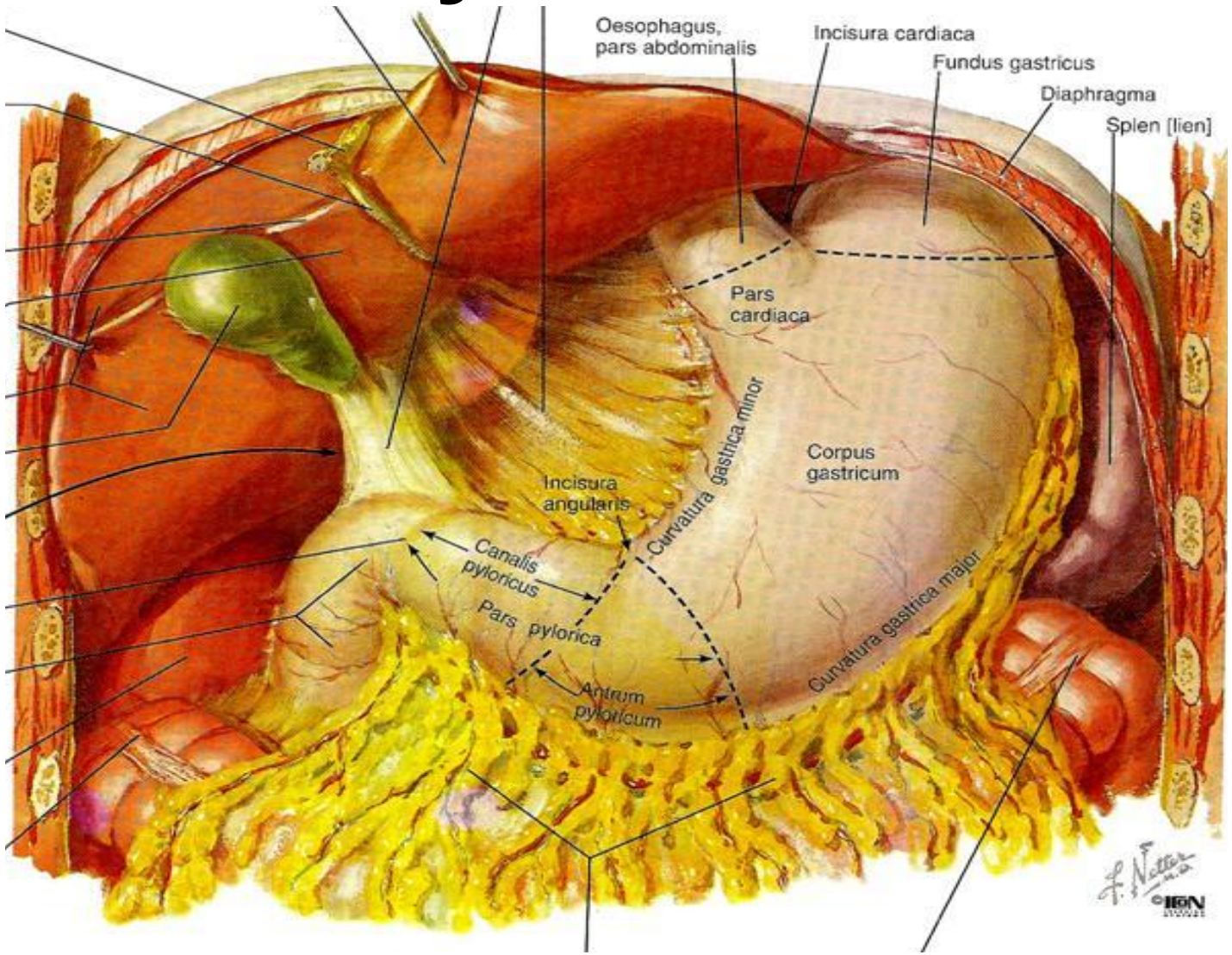
Желудок

Анатомия
Физиология
Виды дисфункций

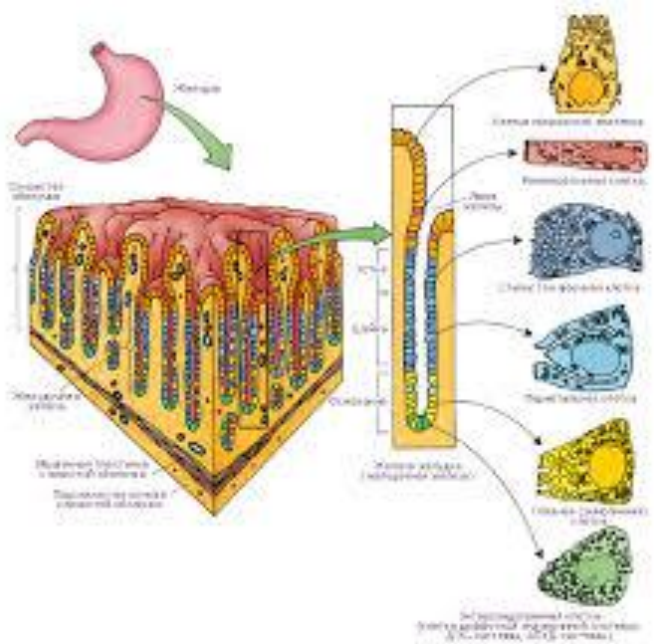
Коррекции

Мизонова И.Б.

Желудок


Oesophagus, pars abdominalis
Incisura cardiaca
Fundus gastricus
Diaphragma
Splen [lien]
Pars cardiaca
Corpus gastricum
Curvatura gastrica minor
Incisura angularis
Canalis pyloricus
Pars pylorica
Antrum pyloricum
Curvatura gastrica major

Желудок имеет форму мешка, получает пищевые массы из пищевода, формирует жидкую кислую массу – химус, и доставляет его в 12-ти перстную кишку. Это самый расширенный отдел пищеварительного тракта, вмещает до 1500 содержимого при максимальном растяжении. Желудок опражняется в 12-ти перстную кишку небольшими порциями. В желудке пища разжижается и переваривается благодаря наличию в желудочном соке соляно в.



ЖЕЛУДОК ЧЕЛОВЕКА
ПИЩЕВОД
ДНО ЖЕЛУДКА
ЖЕЛУДОК
КАРДИЯ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНАЯ КИШКА
МАЛАЯ КРИВИЗНА
ТЕЛО ЖЕЛУДКА
ПРИВРАТНИК
ПИЛОРИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ
БОЛЬШАЯ КРИВИЗНА

Строение желудка

Передняя стенка,направлена кпереди и цефалически

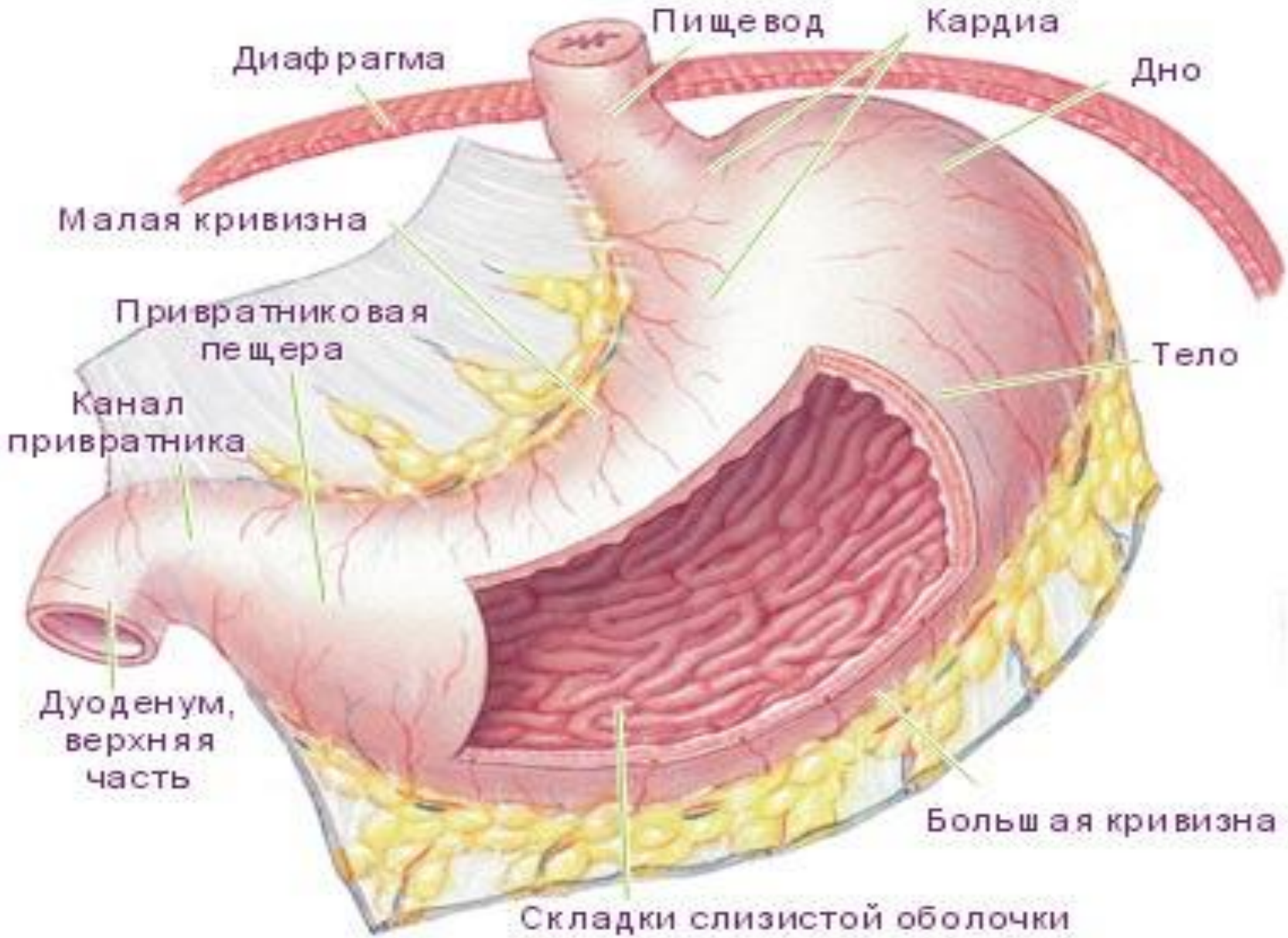
Задняя стенка-кзади и каудально

Место схождения –**малая кривизна** –направлена вверх и вправо и **большая кривизна**-вниз и влево.

Строение желудка

Кардиальное отверстие

- Место впадения пищевода в желудок.
- Прилежайшая часть называется **кардиальной.**
- Мышечный слой кардии желудка образует сфинктер, препятствующий обратному движению пищи из желудка в пищевод.


Пищевод
Кардиа
Диафрагма
Дно
Малая кривизна
Привратниковая пещера
Тело
Канал привратника
Дуоденум, верхняя часть
Большая кривизна
Складки слизистой оболочки

Строение желудка

Дно желудка(свод)
fornix

- Куполообразное расширение слева от кардиального сфинктера.
- Расположено выше горизонтальной линии, проходящей через кардиальный отдел.

Строение желудка

Тело желудка(corpus)

- Средняя часть желудка, между кардиальной и пилорической частями.

Строение желудка

Привратник (pylorus)

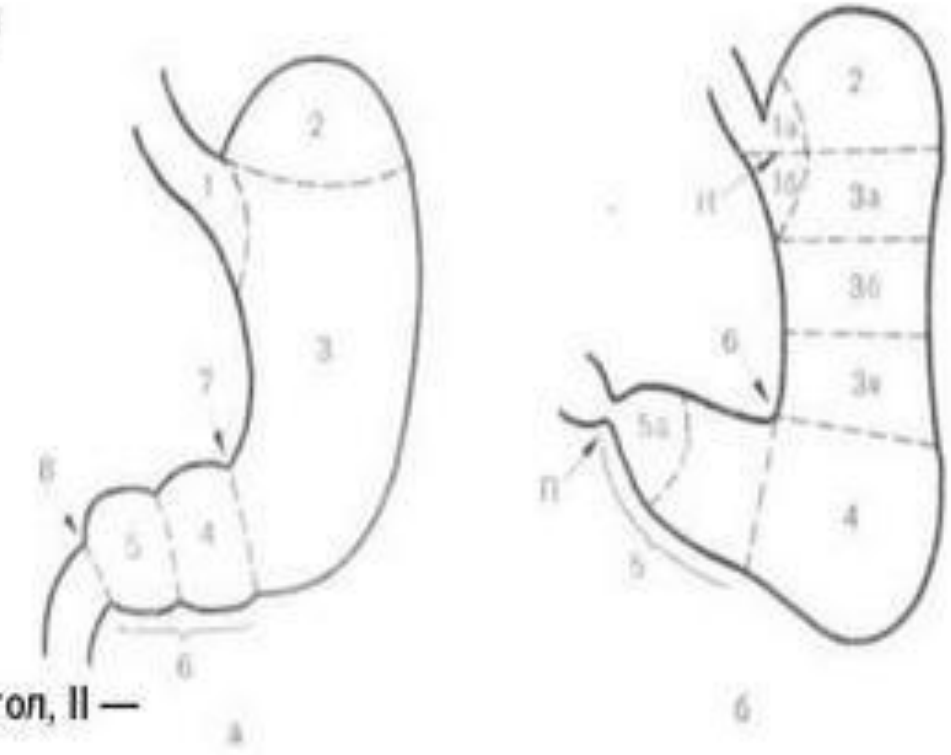
- Место перехода желудка в двенадцатиперстную кишку.
- Является сфинктером выходного отдела желудка.
- Пилорическая часть делится на антрум и канал.

Рентген-анатомия желудка

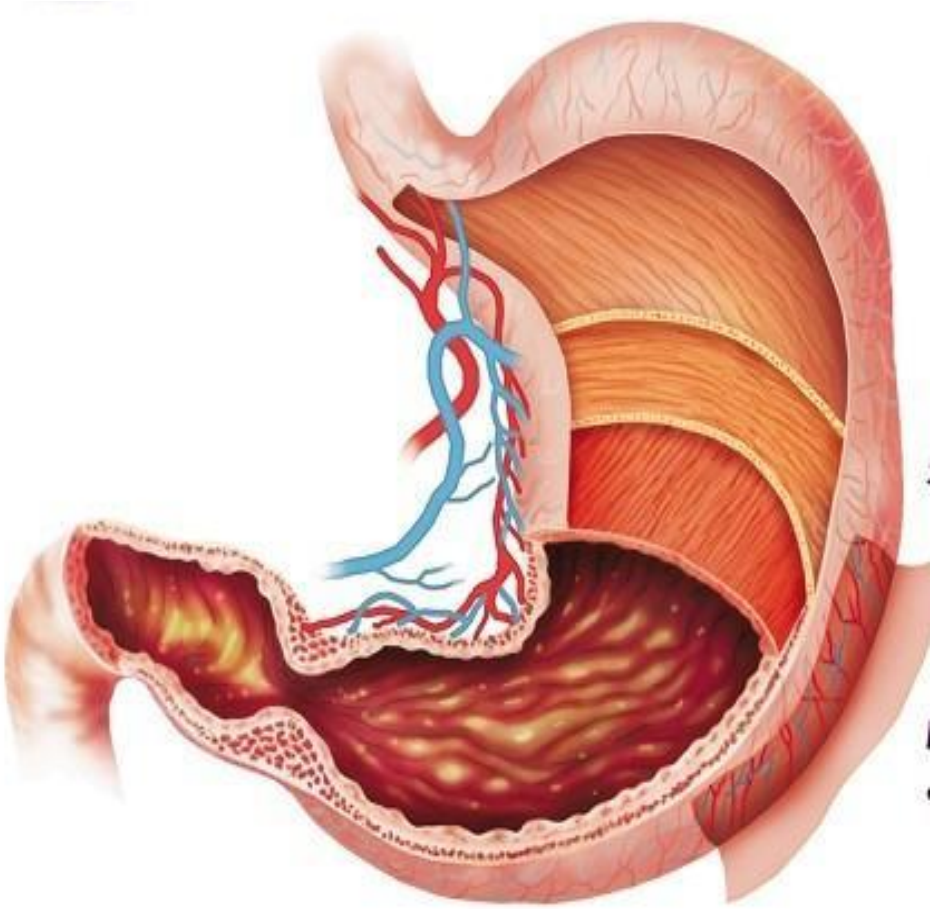
Рентгенологическая картина нормального желудка человека имеет свои особенности. В основе ее лежат функциональная анатомия и отчасти физиологические процессы, происходящие в желудке человека.

Схема желудка.

а — деление желудка и названия его частей, принятые в анатомии; 1 — кардиальная часть,
2 — дно, 3 —тело, 4 — привратниковое преддверие, 5 — привратниковый канал,
6 — привратниковая(пилорическая) часть,
7 —угловая вырезка, 8 — привратник;
б — деление желудка и названия его частей, принятые в рентгенологии:
к — кардия, 1 —кардиальный отдел;
1а —супракардиальный, 16—субкардиальный,
2 — свод, 3 —тело. За, 36, Зв — верхняя, средняя и нижняя трети тела, 4 — синус,
5 — антральный отдел, 5а — препилорический отдел, 6 —угол, II — привратник.

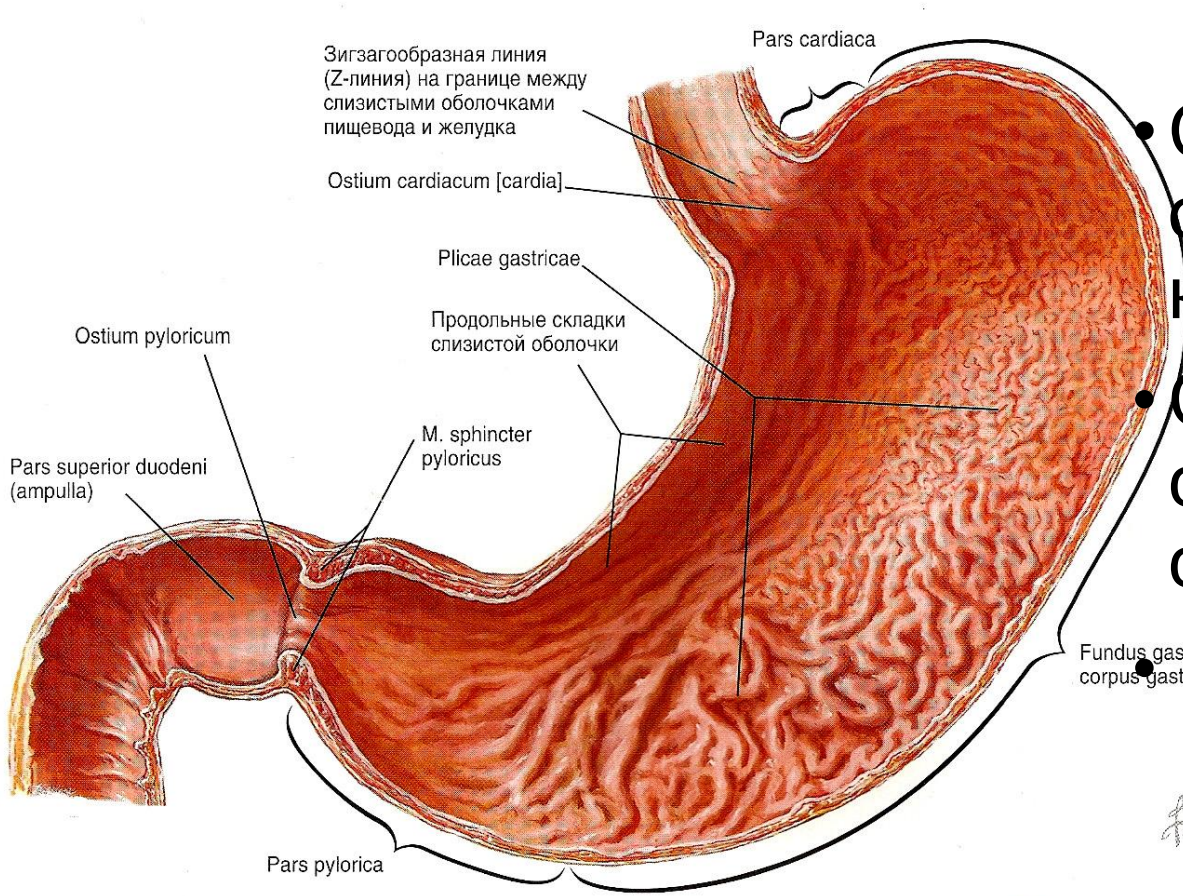


Строение стенки желудка



- Слизистая оболочка.
- Подслизистая.
- 3 слоя мышц.
- Серозная оболочка.

Слизистая оболочка желудка

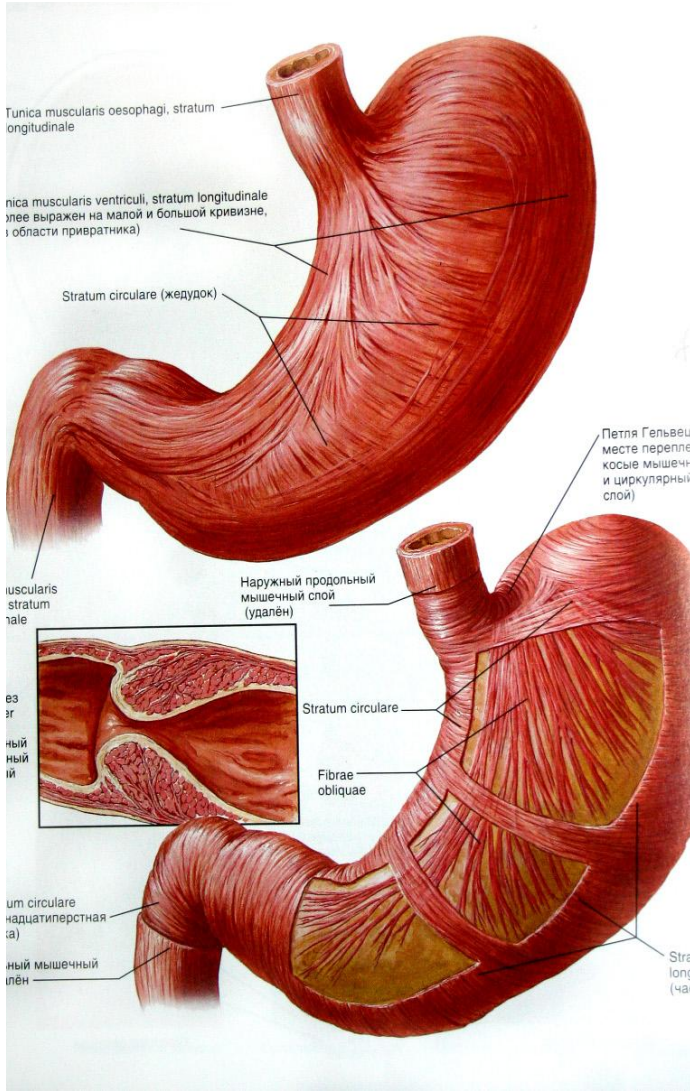


- Создана для химической обработки пищи в условиях кислой среды.
- Складки (сокращение собственной мускулатуры слизистой оболочки)
- Желудочные поля.

Подслизистая оболочка

- Имеет рыхлую основу.
- Содержит сосуды и нервы.
- Позволяет слизистой оболочке сглаживаться и собираться в складки различного направления.

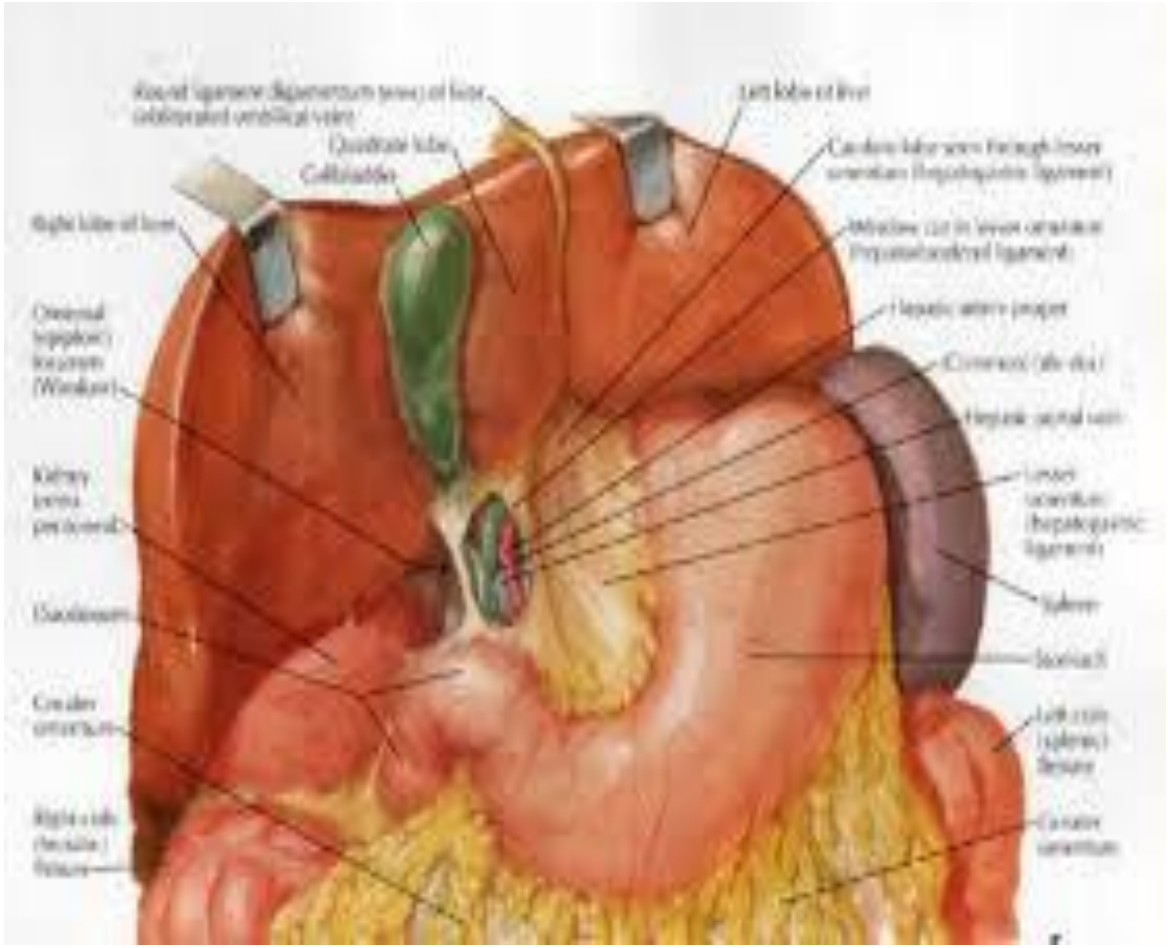
Мышечная оболочка желудка



- Наружный слой-продольный
- Средний –циркулярный
- Внутренний –косой

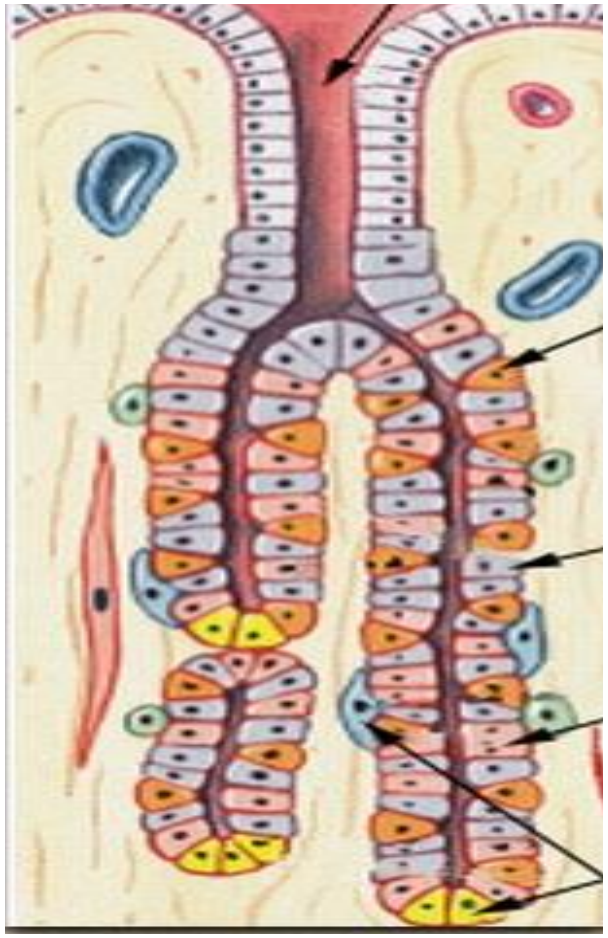
- Способствует перемешиванию и продвижению пищи.

Серозная оболочка



- Часть брюшины, серозный покров тесно срастается с желудком на всём протяжении. Отсутствует по малой и большой кривизнам, в месте прикрепления связок.

Функции желудка



Накопление и первичная переработка пищи.

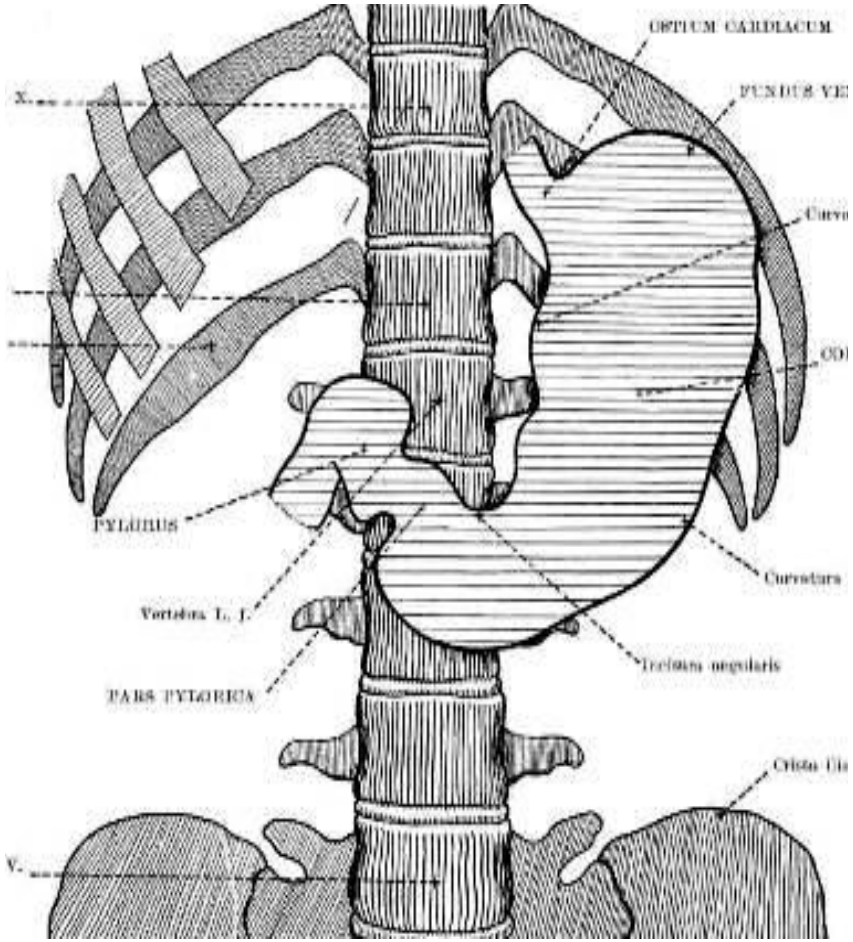
Уничтожение микробов,поступающих с пищей.

Участие в метаболизме железа.

Секреция специфического белка, участвующего во всасывании витамина В12, играющего важнейшую роль в синтезе нуклеиновых кислот и превращении жирных кислот.

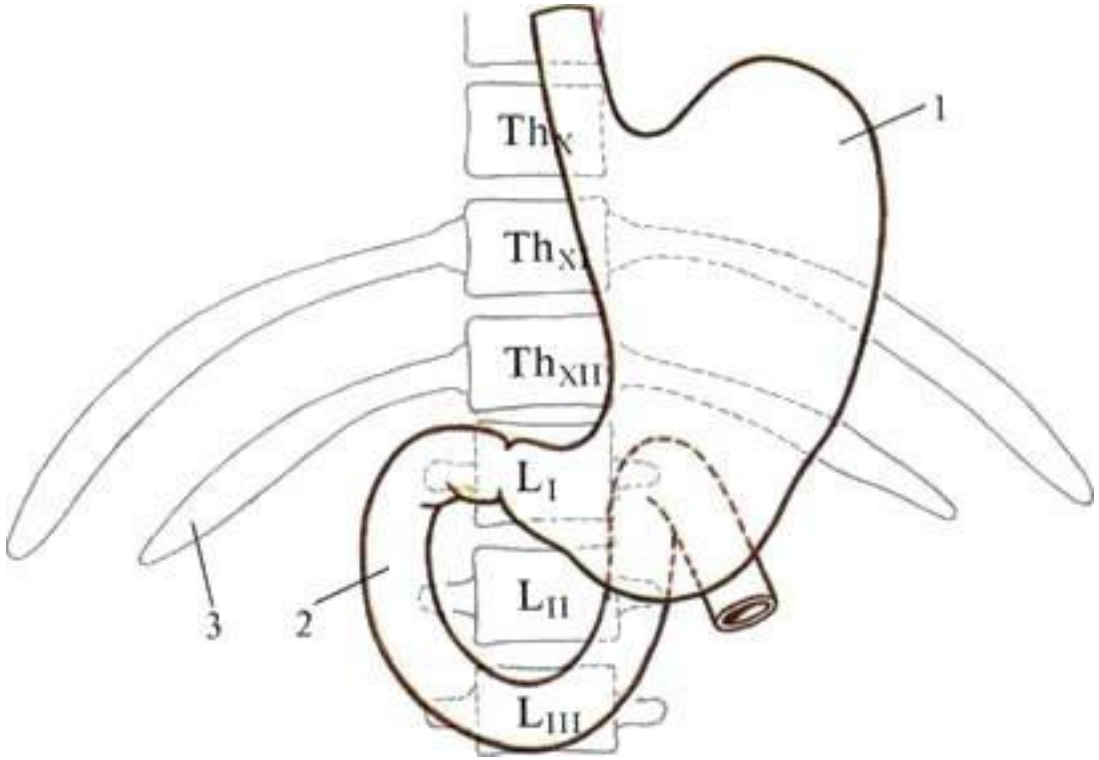
Регуляция функции жкт посредством выделения гормонов(гастрин, холецистокинин)

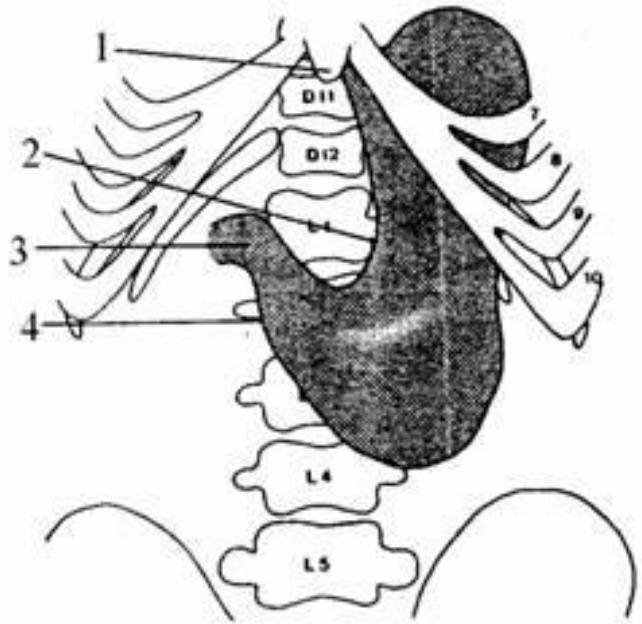
Топография желудка



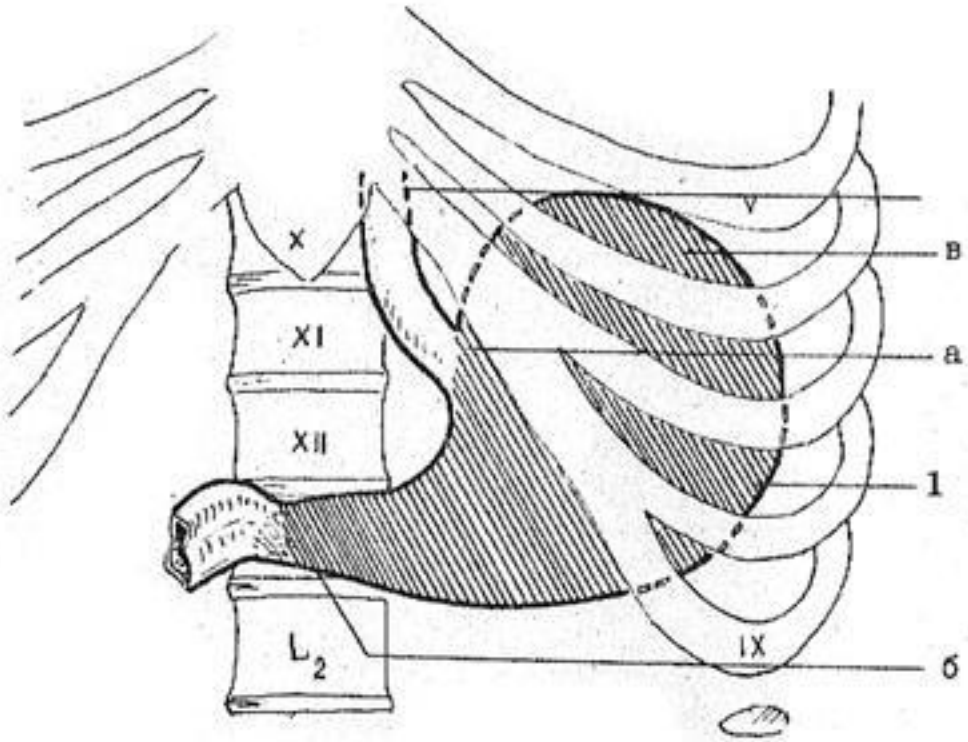
Топография: Кардиальное отверстие – на уровне XI-XII грудных позвонков. Пилорическое отверстие на уровне XII грудного- I поясничного позвонков. На передней брюшной стенке проекция пилорического отверстия соответствует расстоянию 6-7 поперечных пальцев от пупка вверх (в цефалическом направлении) по срединной линии живота. Свод желудка слева от позвоночника, позади хряща VII левого ребра, на расстоянии 2,5-3 см от края грудины и достигает нижнего края V ребра по linea sternalis sinistra.

Топография желудка





Передняя проекция

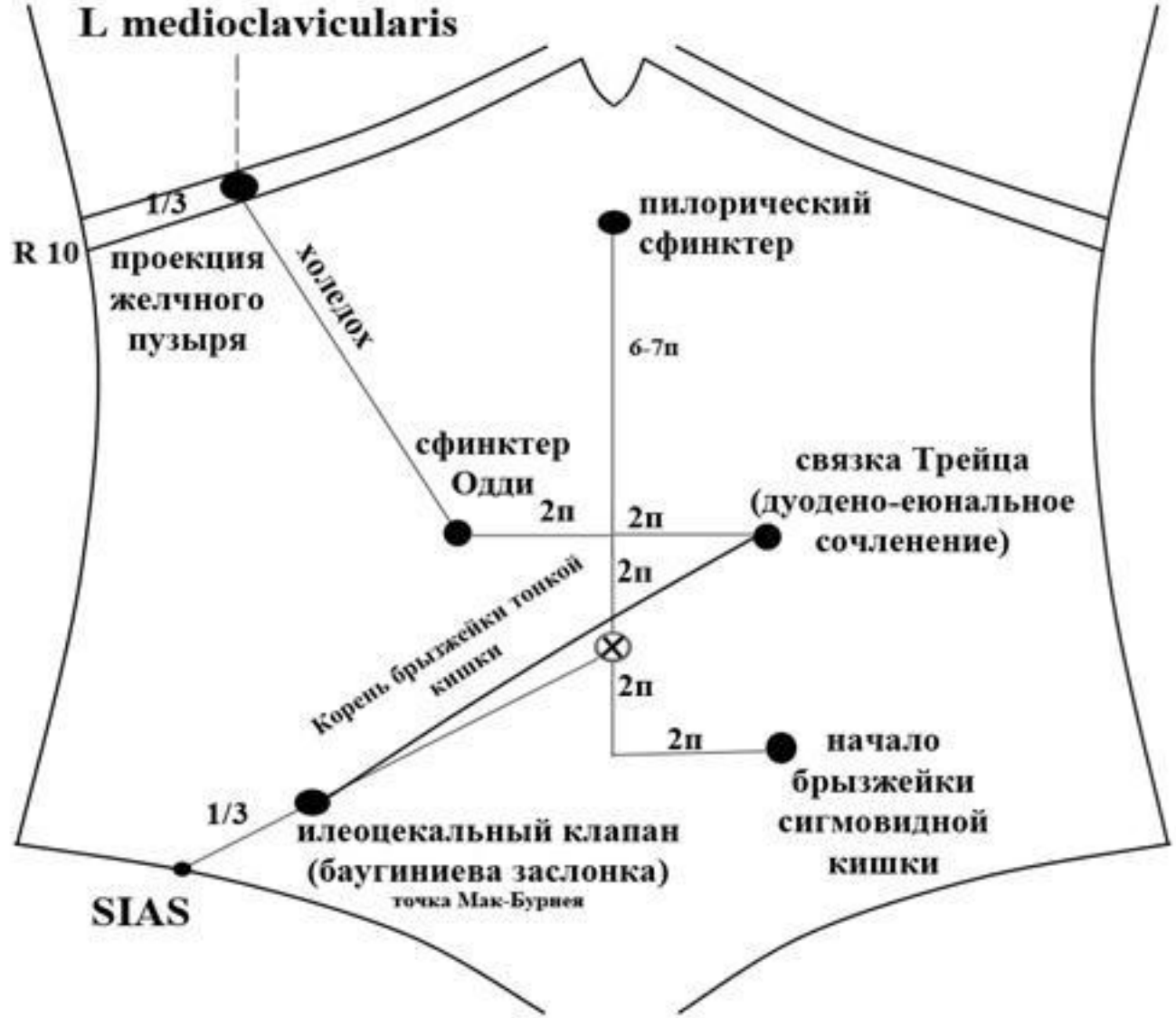


1. Желудок

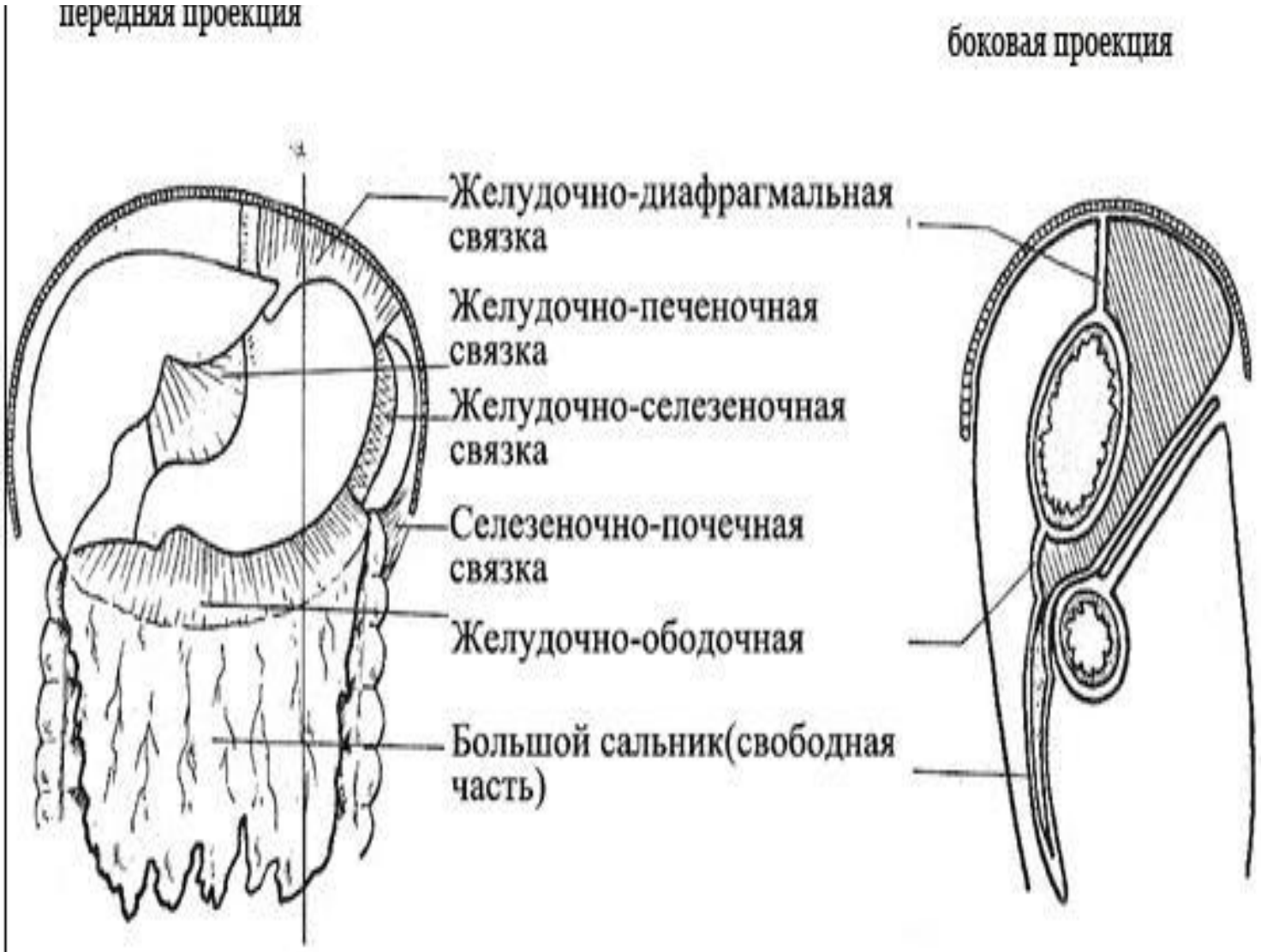
а - кардиа

б - привратник

в - дно желудка



Связки желудка



- Желудочно- диафрагмальная
- Желудочно-двенадцатиперстн
- Желудочно-селезеночная
- Желудочно-колическая
- Печеночно-желудочная

Связки желудка

- Связки из вентральной брыжейки:

  печёночно-желудочная

  пищеводно-желудочная

- Связки из дорзальной брыжейки:

  диафрагмально-желудочная

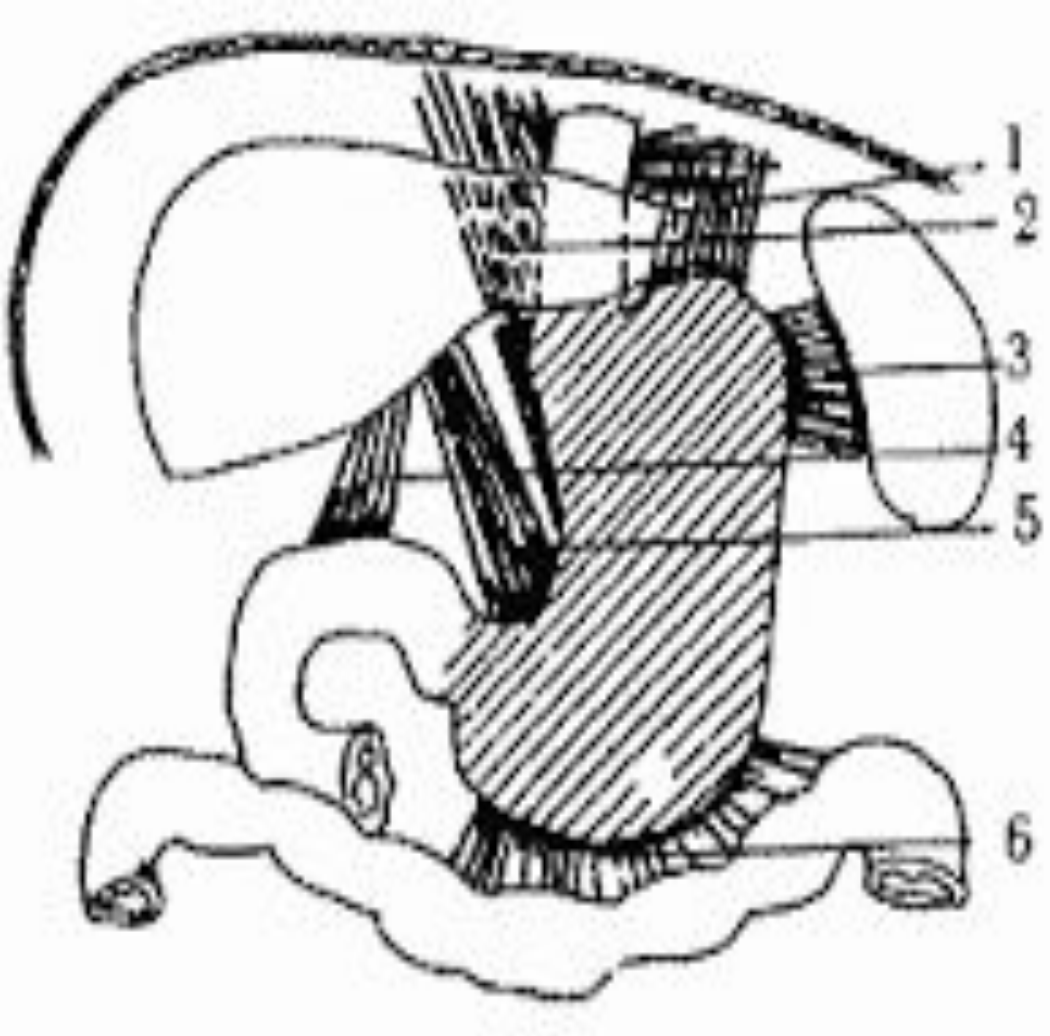
  желудочно-колическая

  желудочно-селезёночная

Печёночно-желудочная связка

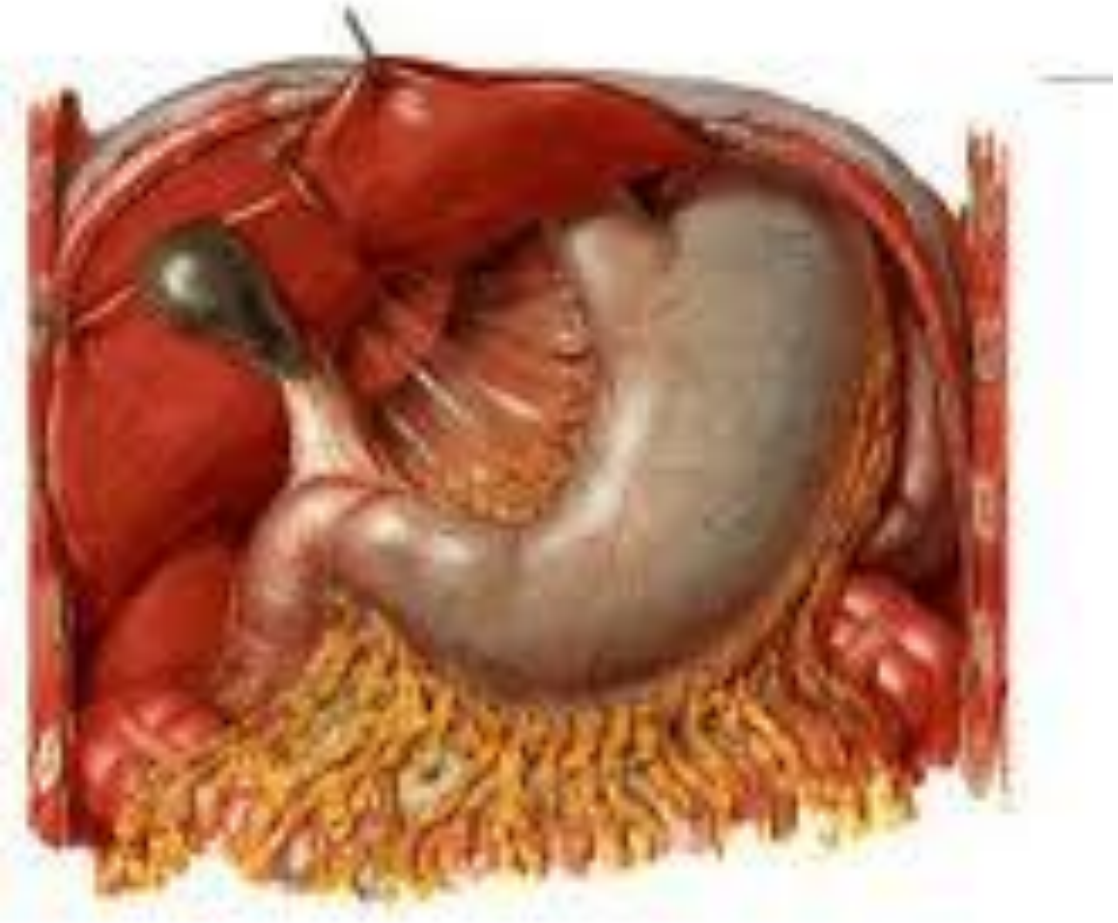
Центральная, располагается между левой долей печени и малой кривизной желудка.

Желудочно-диафрагмальная связка



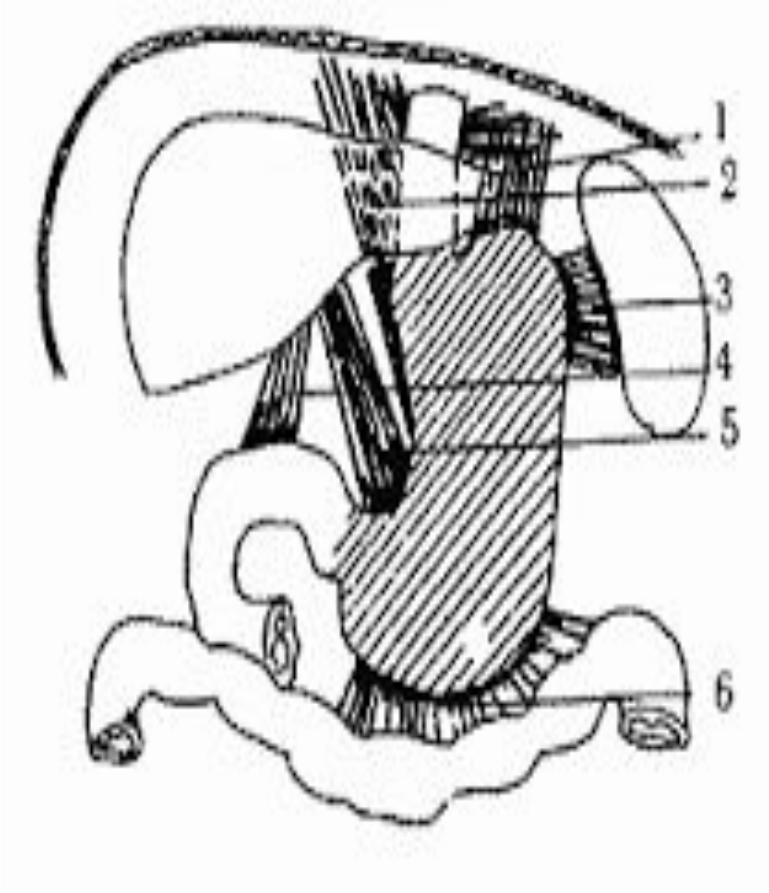
Подвешивающая и фиксирующая связка, определяет мобильность желудка,переходит в желудочно-селезёночную.

Желудочно-колическая связка



- Является частью большого сальника,который отходит от большой кривизны желудка, срастаясь с поперечно-ободочной кишкой и её брыжейкой. (Большой сальник начинается от большой кривизны желудка, спускается как фартук вниз до лобка, затем подворачивается и поднимается вверх, пройдя впереди поперечно-ободочную кишку, прикрепляется к задней стенке живота.)

Связки желудка

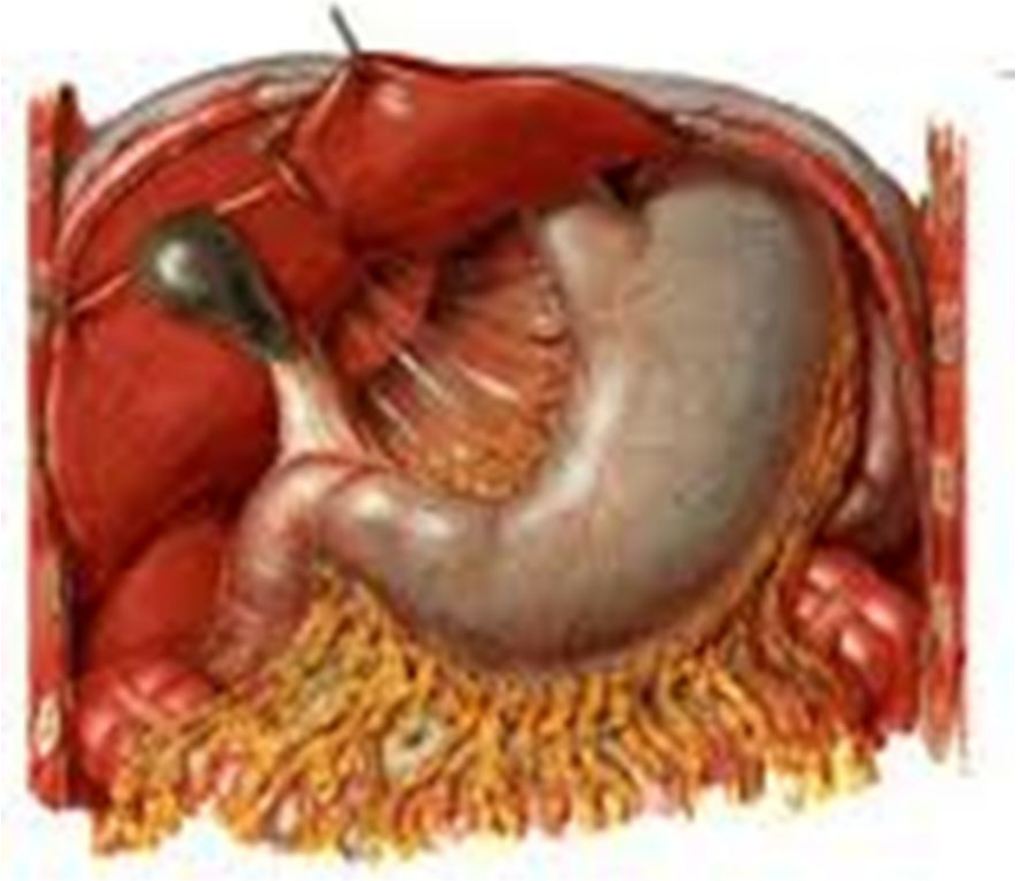


- 1 желудочно-диафрагмальная
- 2
- 3 желудочно-селезёночная
- 4 печёночно-12 перстная
- 5 желудочно-печёночная
- 6 желудочно-колическая

Малый сальник

- Образован тремя связками, непосредственно переходящими одна в другую:
- Печёночно-12-перстная
- Печёночно-желудочная
- Диафрагмально-желудочная

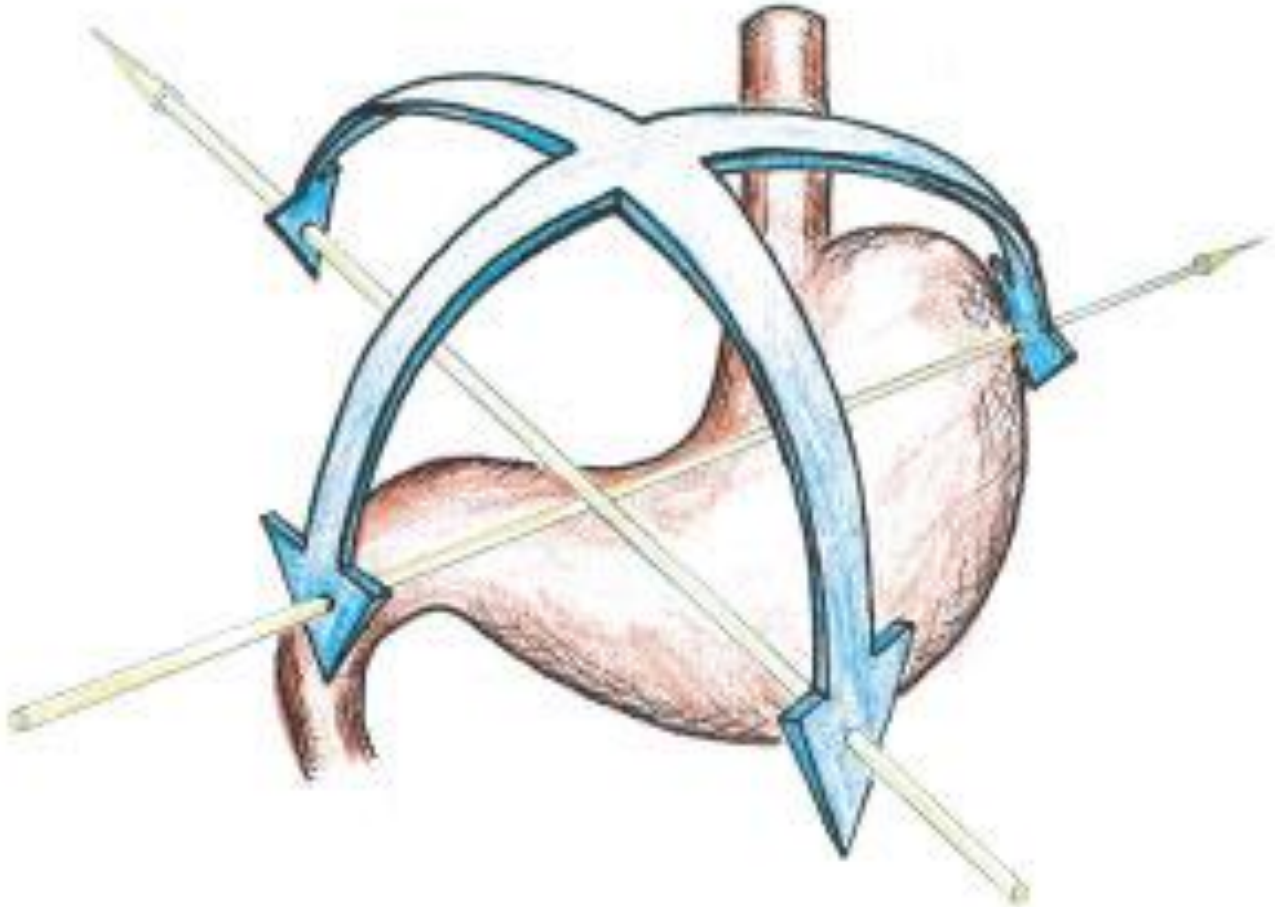
Функция сальников



Сальники защищают органы от повреждений, являются местом отложения жира, не пропускают в брюшную полость микроорганизмы и чужеродные тела, уменьшают теплоотдачу и смягчают удары в область живота)

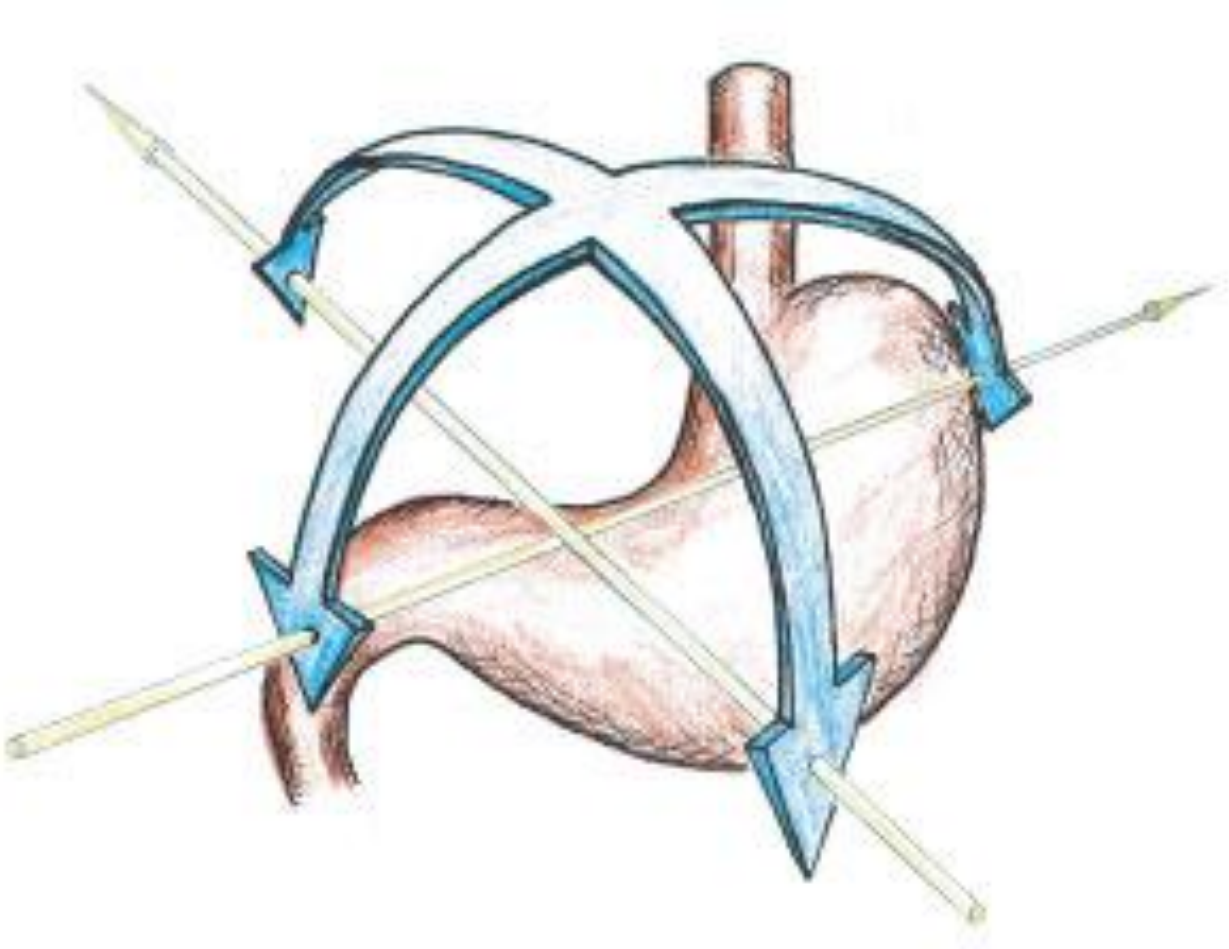
Желудочно –селезёночная связка

Движения желудка



- Зависят от диафрагмы.
- происходит в 3-х плоскостях.

Движения желудка



Во фронтальной плоскости, вокруг сагитальной оси: латерофлексия влево.

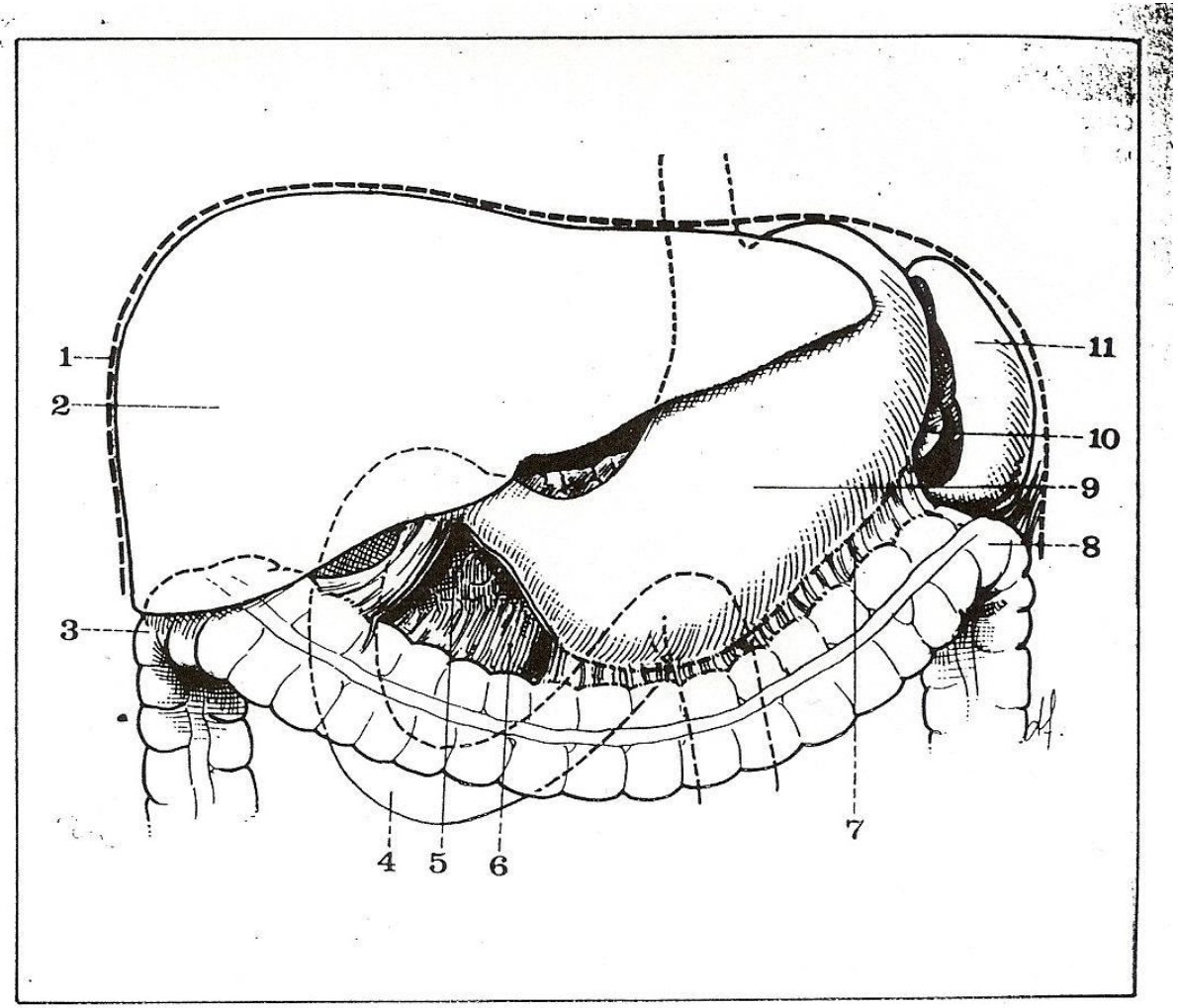
Наибольшее движение совершают дно,большая кривизна и тело желудка (ось проходит через угловую вырезку малой кривизны около

Топография «верхнего этажа»

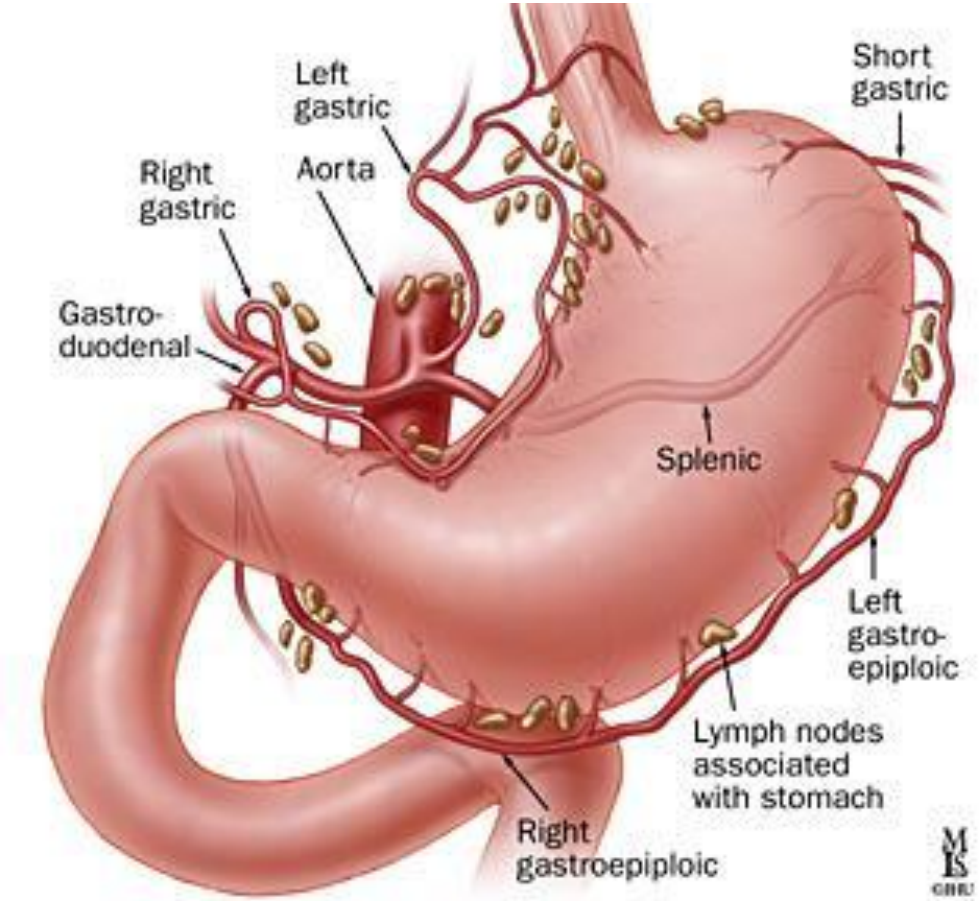
FIGURE 18

Vue antérieure des viscères sus-mésocoliques.

1. *Diaphragme.*
2. *Foie.*
3. *Angle colique droit.*
4. *Duodénum.*
5. *Tête du pancréas (à travers le ligament gastro-colique sectionné)*
6. *Méso-côlon transverse.*
7. *Ligament gastro-colique.*
8. *Angle colique gauche.*
9. *Estomac.*
10. *Queue du pancréas.*
11. *Rate.*

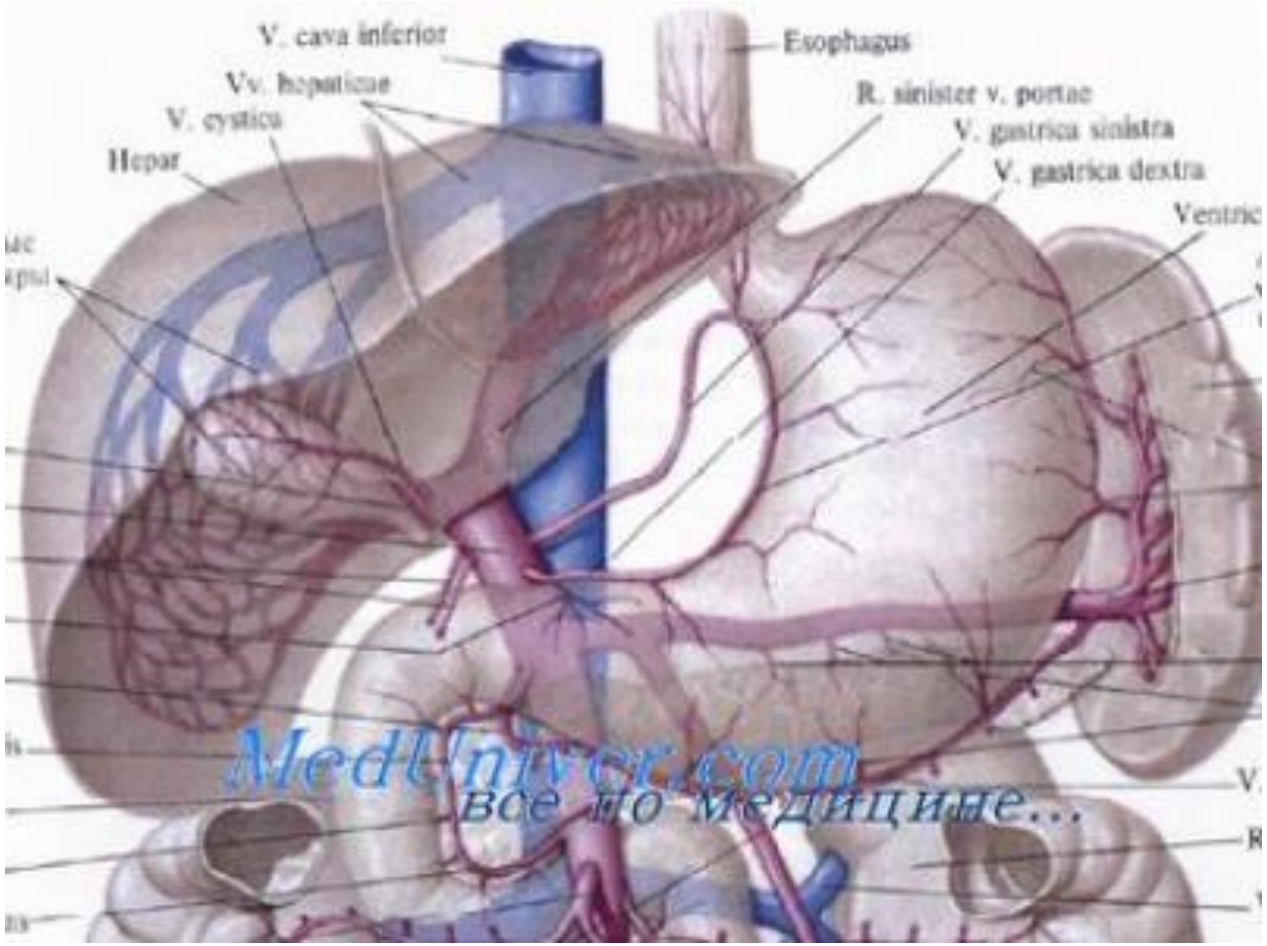


Кровоснабжение:

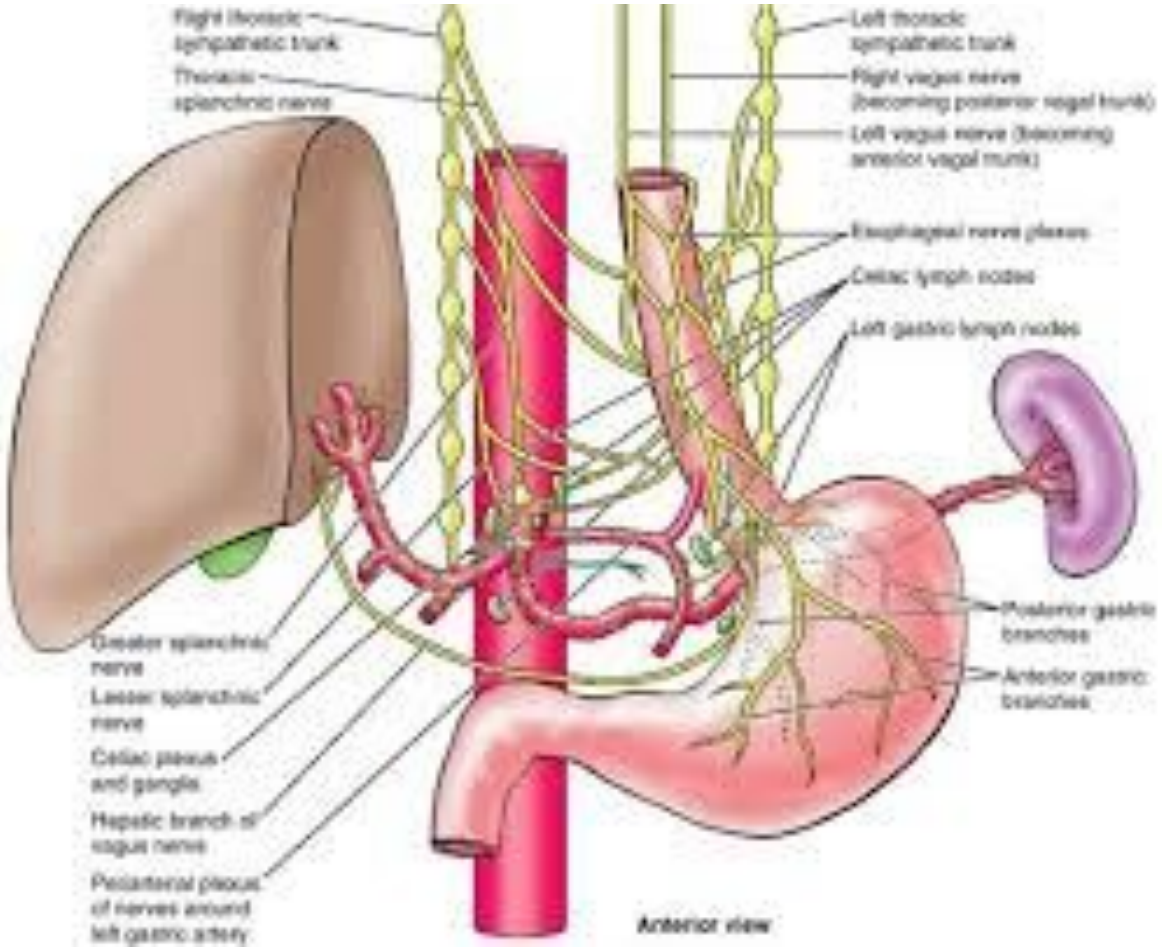


- Чревный ствол (L1).
- 1.Левая желудочная артерия
- 2.Общая печеночная артерия
- 3.Желудочно-12п артерия
- 4.Правая желудочная артерия
- 5.Желудочно-сальниковая артерия

Венозный отток

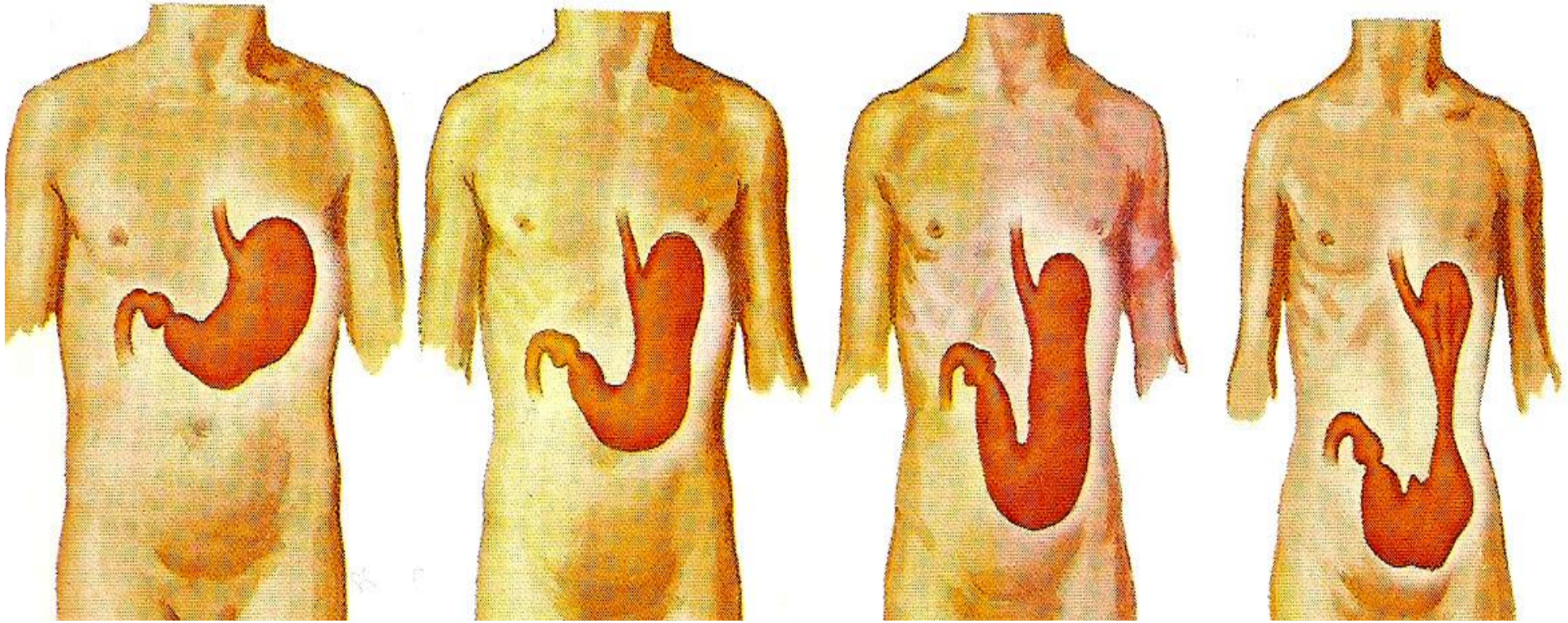


Иннервация желудка

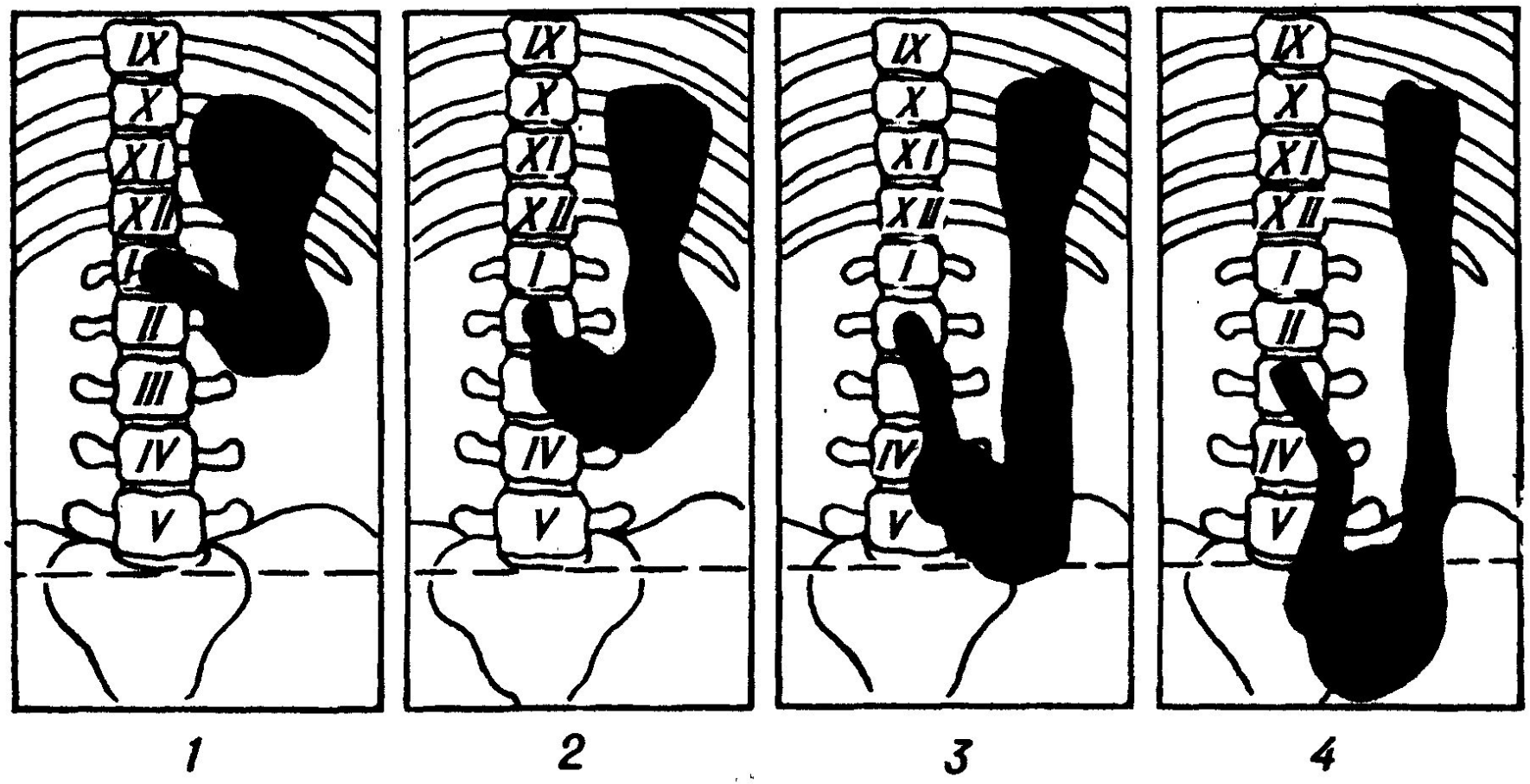


- Вагус
- Симпатические ветви из солнечного сплетения

Виды желудков

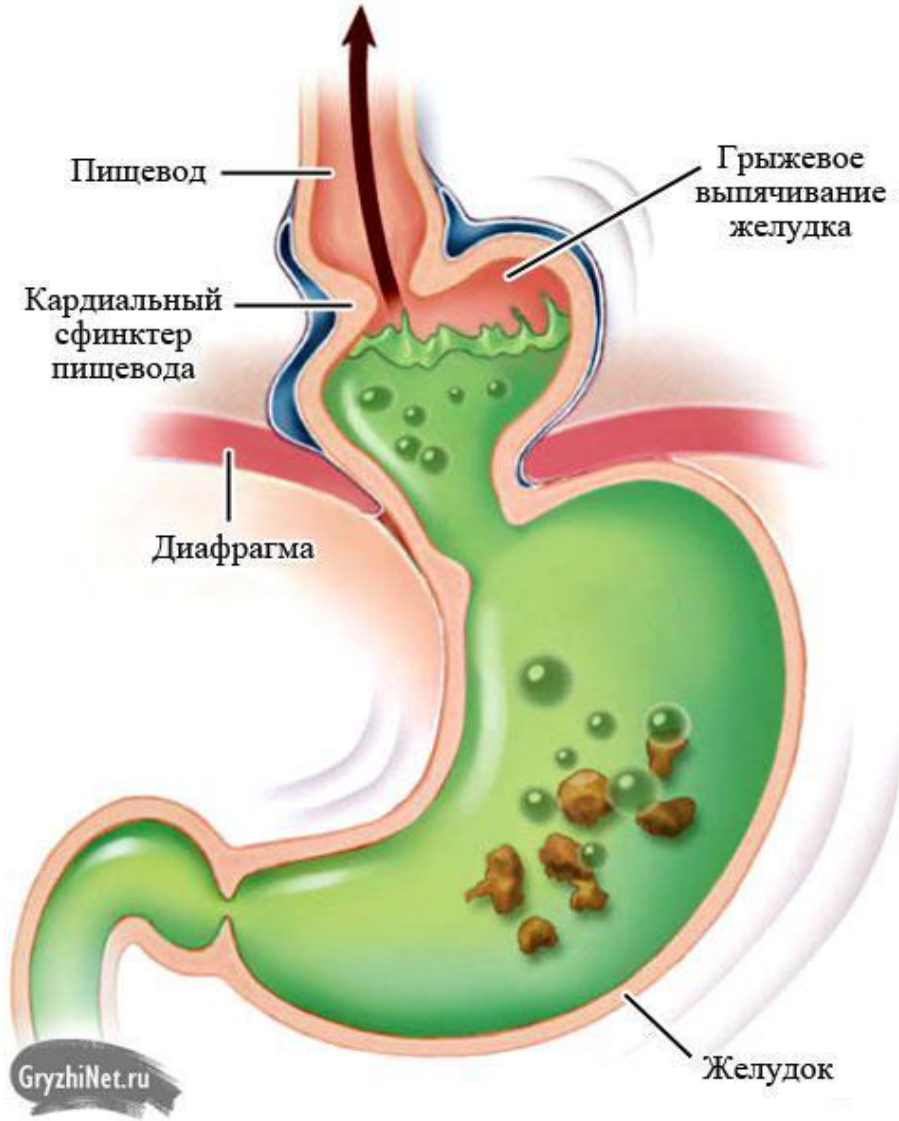


Птоз желудка

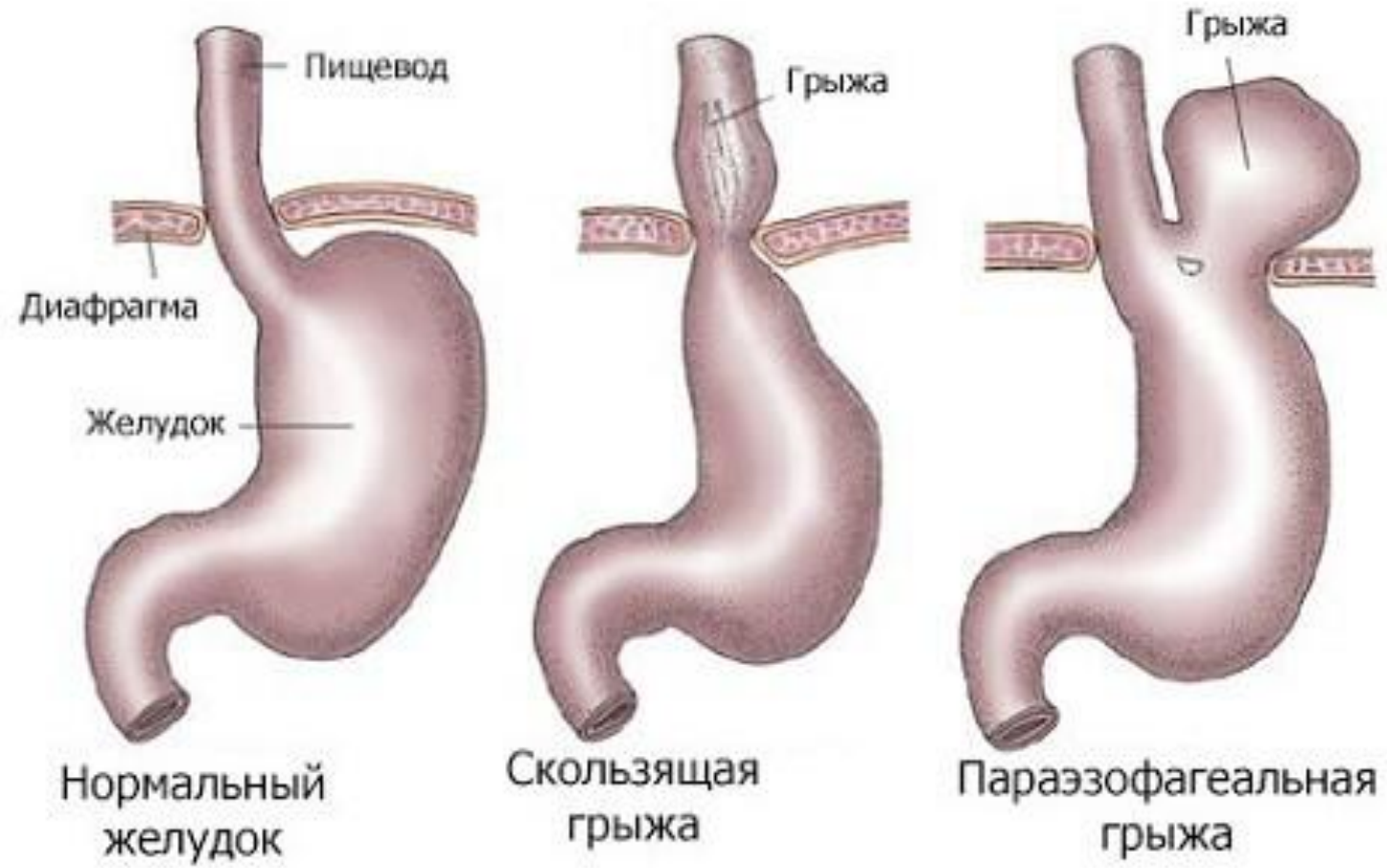


Желудочно –пищеводное соединение

Грыжа пищеводного отдела диафрагмы



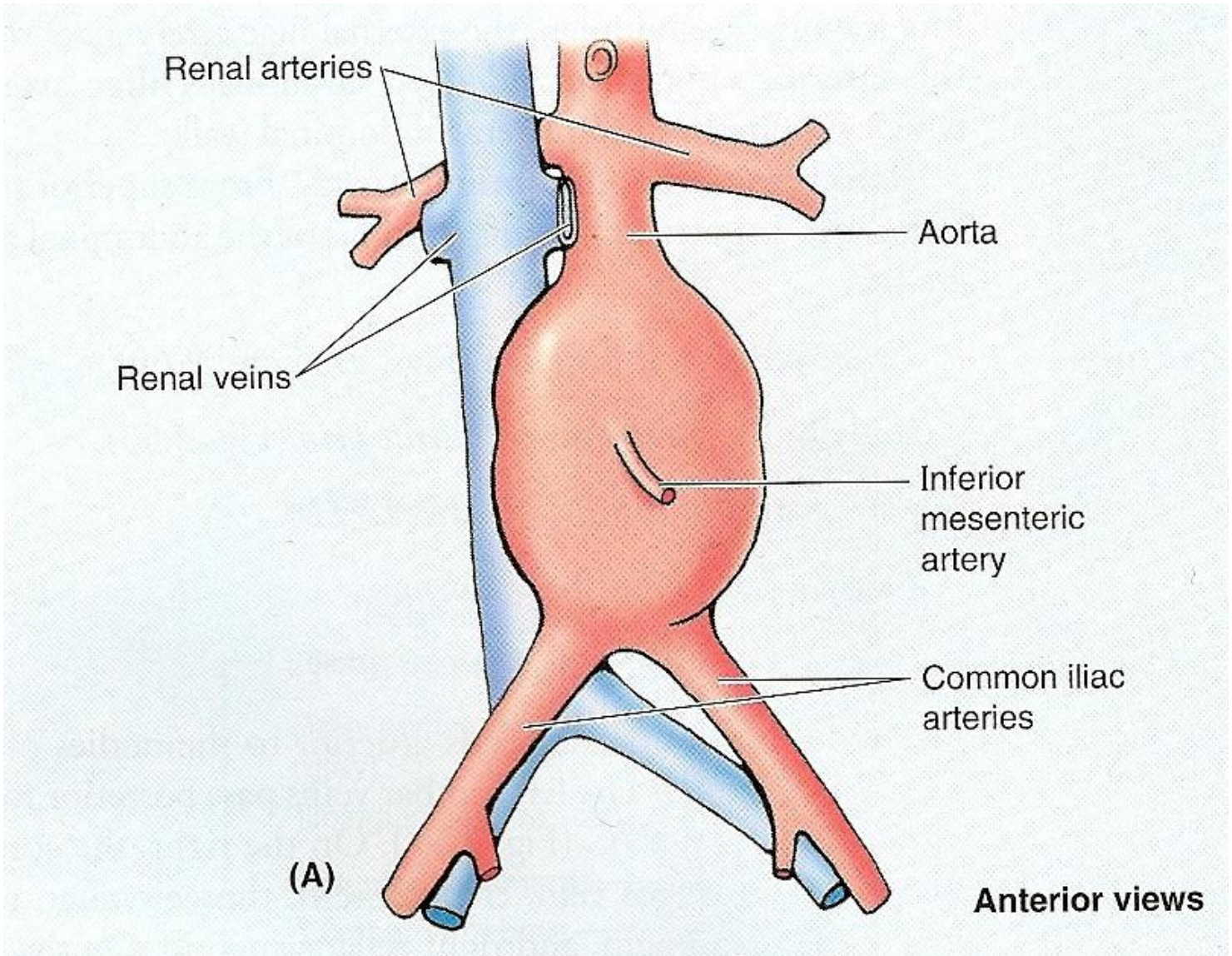
Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы



Противопоказания для работы на внутренних органах

- Аневризма аорты

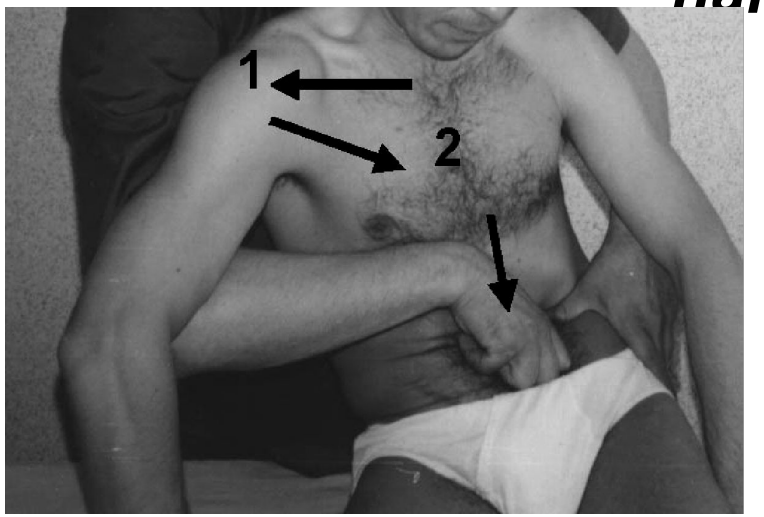
Аневризма аорты



ттмическая мобилизация висцероспазма кардиального отдела желудка

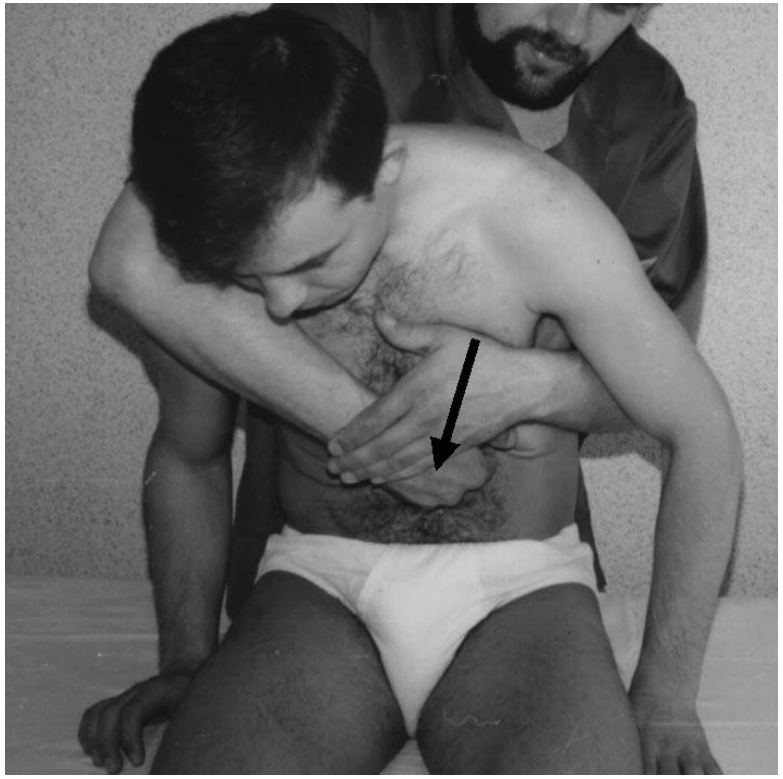
- **Исходное положение пациента:** сидя, отклонившись назад.
- **Исходное положение врача:** стоя за спиной пациента, являясь ему опорой.
- **Положение правой руки:** проходит над правым плечом пациента, пальцы в левом подреберье на 2 см от мечевидного отростка. Они полностью расслаблены и являются органом осязания
- **Положение левой руки:** проходит в левой подмышечной области, пальцы находятся на пальцах правой кисти. Они производят смещение в дорзальном направлении
- **Коррекция:**
- 1 фаза - врач отклоняет пациента назад и усиливает флексию грудного отдела позвоночника (что позволит пальцам уйти на оптимальную глубину в подпеченочное пространство).
- 2 фаза - пальпация (определяется зона спазма кардиальной части желудка по уплотненным участкам и болевой реакции);
- 3 фаза - вибрация (производится левой кистью и передается на правую в зоне спазмированных участков до их исчезновения
- 4 фаза - пациент делает вдох, пальцы врача удерживают зону кардиального отдела в состоянии преднапряжения и усиливают флексию туловища пациента;
- 5 фаза - при выдохе врач слегка экстензирует тело пациента, при этом смещая кардиальный отдел в каудальном направлении.
- 4, 5 фазы повторяются 2 -3 раза.
- **Возможные ошибки:**
- l пальцы правой кисти напряжены, что затрудняет пальпаторную диагностику желудка;
- l грубая техника пальпации. Ответ - спазм мышечных волокон стенки желудка;
- l использование 4-й, 5-й фазы воздействия без предыдущих трех фаз;
- **Результаты:**
- l улучшение общего состояния;
- l появление возможности сделать глубокий вдох.

Мобилизация желудочно-диафрагмальной связки путем смещения желудка в каудальном направлении



- **Исходное положение пациента:** сидя, отклонившись назад.
- **Исходное положение врача:** стоя за спиной пациента, являясь ему опорой.
- **По**ела **ложение правой руки:** проходит под правым плечом пациента, 1-й палец отведен, находится на краю левой реберной дуги на 2 см от белой линии живота.
- **Положение левой руки:** проходит в левой подмышечной области, 1-й палец отведен, фиксирован по ходу левой реберной дуги, касаясь ногтевой фаланги 1-го пальца правой кисти.
- **Действия:**
- 1 фаза - врач усиливает флексию тпациента, одновременно пальцы пальпируют тело желудка
- 2 фаза – далее пальцы, смещаясь в латеральном направлении, диагностируют большую кривизну желудка;
- 3 фаза - мягко перебирая пальцами, руки, смещаются по большой кривизне желудка, не теряя её ни на секунду до перехода нисходящей части желудка;в горизонтальную часть (о локализации желудочно-ободочно-кишечной связки)
- 4 фаза - на выдохе желудок смещается в кранио-дорзо-медиальном направлении до ощущения преднапряжения, на вдохе пальцы удерживаются в достигнутом положении. На следующем выдохе – пальцы следуют за увеличивающимся пассивным смещением до нового этапа преднапряжения
- Прием повторяется 2 - 3 раза.
- **Возможные ошибки:**
- IПальцы врача расположены не на большой кривизне желудка;
- IВрач не учитывает состояние преднапряжения и производит слишком резкое смещение пальцев врача.

Мобилизация диафрагмально-желудочной связки посредством смещения желудка в каудо-дорзо-медиальном направлении



- **Исходное положение пациента:** сидя, отклонившись назад.
- **Исходное положение врача:** стоя за спиной пациента.
- **Положение правой руки:** проходит над правым плечом пациента, пальцы в левом подреберье на 2 - 2,5 см от мечевидного отростка
- **Положение левой руки:** проходит под левой подмышечной областью, пальцы находятся рядом с пальцами правой кисти
- **Действия:**
- 1 фаза - усиливая флексию грудного отдела позвоночника пациента, врач смещает пальцы по нижнему краю левой доли печени в краниальном направлении до ощущения преднапряжения тканей;
- 2 фаза - смещая пальцы латерально вправо или влево, диагностируется самое напряженное и болезненное место свода желудка;
- 3 фаза - на выдохе, производя экстензию тела пациента, врач смещает пальцы в каудо-дорзально-медиальном направлении, растягивая диафрагмально-желудочную связку до ощущения преднапряжения. На вдохе пальцы удерживаются в достигнутом положении. На следующем выдохе – пальцы следуют за увеличивающимся пассивным смещением до нового этапа преднапряжения
- **Возможные ошибки:**
- 1. Недостаточная флексия тела пациента (пальцы врача расположены не на своде желудка);
- 2. Начало 3–й фазы мобилизации произошло на пике болевых ощущений, что вызвало напряжение брюшных мышц. (Необходимо ослабить давление, создаваемое

Мобилизация печеночно-желудочной связки посредством смещения желудка в каудо-дорзо-латеральном направлении

- **Исходное положение пациента:** сидя, отклонившись назад.
- **Исходное положение врача:** стоя за спиной пациента.
- **Положение правой руки:** проходит над правым плечом пациента, пальцы в эпигастрии строго по белой линии живота.
- **Положение левой руки:** проходит под левой подмышечной областью, пальцы находятся рядом с пальцами правой кисти **Действие:**
- 1 фаза - врач производит флексию тела пациента, одновременно смещая пальцы в каудо-дорзо-латеральном направлении до ощущения малой кривизны желудка.
- 2 фаза - на выдохе, усиливая флексию тела пациента, врач смещает пальцы в каудо-дорзально-латеральном направлении, до ощущения преднапряжения.. На вдохе пальцы удерживаются в достигнутом положении. На следующем выдохе – пальцы следуют за увеличивающимся пассивным смещением до нового этапа преднапряжения
- Прием повторяется 2 - 3 раза.

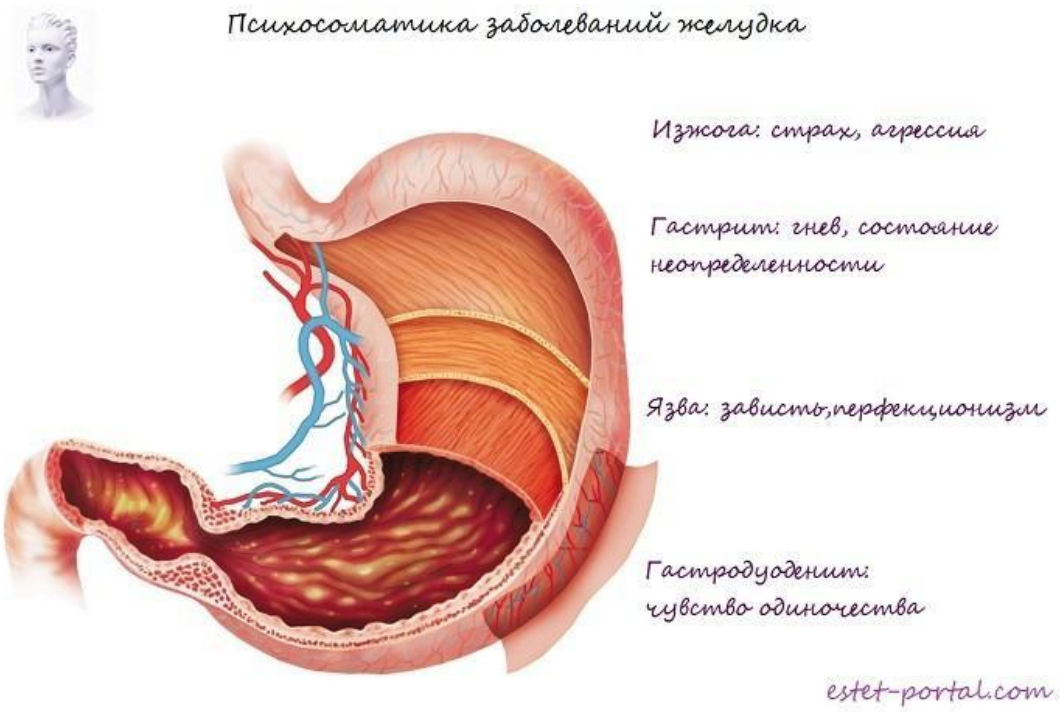
Мобилизация пищеводно-кардиального сфинктера

- **Исходное положение пациента:** лежа на спине.
- **Исходное положение врача:** у головного конца кушетки.
- **Положение левой руки:** кистью фиксируют предплечье поднятой левой руки пациента (рис.5.3.17).
- **Положение правой руки:** 1-й палец фиксирует нижний край - ребра по левой сосковой линии (L.mamilaris sinistra), второй пястно-фаланговый сустав - в области хряща VII ребра по левой окологрудинной линиии (L.parasternalis sinistra)

- Мобилизация пищеводно-кардиального сфинктера
- **Действие:**
- 1 фаза - синхронными движениями на выдохе правая рука смещается в кранио-дорзо-медиальном, а левая кисть - в каудо-дорзо-латеральном направлении до ощущения перенапряжения;
- 2 фаза - на вдохе удерживается достигнутое положение.
- 3 фаза на фазе выдоха - увеличение пассивного движения в направлении ограничения до достижения нового этапа преднапряжения
- Техника повторяется 2 - 3 раза.

Коррекция желудочно –селезёночной связки

Психосоматические заболевания желудка



- Изжога-страх,агрессия
- Гастрит-гнев,состояние неопределённости
- Язва-зависть, перфекционизм
- Гастродуоденит-чувство одиночества

- **Селезенка**
  - Вера или
  - Беспокойство о будущем

- Реалистичные тревоги о будущем.
  - У меня есть уверенность и вера в будущее.
  - Я защищен.
  - Мое будущее защищено.

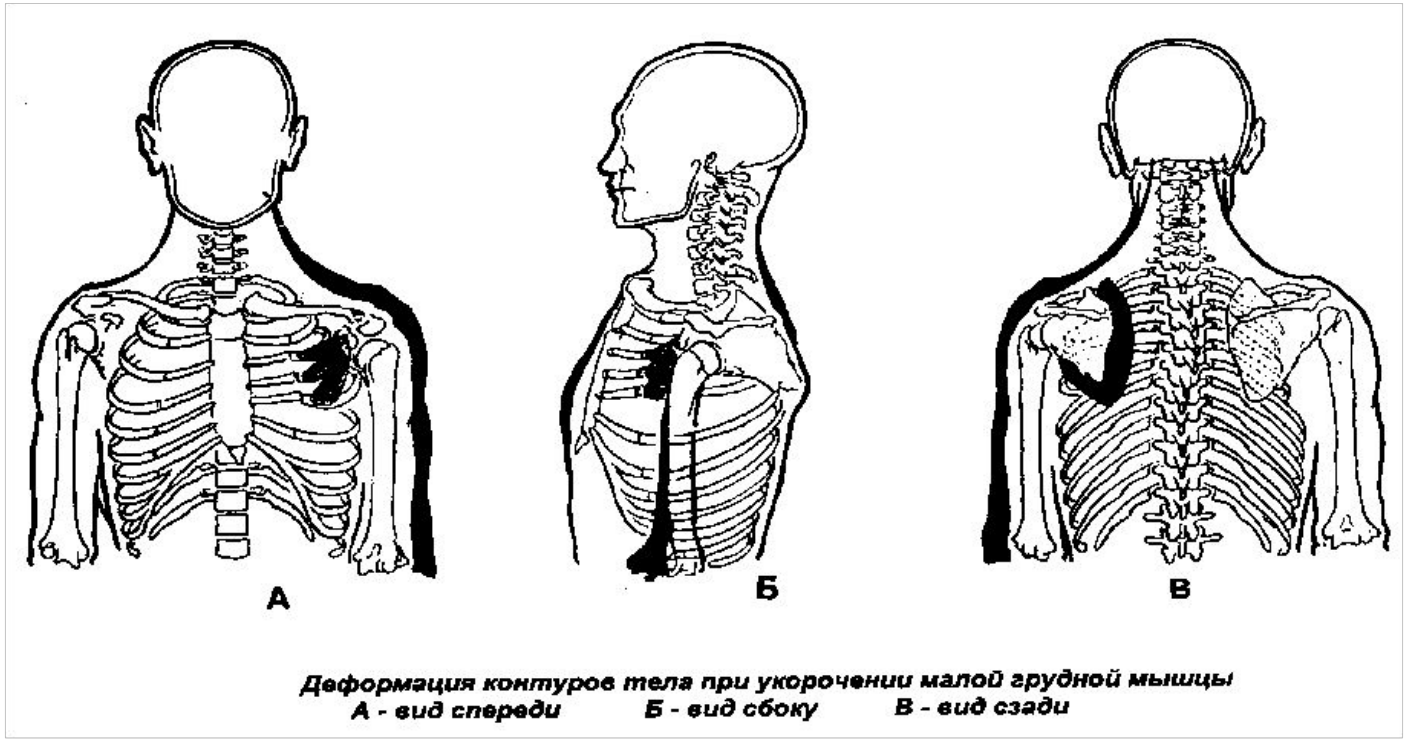
- **Желудок**
  - Удовлетворенность,
  - Разочарование,
  - Лтвращение
  - Жадность

- Отвращение
- Разочарование
- Жадность
- Пустота
- Лишенность
- Тошнота?
- Голод?
  - Я доволен
  - Я спокоен

Тревога

Орган/меридиан – желудок.

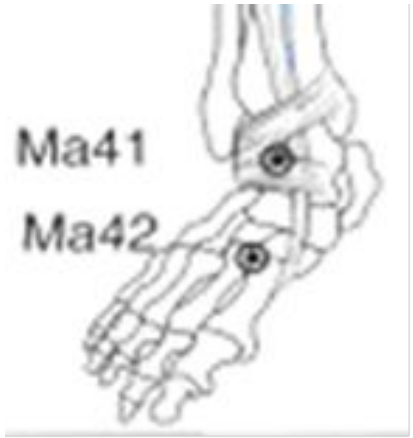
Ассоциированная мышца – Большая грудная, ключичная порция.



Деформация контуров тела при укорочении малой грудной мышцы
А - вид спереди Б - вид сбоку В - вид сзади

При функциональной слабости происходит укорочение малой грудной мышцы. Визуально уменьшается объем и контуры Большой грудной мышцы. Укорачивается поперечный размер грудной клетки, происходит внутренняя ротация плеча, поднимается угол лопатки, происходит латеральное смещение лопатки.

Меридиан Желудка Точка E 33	Фатализм, Проблема Височно – Нижне – Челюстного -Сустава, связана с нарушением акта сосания. (искусственное вскармливание, неправильное сосание при грудном вскармливании)	Точка E 33 + работа с актом сосания, отработка рефлекса. Трава : Желтый корень (Гидрастис)

3.Меридиан желудка точка «E41» 	Страх провала неудачи (у женщин)	
Точка «E33» 	Фатализм, безысходность (у меня ничего никогда хорошего не будет) Сопутствует хронической форме заболеваний.	Hydrastis (30c), ионизация (дыхание через одну ноздрю).

(повышенная требовательность к себе) ***топографические связи*** *с органами* - диафрагма (кардио-диафрагмальная, желудочно-диафрагмальная связки), толстый кишечник (желудочно-толстоободочная)

Клиника.

Структурные изменения

- мышечный дисбаланс расслабление ключичной порции большой грудной - укорочение надостной мышцы, укорочение малой грудной расслабление коротких флексоров шеи и укорочение коротких экстензоров

- связочный дисбаланс - болезненность в V межреберье слева - укорочение кардио-диафрагмальной связки

- позвоночник

функциональные блоки ФБм Thv

дисфункция органа (ложный и истинный гастроптоз)

Химические изменения нарушение кислотообразующей функции желудка

Изменения нервной системы

Преобладание симпатической (рефлекс Моро) или парасимпатической (рефлекс паралича страха) вегетативной нервной системы

Эмоциональные изменения

страх, фобии, фобические навязчивые состояния, патологическая активность рефлекса паралича страха рефлекса Галанта (нарушение грудного компонента) и