

Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки

Лектор

Захохов Руслан Максидович

К. М. Н.

Зав.кафедрой общей хирургии

Гастрит



Геморрагические эрозии желудка



Большой полип



Язва желудка



Лейомиома больших размеров



Патогенез

Гастритическая
фаза

Язвенно-гастри-
тическая

Кровоточащая
язва

Висцеропатичес-
кая язва

Пенетрирующая
язва

Осложнения

```
graph TD; A[Осложнения] --- B[Язвенно-гастритическая фаза]; A --- C[Перфорация]; A --- D[Стеноз]; D --- E[Дистрофическая фаза];
```

The diagram is a flowchart with a light green background on the left. At the top, the word "Осложнения" (Complications) is written in bold black text. A thick dark green horizontal bar is positioned below the title. A vertical line descends from the center of this bar. From this line, three branches emerge: one to the right leading to a rounded orange box containing "Язвенно-гастритическая фаза" (Ulcer-gastritic phase); one to the left leading to a rounded orange box containing "Перфорация" (Perforation); and one to the right leading to a rounded orange box containing "Стеноз" (Stenosis). From the bottom of the "Стеноз" box, another vertical line descends to a rounded orange box containing "Дистрофическая фаза" (Dystrophic phase).

Язвенно-гастритическая фаза

Перфорация

Стеноз

Дистрофическая фаза

Показания к операции

Абсолютные

1. *Перфорация язвы*
2. Профузное гастродуоденальное кровотечение
3. Грубые рубцовые деформации, нарушающие эвакуацию из желудка:
 - а) стеноз привратника;
 - б) деформация желудка типа «песочных часов»;
 - в) кистный желудок (деформация типа «улитки»)
4. Обоснованное подозрение на злокачественный характер язвы

Показания к операции

Относительные показания (почти целиком относятся к дуоденальным язвам)

1. Висцеропатическая стадия заболевания
2. Пенетрация язвы
3. Множественные язвы
4. Сочетанные язвы
5. Гигантские язвы (более 3 см. в диаметре)
6. Рецидив заболевания после ушивания прободной язвы
7. Повторные кровотечения в анамнезе
8. Язвы пилорического канала
9. Возраст старше 50 лет

Методы оперативного лечения язвенной болезни

- Резекционные методы

1. Классическая резекция 2/3 желудка
2. Антральная резекция желудка

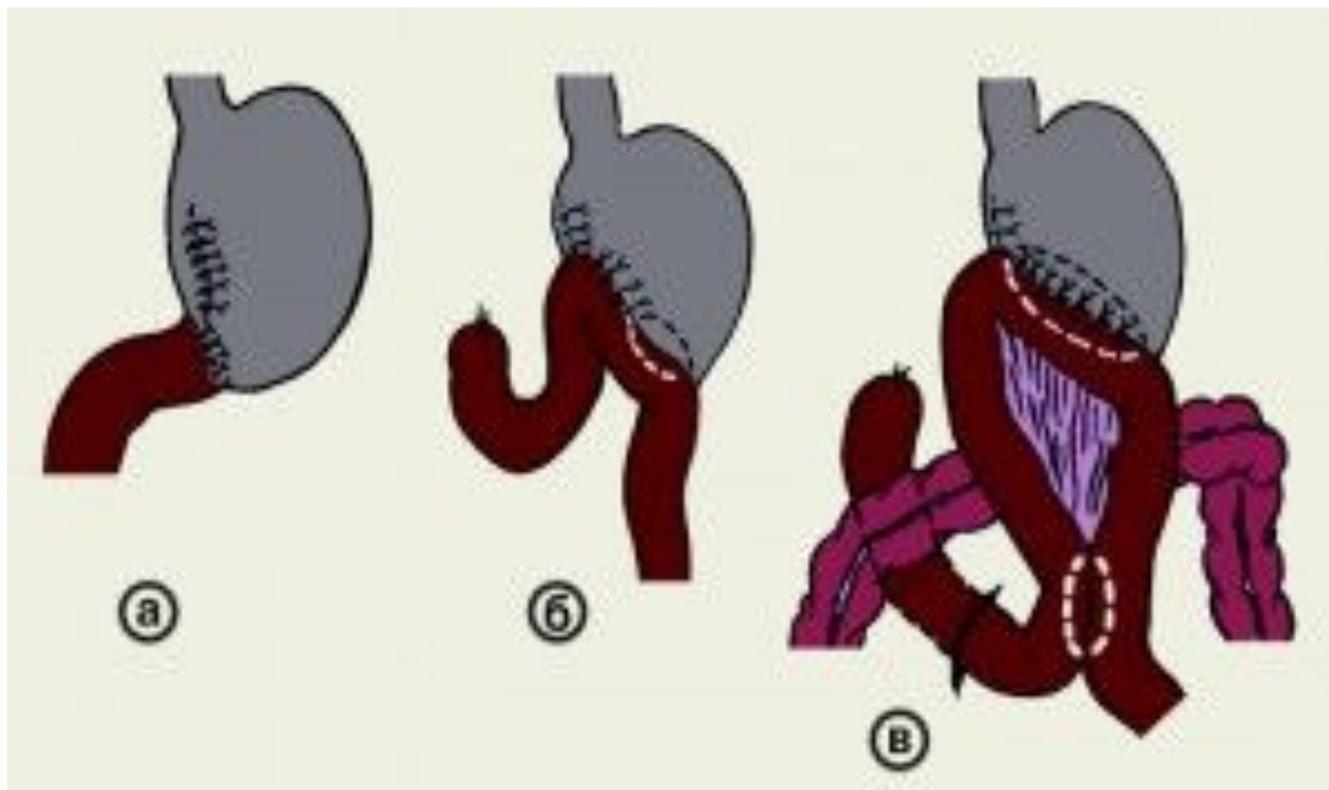
Варианты завершения

- а) гастродуоданальный анастомоз (Бильрот-I)
- б) гастроеюноанастомоз (Бильрот- II)

- Органосберегающие операции

1. Ваготомия
 - а) Трункулярная поддифрагмальная (ТВ)
 - б) Селективная
 - в) Селективная проксимальная (СПВ)

Способы резекции желудка



Дренирующие операции

1. **Пилоропластика:**
 - а) по Гейнеке - Микуличу;
 - б) по Джадду;
2. **Гастродуоденоанастомозы:**
 - а) по Финнею – Габереру;
 - б) по Джабуле;
3. **Гастроэнтероанастомоз**
4. **Экономная резекция желудка**

Дифференциальная диагностика перфоративной язвы и острого панкреатита по данным о весовом значении симптомов

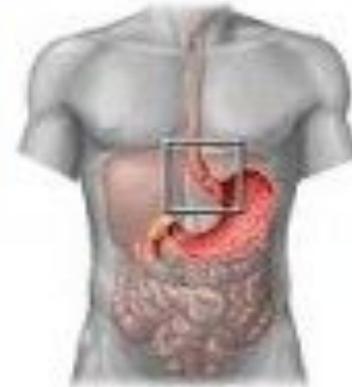
СИМПТОМЫ		ВЕСОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ
1.	Женщина	3
2.	Возраст 40 лет и старше	1
3.	Иррадиация болей в поясницу	4
4.	Погрешность в диете	1
5.	Отсутствие гастритического анамнеза	2
6.	Приступ повторный	3
7.	Питание повышено	2
8.	Отсутствие вынужденного положения	3
9.	Отсутствие двигательного беспокойства	1
10.	Живот участвует в дыхании	4
11.	Прослушивается перистальтика	3
12.	Отсутствие притупления в отлогих частях живота	2
13.	Отсутствие напряжения мышц передней брюшной стенки	4
14.	Печеночная тупость сохранена	3
15.	Симптом Щеткина отрицателен	4

Профузные Язвенные кровотечения

ПРИЗНАКИ

1. Рвота «кофейной гущей» или кровью
2. Мелена
3. Слабость
4. Головокружение
5. Холодный пот
6. Бледность кожи и слизистых
7. Жажда
8. Мелькание «мушек» перед глазами
9. Зевота
10. Тахикардия
11. Одышка
12. Олигурия
13. Падение артериального давления

Синдром Меллори-Вейса



Признаки кровотечения



Определение источника кровотечения

1. Анамнез
2. Объективное исследование
3. Рентгенологическое исследование
4. Фиброгастродуоденоскопия
5. Селективная целиакография

Определение масштабов кровопотери

1. По удельному весу крови. Удельный вес определяется по Ван Слайку при помощи стандартных растворов медного купороса. Кровопотеря равна $37 X (1.065 - \text{истинный удельный вес крови})$

2. По вязкости крови и гематокритной величине

$$\text{ДЦК}_m = 1000 \times V + 60 \times \text{Ht} - 6700$$

$$\text{ДЦК}_ж = 1000 \times V + 60 \times \text{Ht} - 6060$$

3. По номограмме

4. Лабораторные способы

Формула Moore

$$V_{\text{кр.}}(\text{мл}) = \text{ОЦК д.} \cdot \frac{Ht \text{ д.} - Ht \text{ ср.}}{Ht \text{ д.}}$$

$$\text{ОЦК д.} = m \text{ тела} \times 60 \text{ мл./кг (ж.)} \\ \times 70 \text{ мл./кг (м.)}$$

$$Ht \text{ д.} = 0.45 \text{ (м.)}$$

$$Ht \text{ д.} = 0.42 \text{ (ж.)}$$

Компенсация кровопотери по Lundegaard - Hansen

<i>Уровни кровопотери</i>	<i>Объем кровопотери в %</i>	<i>Объем трансфузии % к совокуп. кровопотере</i>	<i>Компенсаторные кровезамен. И их соотношение</i>
1.	До 10%	150%	Кристаллоиды в сочетании с коллоидами (0.7 + 0.3)
2.	До 20%	170%	Коллоиды и кристаллоиды (0.5 + 0.5)
3.	21 – 40 %	180%	Эритроцит. масса альбумин, коллоиды, кристаллоиды (0.3 + 0.3 + 0.3)

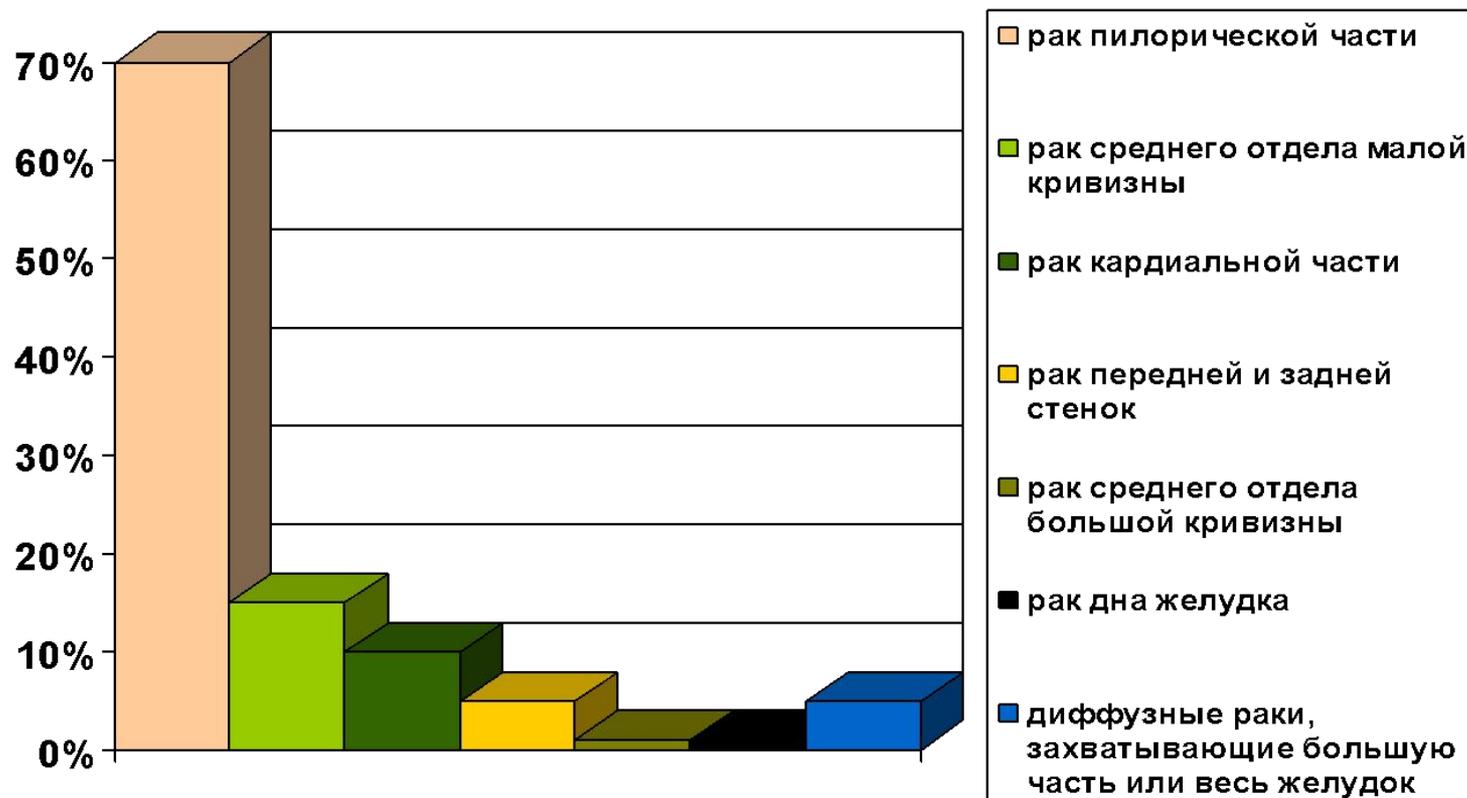
Ранний рак желудка



Рак желудка (аденокарцинома) больших размеров



Локализация рака желудка



Классификация

Стадии

1 СТАДИЯ

Четко ограниченная опухоль на слизистой, не выходит за пределы подслизистого слоя, диаметром до 2-х см. Регионарных метастазов нет.

2 СТАДИЯ

Опухоль диаметром до 5 см, прорастает в мышечный слой, но не прорастает серозу. Желудок подвижен. Могут быть единичные регионарные метастазы.

3 СТАДИЯ

Опухоль размером от 5 до 10 см, прорастает всю стенку желудка, но не врастает в соседние органы. Множественные регионарные метастазы.

4 СТАДИЯ

Опухоль более 10 см в диаметре, прорастает в соседние органы. Опухоли любого размера при наличии отдаленных метастазов.

Классификация по TNM

T – опухоль;

Tis - «рак на месте». Внутриэпителиальная опухоль без прорыва базальных мембран;

T 1 - опухоль ограничена только слизистым и подслизистым слоем, независимо от распространения. К этой разновидности следует относить малигнизированный полип на ножке или на широком основании, карциноматозную эрозию или зону карциноматозной эрозии по краю или в окружности пептической язвы;

T 2 - опухоль с глубокой инвазией, занимает не более половины одного анатомического отдела;

T 3 - опухоль с глубокой инвазией более половины одного анатомического отдела;

T 4 - опухоль занимает более одного анатомического отдел или распространяется на соседние структуры

Классификация по TNM

N – регионарные лимфатические узлы;

NX + a – поражение только перигастральных лимфатических узлов;

NX + б – поражение других лимфатических узлов, которые можно удалить во время операции, расположенных вдоль левой желудочной, чревной, общей печеночной и селезеночной артерий и печеночно-дуоденальной связки;

NX + c – поражение лимфатических узлов, которые не удастся удалить во время операции, расположенных вдоль брюшной аорты, мезентериальной или подвздошной артерии;

M - отдаленные метастазы;

MO – нет признаков отдаленных метастазов

M1 – имеются отдаленные метастазы

Дифференциальный диагноз рака желудка

С заболеваниями желудка

1. Язвенная болезнь
2. Гастрит
3. Болезнь Менетрие
4. Перигастрит
5. Полипы желудка
6. Сифилис желудка
7. Туберкулез желудка
8. Липома, миома, фиброма.

Дифференциальный диагноз рака желудка

С заболеваниями, не связанными с желудком

1. Опухоли и кисты печени
2. Опухоли и кисты поджелудочной железы
3. Опухоли поперечно-ободочной кишки
4. Забрюшинные опухоли
5. Спленомегалия
6. Лимфогранулематоз
7. В12 – дефицитная анемия

Хирургическое лечение рака желудка

Радикальные операции (1, 2, 3 стадии)

1. Субтотальная дистальная резекция желудка (при экзофитных опухолях пилорического отдела)
2. Субтотальная проксимальная резекция желудка (при экзофитных опухолях кардии)
3. Гастрэктомия (при экзофитных распространенных опухолях, эндофитных опухолях любой локализации)

Паллиативные операции (4 стадия)

1. Гастроэнтероанастомоз (при опухолях пилорического отдела, вызвавших стеноз привратника)
2. Гастростомия (при стенозирующих опухолях кардии)
3. Еюностомия (при стенозирующих тотальных раках)