

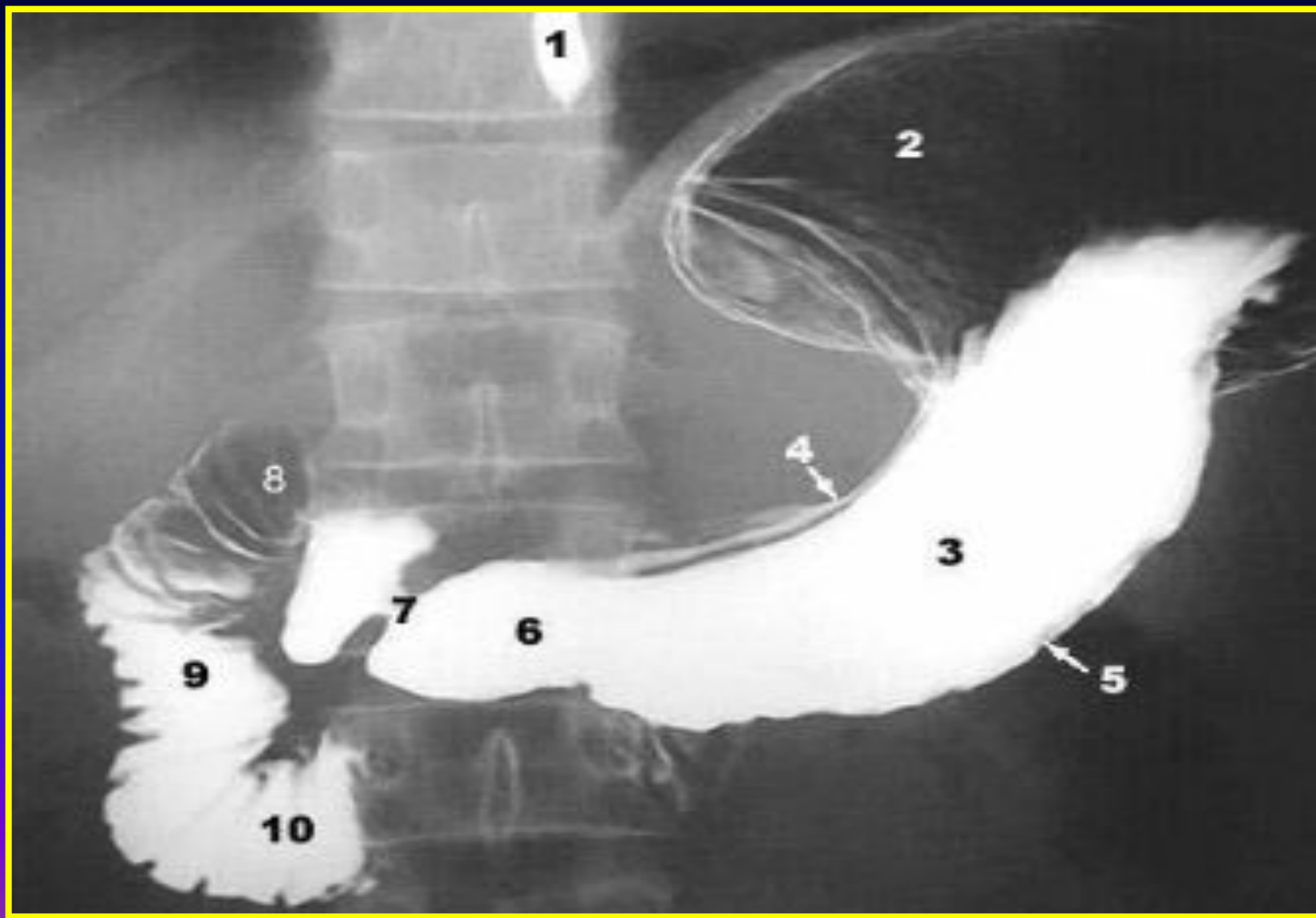
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова.

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 гематохезия).

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.



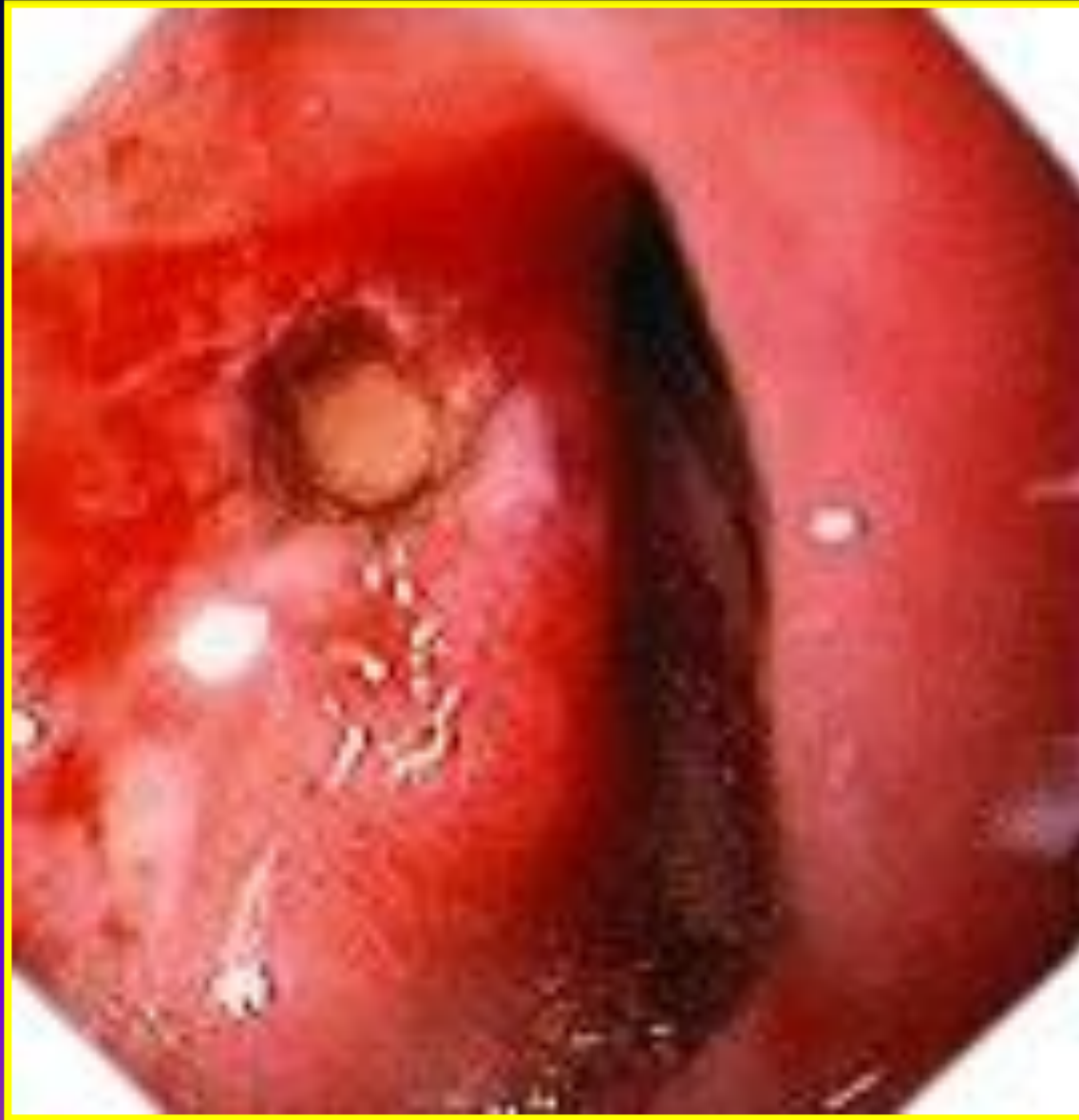
Кровотечение из края хронической язвы желудка.



**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.

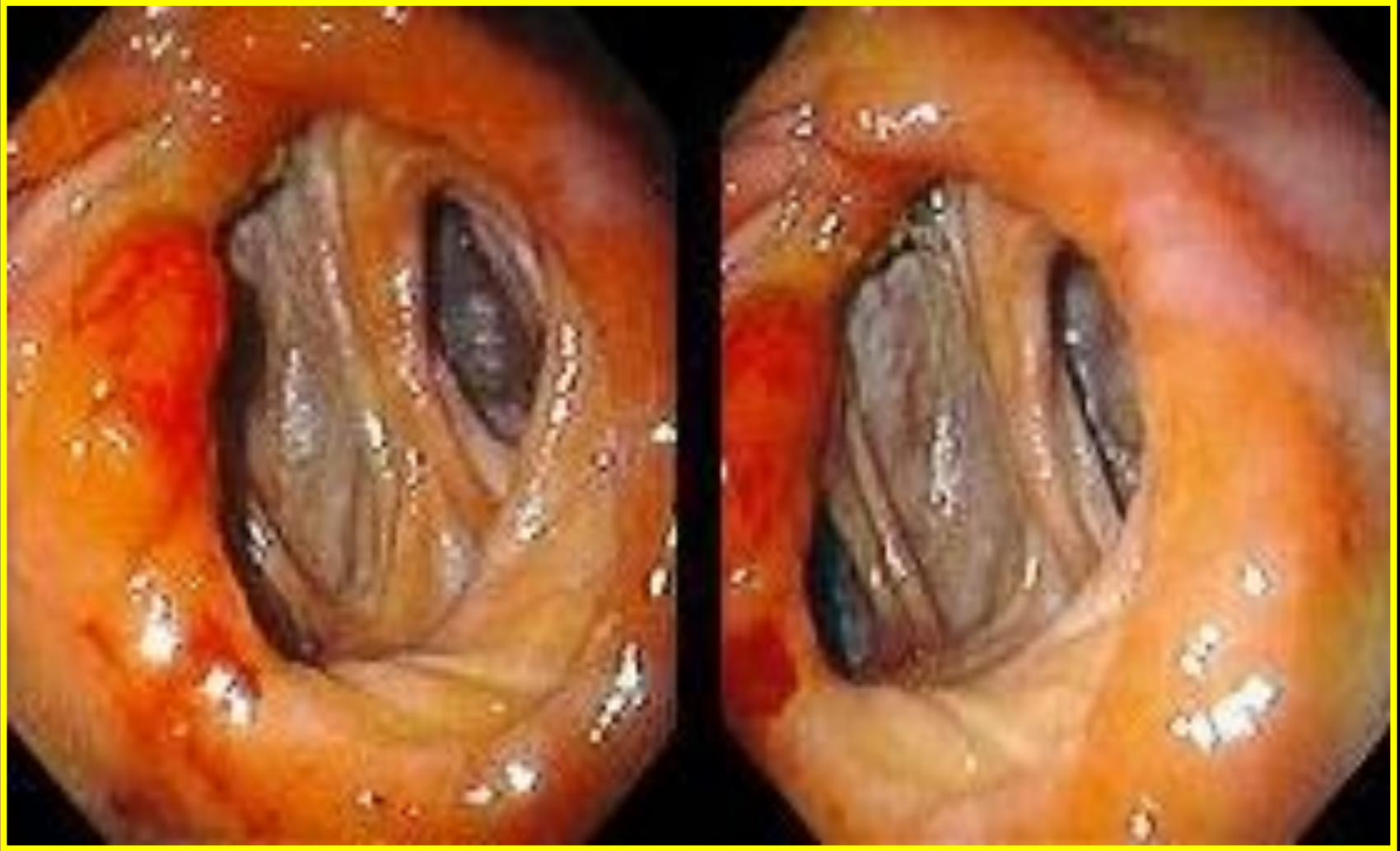
Течение болезни:

- **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



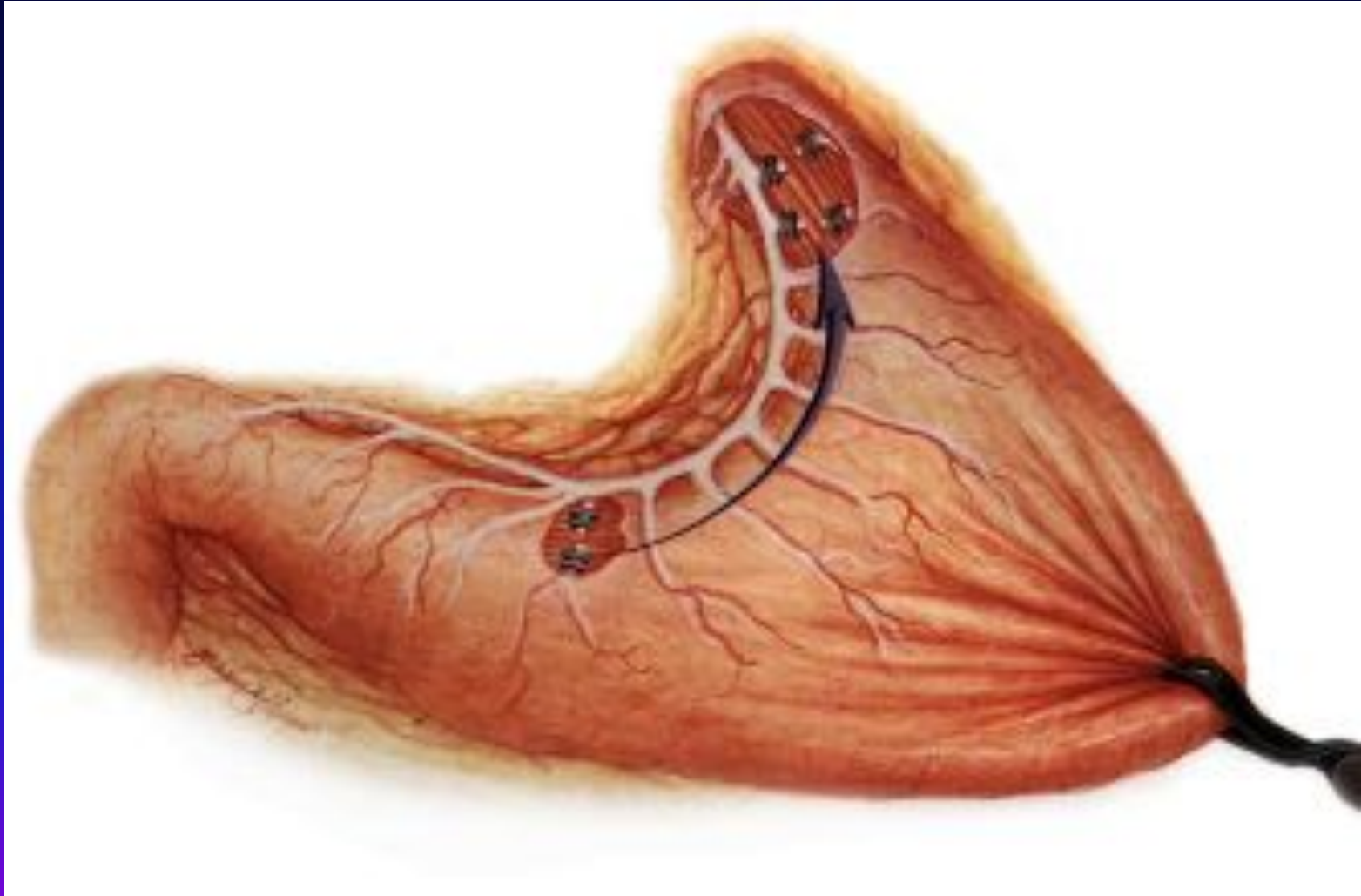
Перфорация язвы желудка.



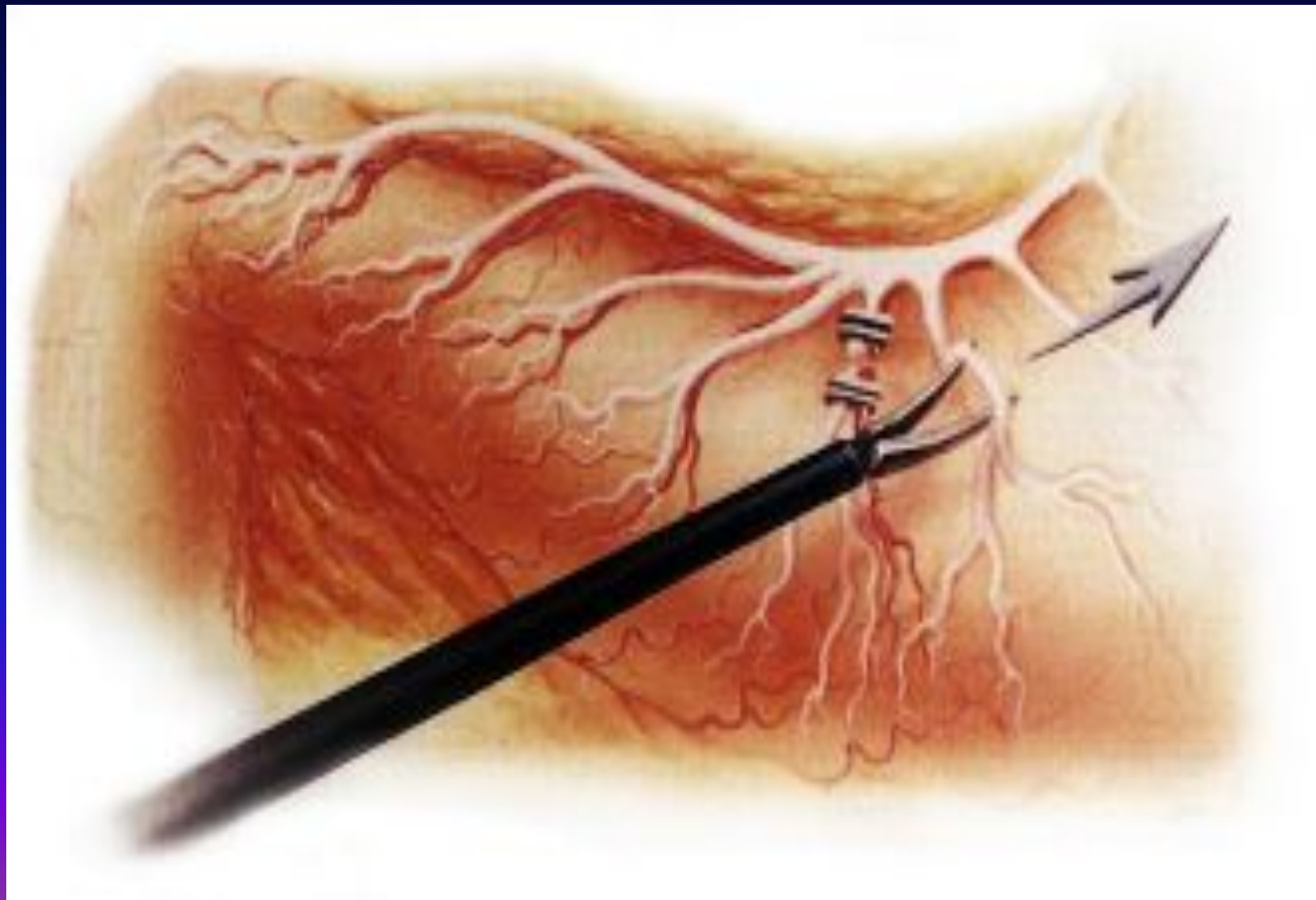
Резецированный желудок с гигантской пенетрирующей язвой.



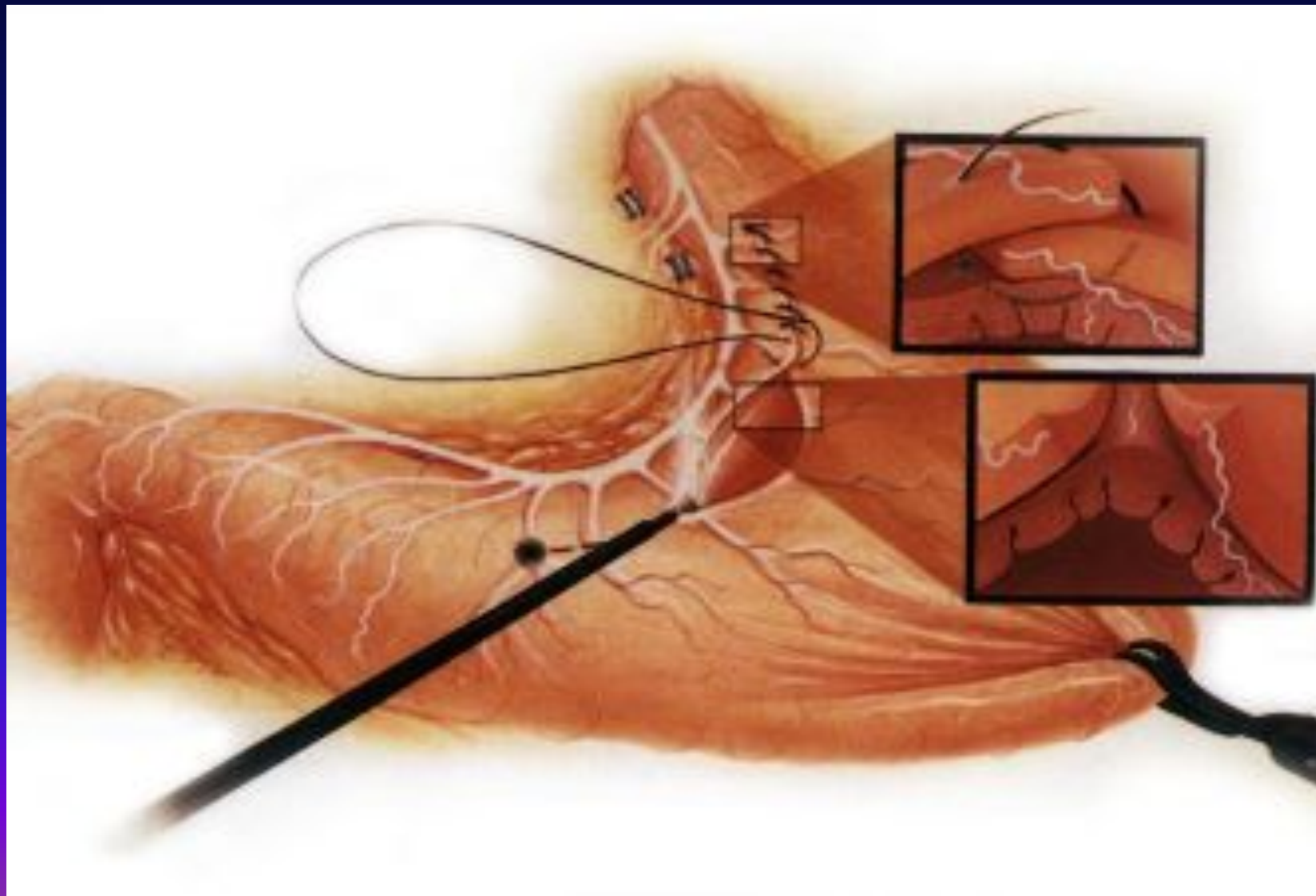
Направление диссекции при ЛСПВ.



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.

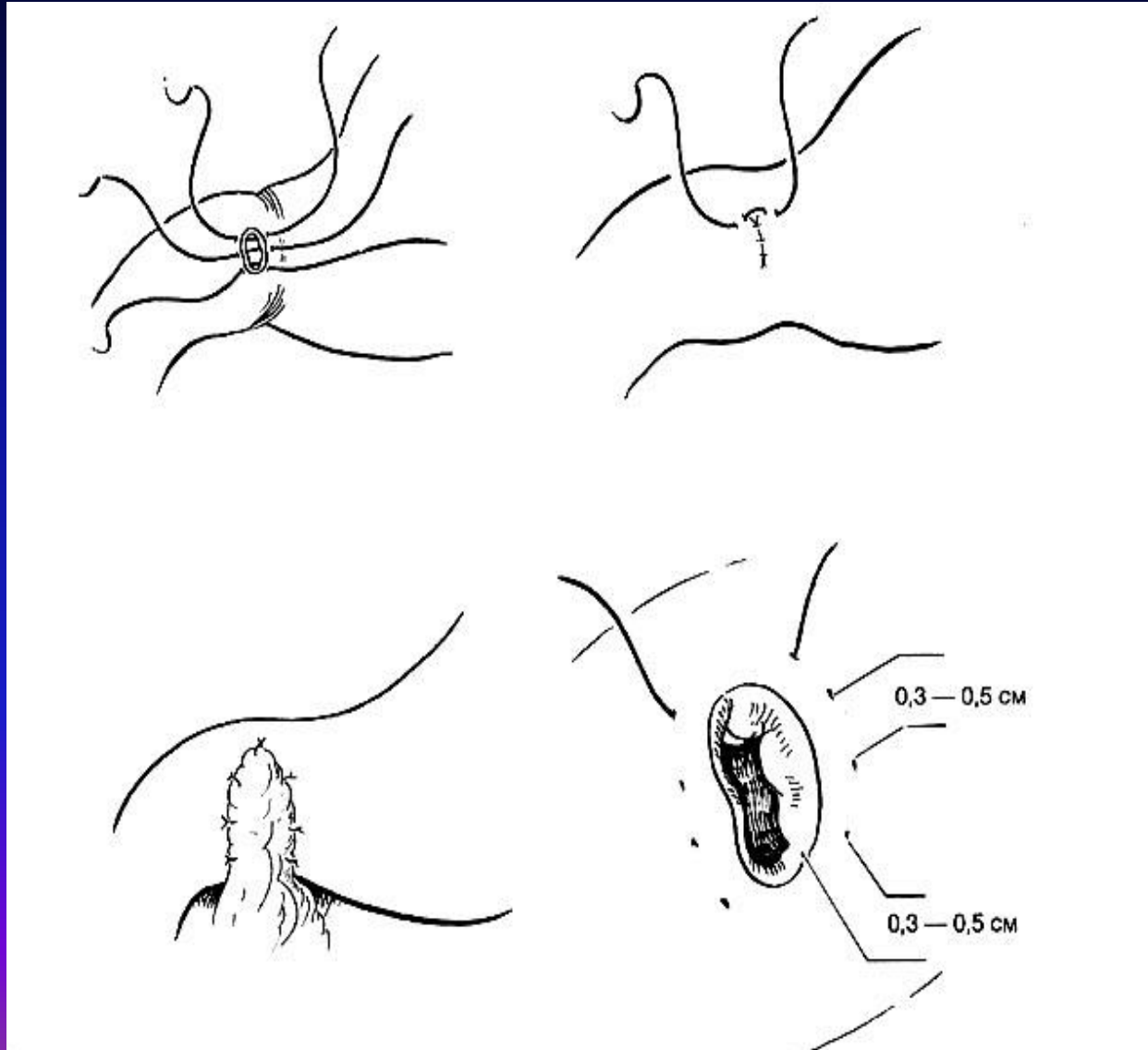
Условно абсолютные показания к операции:

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.

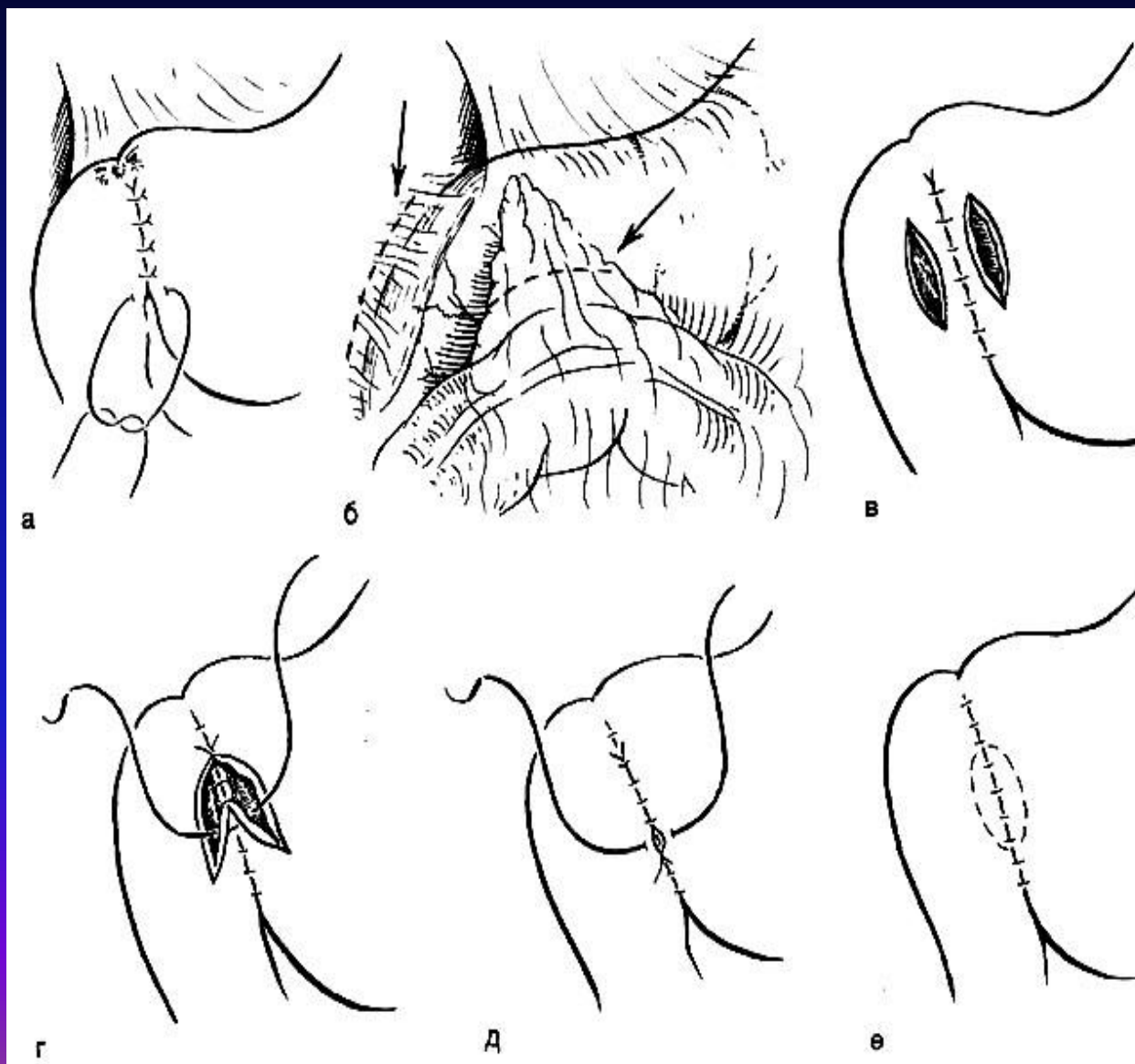
Относительные показания к операции:

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.

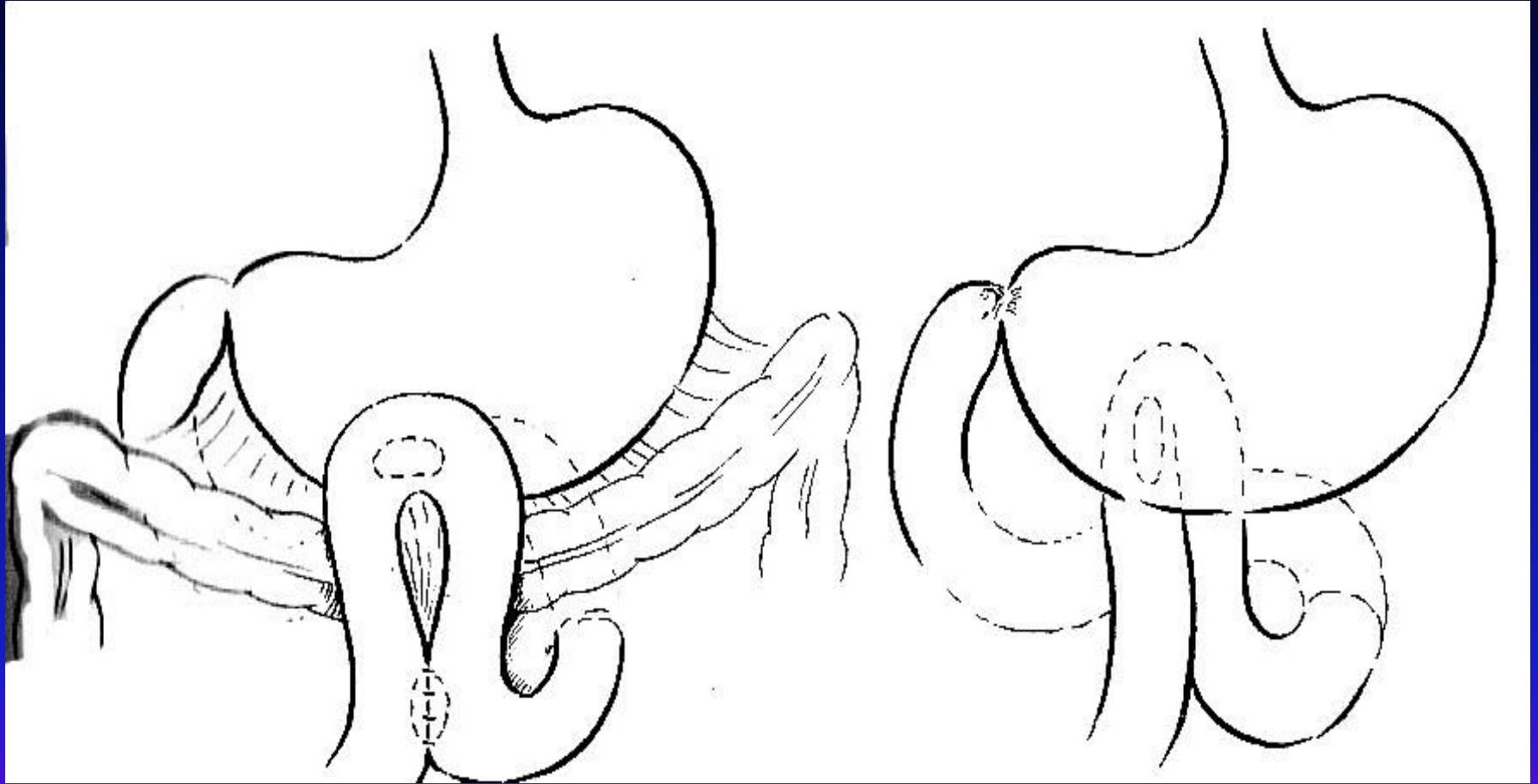
Методика ушивания перфоративной язвы.



Формирование гастродуоденоанастомоза по Жабуле.



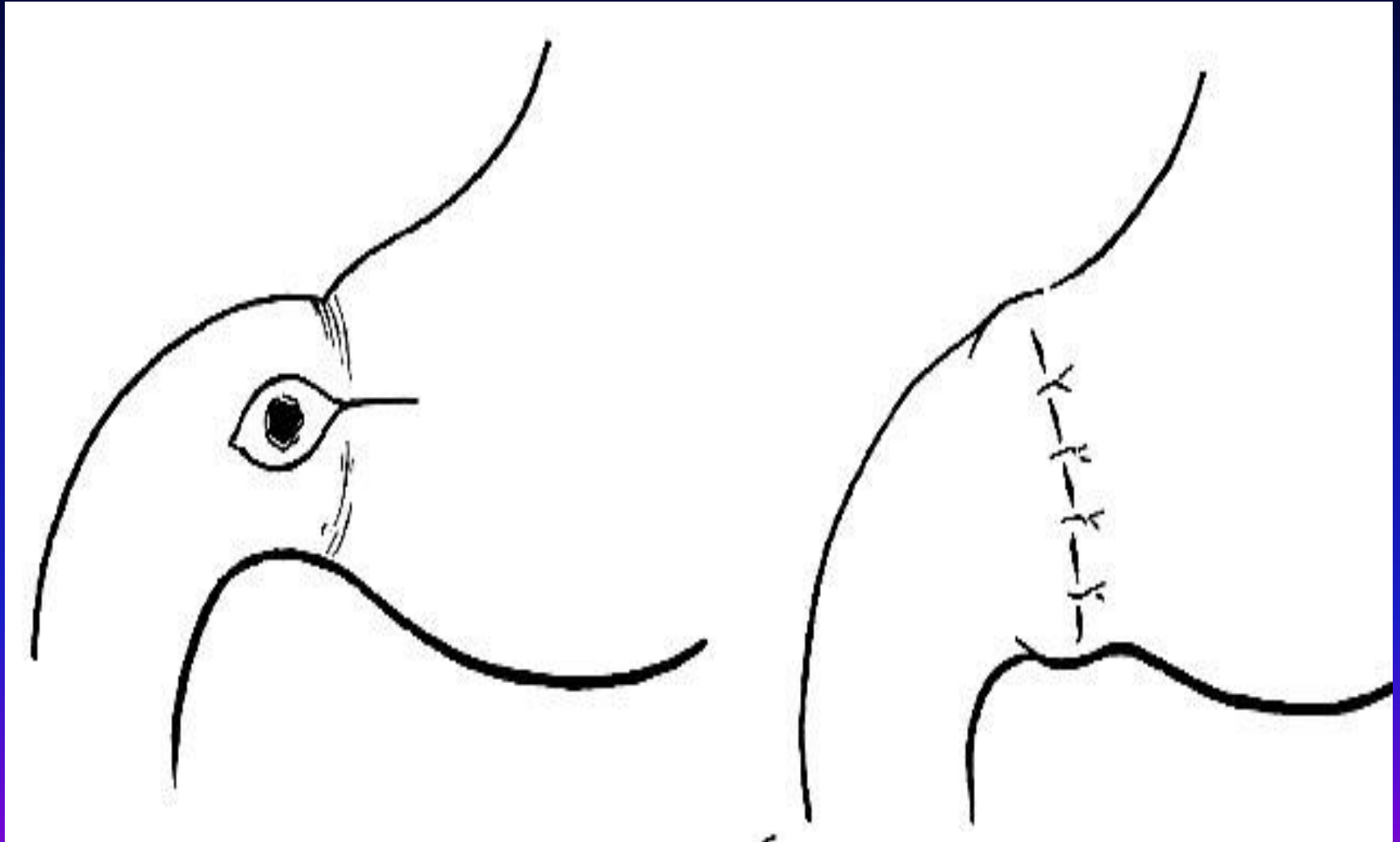
Гастроэнтеростомия:



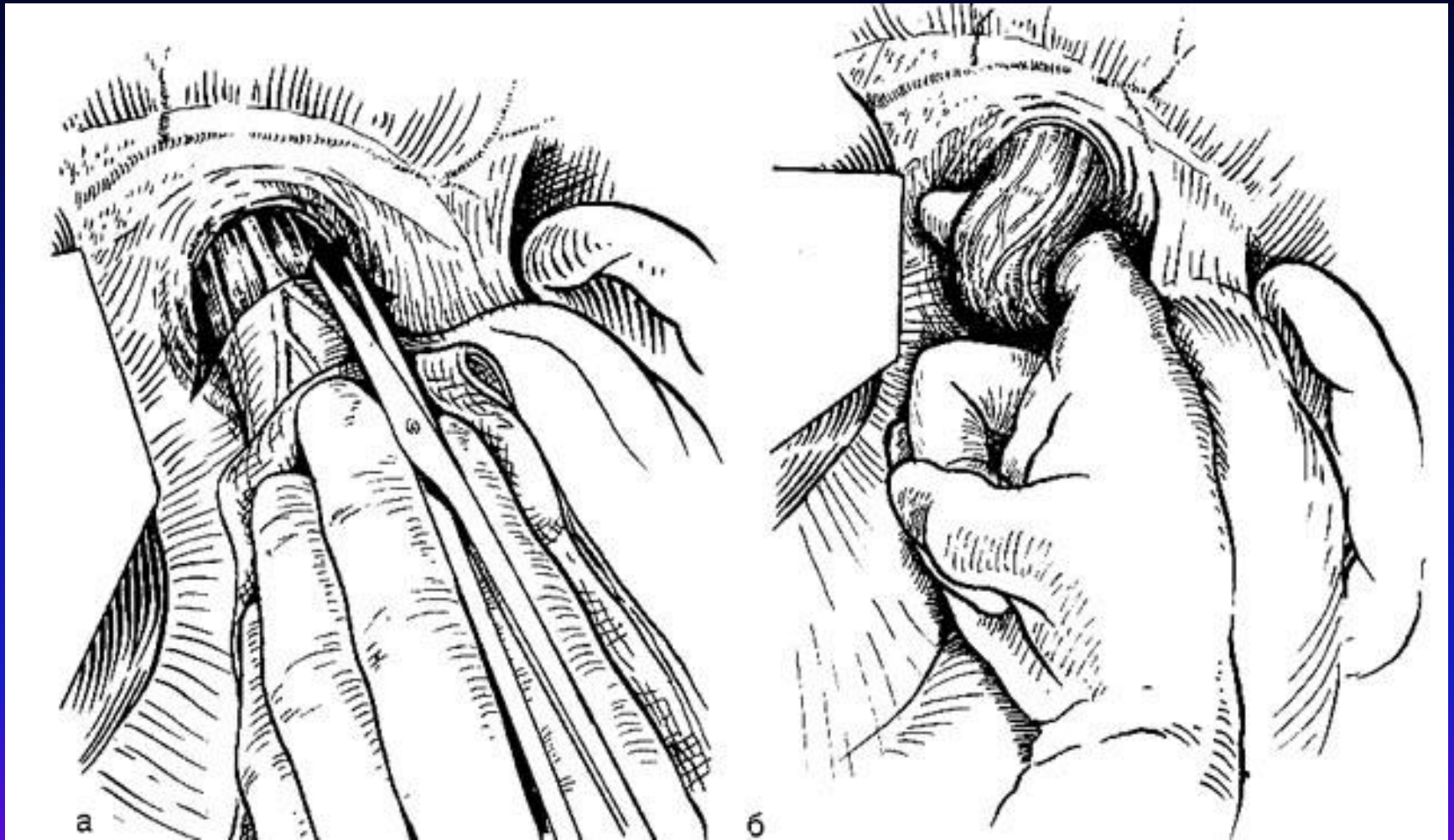
а) по Вельфлеру-Брауну

б) по Гаккеру-Петерсену

Пилоропластика по Джадду.



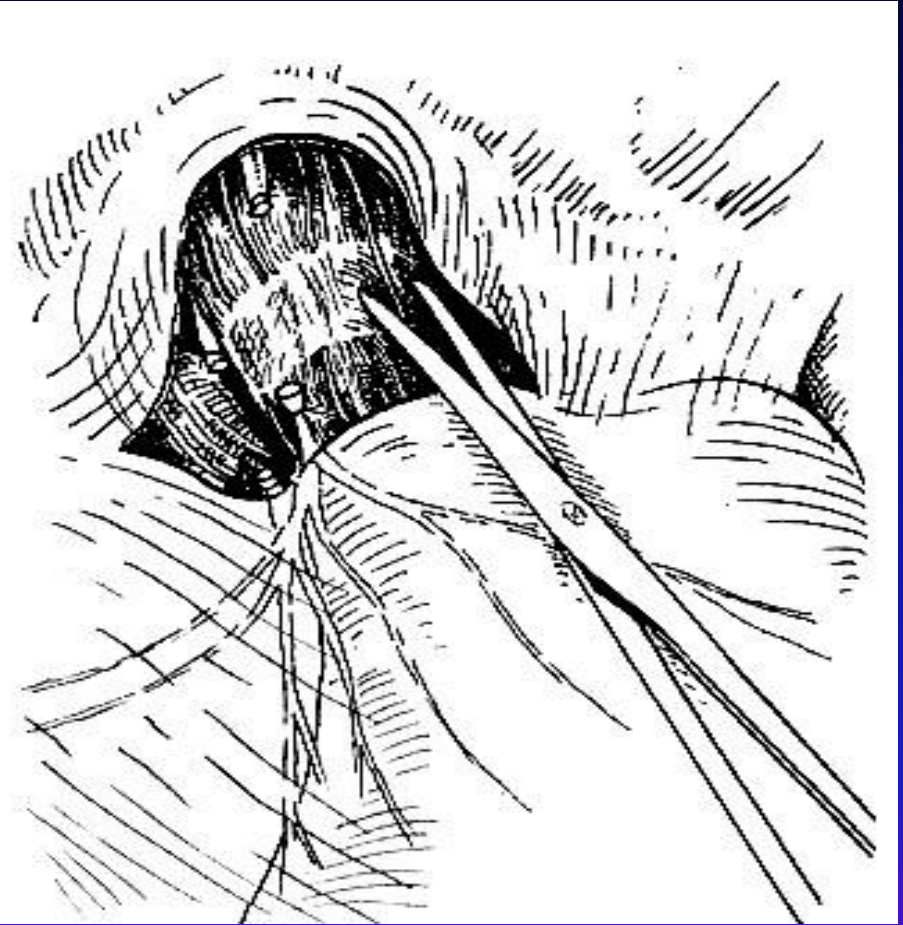
Стволовая ваготомия:



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:

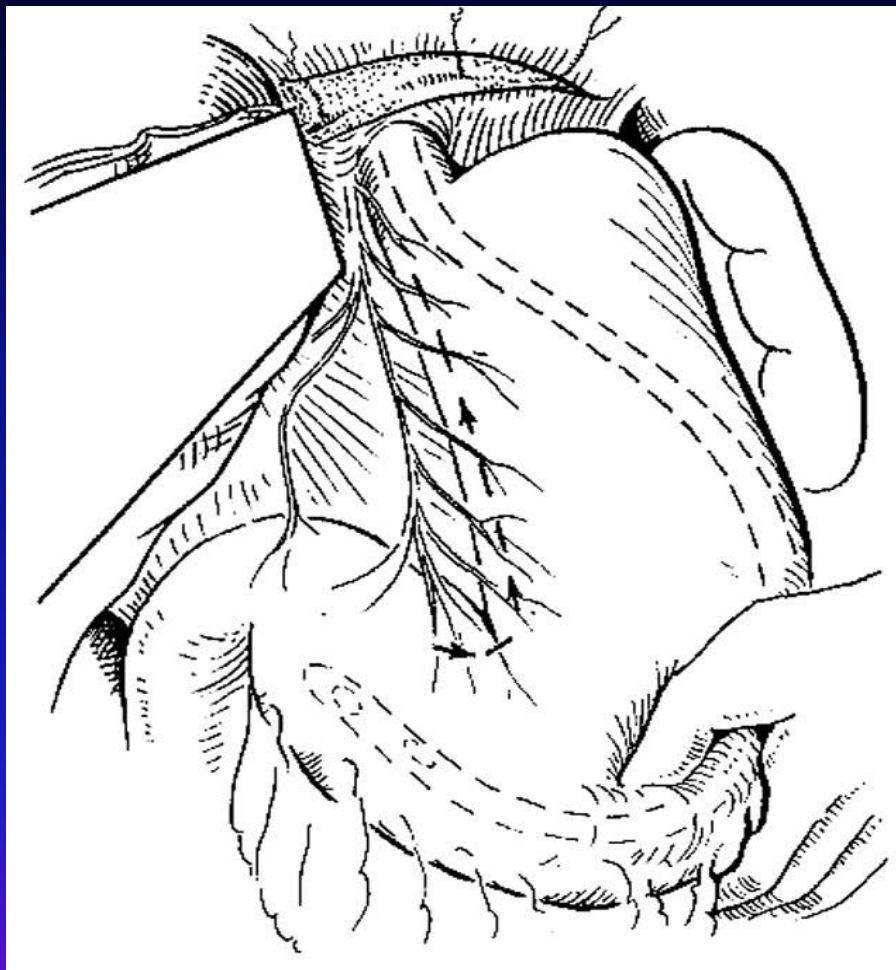


а) выделение и пересечение «криминальной» ветви Грасси



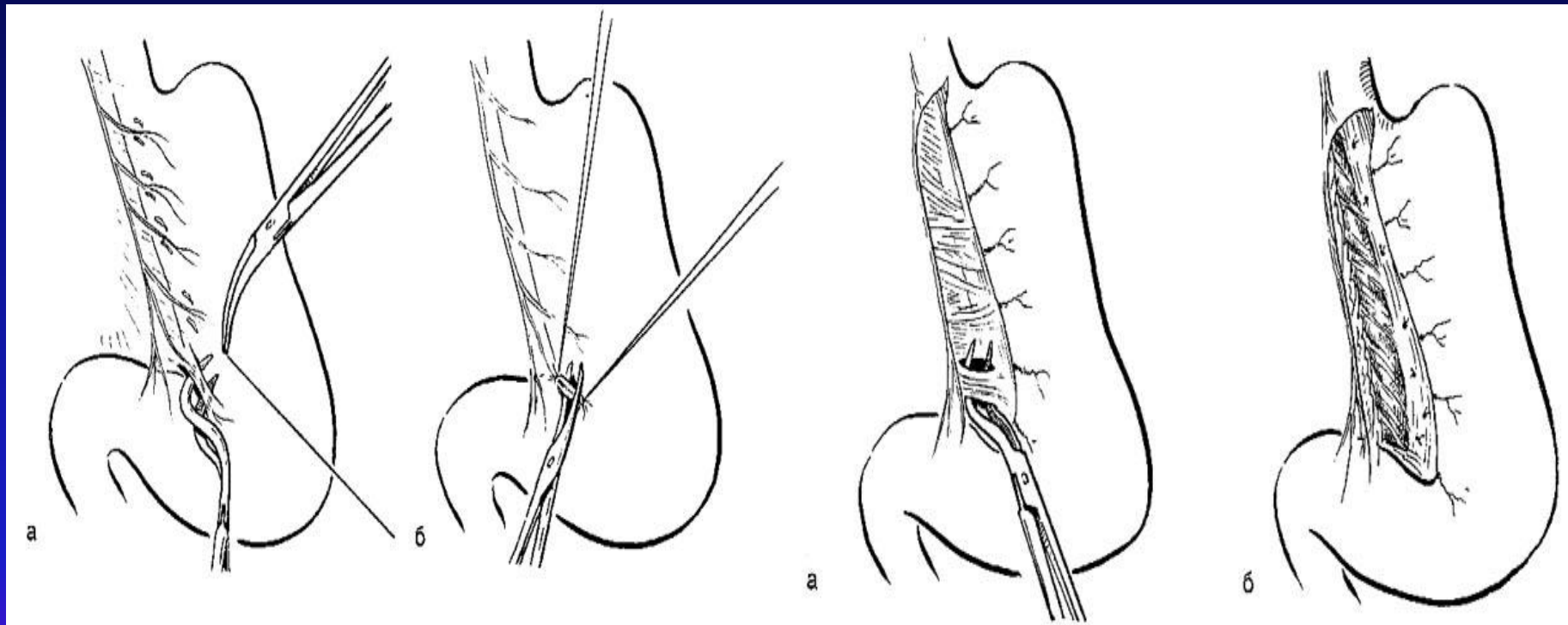
б) восстановление угла Гиса с помощью эзофагофундорафии

Селективная проксимальная ваготомия:



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

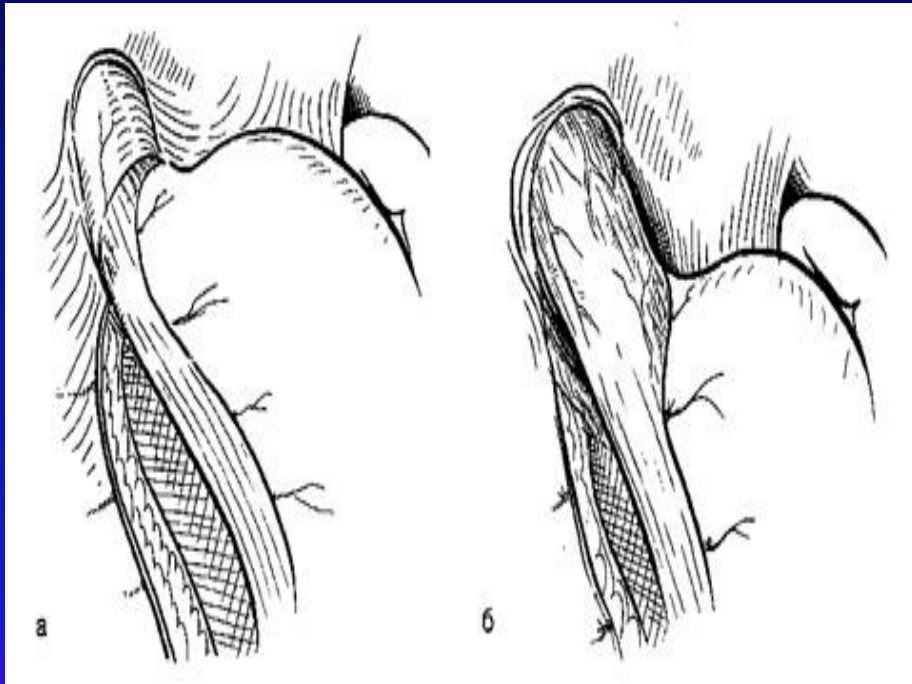
Селективная проксимальная ваготомия:



а) начало мобилизации малой кривизны желудка

б) перевязка сосудов среднего слоя малого сальника

Селективная проксимальная ваготомия:

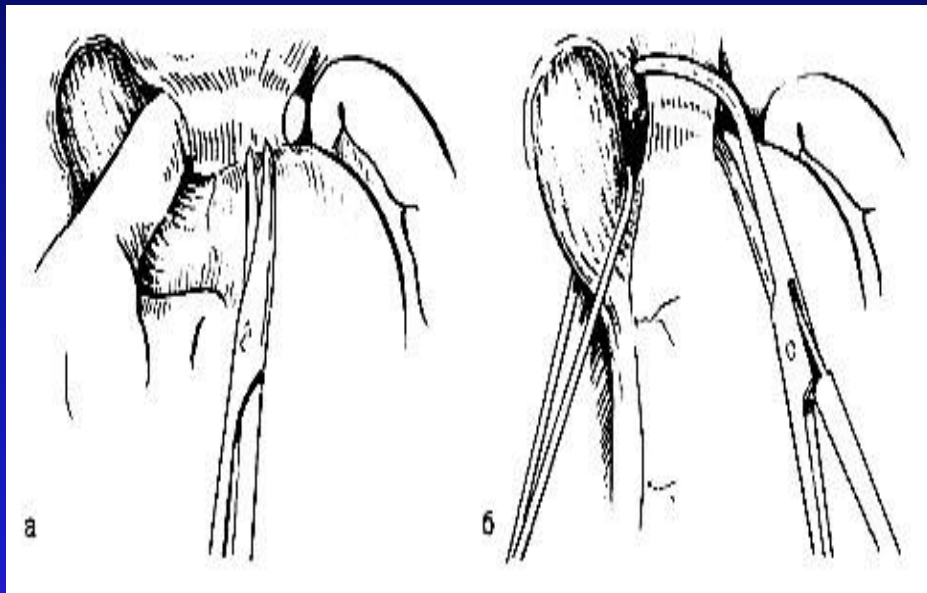


а) пересечение задней стенки малого сальника, диссекция передней и боковых стенок пищевода

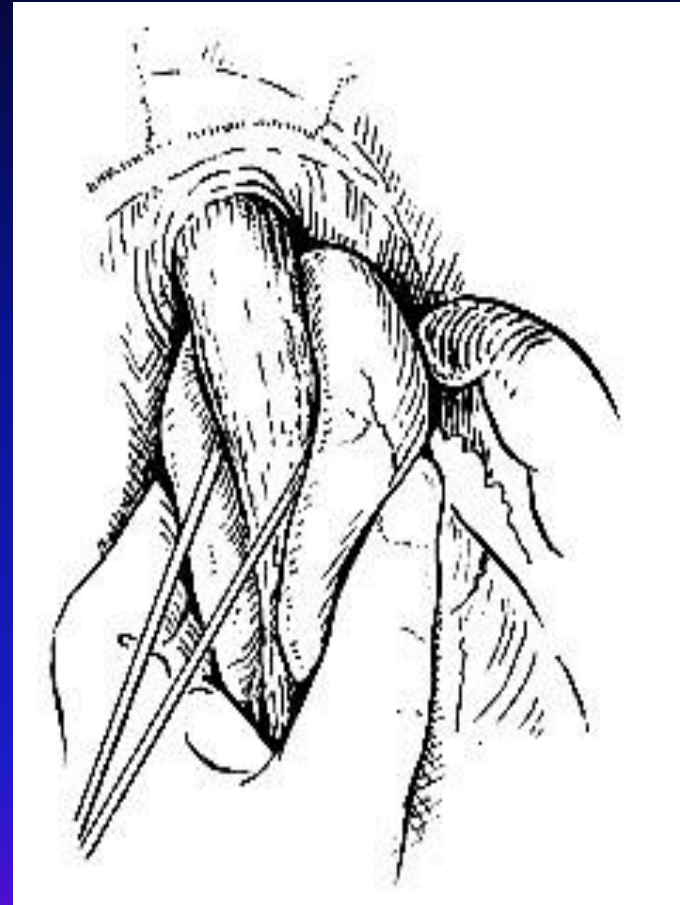


б) мобилизация забрюшинного отдела кардиальной части, пищевода и дна желудка

Селективная проксимальная ваготомия:

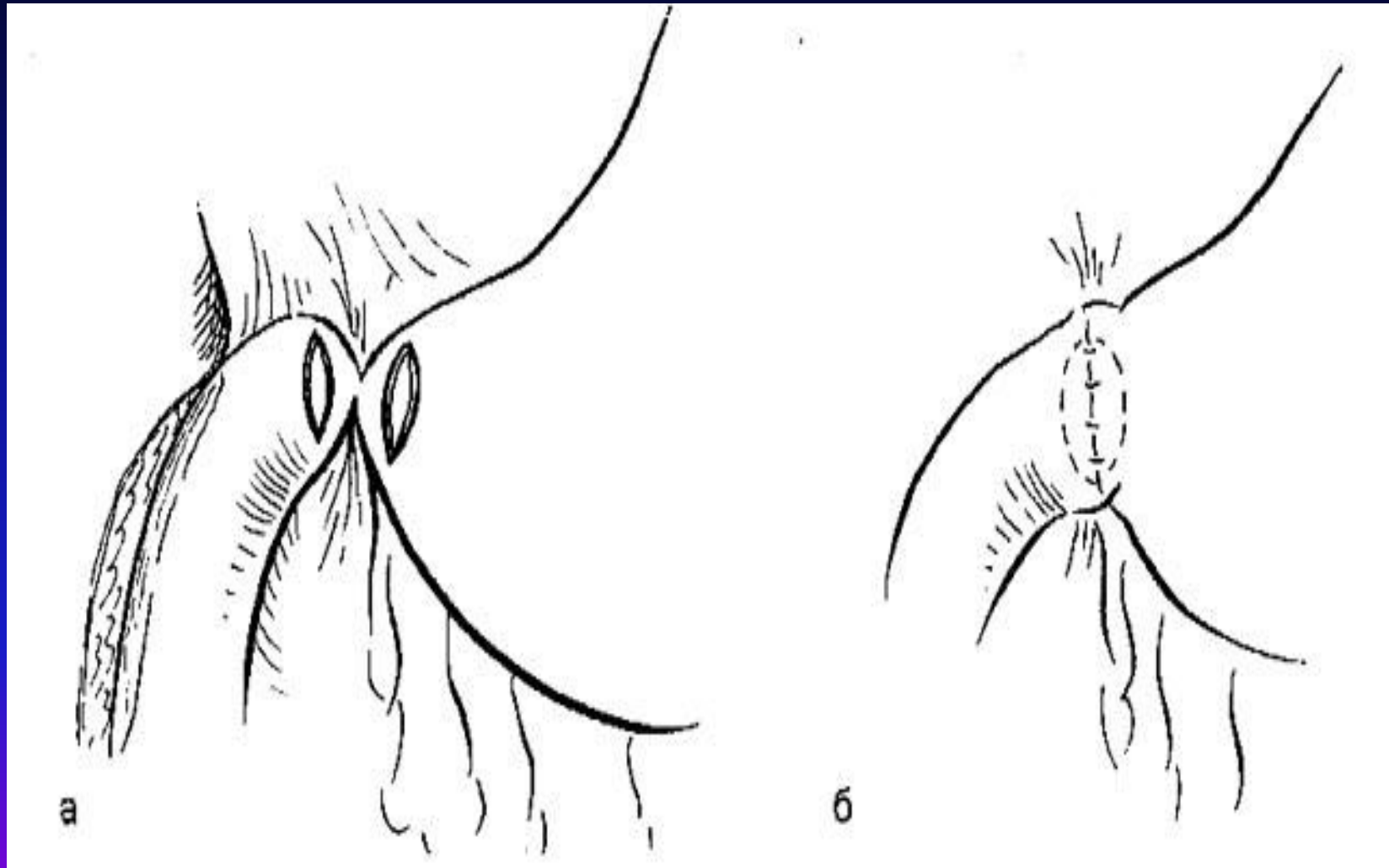


а) вариант мобилизации дна желудка

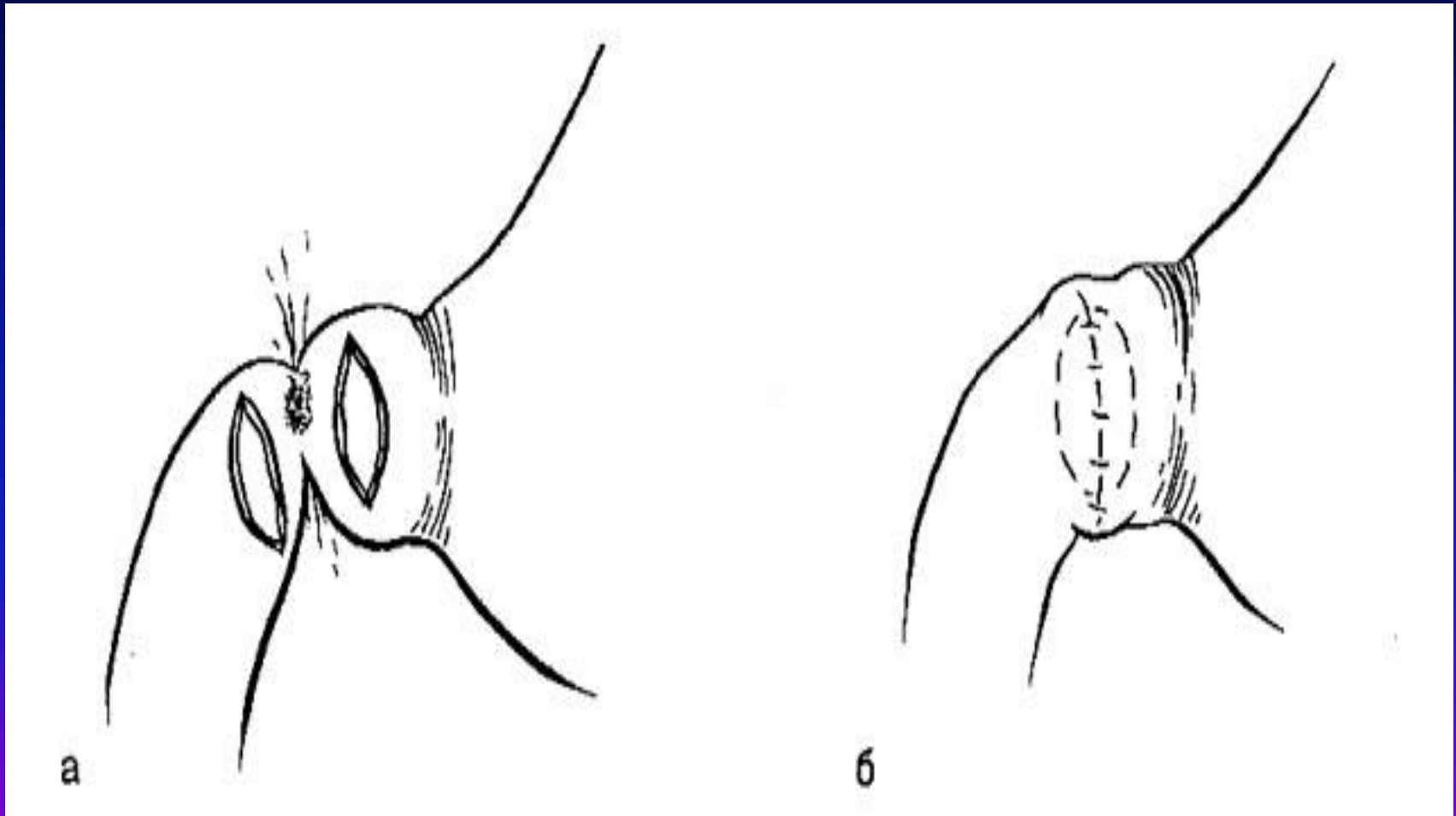


б) «примеривание» фундопликационной манжетки

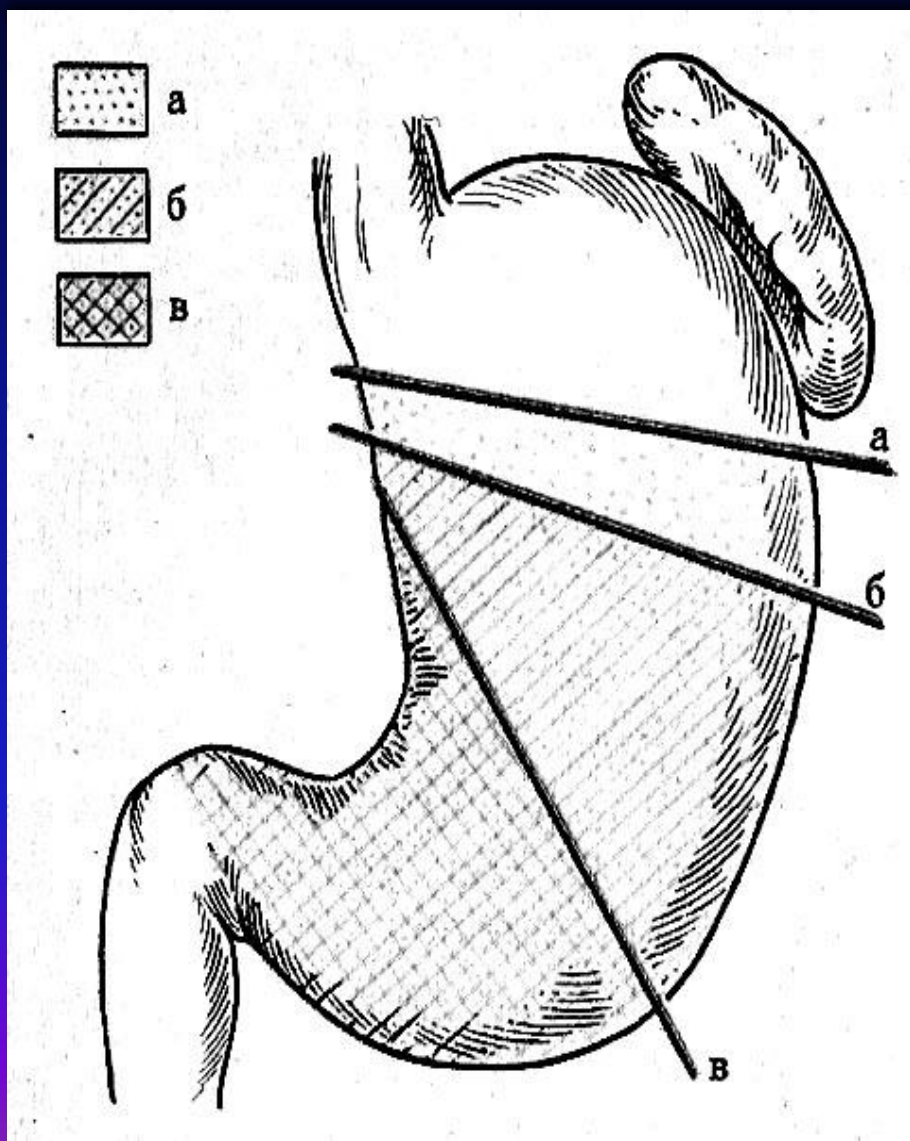
Поперечная гастродуоденостомия



Поперечная дуодено-дуоденостомия при постбульбарном стенозе

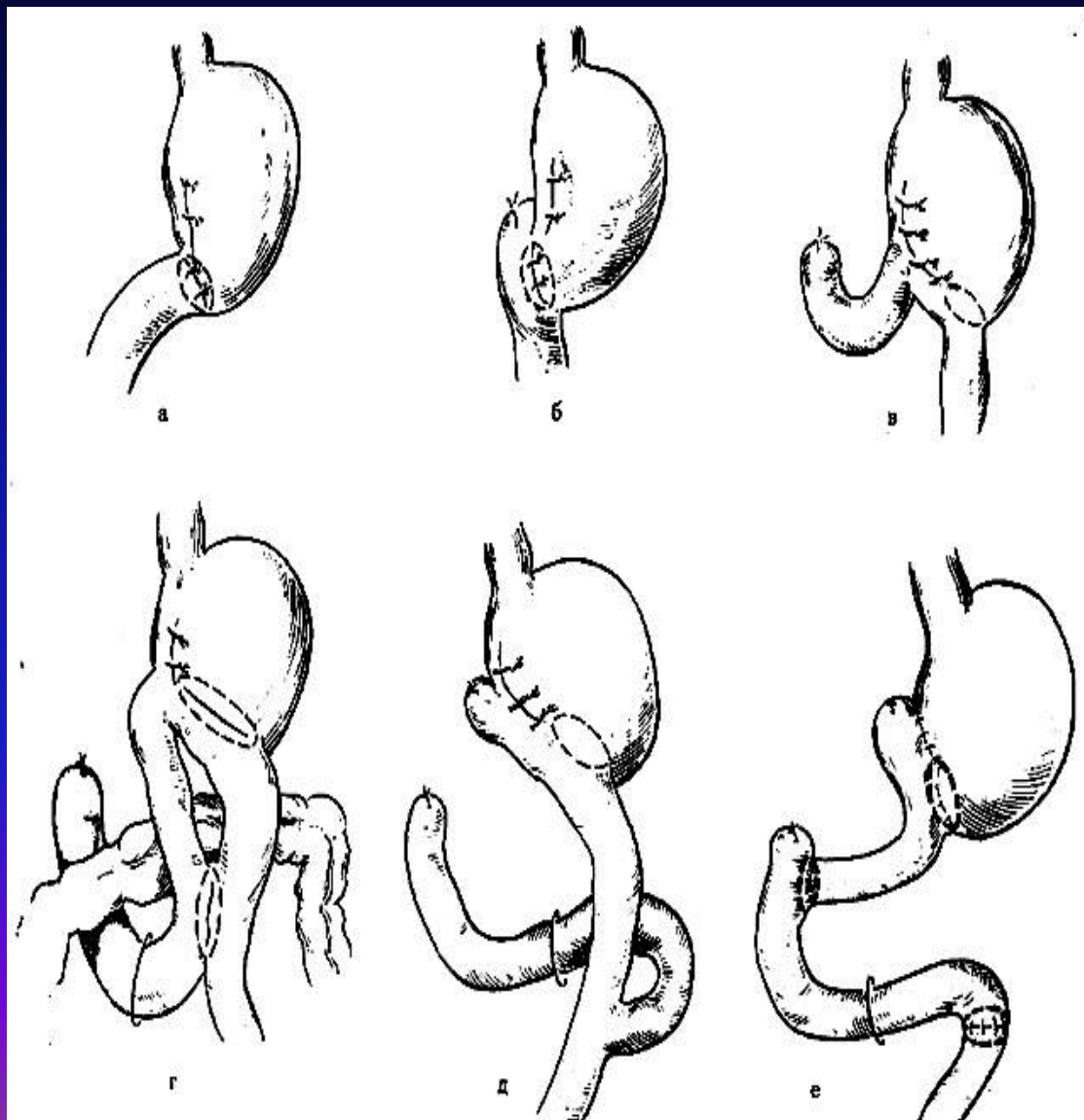


Размеры удаляемой части желудка:



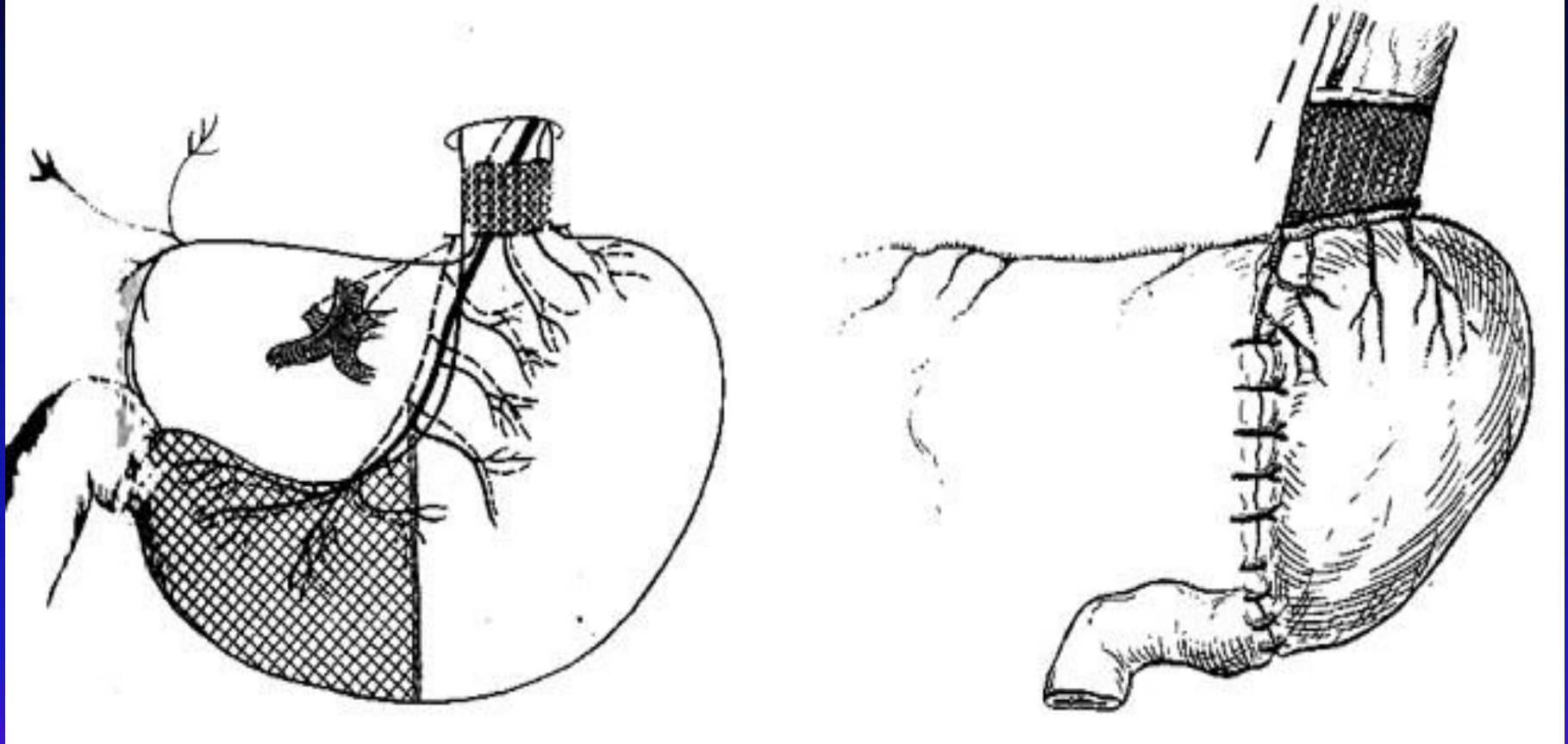
- а) субтотальная резекция желудка
- б) резекция 2/3 желудка
- в) антрумэктомия

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:

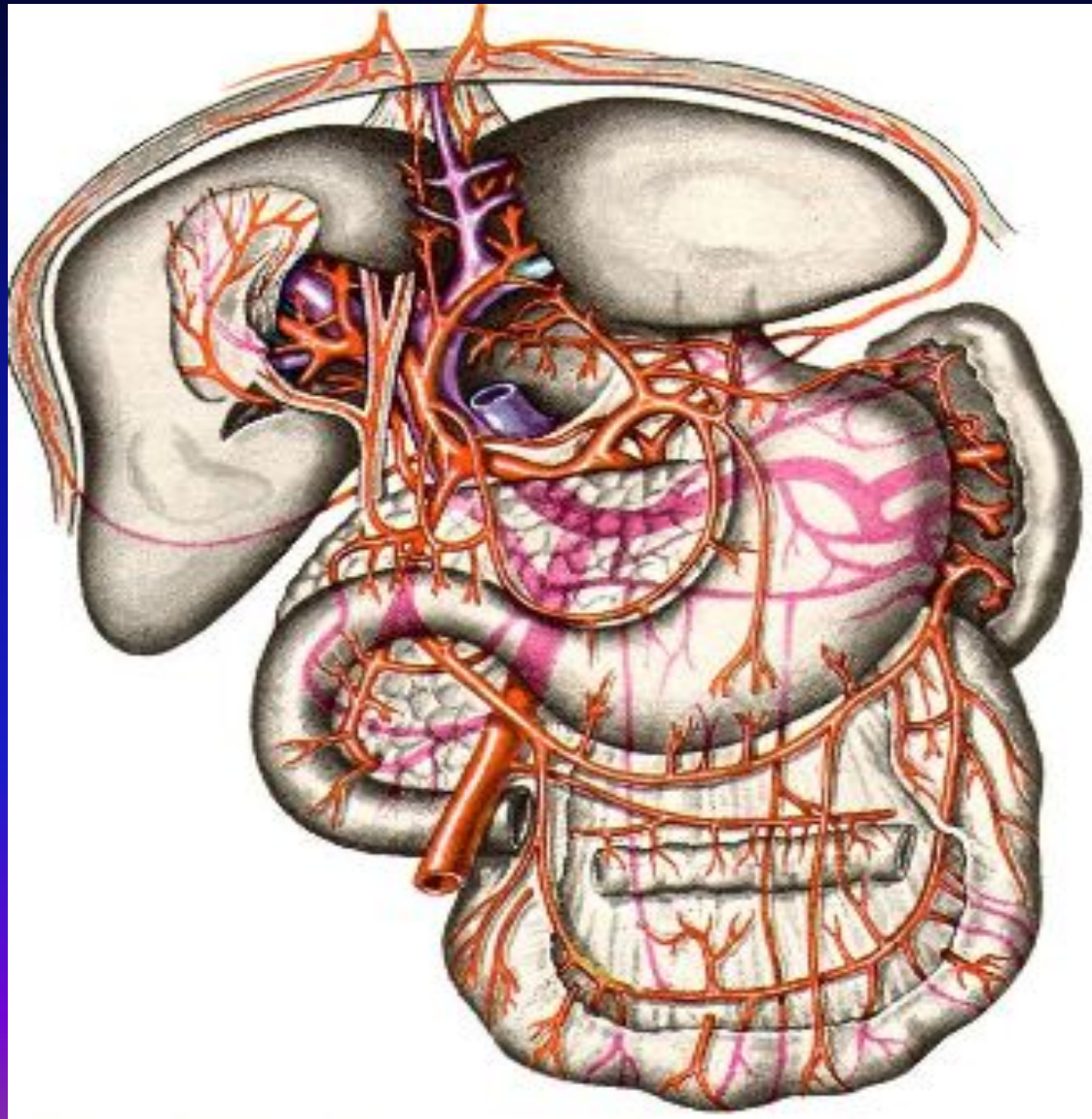


а) размеры удаляемой части желудка б) анастомоз по Бильрот I

Складки слизистой оболочки желудка



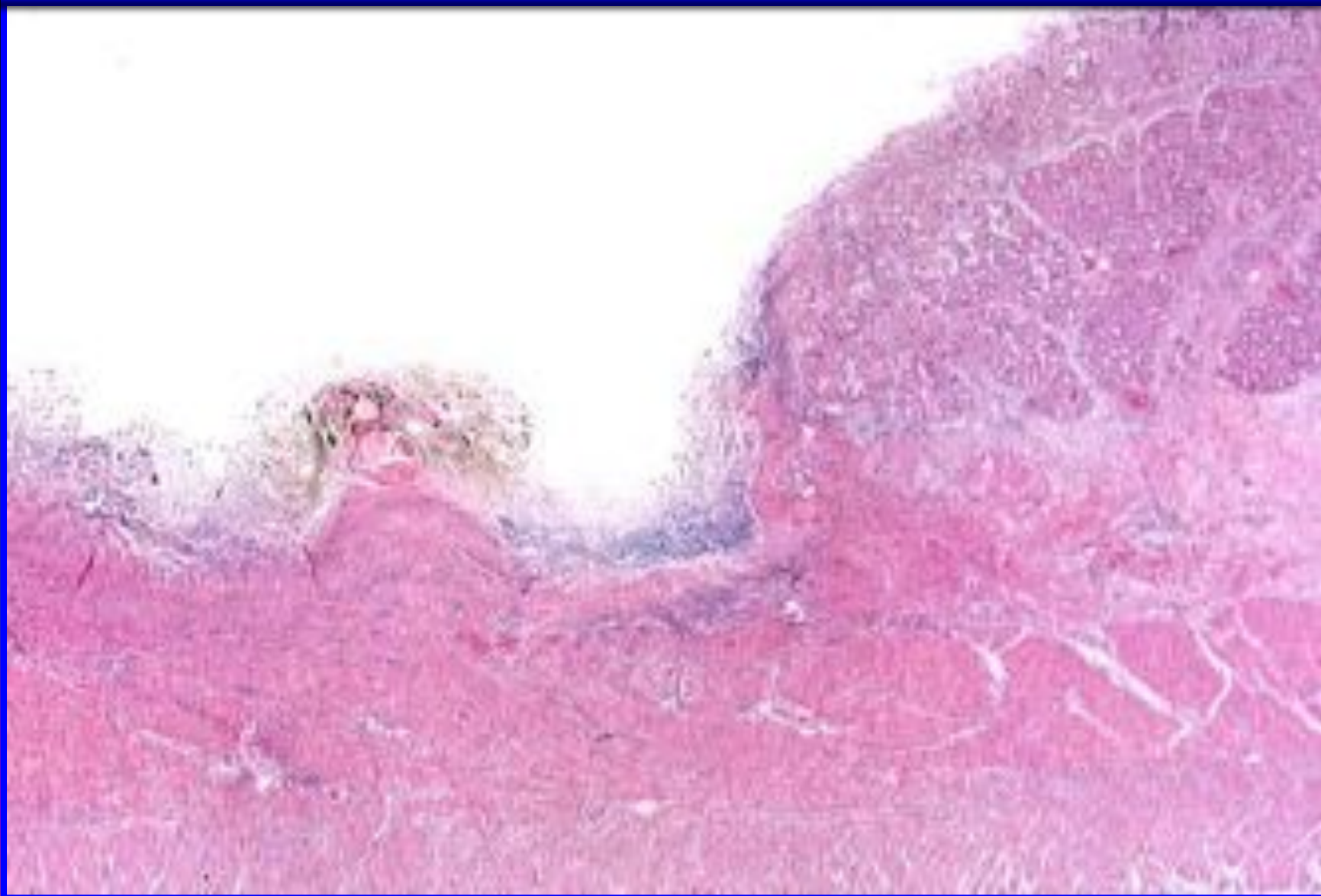
Артериальное кольцо желудка



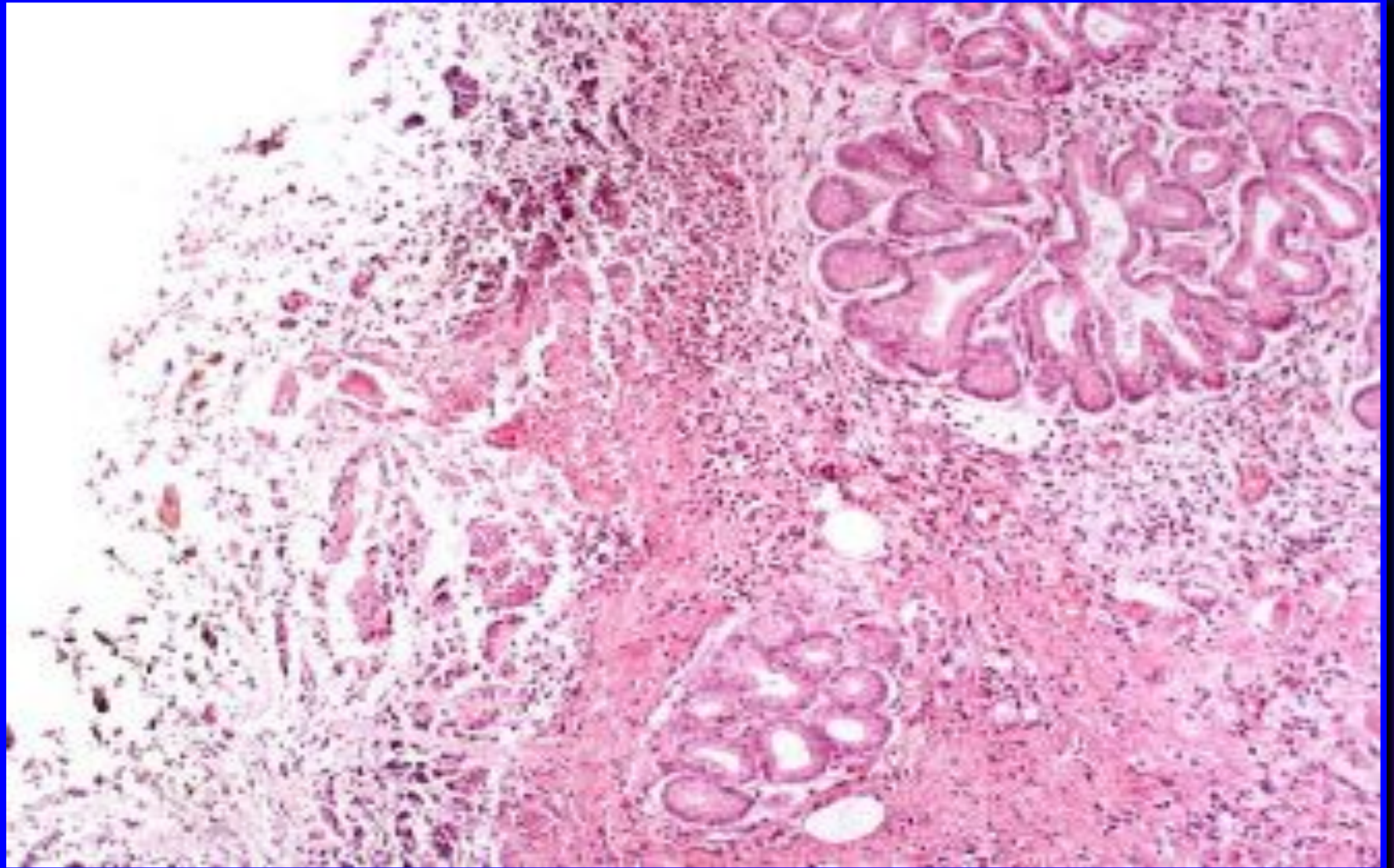
Нормальная слизистая двенадцатиперстной кишки. Дуоденальные (бруннеровы) железы



Дуоденальная язва. Микропрепарат.



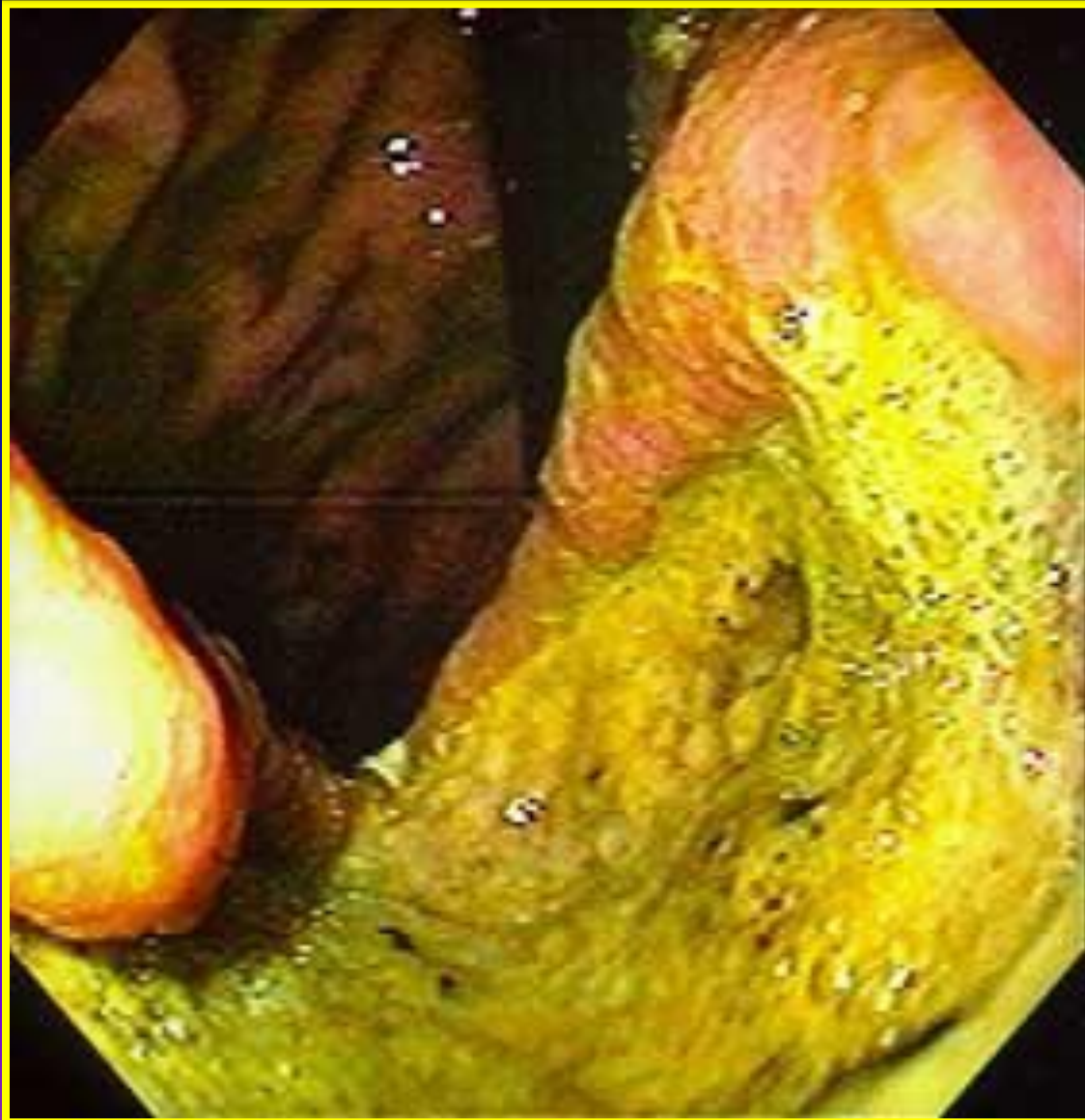
Язва 12-ти перстной кишки: гиперплазия бруннеровых желез.



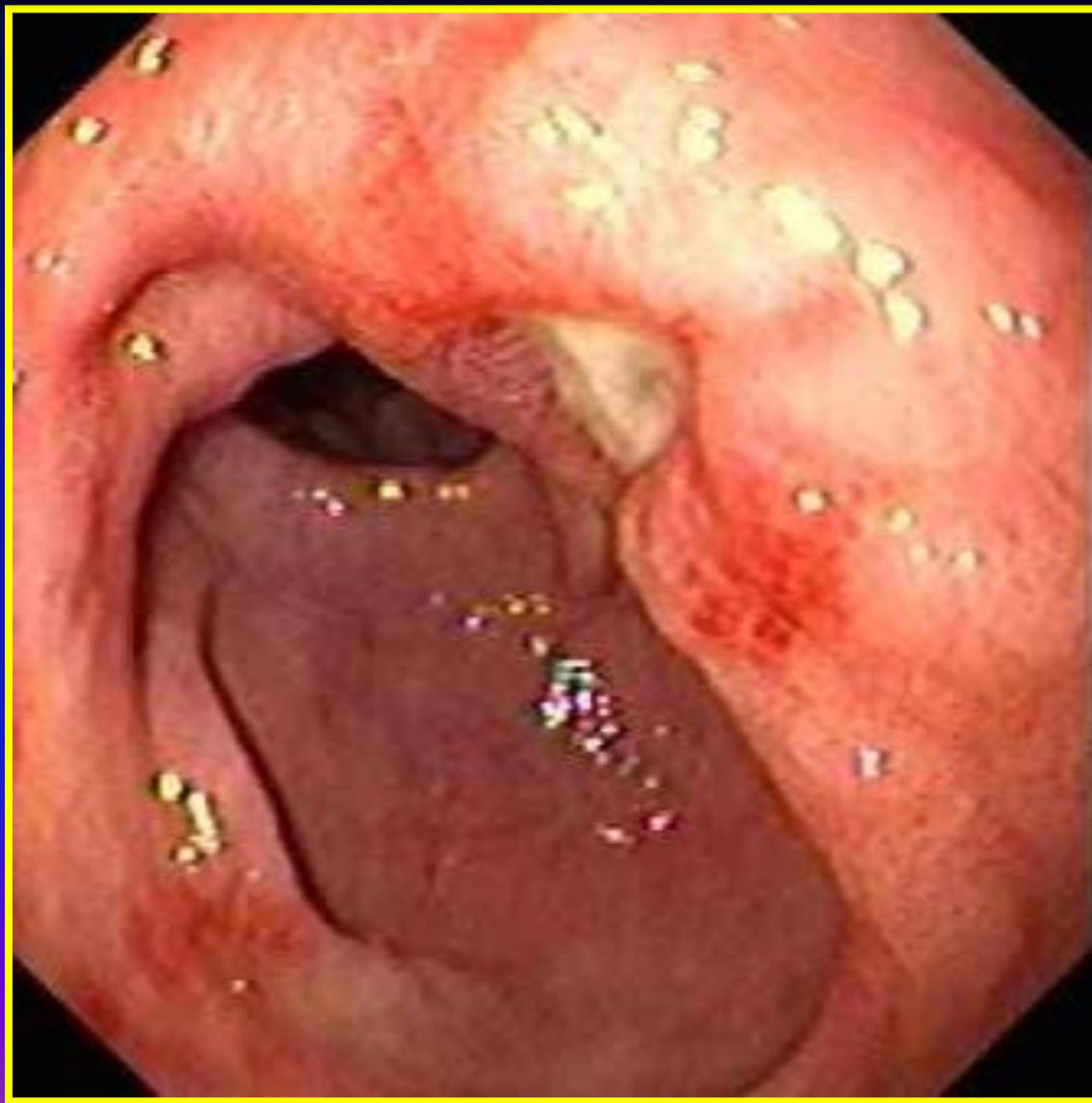
Две язвы луковицы 12-ти перстной кишки



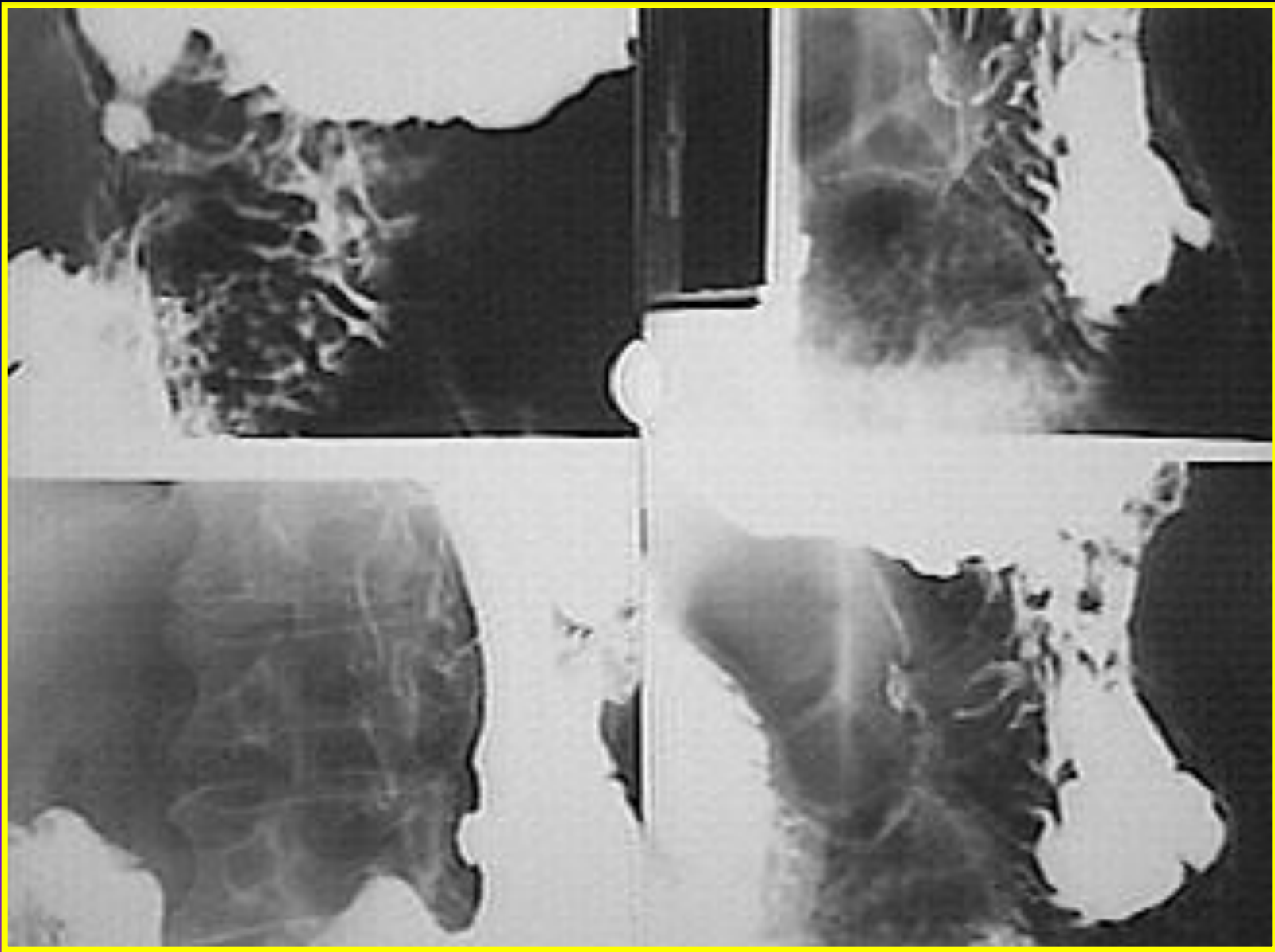
Гигантская язва желудка



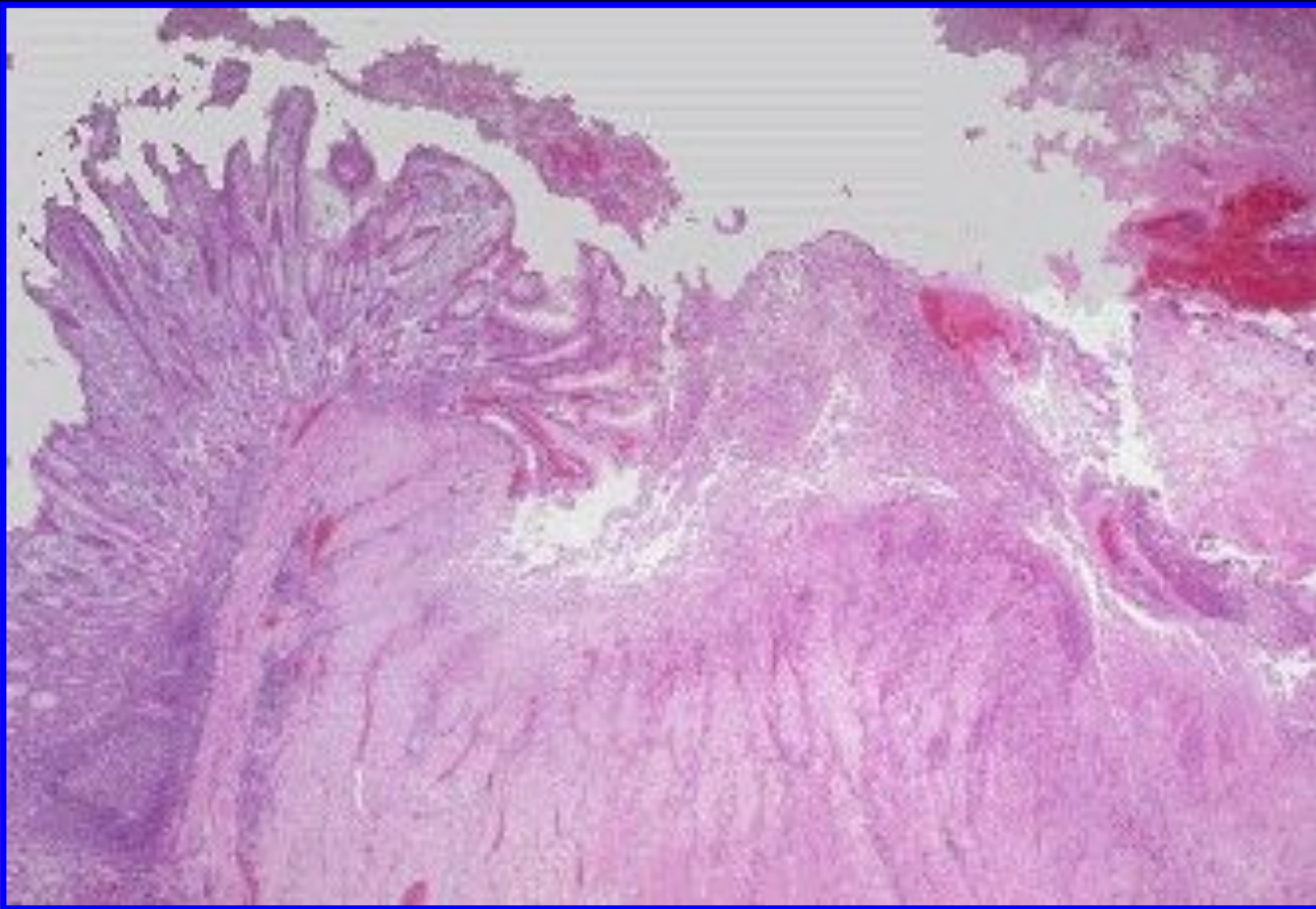
Хроническая язва желудка



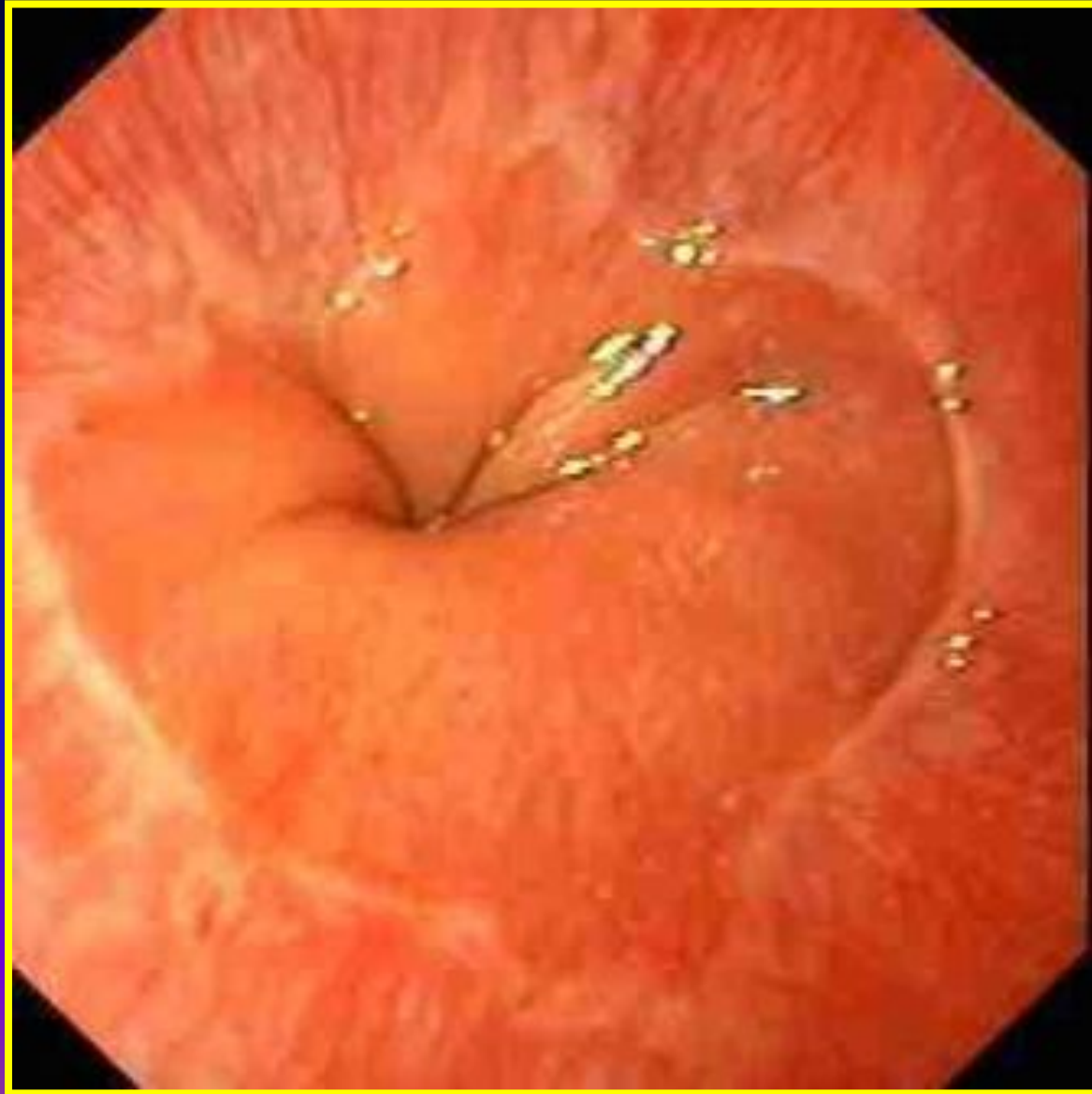
Рентгенография – язва малой кривизны желудка



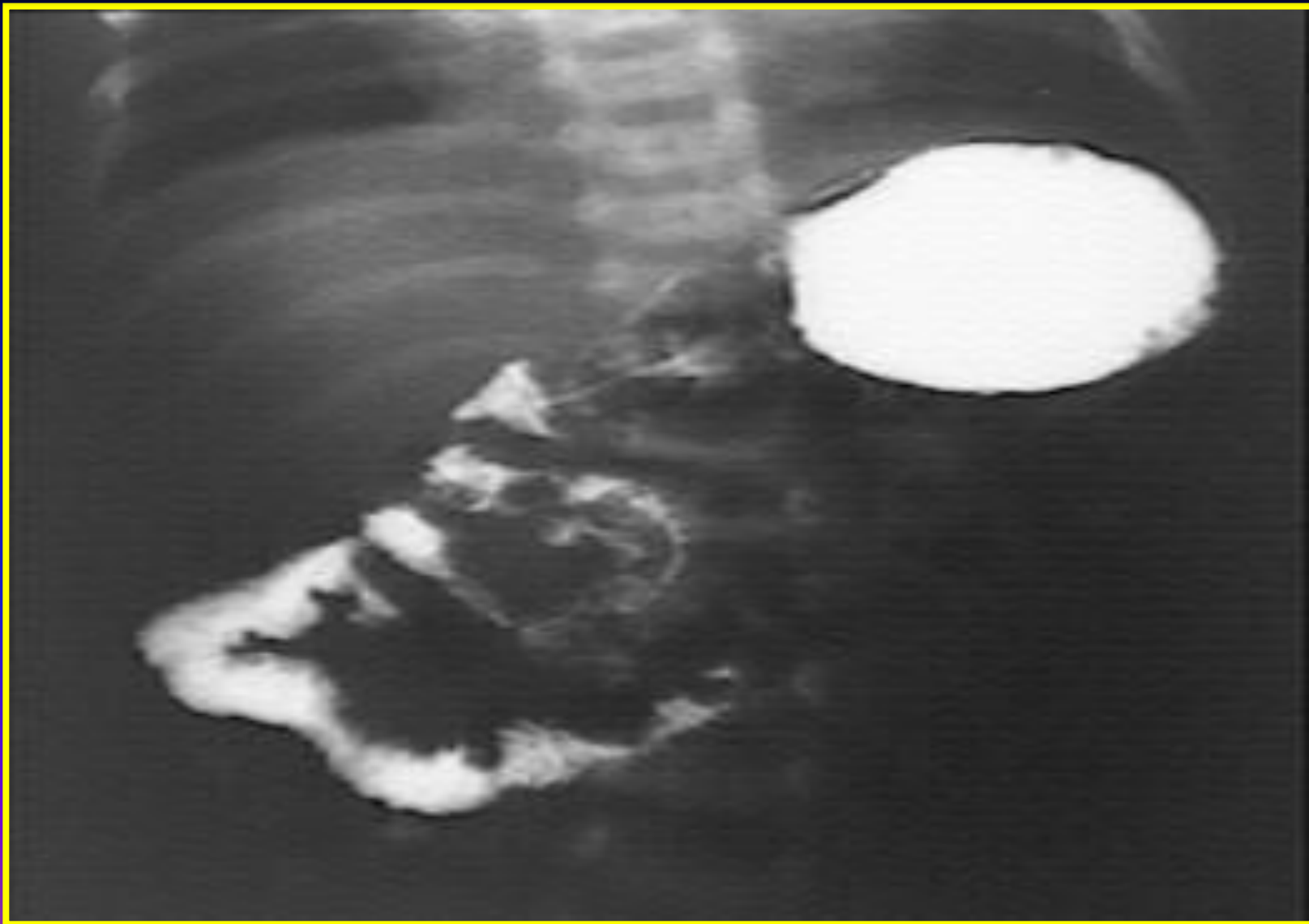
Аррозия артерии в дне язвы желудка.



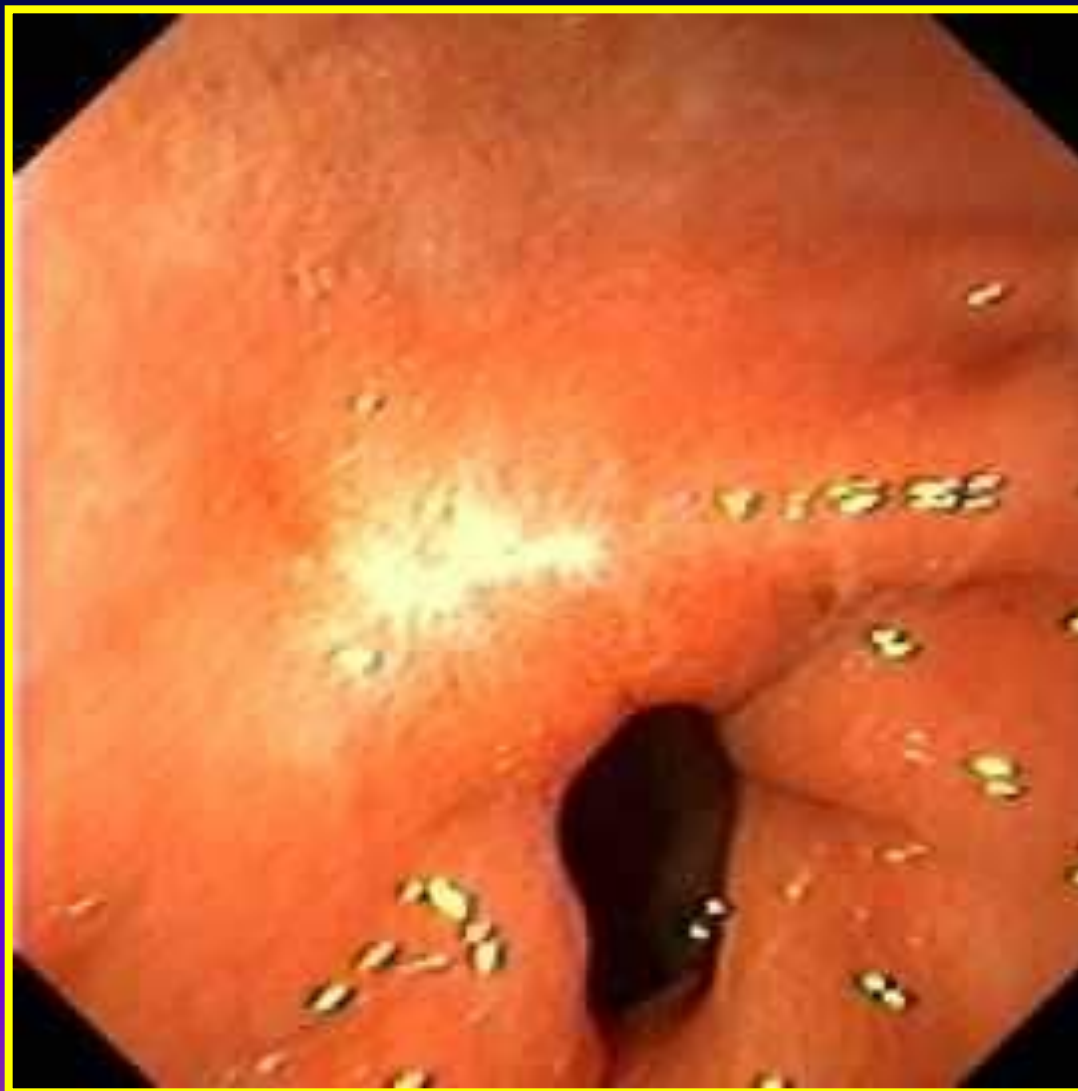
Нормальная слизистая пилорического отдела желудка



Сужение постбульбарного отдела 12-ти перстной кишки.



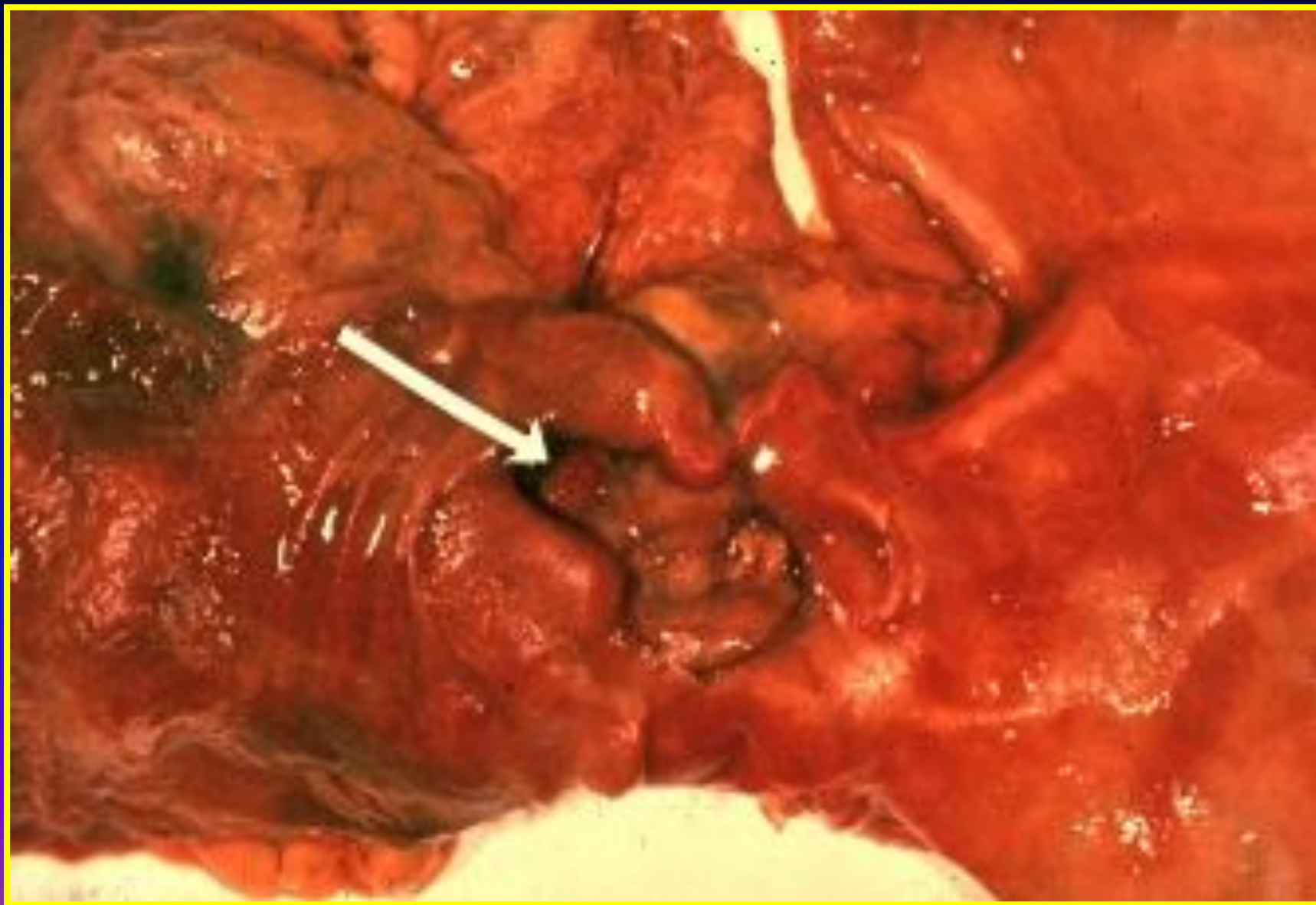
Деформация и сужение привратника при язвенной болезни.



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



Пенетрация дуоденальной язвы. Макропрепарат.



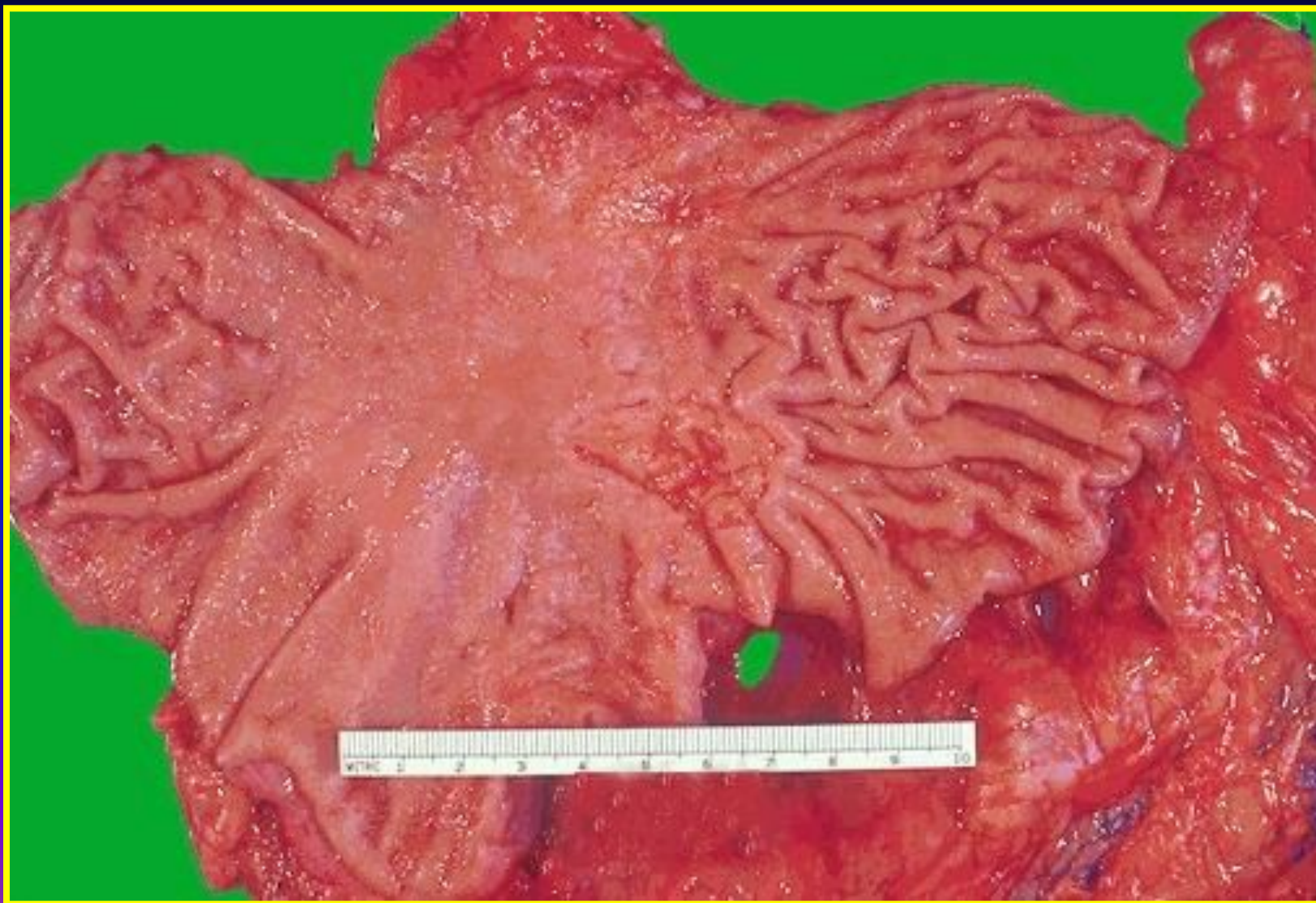
Пенетрирующая язва желудка.



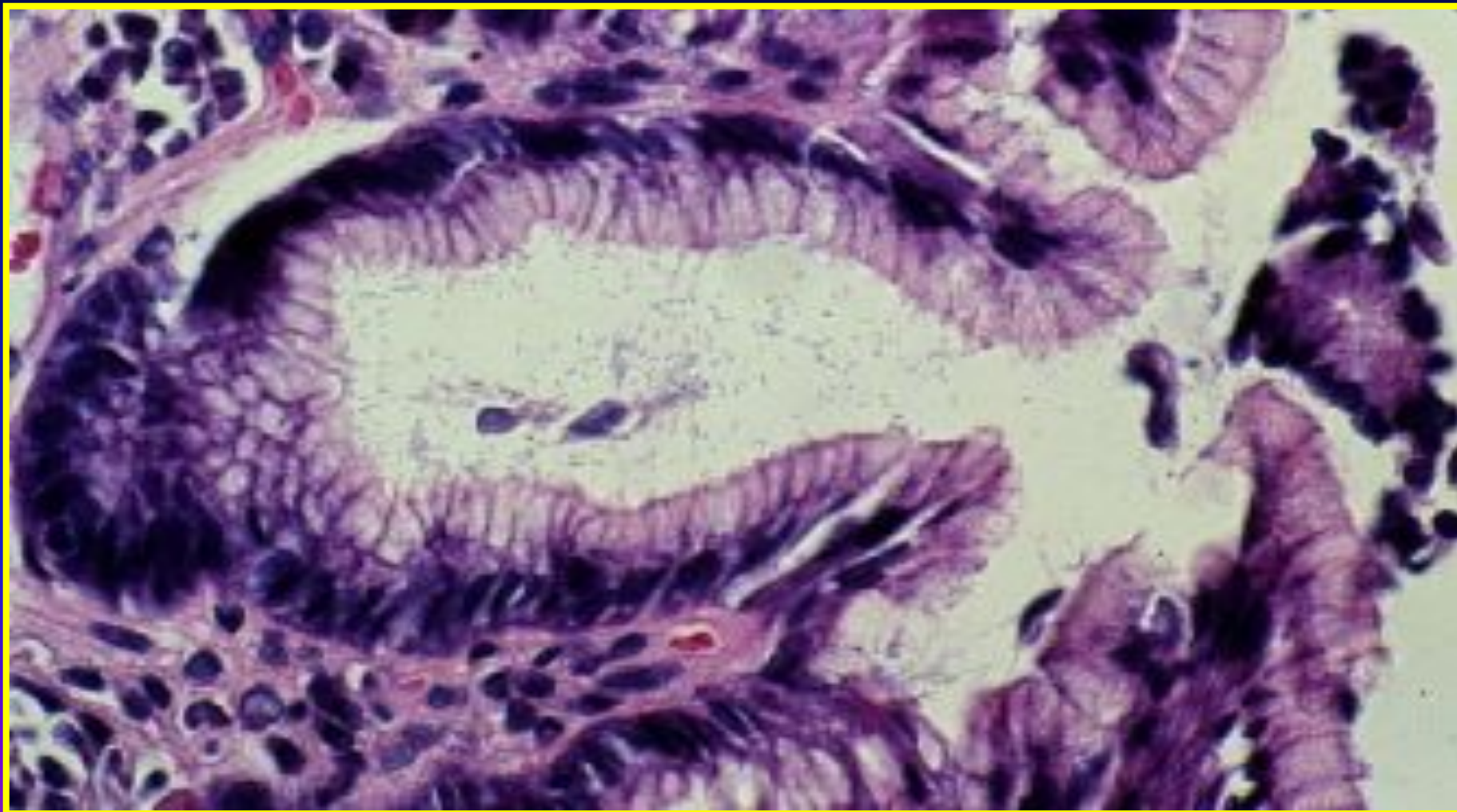
Участки кишечной метаплазии в антральном отделе желудка.



Резецированный желудок с малигнизированной язвой (по данным биопсии)



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



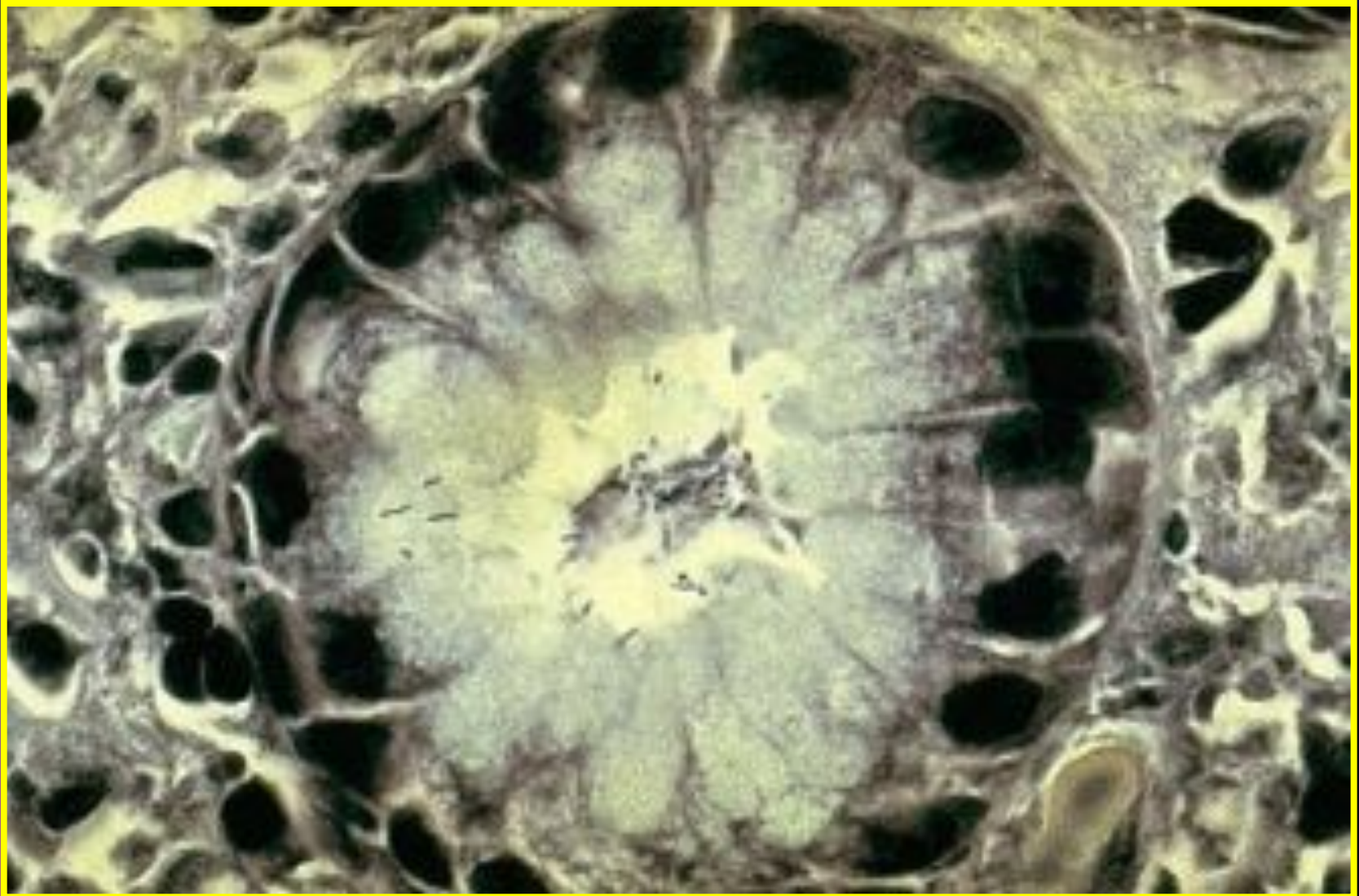
**Острая язва желудка,
расположенная в области его дна.**



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.

