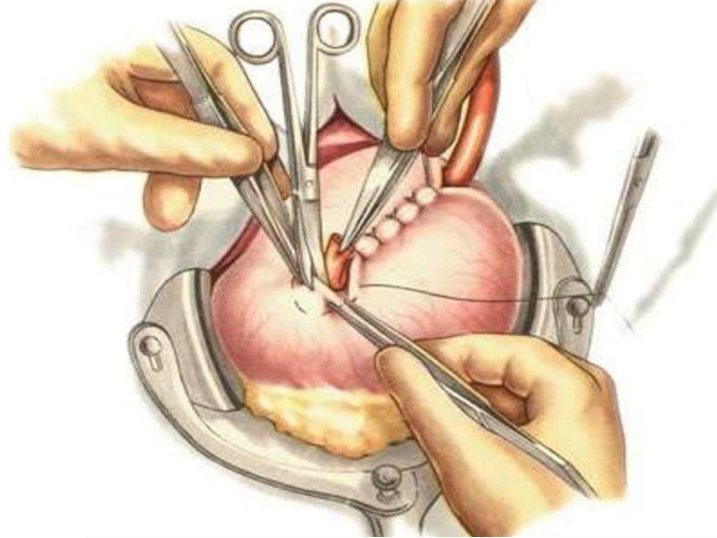
Трубчатый свищ формируют путем образования канала из передней стенки органа вдоль его оси (желудок, кишка). Внутренняя поверхность свища оказывается при этом выстланной серозной оболочкой, т. е. создается серозно-серозный канал. Внутри канала помещают резиновую трубку, конец которой выводят наружу. Касательное положение серозно-серозного канала и фиксация его к передней брюшной стенке предупреждают забрасывание содержимого как в резиновую трубку, так и в образованный канал.

Отличительной чертой трубчатых свищей по сравнению с губовидными является то, что отверстие в органе после удаления трубки закрывается самостоятельно. Для наложения трубчатого свища на желудок наибольшее распространение получили способ Витцеля и способ Штамма — Кадера.

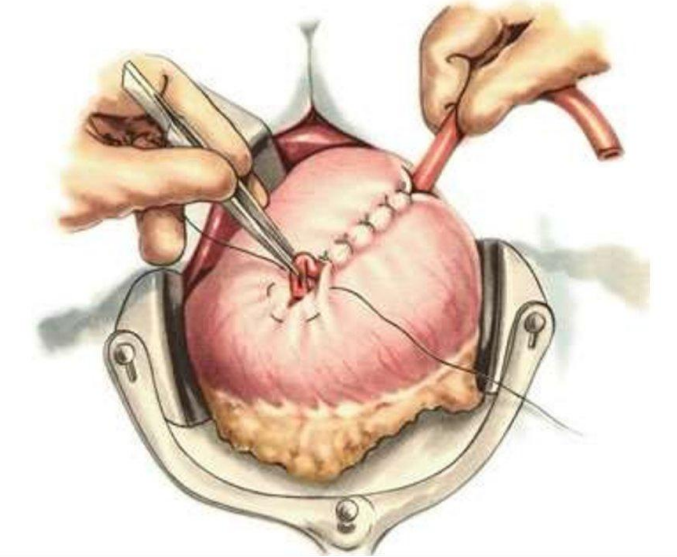
Трубчатая (временная) гастростомия по Витцелю



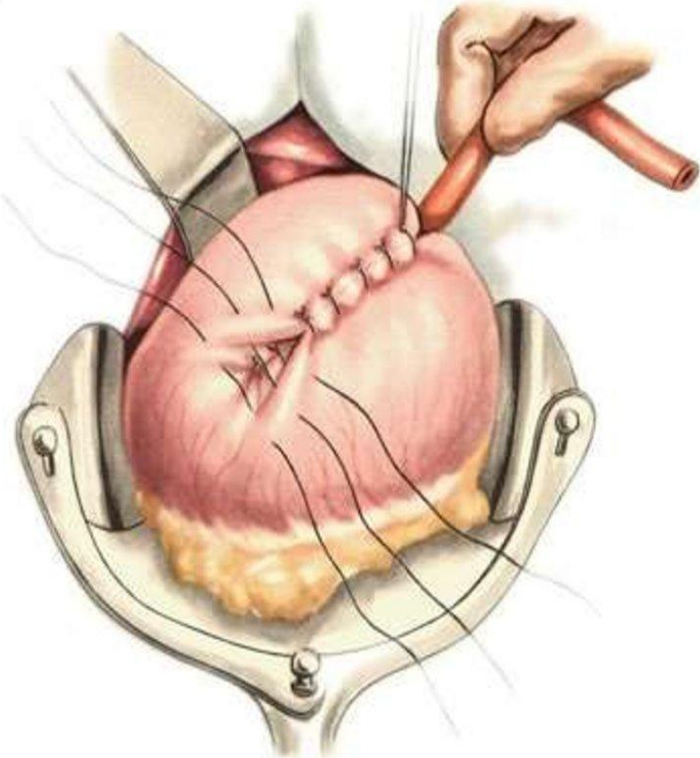
Трубчатая (временная) гастростомия по Витцелю



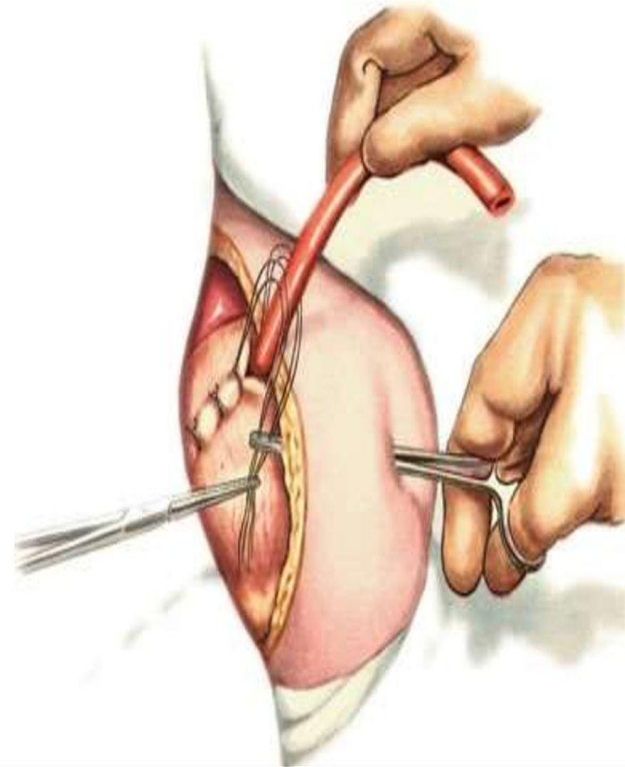
Трубчатая (временная) гастростомия по Витцелю



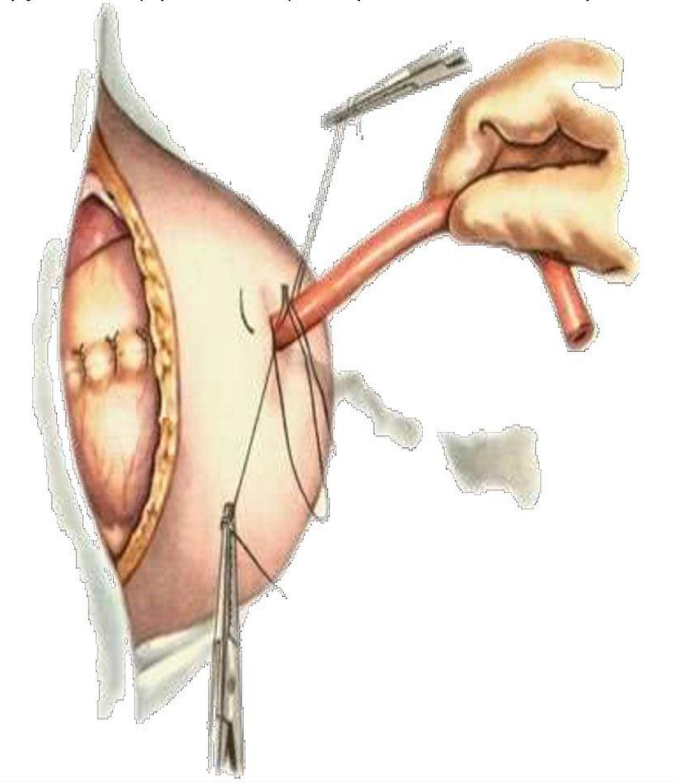
Трубчатая (временная) гастростомия по Витцелю



Трубчатая (временная) гастростомия по Витцелю



Трубчатая (временная) гастростомия по Витцелю



Гастростомия по Витцелю.

Показания: неоперабельный рак пищевода и кардиального отдела желудка, ранения, ожоги и сужения пищевода.

Положение больного на спине.

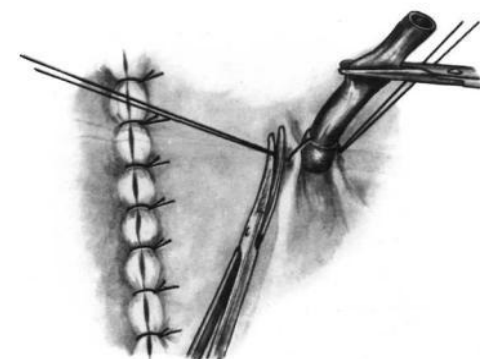
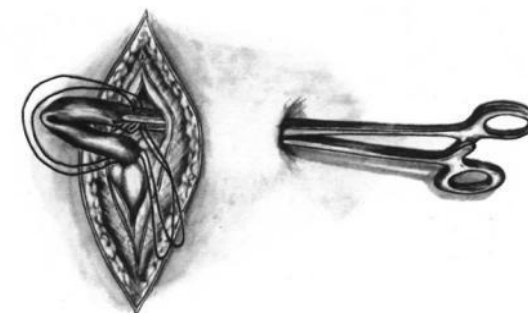
Обезболивание — эндотрахеальный наркоз.

Доступ — трансректальная левосторонняя лапаротомия длиной 10 см от реберной дуги вниз.

Желудок выводят в операционную рану. К передней стенке желудка, на середине расстояния между малой и большой кривизной, вдоль его длинной оси прикладывают резиновую трубку так, чтобы конец ее располагался в области пилорического отдела желудка. Над трубкой накладывают 6—8 серозно-мышечных шелковых швов, после завязывания которых трубка покрывается стенкой желудка. В области пилорического отдела желудка у края наложенных швов накладывают кисетный шов. Внутри него вскрывают стенку желудка. Свободный конец трубки вводят в просвет желудка. Кисетный шов затягивают. Поверх него накладывают 2—3 серозно-мышечных шва. На стенку желудка с обеих сторон от трубки накладывают два серозно-мышечных шва, которые берут на держалки. Скальпелем делают небольшой кожный разрез по наружному краю левой прямой мышцы живота под контролем левой руки, заведенной в брюшную полость. Корнцангом или другим зажимом 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. Стенку желудка фиксируют вдоль образованного канала к париетальной брюшине 4—5 узловыми швами, отступая от края разреза брюшины на 1,0—1,5 см (гастропексия). Рану брюшной стенки зашивают наглухо.

Гастростомия по Штамму-Кадеру

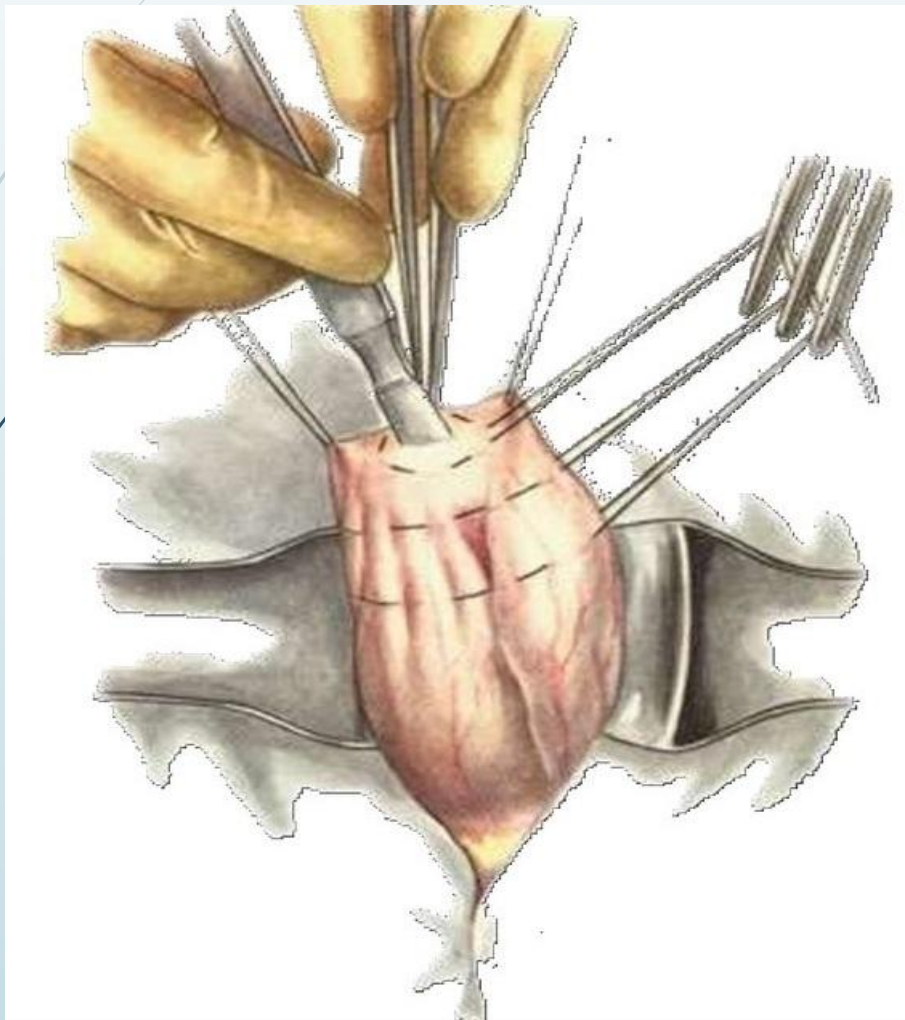
1. Фиксация желудка к брюшине
2. Фиксация трубки
3. Выведение трубки через отдельный разрез слева.
4. Выведение трубки через отдельный разрез слева.
5. Фиксация трубки к коже



Гастростомия по Штамму-Кадеру

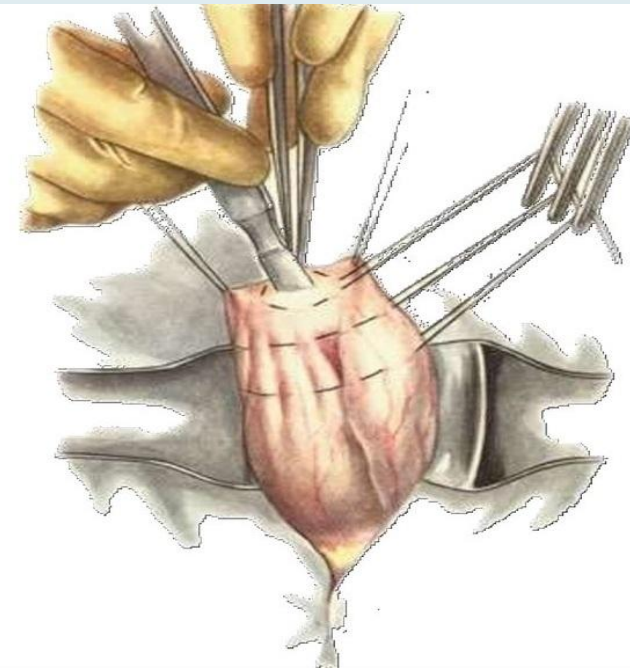
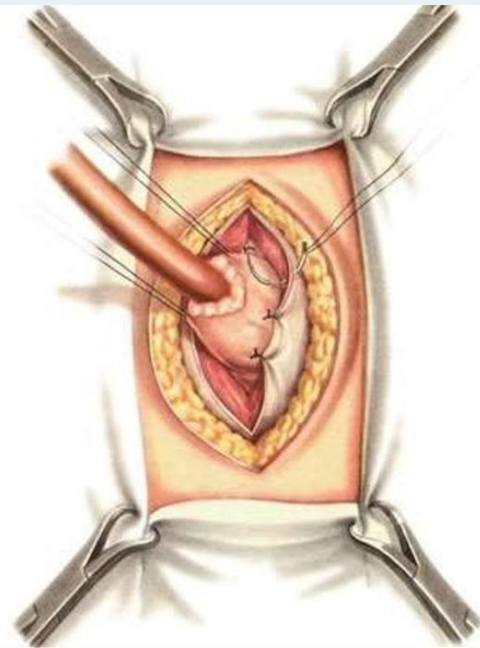
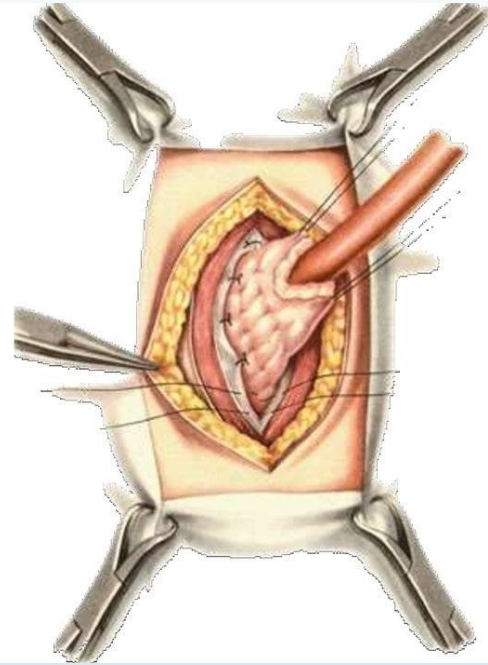
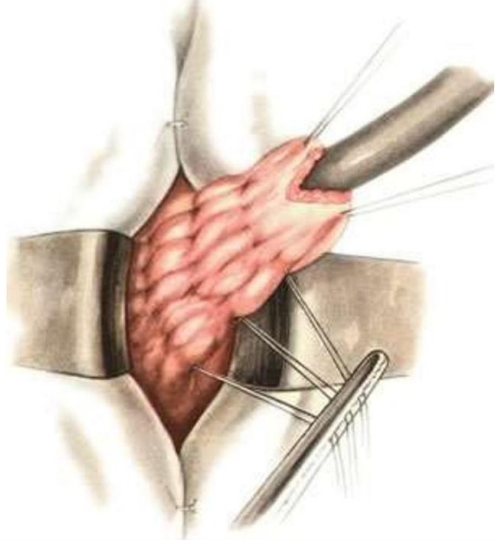
На передней стенке желудка накладывают кисетный шов по окружности диаметром 5—6 см, в центре шва делают отверстие и вводят в желудок резиновую трубку диаметром 1 см. Кисетный шов затягивают и завязывают. Отступя на 1,0—1,5 см к периферии от него накладывают последовательно еще два кисетных шва, погружающих ранее наложенный шов. Швы завязывают, в результате чего трубка оказывается в серозном канале, имеющем отвесное направление. Производят гастропексию, как при способе Витцеля.

Губовидные свищи



Губовидные свищи формируются путем вытягивания в рану в виде конуса передней стенки желудка или кишки; верхушку конуса вскрывают, через разрез вводят резиновую трубку. Слизистую оболочку подшивают к коже. Канал свища, образованного по этому принципу, на всем протяжении выстлан слизистой оболочкой. Для губовидных свищей характерно то, что они самостоятельно не закрываются, а требуют дополнительного оперативного вмешательства — закрытия свища. При наложении губовидных свищей на желудке наиболее часто применяется способ Топровера

Гастростомия по Топроверу.



Гастростомия по Топроверу.

Вскрытие брюшной полости производят левым трансректальным разрезом длиной 6—8 см. В операционную рану в виде конуса выводят переднюю стенку желудка. На верхушку образовавшегося конуса накладывают две шелковые лигатуры-держалки на расстоянии 2 см одна от другой. Ниже держалок на вытянутую стенку желудка накладывают три концентрических кисетных шелковых шва: первый шов — на расстоянии 1,5—2,0 см от держалок, второй и третий — на расстоянии 1,5 см один от другого. Кисетные швы не затягивают, а берут на зажимы. Стенку желудка рассекают между держалками на протяжении 1 см. В отверстие вводят резиновую трубку соответствующего диаметра. Кисетные швы поочередно завязывают начиная с первого, в результате чего трубка оказывается в искусственном канале, образованном из стенки желудка. Стенку желудка на уровне нижнего кисетного шва подшивают узловыми швами к париетальной брюшине. Край разреза париетальной брюшины на остальном протяжении раны зашивают наглухо. На уровне второго кисетного шва стенку желудка подшивают к апоневротическому влагалищу прямой мышцы живота. Третьим рядом швов подшивают стенку желудка к коже так, чтобы выпячивающаяся слизистая оболочка желудка накладывалась на кожу и могла быть подшита к ней при формировании постоянного губовидного свища. Кожную рану на остальном протяжении зашивают. Трубку извлекают из желудка.

Список использованной литературы:

- Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник / А. В. Николаев. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
- Топографическая анатомия и оперативная хирургия : учебник : в 2 т. / Под ред. И. И. Кагана, И. Д. Кирпатовского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013
- Оперативная хирургия и топографическая анатомия: учебник/В.В.Кованов, издание 4-е, Москва «Медицина» 2001 г.