

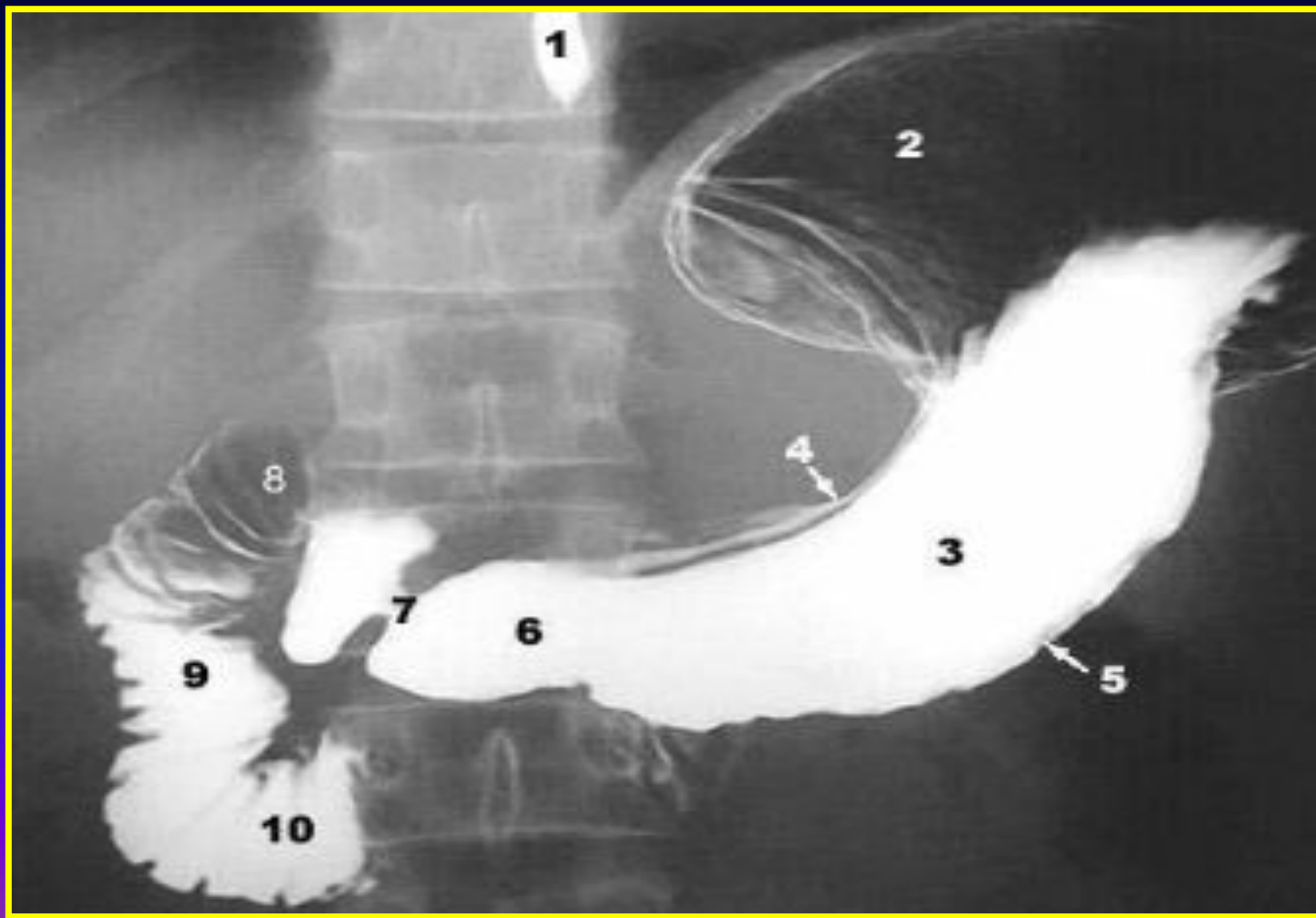
**Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова.**

**Кафедра госпитальной хирургии.**

**Хирургическое лечение осложнений  
язвенной болезни.**

Доц. А.И. Демьянов

# Рентгенография желудка и 12-ти перстной кишки



# Классификация язв по А. Johnson (1965г.)

---

- 1-й тип – язвы малой кривизны.
- 2-й тип – комбинированные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.
- 3-й тип – пилородуоденальные язвы.

# Классификация язвенной болезни (А.Ф. Черноусов, 1996г.)

---

По локализации: 1. Язва желудка: кардиальной части, субкардиальной части, тела желудка, антрального отдела, передней стенки, задней стенки, большой кривизны, малой кривизны.

2. Язва двенадцатиперстной кишки: луковицы, залуковичного отдела, передней стенки, задней стенки, верхней стенки, задней стенки.

По клинической форме: 1. Острая или впервые выявленная язва.

2. Хроническая язва.

По фазе процесса: 1. Обострение.

2. Неполная ремиссия

3. Ремиссия.

По клиническому течению: 1. Латентно протекающая язвенная болезнь.

2. Легкое (редко рецидивирующее) заболевание.

3. Средней тяжести (1-2 рецидива в год).

4. Тяжелое (3 рецидива в год и более) или непрерывно рецидивирующее заболевание, развитие осложнений.

По морфологической картине: 1. маленькая язва(менее 0,5 см в диаметре);

2. средних размеров(0,5-1,0 см);

3. большая язва (1-3 см);

4. гигантская язва более 3 см).

По наличию осложнений: 1. Язва, осложненная кровотечением: легким, тяжелым (профузным), крайне тяжелым.

2. Язва, осложненная перфорацией: открытой, прикрытой.

3. Пенетрирующая и каллезная язва.

4. Язва, осложненная рубцовыми деформациями желудка и двенадцатиперстной кишки, стенозом привратника; компенсированным, субкомпенсированным, декомпенсированным.

5. Малигнизированная язва.

# Язвенные гастродуоденальные кровотечения:

---

- Частота заболевания – 90- 103 на 100 000 человек взрослого населения.
- Летальность – 10 -14 %.
- Средний возраст больных -  $54 \pm 2,5$  года.
- У мужчин – в 3 раза чаще.
- Симптомы:
  - а) характерные для кровопотери (резкая слабость, головокружение, потеря сознания;
  - б) характерные для кровотечения в просвет ЖКТ ( рвота свежей или измененной кровью, мелена или гематоchezия).

# Классификация кровотечений по J. Forrest (1974г.)

---

- **F Ia** – продолжающееся струйное кровотечение.
- **F Ib** – продолжающееся капиллярное, в виде диффузного просачивания, кровотечение.
- **F IIa** – видимый крупный тромбированный сосуд.
- **F IIb** – плотно фиксированный к язвенному кратеру тромб-сгусток.
- **F IIc** – мелкие тромбированные сосуды в виде окрашенных пятен.
- **F III** – отсутствие признаков кровотечения в язвенном кратере.

# Струйное кровотечение из язвы желудка.

---



**Бульбарная язва с массивным дуоденальным кровотечением (тромботические массы в просвете желудка). Макропрепарат.**

---





# Кровотечение из края хронической язвы желудка.

---



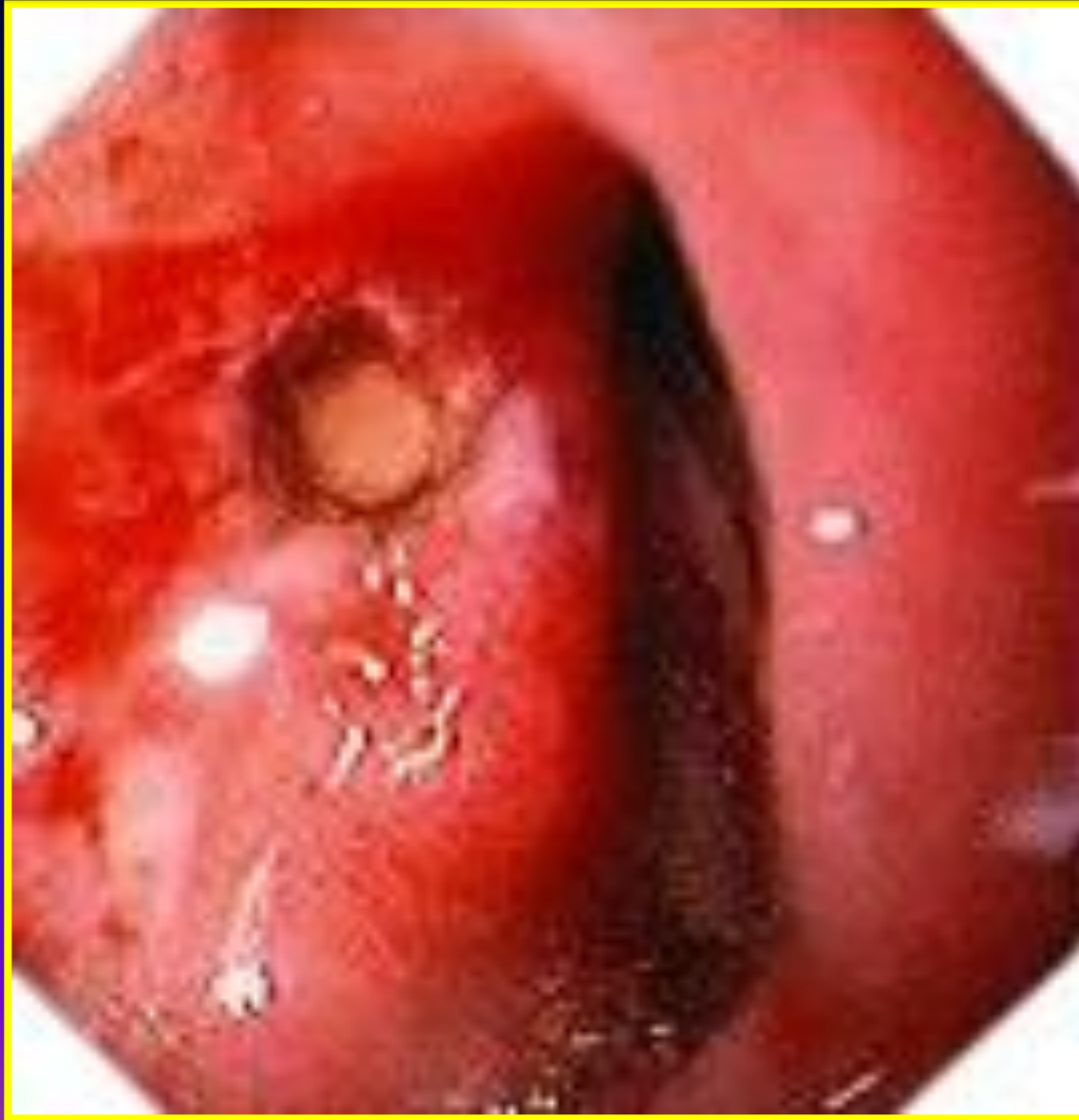
**В дне язвы сосуды.  
Признаки состоявшегося кровотечения**

---



# Диффузное кровотечение с краев язвы.

---



# Тромб в краю хронической язвы желудка.

---



# Язва 12-ти перстной кишки. Макропрепарат.

---



# Пилородуоденальный стеноз.

---

Основная причина (90%) – дуоденальная язва.

## Течение болезни:

- **1 стадия** – сужение пилородуоденальной зоны до 1,0-0,5 см, задержка контрастной массы в желудке до 6-12 часов.
- **2 стадия** – сужение пилородуоденальной зоны до 0,8-0,3 см, эвакуация контрастной массы замедлена до 6-12 часов, однако к 24 часам наступает полная эвакуация контраста.
- **3 стадия** – сужение 0,3 и меньше, атония желудка, задержка эвакуации контраста в желудке свыше 24 часов.



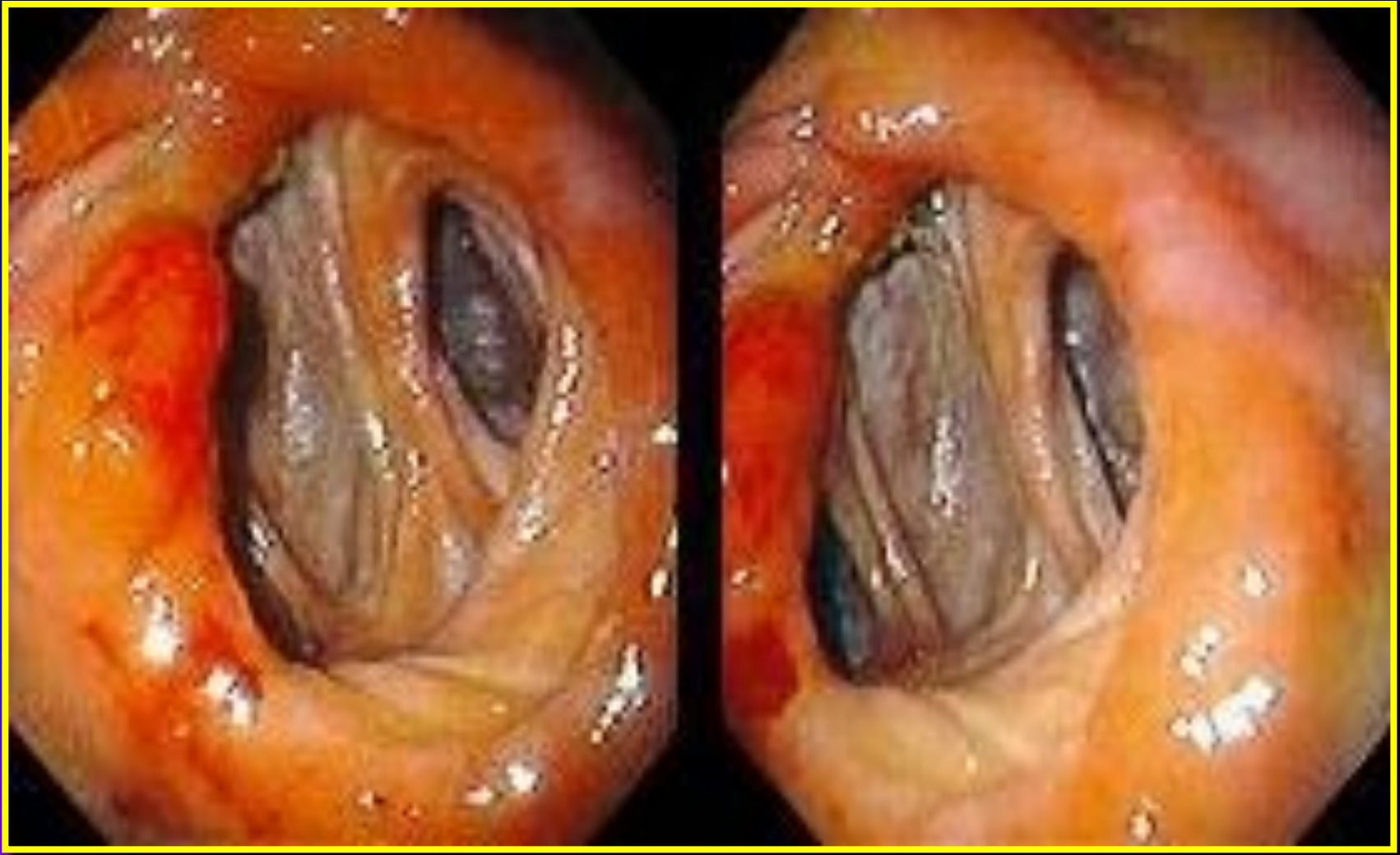
# Формирующийся стеноз привратника.

---



# Гастроэнтероанастомоз после резекции желудка.

---





# Эрозивно-язвенный анастомозит.

---



# Перфоративная язва.

---

- Количество операций – 7,5 – 13,0 на 100 000 человек.
- Летальность – 5 – 17,9 %.
- Средний возраст – 44±8 лет.
- У мужчин перфорация встречается в 7 раз чаще чем у женщин.

## Классическая триада клинической картины:

- 1** – кинжальная боль (95%);
- 2** – доскообразное напряжение мышц живота (92%);
- 3** – предшествующий язвенный анамнез (80%).

## Течение заболевания:

- 1** – шок (5-6 часов);
- 2** – период мнимого улучшения (6-12 часов);
- 3** – перитонит (> 12 часов).

# Классификация прободных гастродуоденальных язв

---

## По локализации:

- а) язвы желудка – малой кривизны, передней стенки, задней стенки;
- б) язвы двенадцатиперстной кишки – передней стенки, задней стенки.

## По течению:

- а) прободение в свободную брюшную полость с обязательным развитием перитонита;
- б) прободение прикрытое;
- в) прободение атипичное.

# Перфоративная язва луковицы 12-ти перстной кишки

---



# Перфорация язвы желудка.





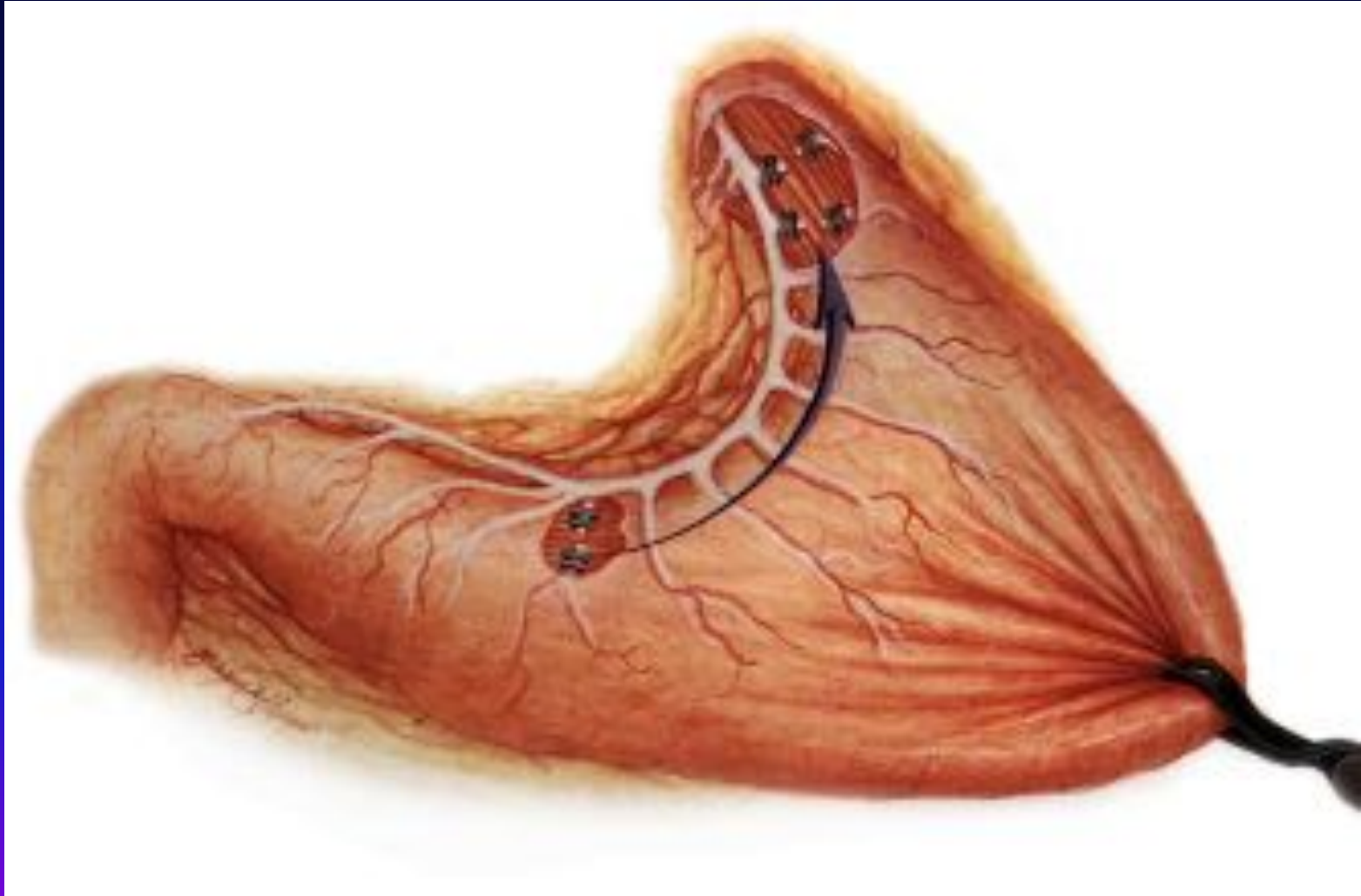
# Резецированный желудок с гигантской пенетрирующей язвой.

---



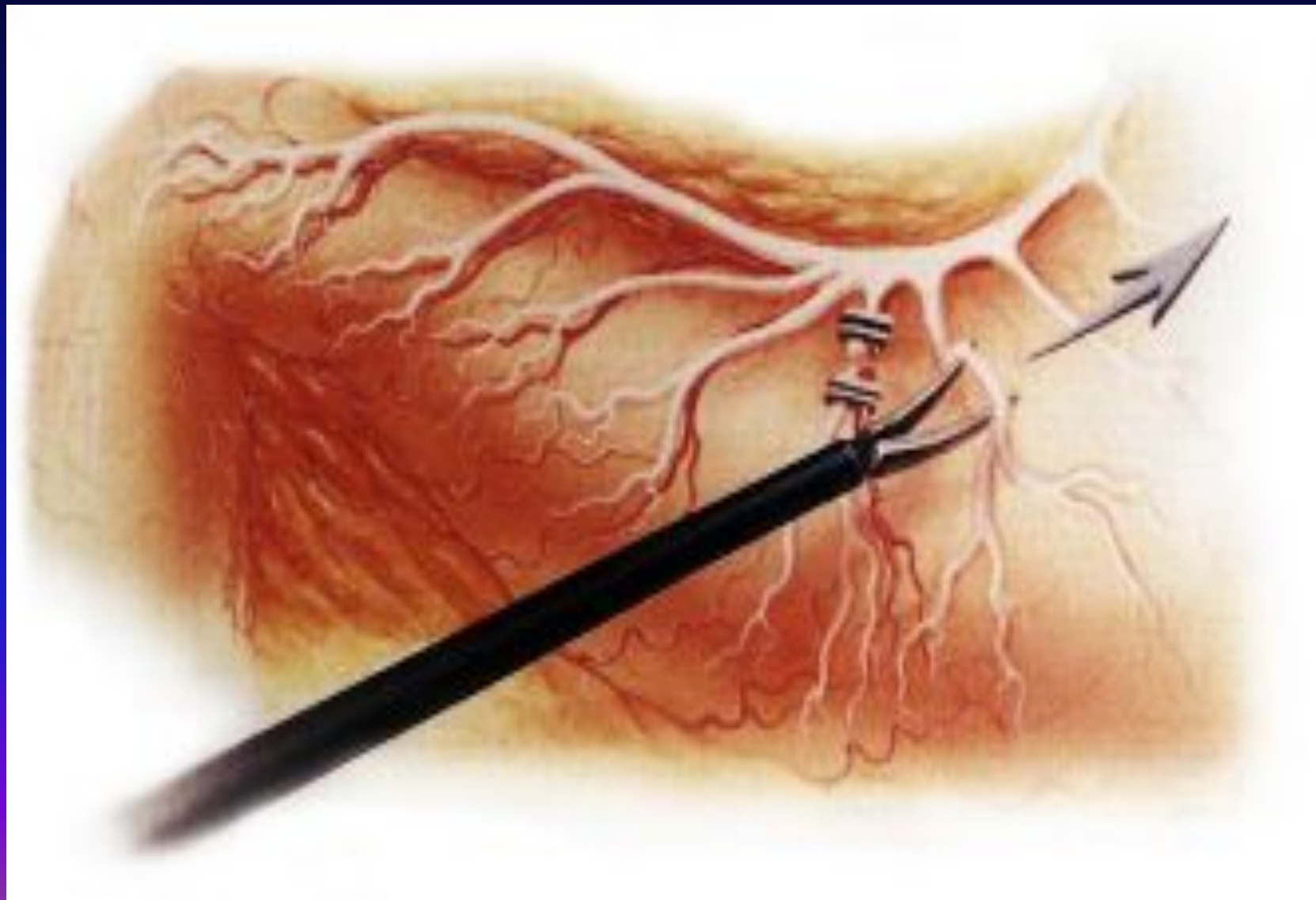
# Направление диссекции при ЛСПВ.

---



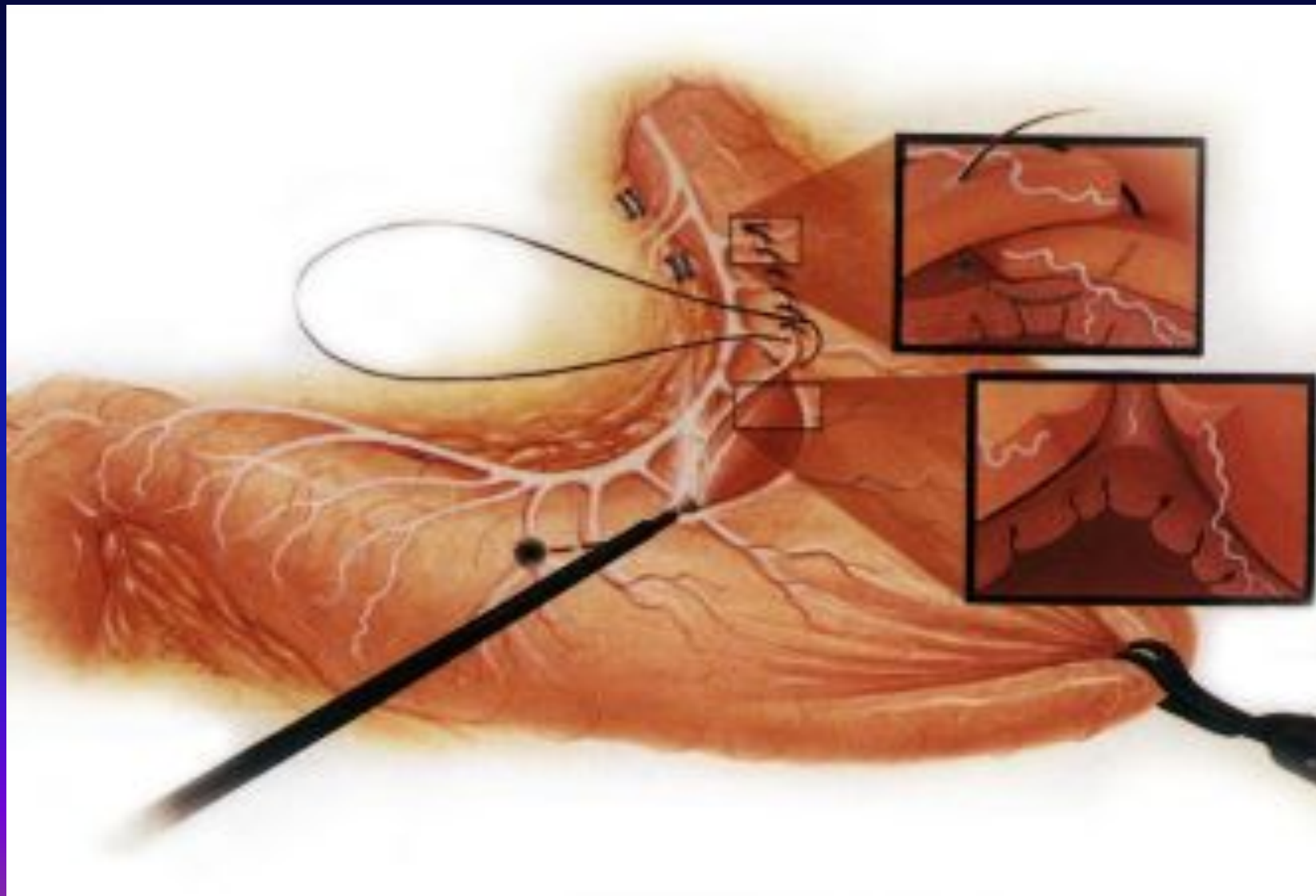
# Начало пересечения ветвей блуждающего нерва при лапароскопической СПВ.

---





# Перитонизация малой кривизны.



## Абсолютные показания к операции:

---

- 1. Перфорация язвы.
- 2. Рубцово-язвенный стеноз привратника и двенадцатиперстной кишки, а также резкая деформация желудка с нарушением эвакуации.
- 3. Профузное язвенное кровотечение, не поддающееся консервативной остановке, в том числе и эндоскопической.
- 4. Малигнизация язвы.

# Условно абсолютные показания к операции:

---

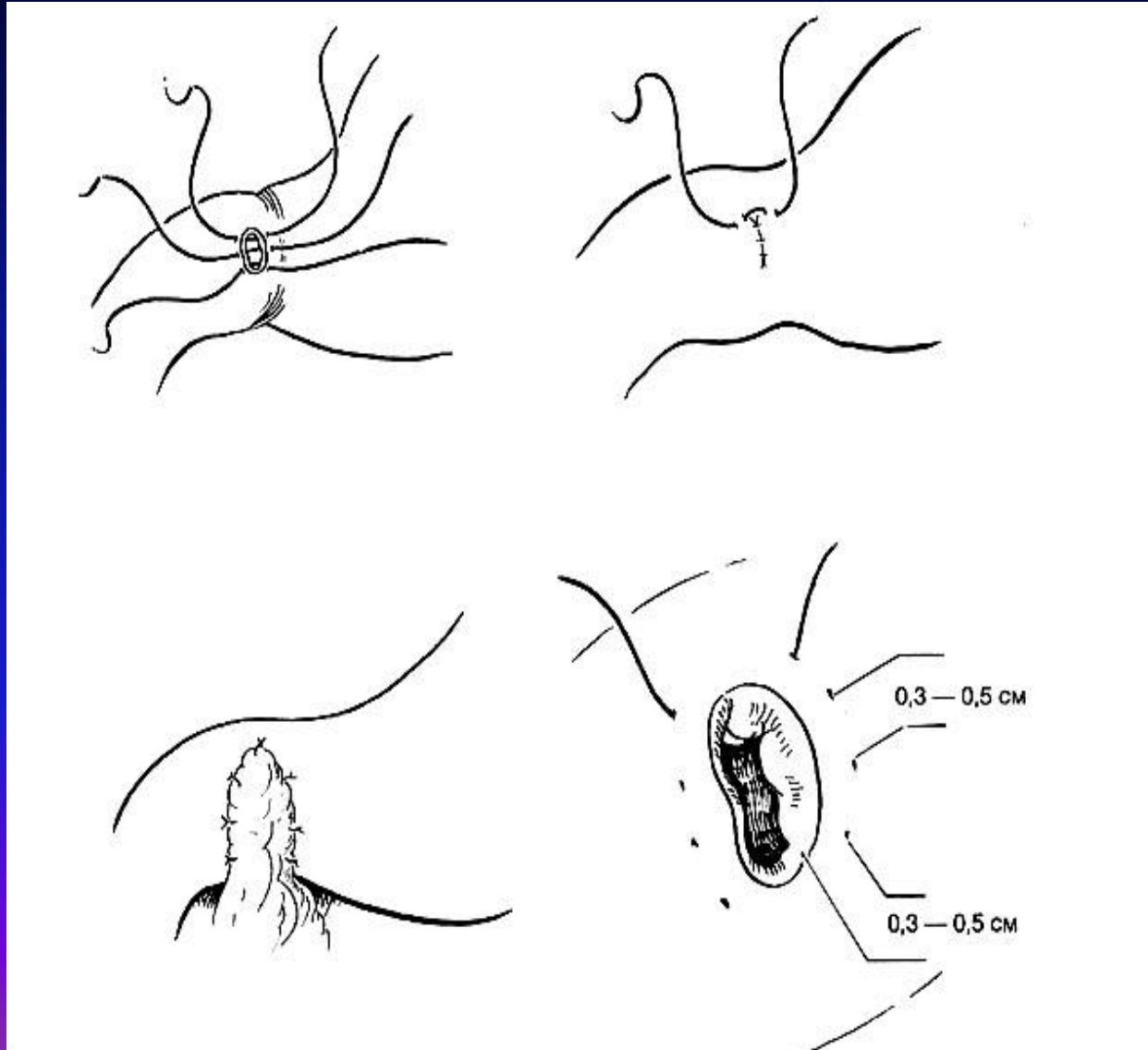
1. Пенетрация и прикрытая перфорация язвы.
2. Повторение язвенного кровотечения во время стационарного лечения или повторные кровотечения в анамнезе.
3. Перфорация язвы в анамнезе, возобновление клинической картины язвенной болезни.
4. Рецидивные язвы после ваготомии и резекции желудка (пептические язвы гастроэнтероанастомоза).
5. Гигантские и каллезные язвы, а также язвы желудка, не поддающиеся комплексному консервативному лечению в течение 2-3 месяцев.
6. Постбульбарные язвы двенадцатиперстной кишки.

# Относительные показания к операции:

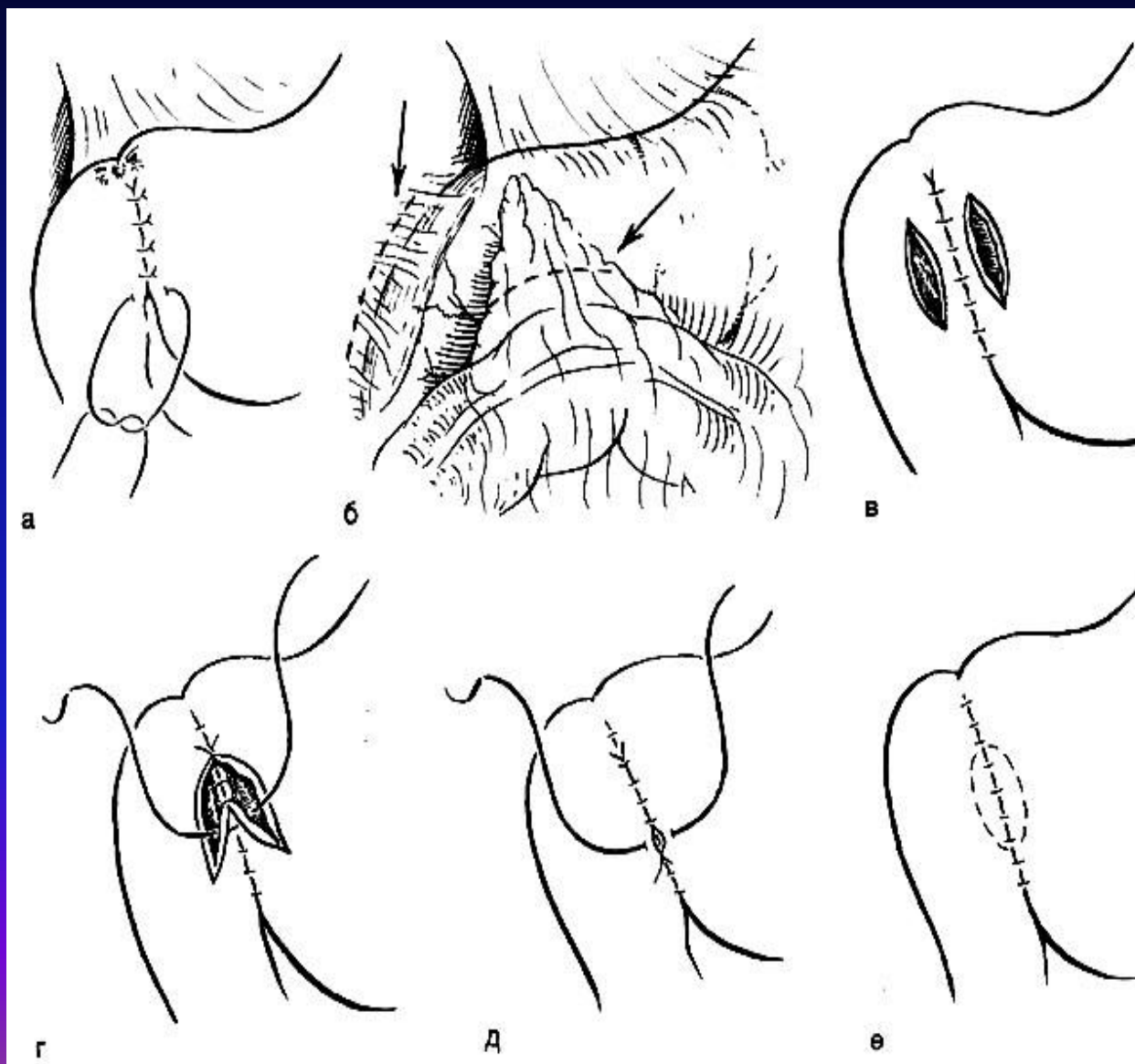
---

1. Неосложненная язва желудка или двенадцатиперстной кишки с выраженным болевым синдромом и диспептическими явлениями при условии неэффективности всего комплекса консервативной терапии в течение 2-3 лет.
2. Неосложненная язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки в сочетании с другими заболеваниями пищеварительного тракта, требующими оперативного лечения.

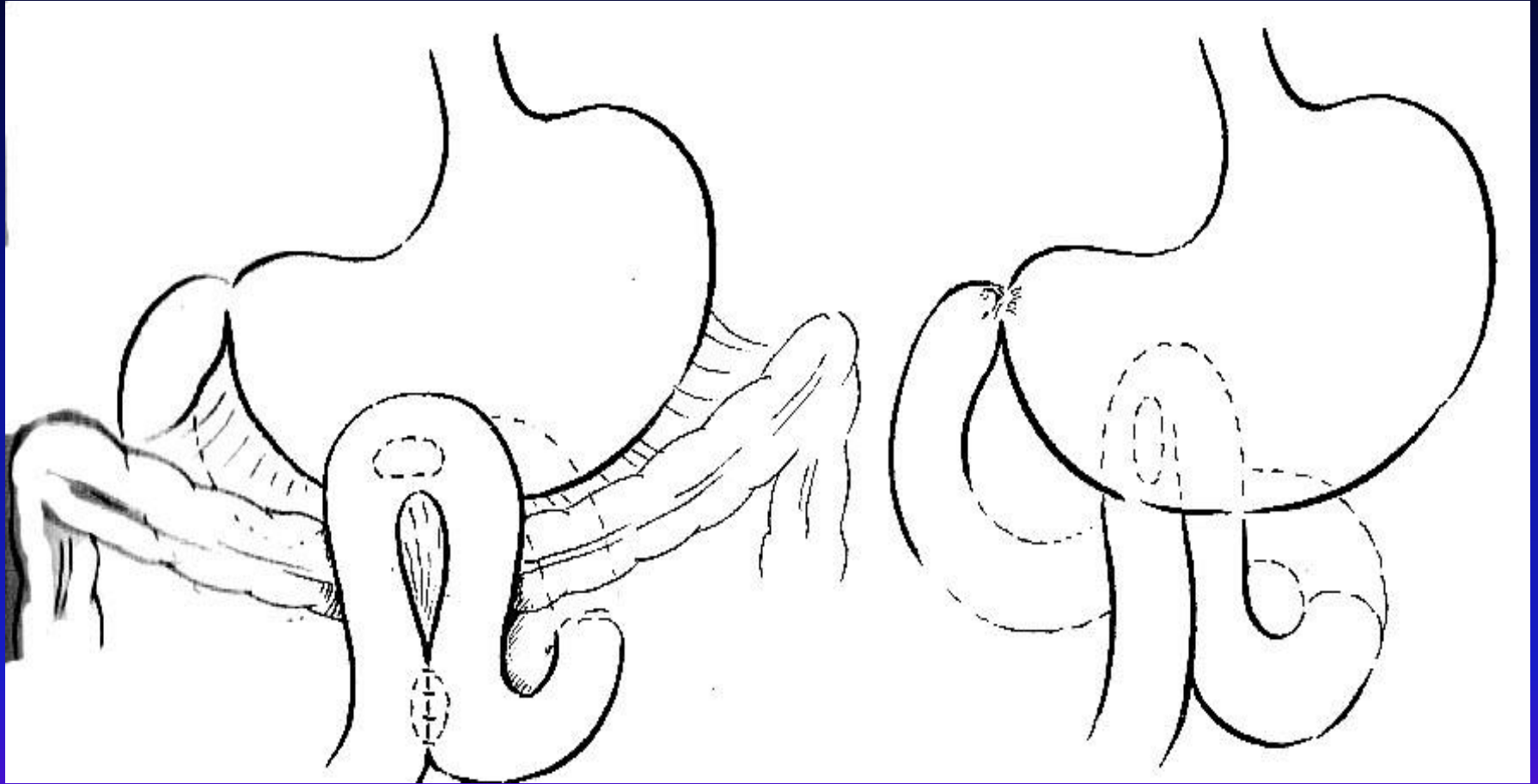
# Методика ушивания перфоративной язвы.



# Формирование гастродуоденоанастомоза по Жабуле.



# Гастроэнтеростомия:

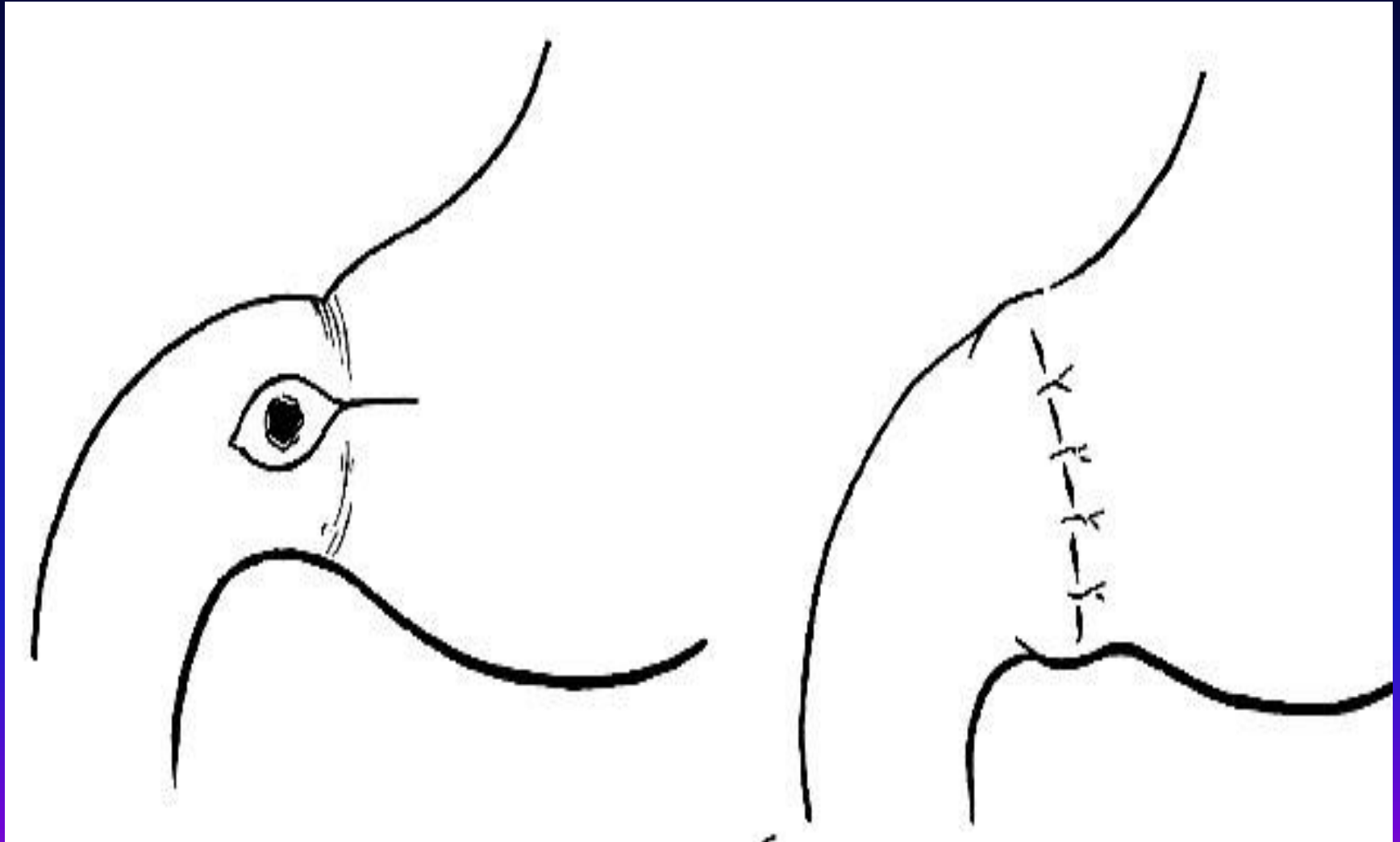


а) по Вельфлеру-Брауну

б) по Гаккеру-Петерсену

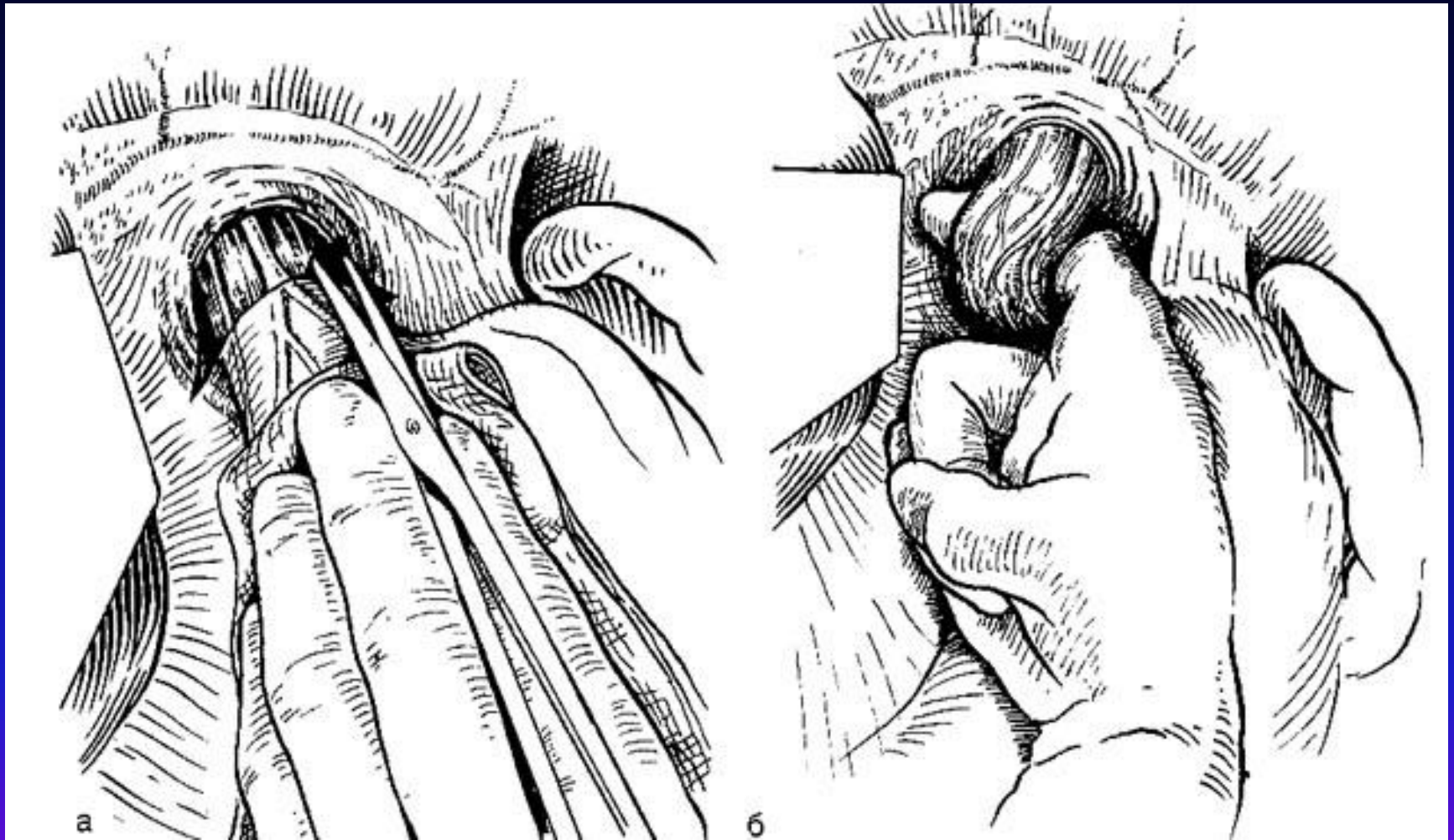
# Пилоропластика по Джадду.

---





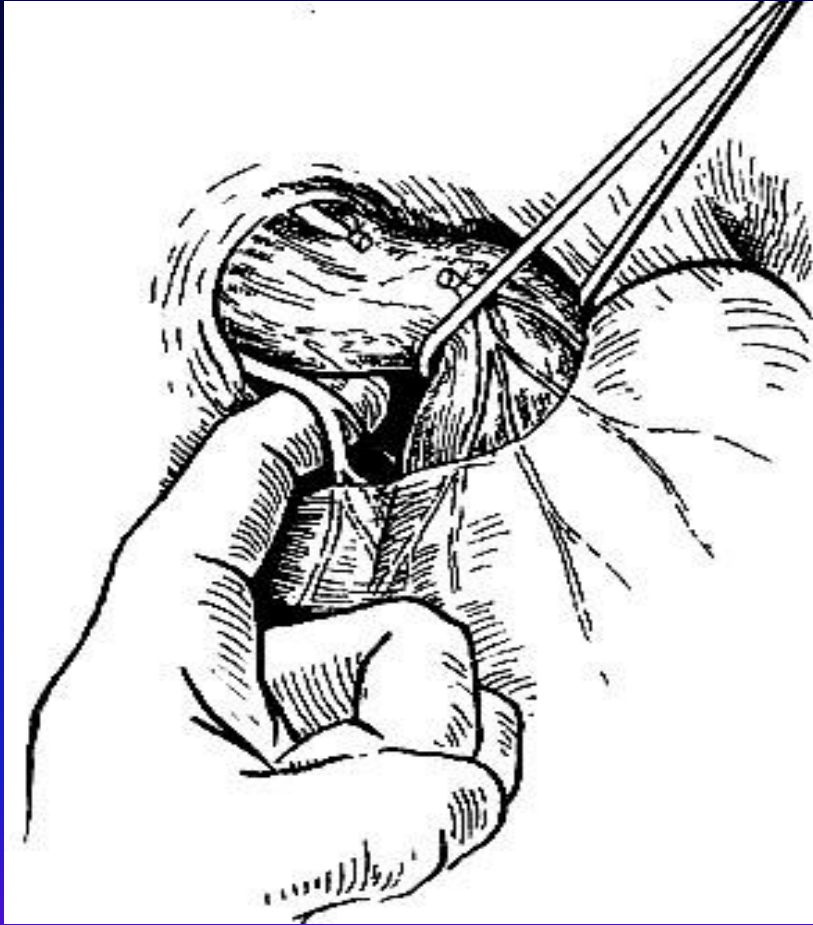
# Стволовая ваготомия:



а) рассечение пищеводно-  
диафрагмальной связки

б) выделение пищевода  
пальцами из окружающей  
соединительной ткани

# Стволовая ваготомия:



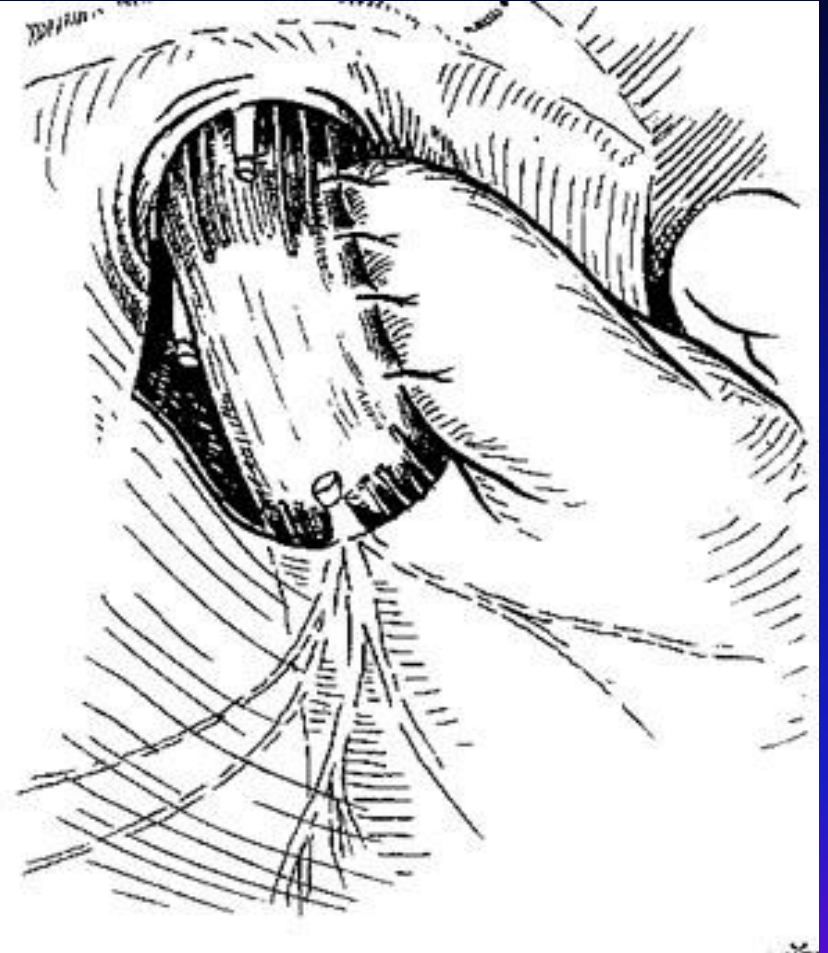
а) пересечение переднего блуждающего ствола, выведение заднего блуждающего ствола пальцем из клетчатки позади пищевода

б) пересечение мелких интрамуральных ветвей блуждающих нервов

# Стволовая ваготомия:



а) выделение и пересечение «криминальной» ветви Грасси

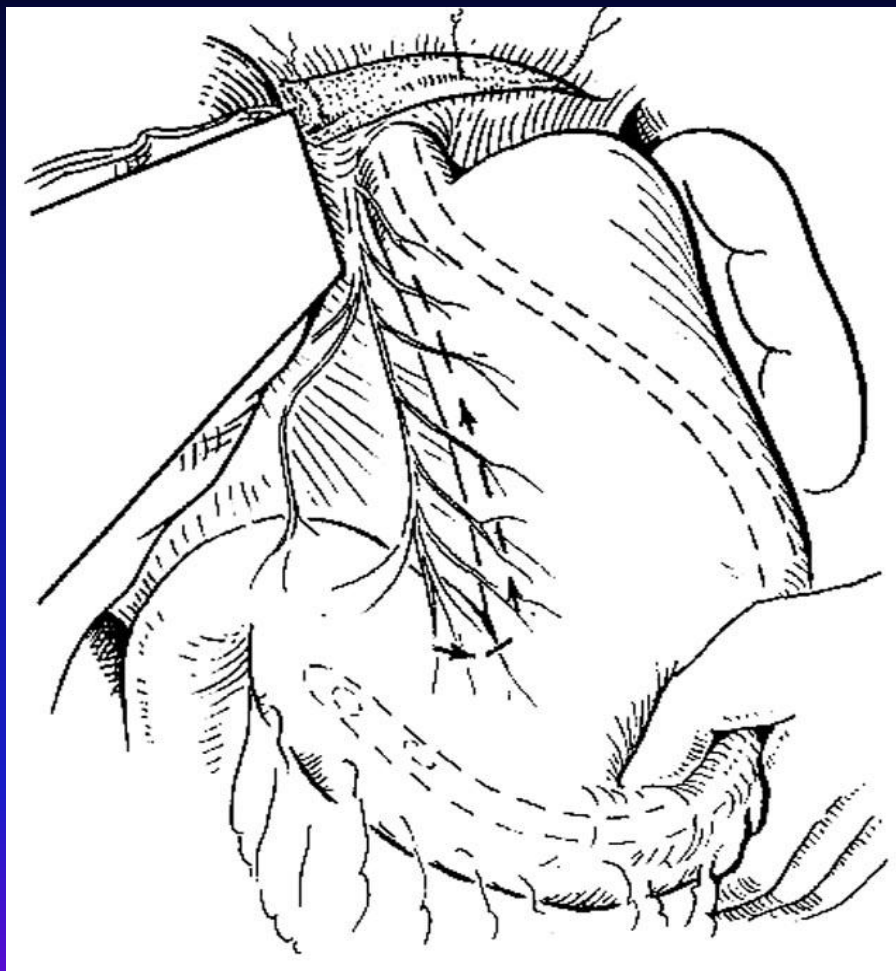


б) восстановление угла Гиса с помощью эзофагофундорафии



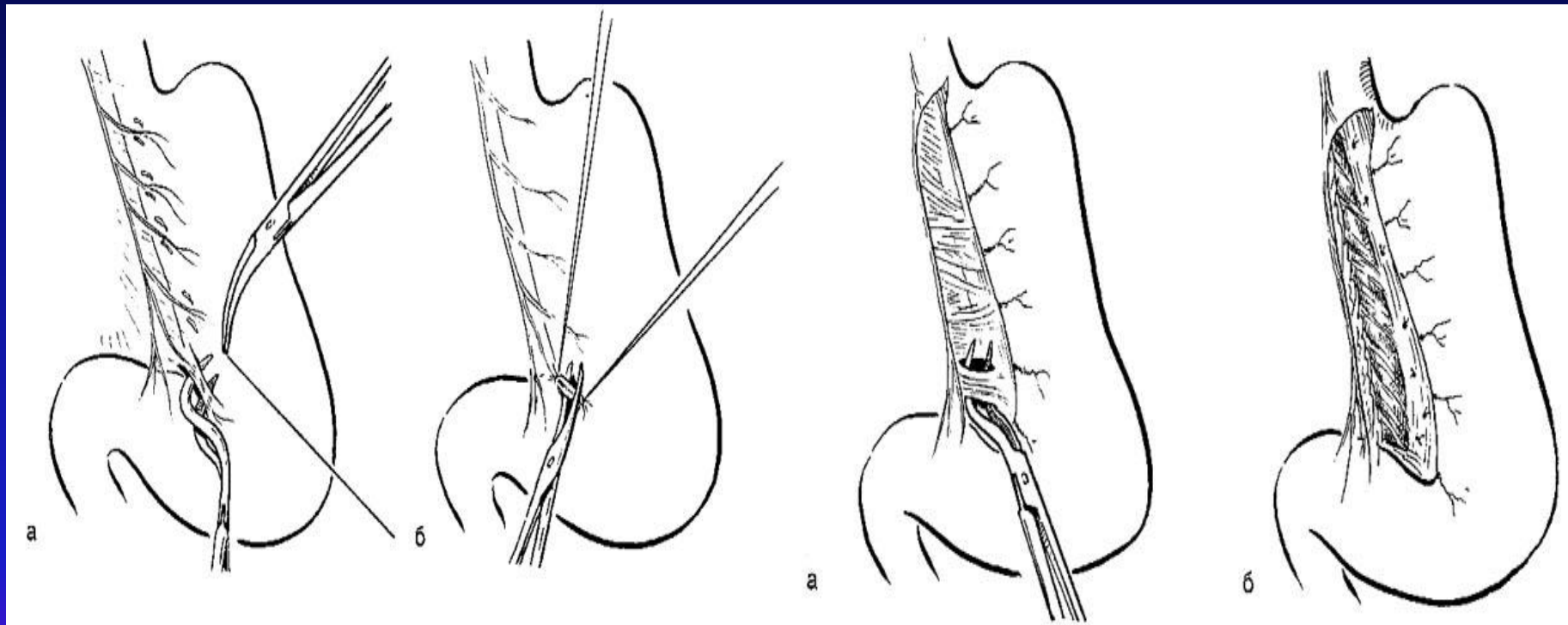
# Селективная проксимальная ваготомия:

---



идентификация переднего нерва Латарже  
и места его разветвления в антральном отделе  
(в области «вороньей лапки»).

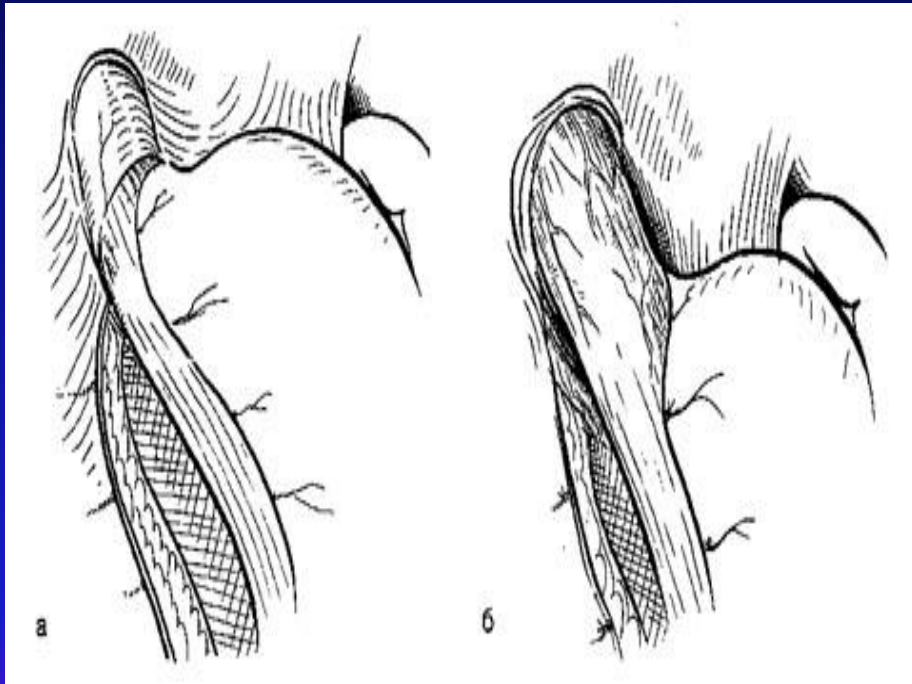
# Селективная проксимальная ваготомия:



а) начало мобилизации малой кривизны желудка

б) перевязка сосудов среднего слоя малого сальника

# Селективная проксимальная ваготомия:

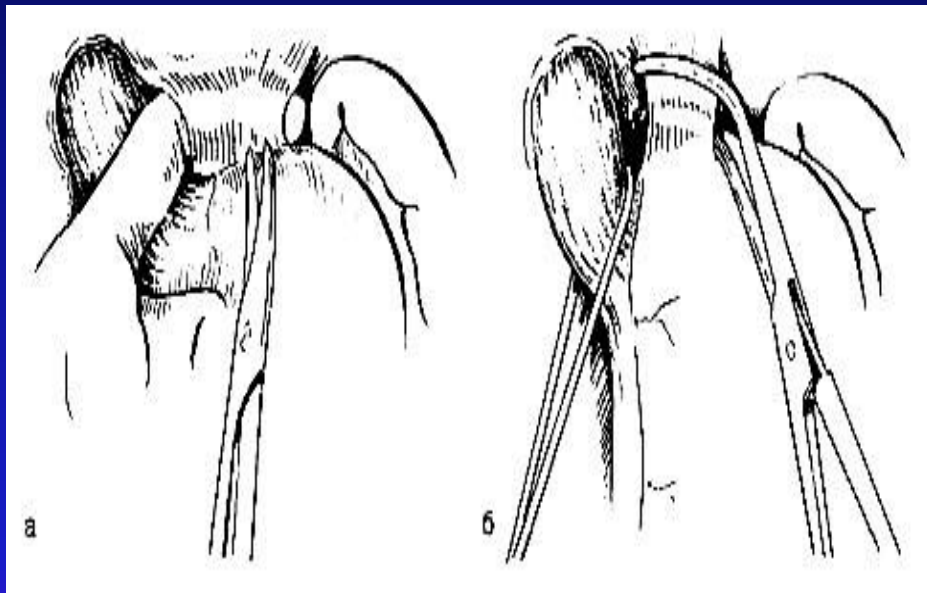


а) пересечение задней стенки малого сальника, диссекция передней и боковых стенок пищевода

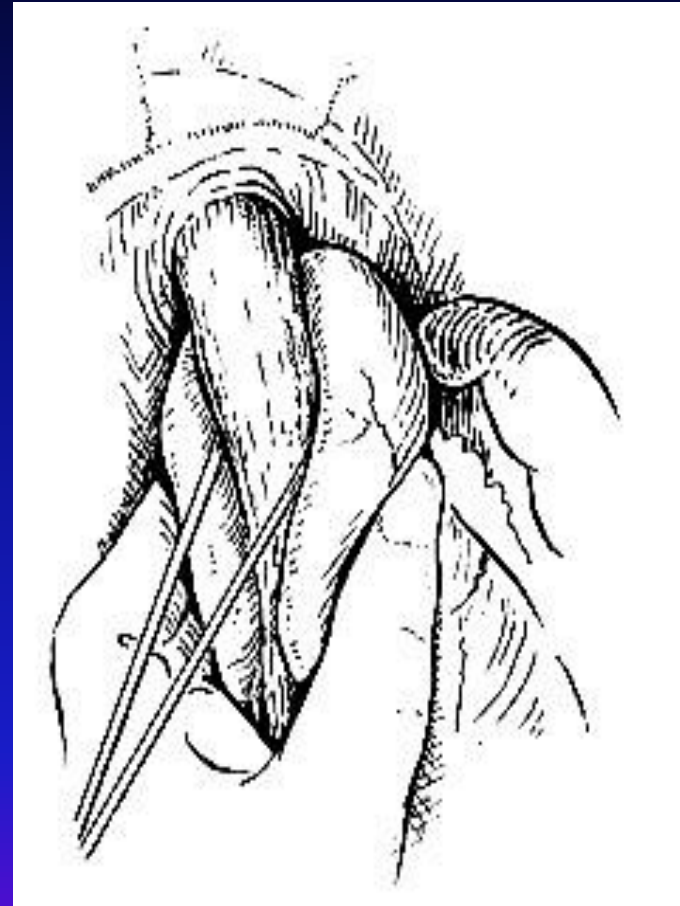


б) мобилизация забрюшинного отдела кардиальной части, пищевода и дна желудка

# Селективная проксимальная ваготомия:

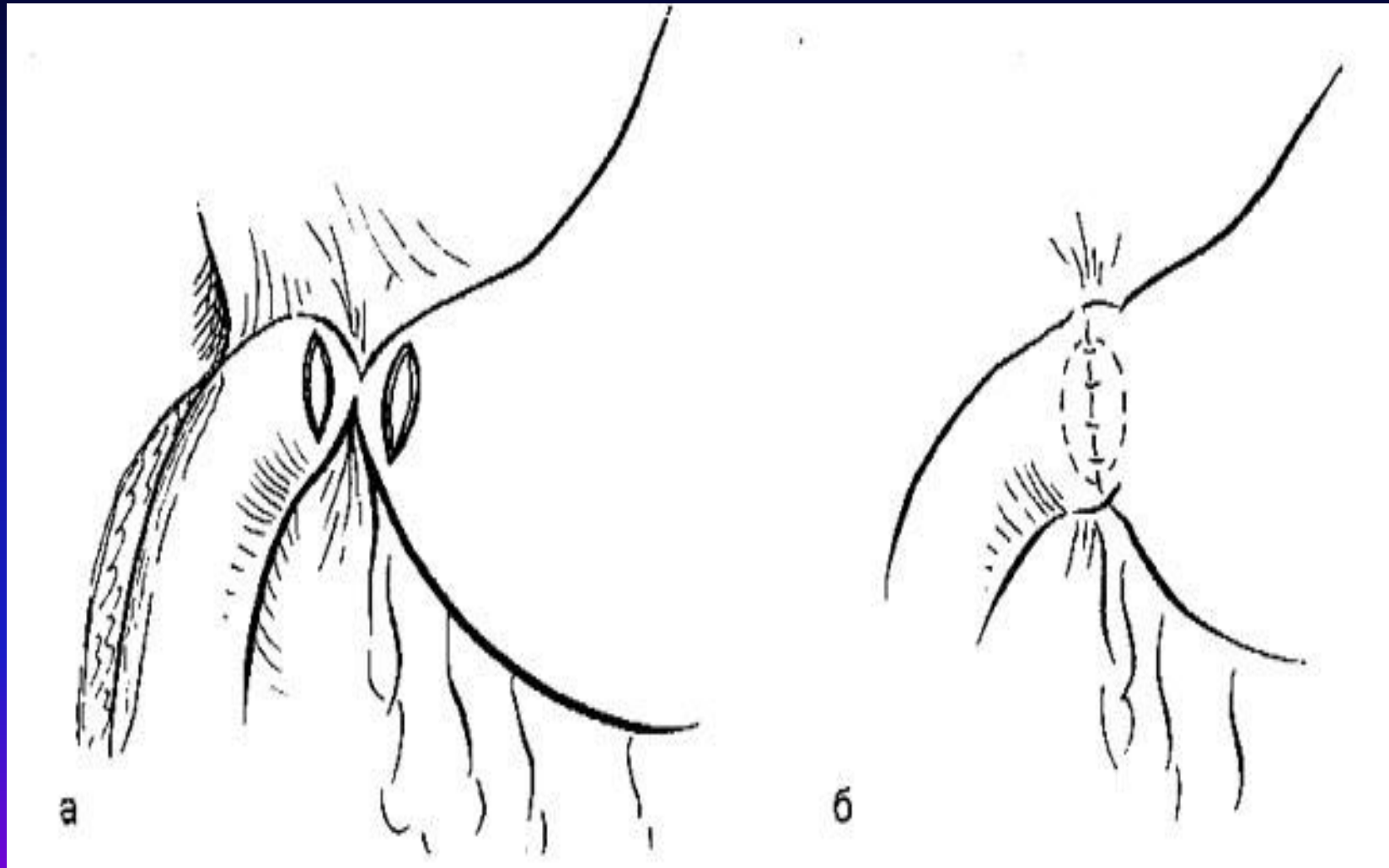


а) вариант мобилизации дна желудка



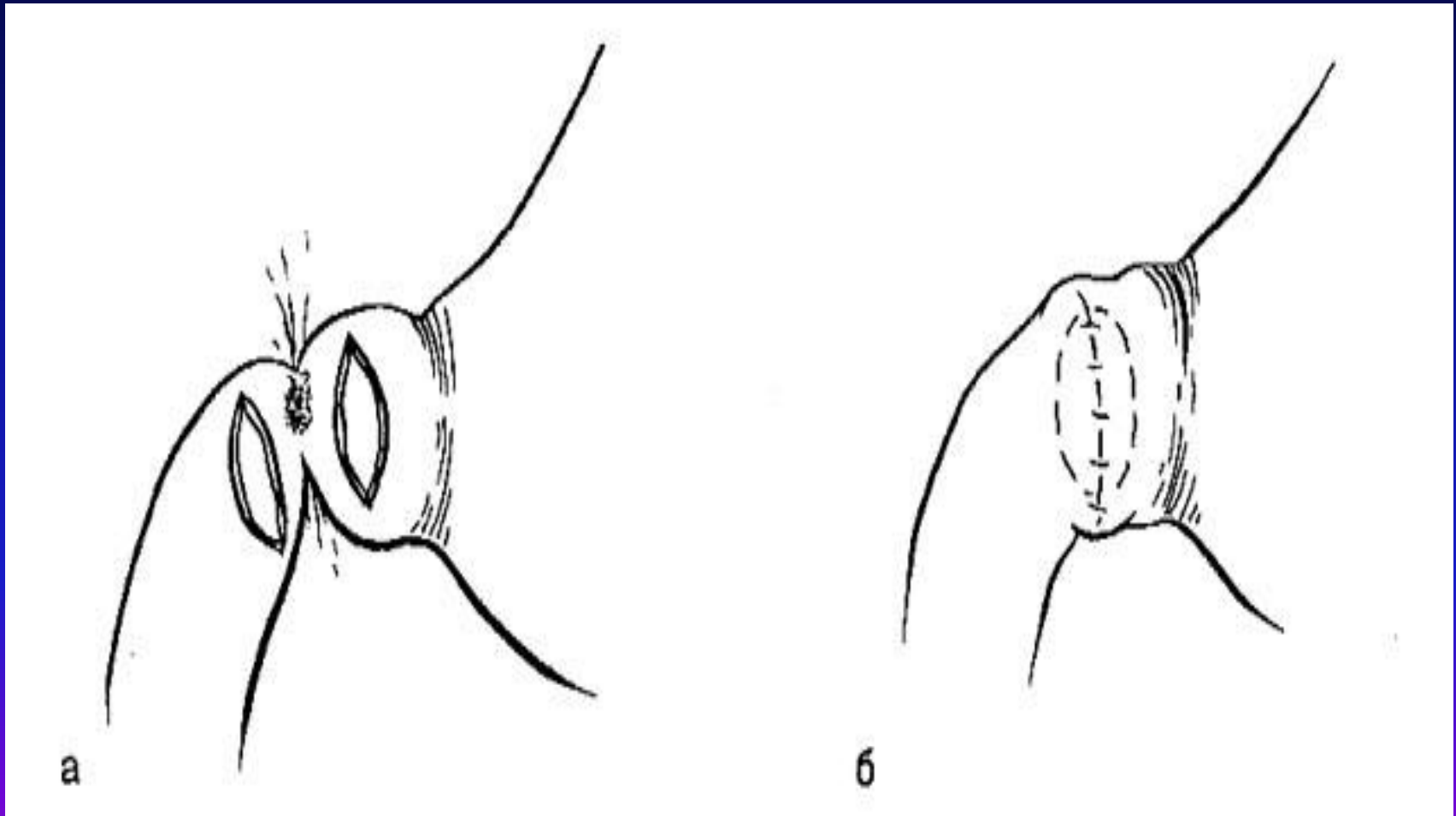
б) «примеривание» фундопликационной манжетки

# Поперечная гастродуоденостомия

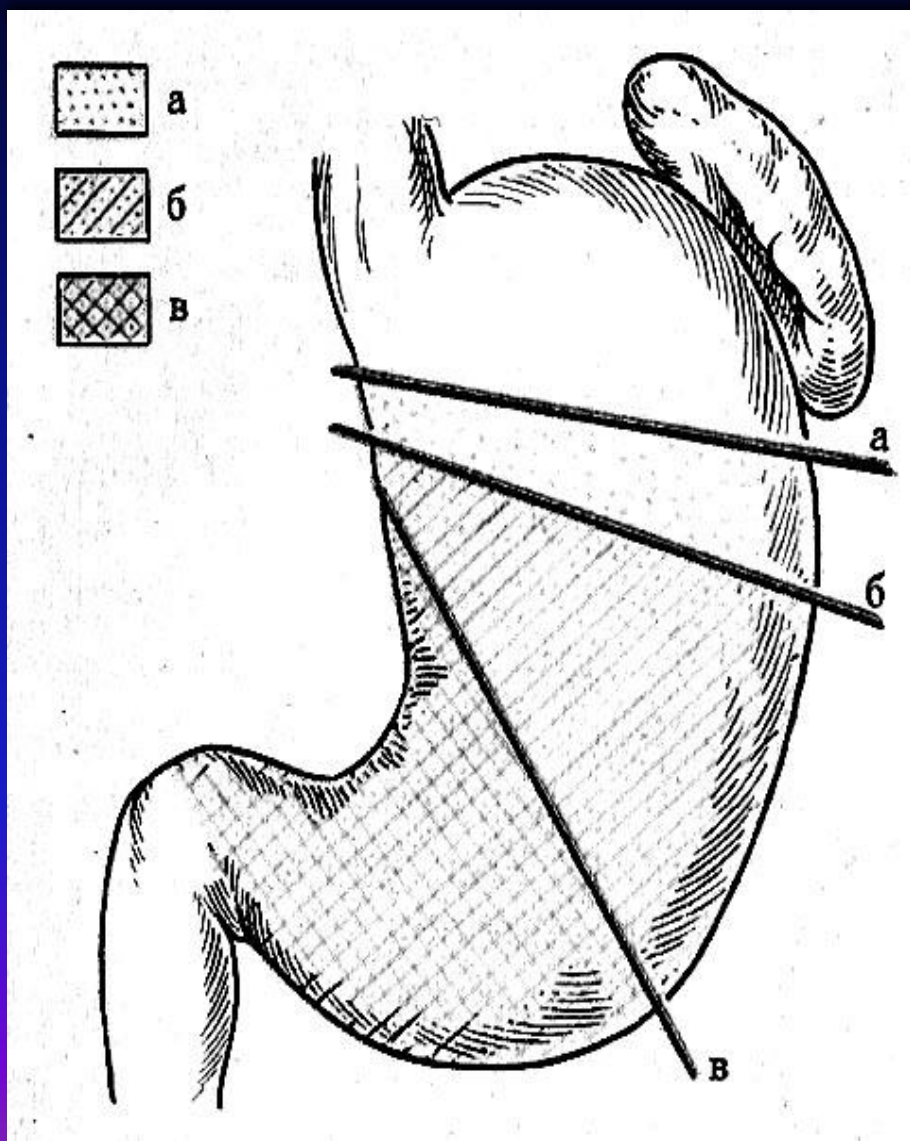




# Поперечная дуодено-дуоденостомия при постбульбарном стенозе



# Размеры удаляемой части желудка:

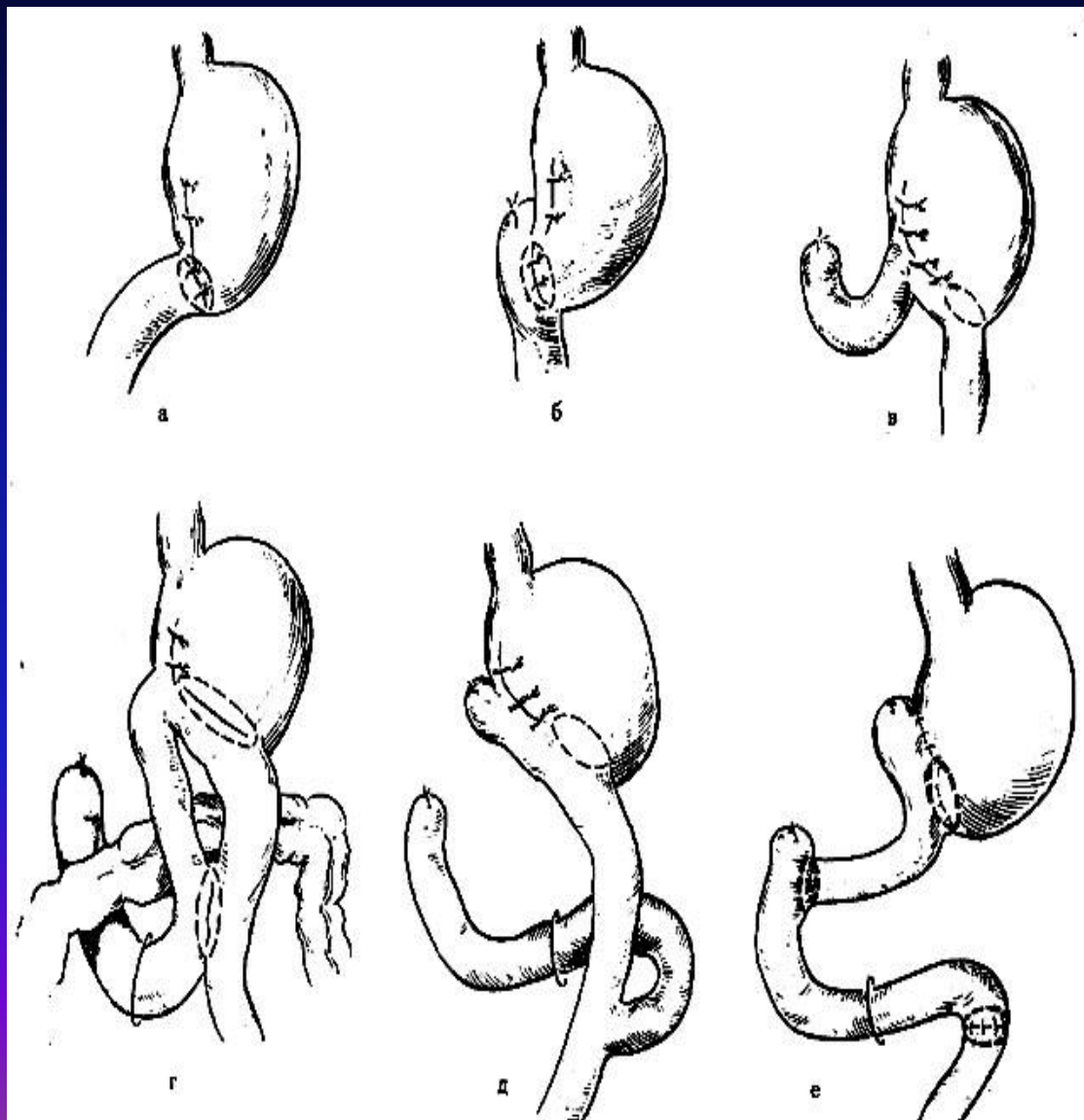


а) субтотальная резекция желудка

б) резекция 2/3 желудка

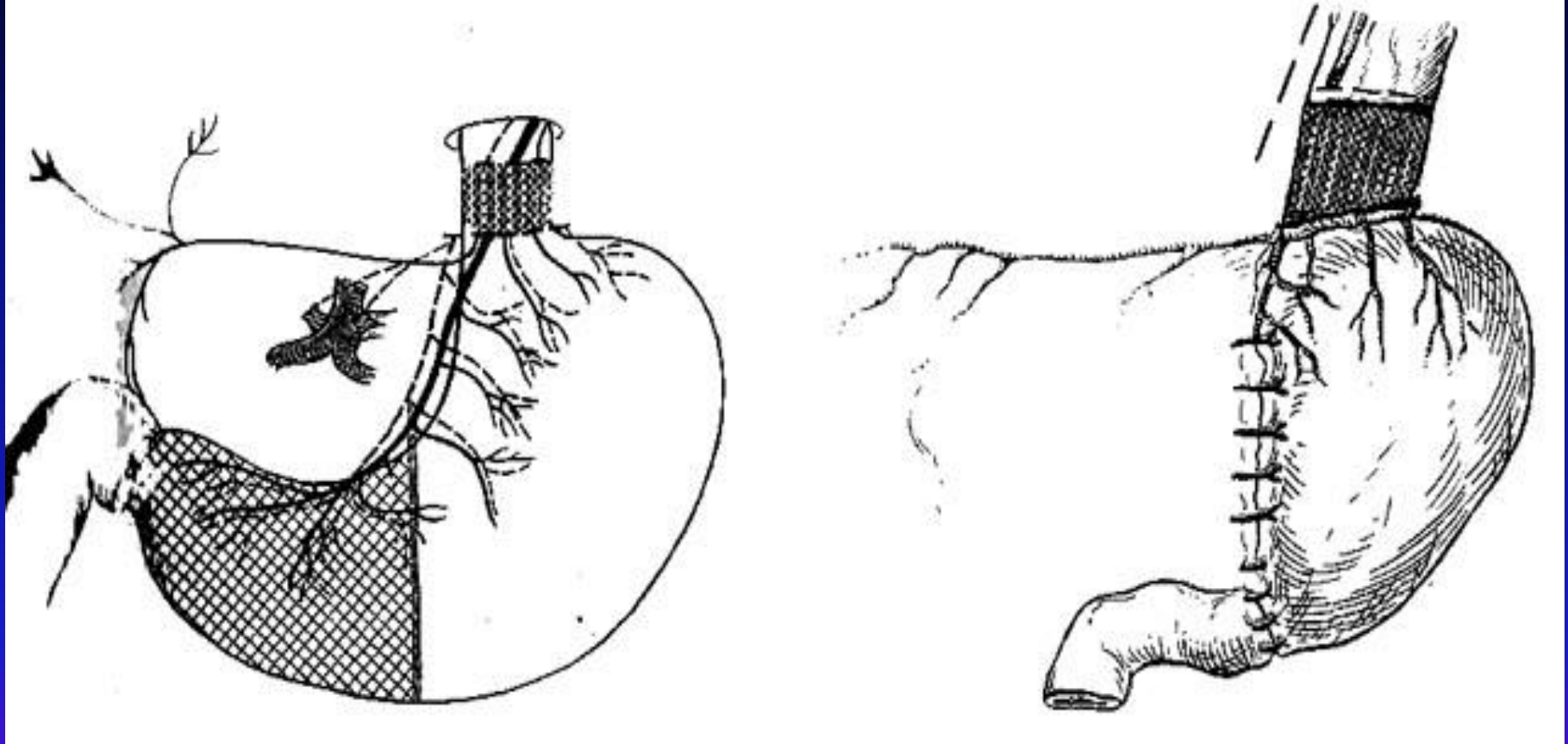
в) антрумэктомия

# Методы дистальной резекции желудка:



- а) по Бильрот I
- б) по Габереру-Финнею
- в) по Гофмейстеру-Финстереру
- г) по Бальфуру
- д) по Ру
- е) гастроеюнодуодено-пластика

# Антрумэктомия со стволовой ваготомией:



а) размеры удаляемой части желудка    б) анастомоз по Бильрот I

# Складки слизистой оболочки желудка

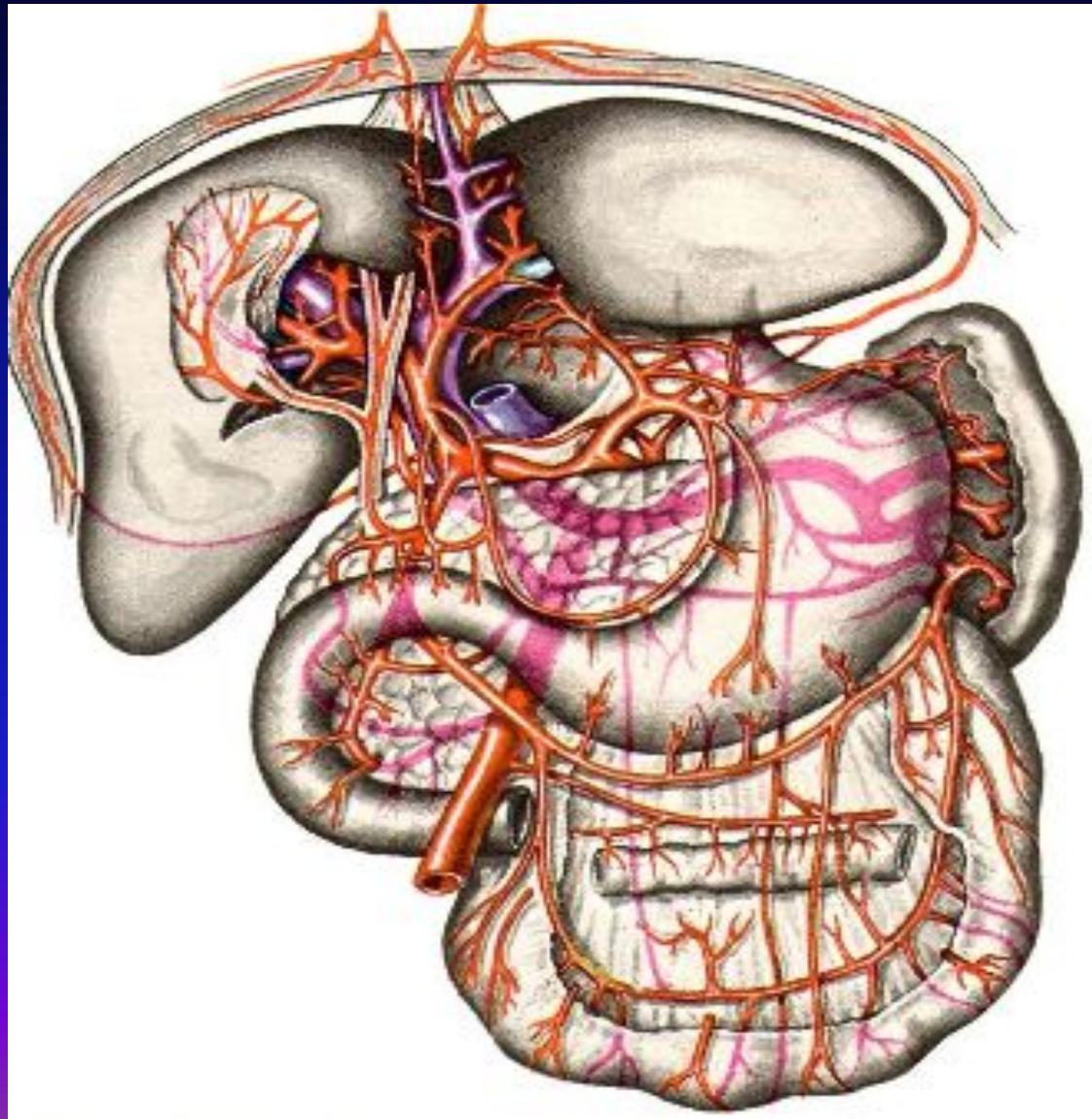
---





# Артериальное кольцо желудка

---

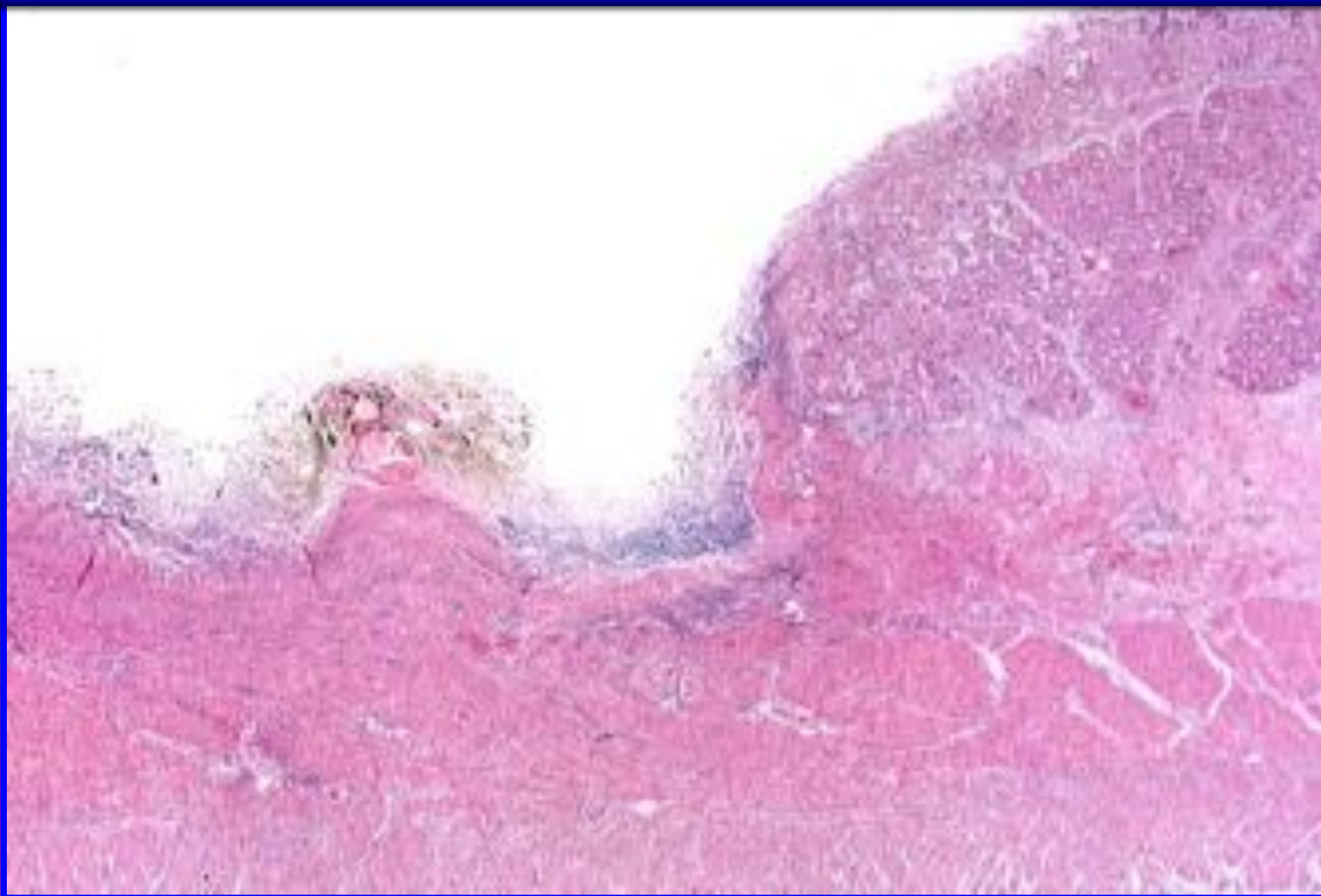


# Нормальная слизистая двенадцатиперстной кишки. Дуоденальные (бруннеровы) железы





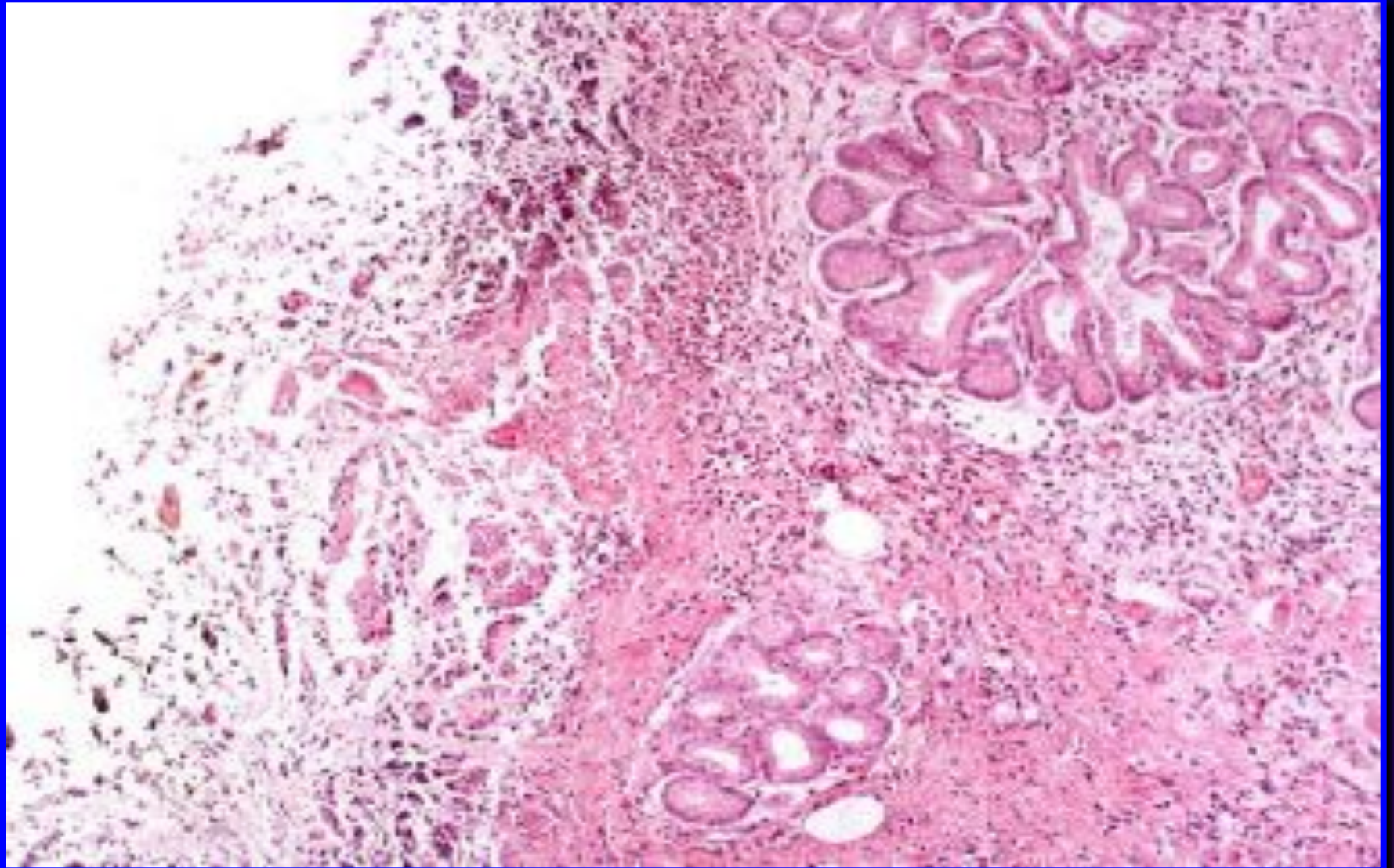
# Дуоденальная язва. Микропрепарат.





# Язва 12-ти перстной кишки: гиперплазия бруннеровых желез.

---



# Две язвы луковицы 12-ти перстной кишки

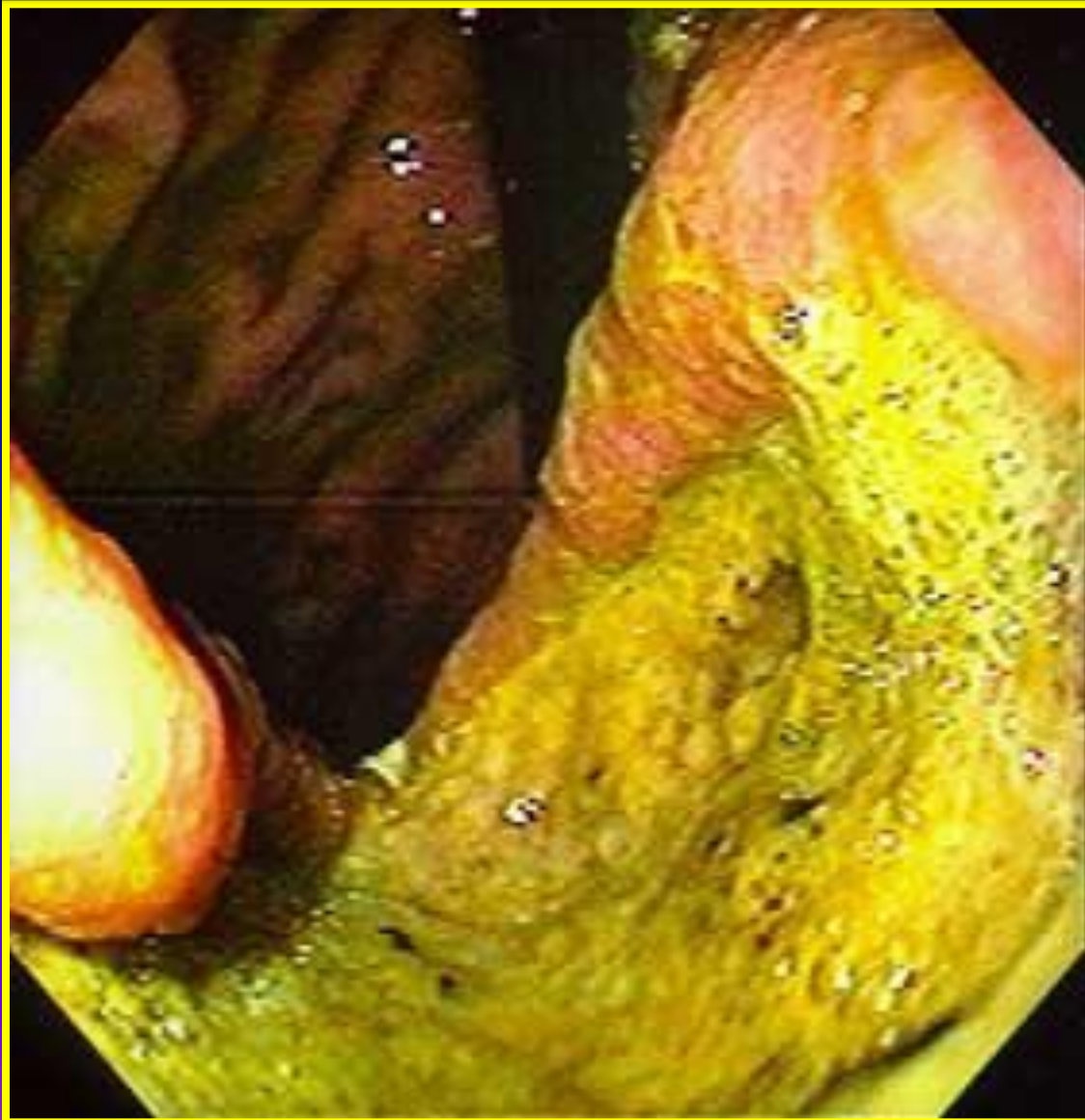
---





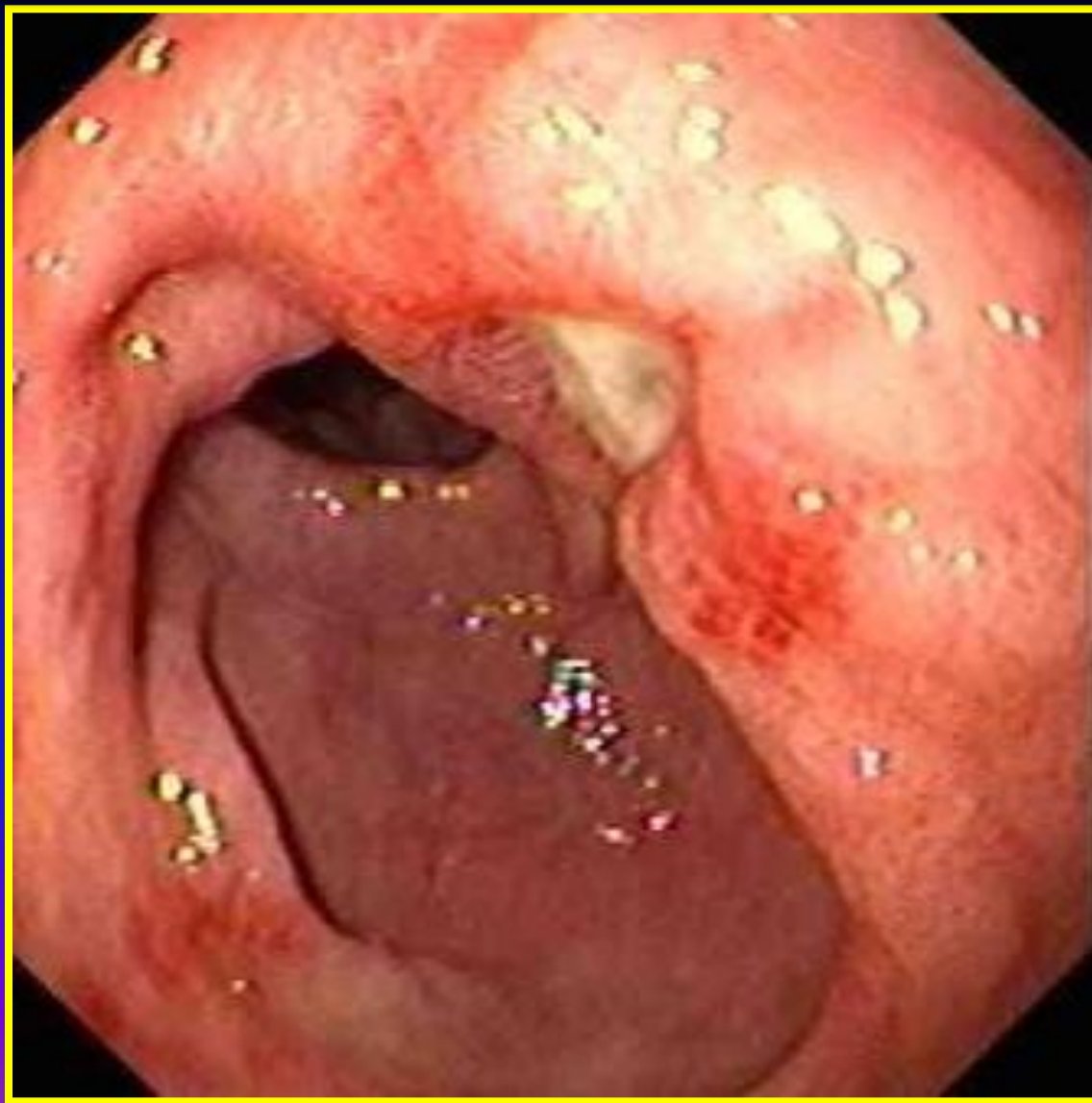
# Гигантская язва желудка

---



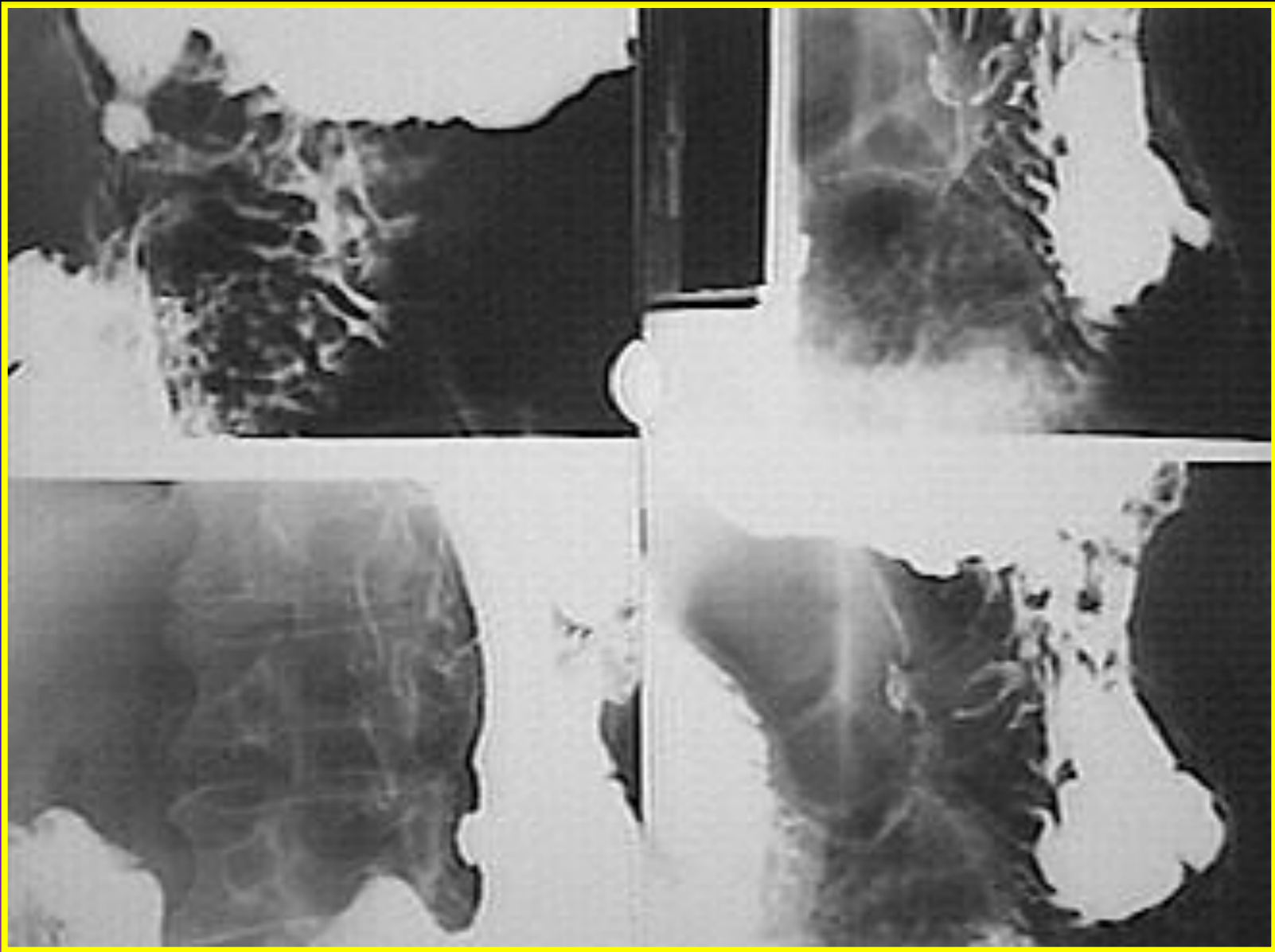
# Хроническая язва желудка

---



# Рентгенография – язва малой кривизны желудка

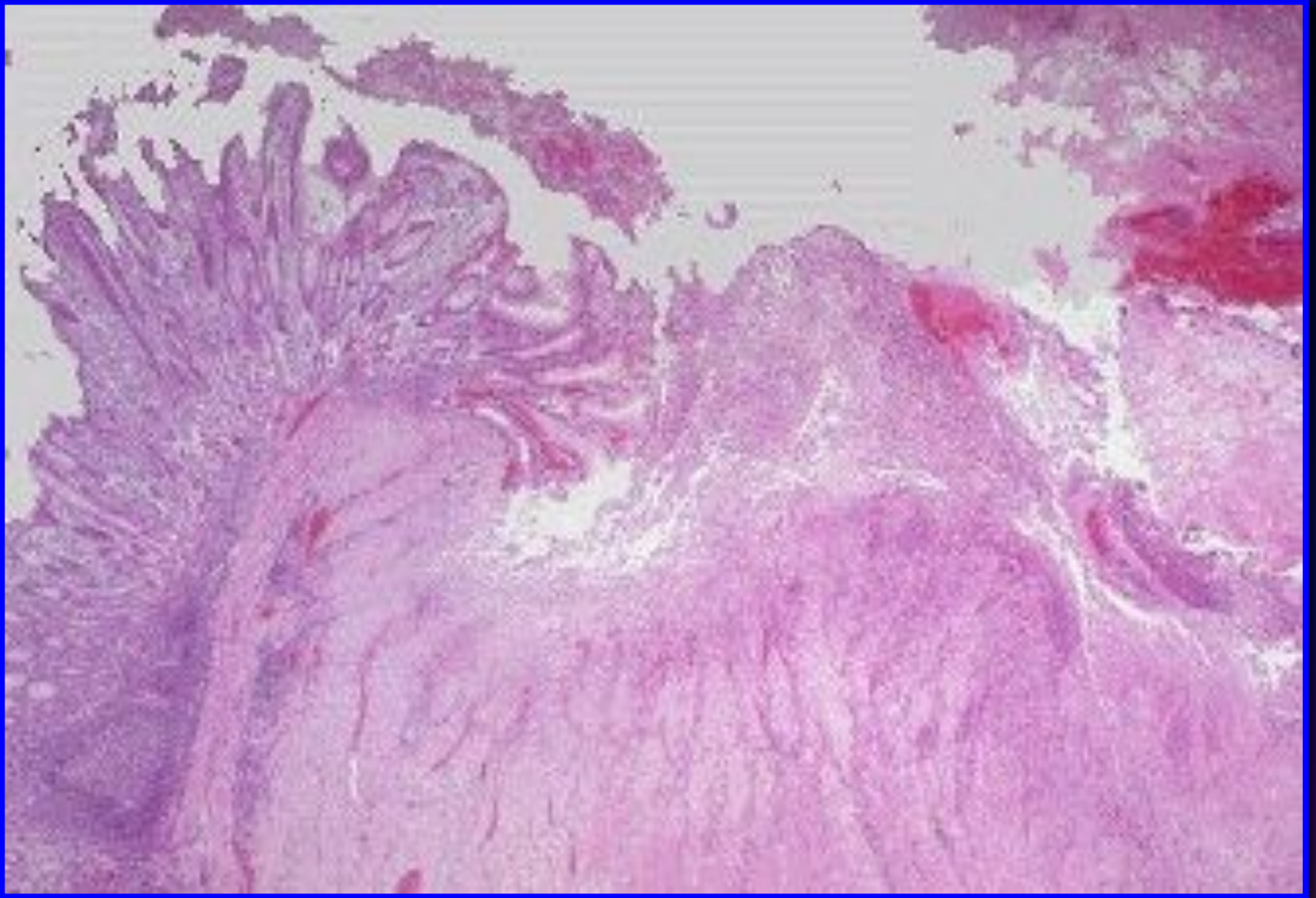
---





# Аррозия артерии в дне язвы желудка.

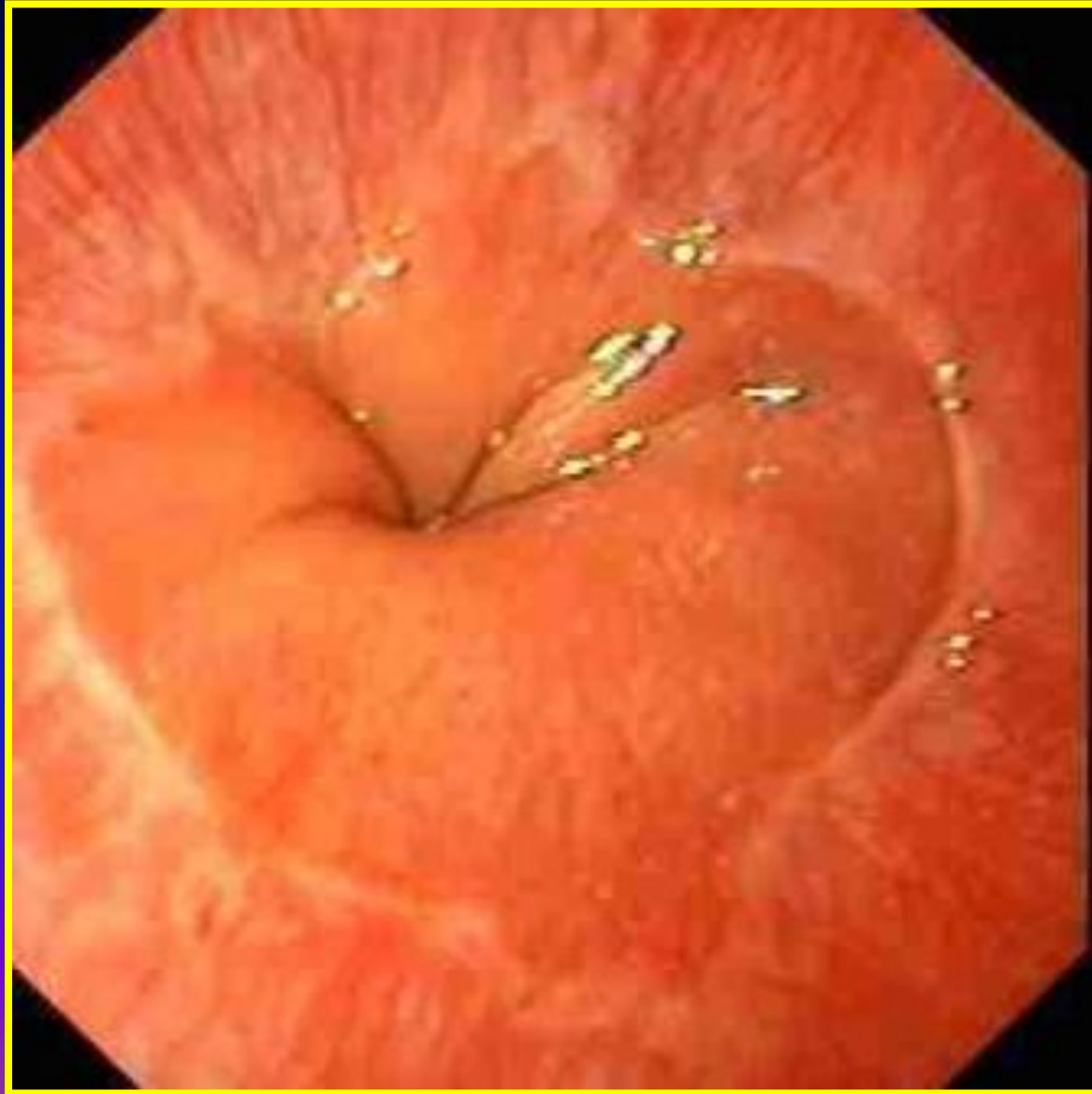
---





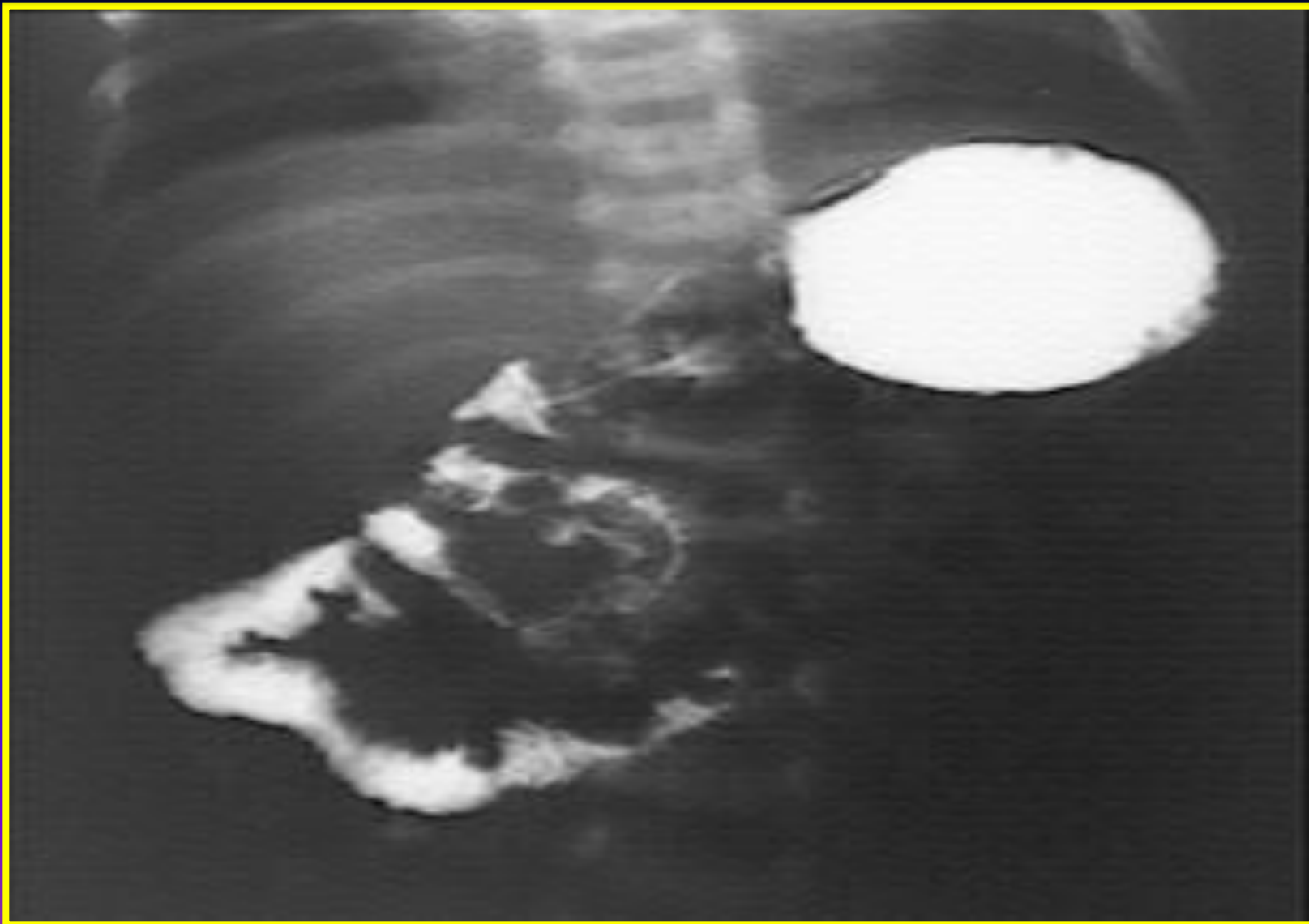
# Нормальная слизистая пилорического отдела желудка

---



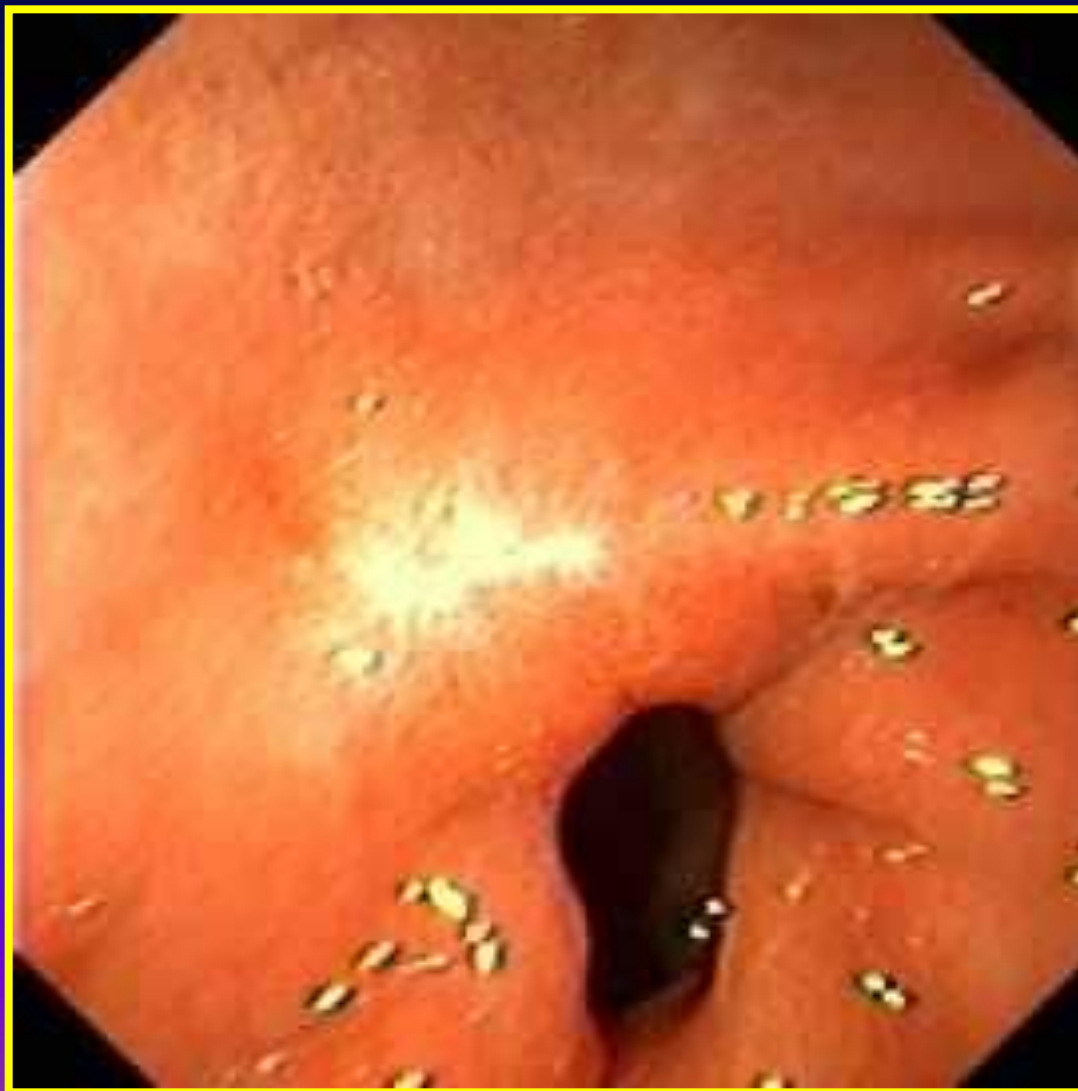
# Сужение постбульбарного отдела 12-ти перстной кишки.

---



# Деформация и сужение привратника при язвенной болезни.

---



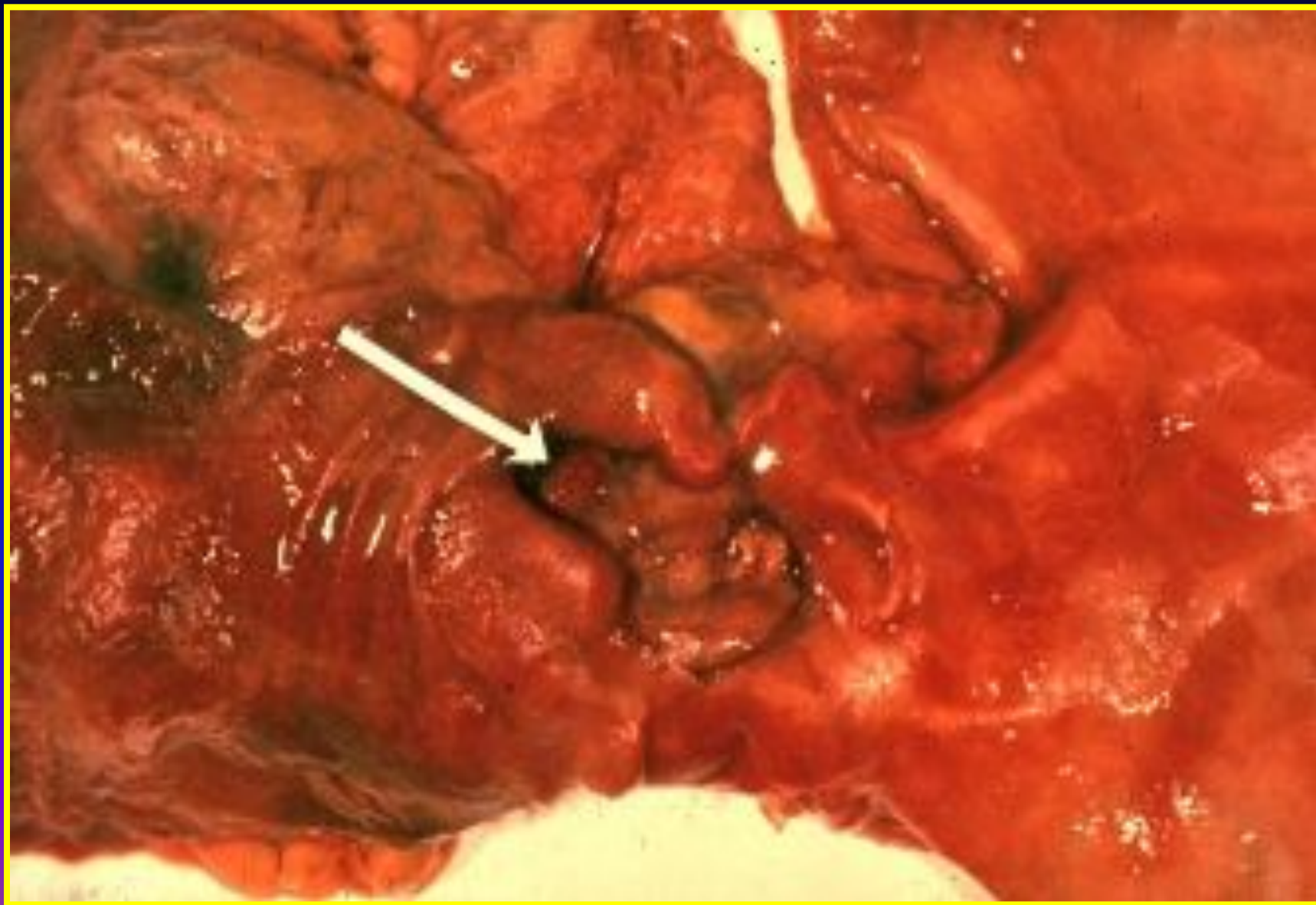
**Завершенная пенетрация язвы желудка в 12-ти перстную кишку с образованием «ложного привратника».**

---



# Пенетрация дуоденальной язвы. Макропрепарат.

---





# Пенетрирующая язва желудка.

---



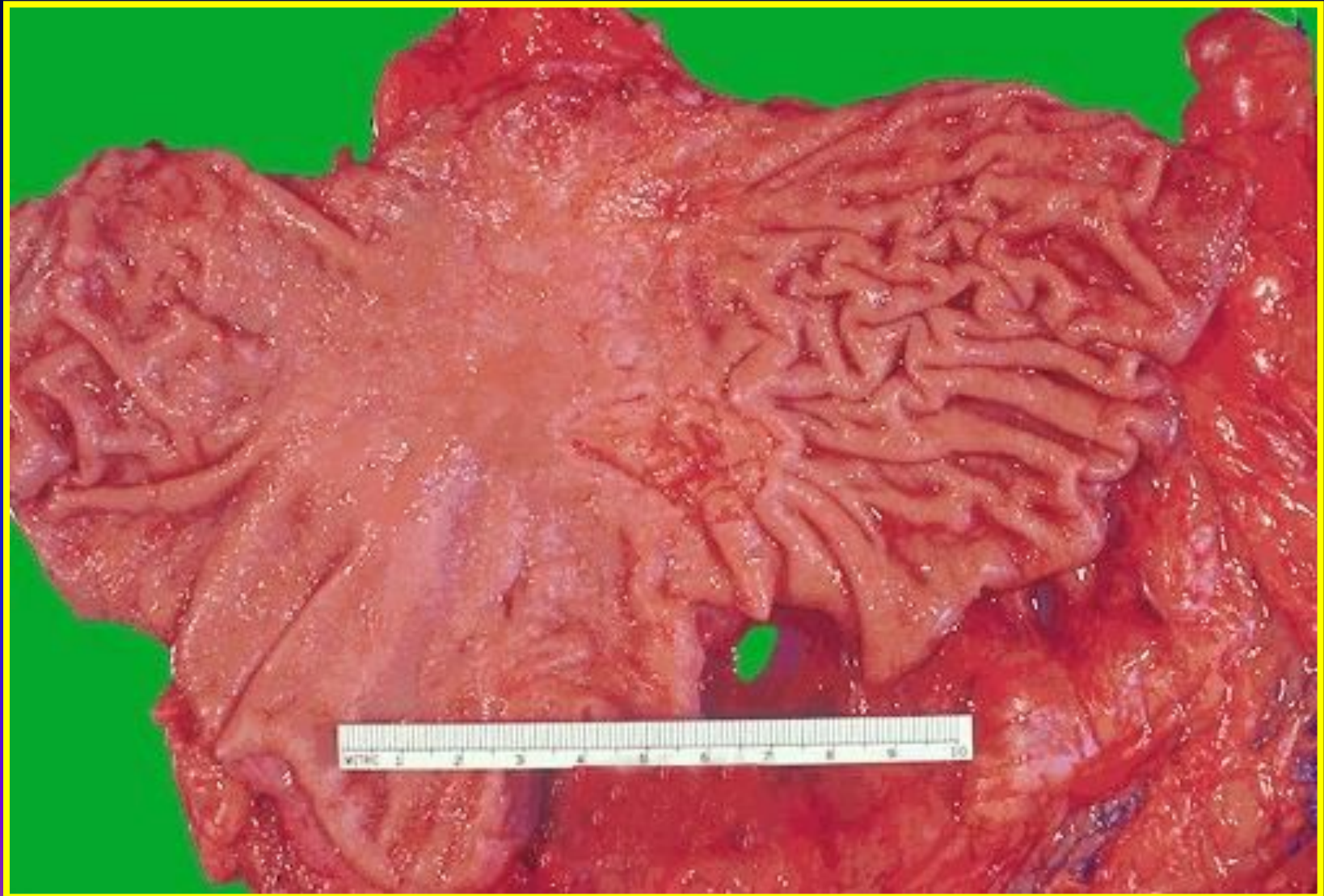


# Участки кишечной метаплазии в антральном отделе желудка.

---



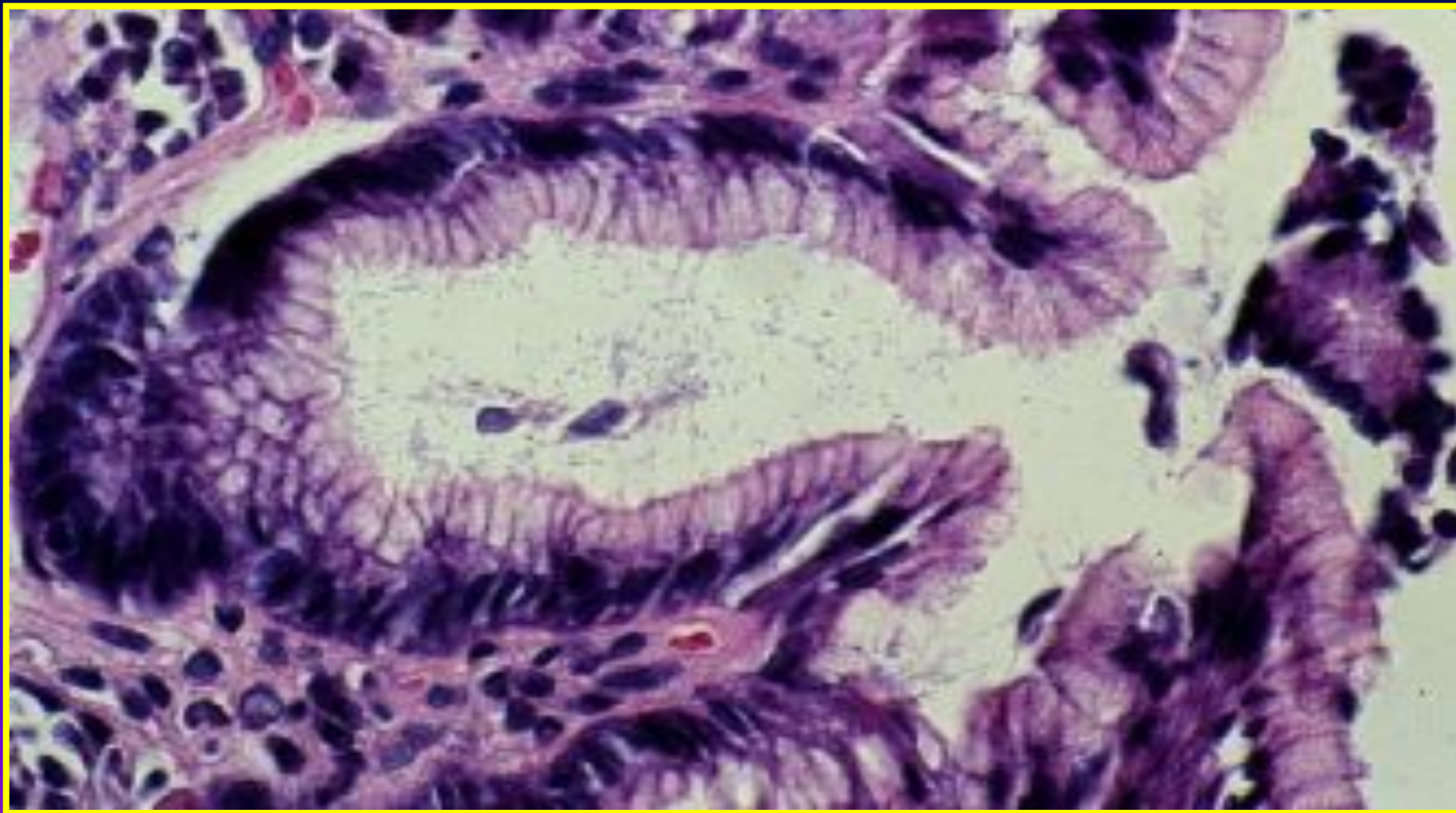
# Резецированный желудок с малигнизированной язвой (по данным биопсии)





**В просветах ямок Н.Рулюгу обычно лежат свободно, не соединяясь с выстилающим их эпителием.**

---



**Острая язва желудка,  
расположенная в области его дна.**

---





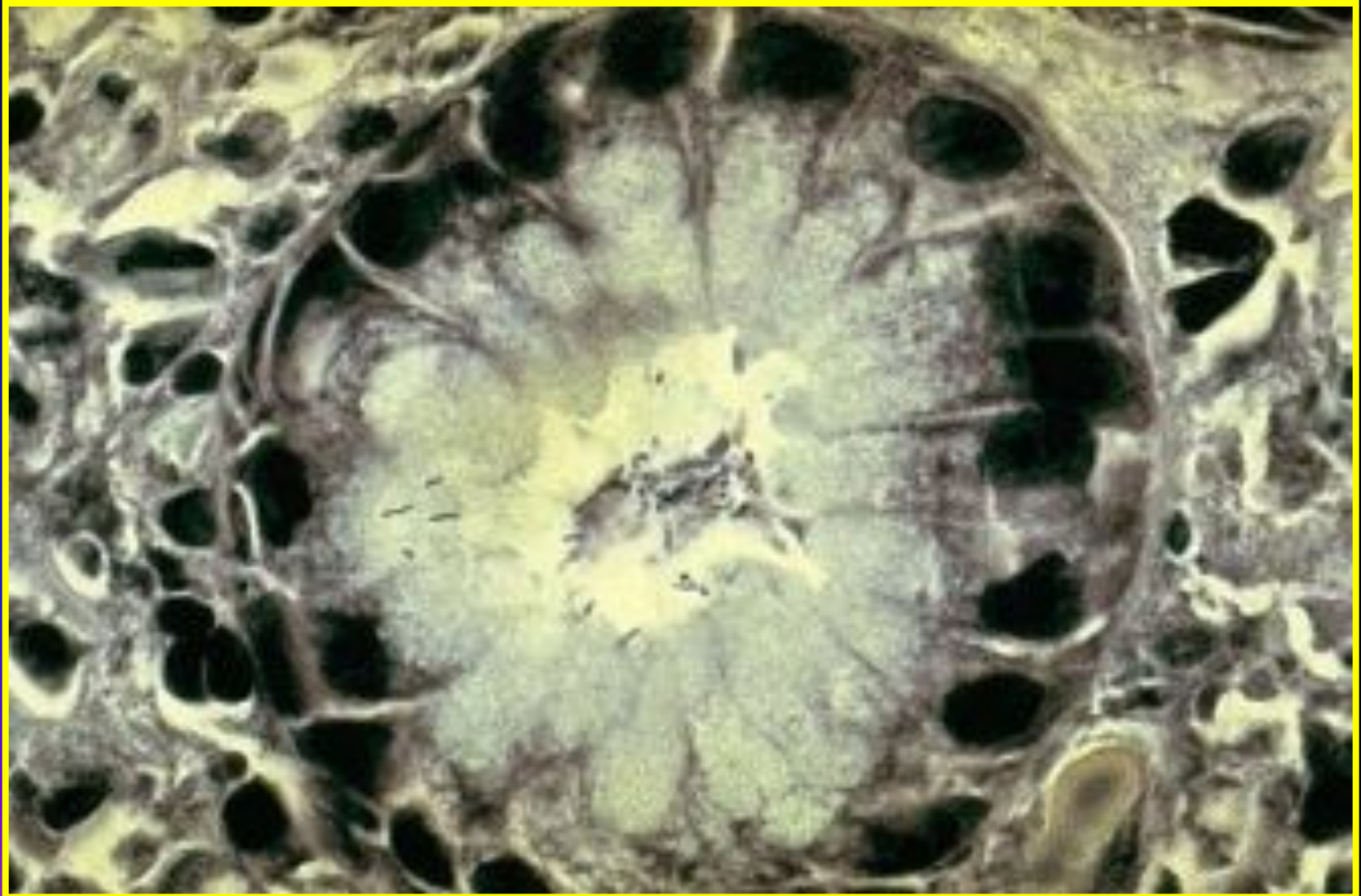
# **Хронический гастрит: истонченная и сглаженная слизистая со стертым рисунком складок.**

---



**Инфицирование *H. Pylori* – бактерия основывается в поверхностной эпителиальной слизи. Метиленовый синий.**

---





# Н.Рylorу в просвете желудочных желез.

