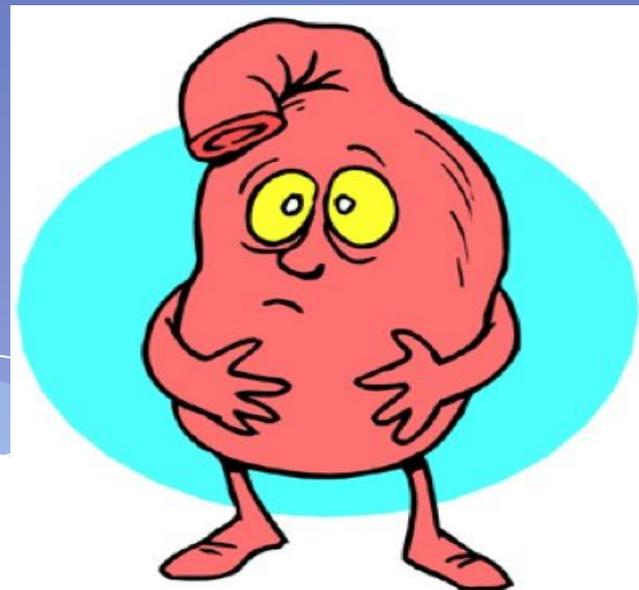


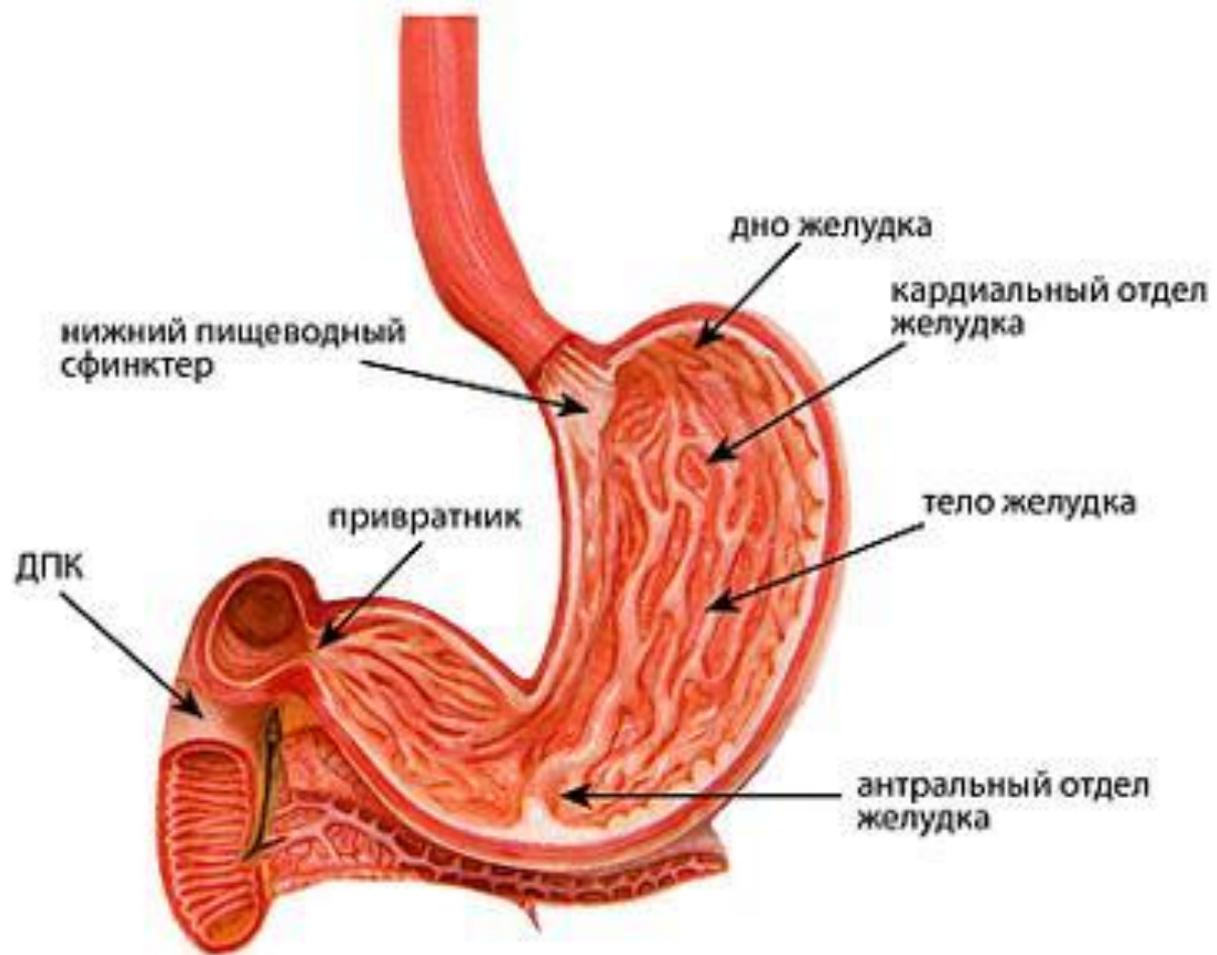
БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОГО

ЖЕЛУДКА



Анатомия желудка

* Желудок - это мешкообразное расширение пищеварительного тракта, растяжимый орган, который располагается между пищеводом и двенадцатиперстной кишкой. С пищеводом он соединяется через кардиальное отверстие, а с двенадцатиперстной кишкой - через отверстие привратника. Желудок изнутри покрыт слизистой оболочкой, в которой содержатся железы, вырабатывающие слизь, ферменты и соляную кислоту. Желудок является резервуаром для поглощенной пищи, которая в нем перемешивается и частично переваривается под влиянием желудочного сока.



Различают три вида желез:

- * кардиальные железы, *glandulae cardiacae*;
- * желудочные железы, *glandulae gastricae (propriae)*; они многочисленны (приблизительно 100 на 1 мм² поверхности), расположены в области свода и тела желудка и содержат двоякого рода клетки: главные (выделяют пепсиноген) и обкладочные (выделяют соляную кислоту);
- * пилорические железы, *glandulae pyloricae*, состоят только из главных клеток.

Кровоснабжение желудка

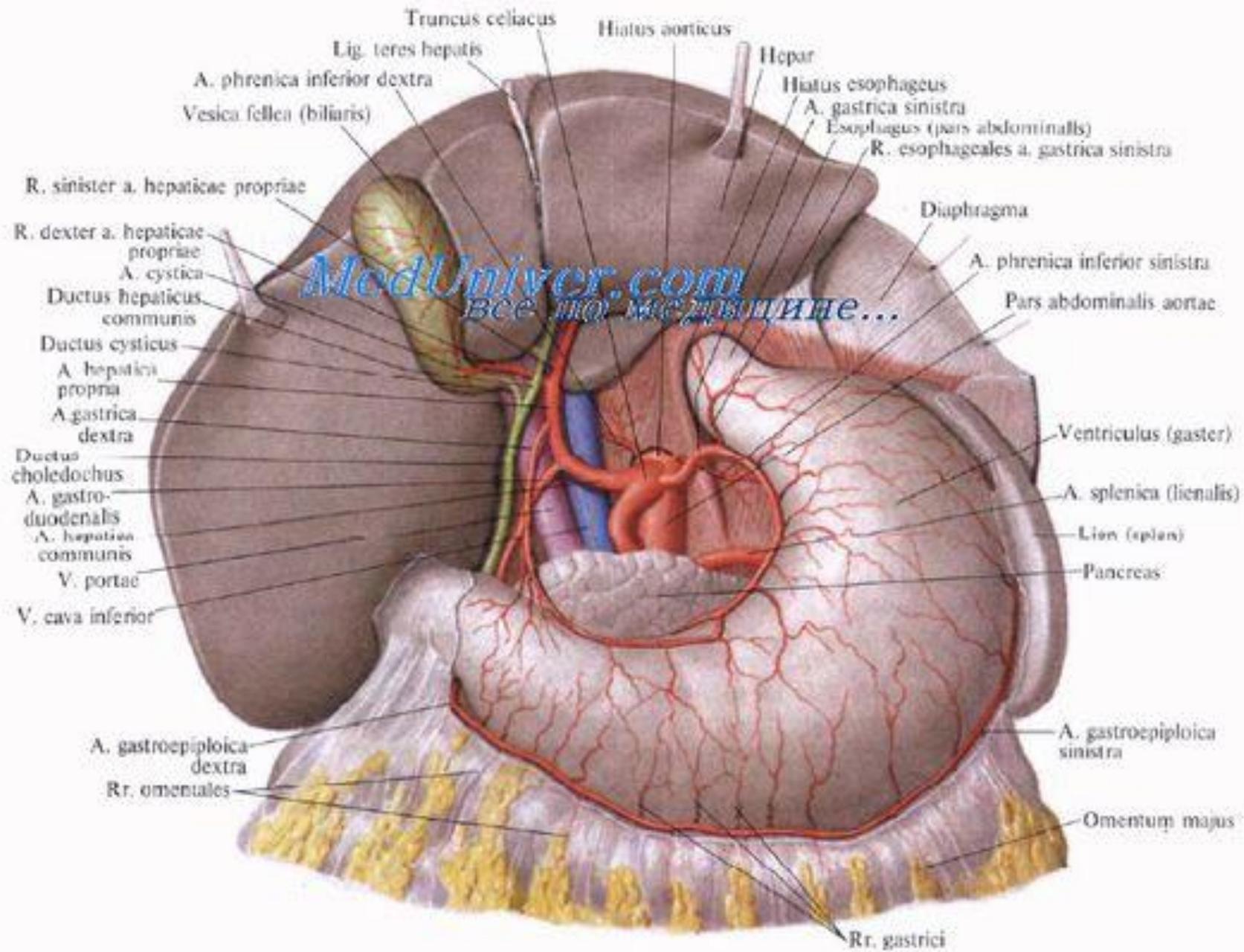
Основным источником кровоснабжения желудка является отходящий от аорты на уровне XII грудного или I поясничного позвонка у верхнего края поджелудочной железы чревный ствол, *truncus coeliacus* (треножник, или тройник, Галлера [Haller]), и его ветви: *a. gastrica sinistra*, *a. hepatica communis*, *a. splenica (lienalis)*.

Малую кривизну желудка кровообеспечивают

- * левая и правая желудочные артерии.
- * Левая желудочная артерия, *a. gastrica sinistra*, отходит в брюшном пространстве от чревного ствола, и достигает малой кривизны желудка у кардии. Конечные ветви артерии анастомозируют с правой желудочной артерией, образуя анастомотическую дугу по малой кривизне. Правая желудочная артерия, *a. gastrica dextra*, менее крупная, чаще отходит от собственной печеночной артерии, реже — от гастродуоденальной артерии или общей печеночной между листками печеночно-дуоденальной связки. Она идет справа налево и между листками печеночно-желудочной связки анастомозирует с левой желудочной артерией.

Большую кривизну желудка кровообеспечивают

- * Левая желудочно-сальниковая артерия, а. gastroomentalis (gastroepiploica) sinistra, отходит от селезеночной артерии и идет слева направо вдоль большой кривизны желудка в желудочно-ободочной связке.. Правая желудочно-сальниковая артерия, а. gastroomentalis (gastroepiploica) dextra, начинается обычно от гастродуоденальной артерии и идет справа налево в желудочно-ободочной связке вдоль большой кривизны желудка.



* Дно желудка кровоснабжают короткие артерии желудка, аа. gastricae breves (от 1 до 6 ветвей), отходящие от селезеночной артерии. Они располагаются в селезеночно-желудочной связке и у стенок желудка анастомозируют с другими артериями желудка. В стенке желудка артерии образуют подсерозную, межмышечную, подслизистую и внутрислизистую сети, самой выраженной из которых является подслизистая.

Иннервация.

* Желудок иннервируется симпатическими и парасимпатическими нервами. Симпатические нервы происходят от чревного сплетения, *plexus coeliacus*, и его производных (*plexus lienalis*, *plexus mesentericus superior*). Эти нервы вначале располагаются вдоль большой и малой кривизны, окружая артериальные и венозные сосуды, а затем вступают в стенку желудка. Парасимпатическая иннервация осуществляется ветвями блуждающих нервов, которые вступают в брюшную полость вместе с пищеводом обычно в виде двух стволов — *truncus vagalis anterior et posterior*, реже — в виде отдельных ветвей.

Лимфоотток от желудка.

От малой кривизны и прилегающих отделов кардии и тела лимфатические сосуды желудка несут лимфу в левые и правые желудочные узлы, расположенные по ходу левой и правой желудочных артерий.

От дна желудка лимфа оттекает по ходу коротких артерий желудка в селезеночные узлы. В них же попадает лимфа, идущая от большой кривизны в левые желудочно-сальниковые узлы.

Через правые желудочно-сальниковые лимфатические узлы лимфа попадает в пилорические узлы. Все перечисленные узлы являются региональными узлами первого этапа лимфооттока. Из них лимфа попадает в главные лимфатические узлы второго этапа — чревные узлы, *nodī coeliaci*.

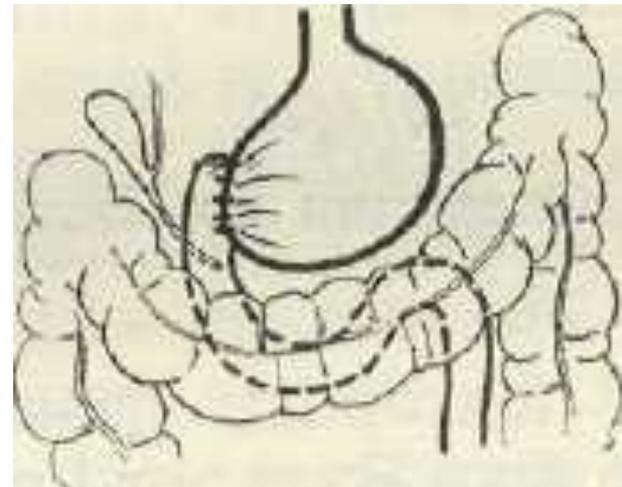
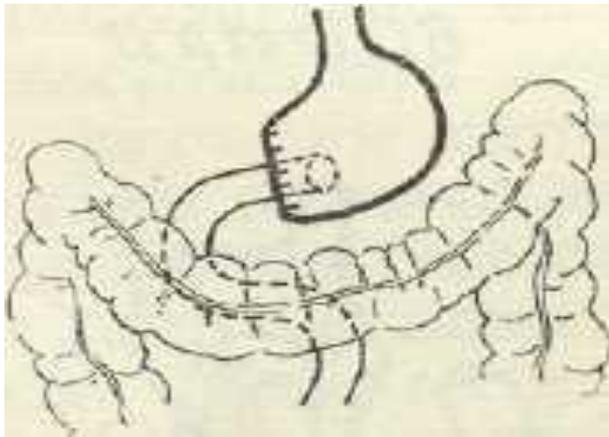
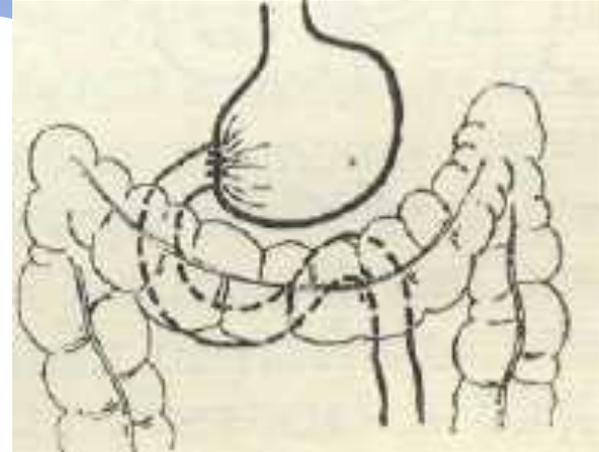
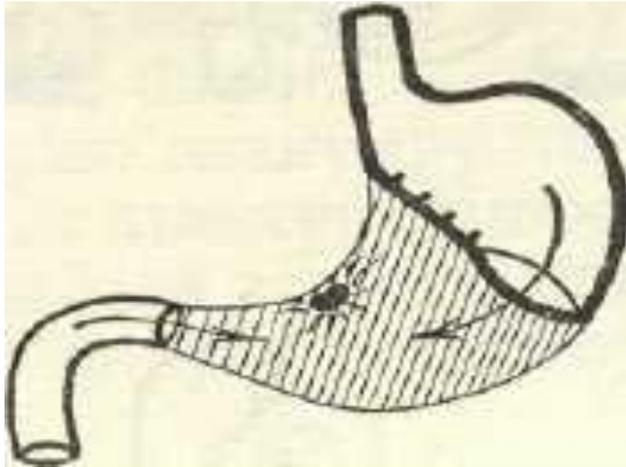
Методы исследования при болезнях оперированного желудка

- * Клинические
- * Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС)
- * Биохимические исследования
- * Рентгеноскопия
- * Рентгенография



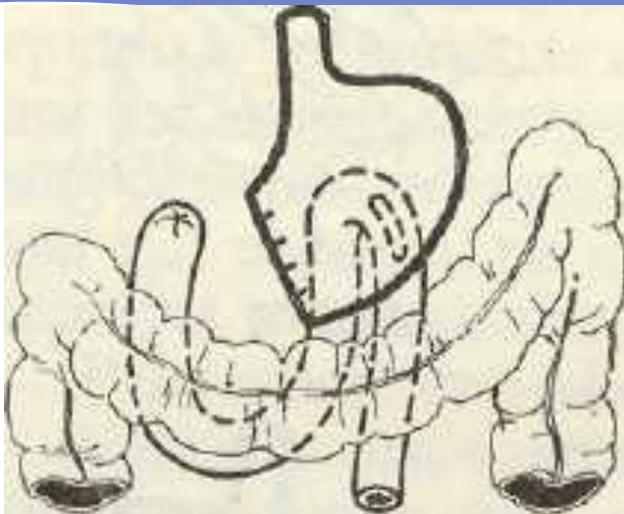


Резекция желудка по Бильрот I и ее модификации

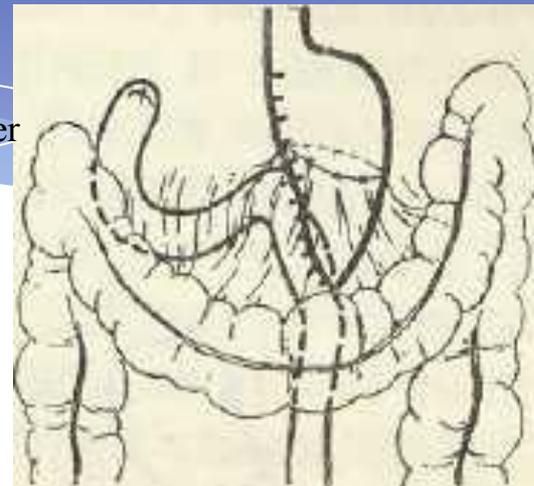


Резекция желудка по Бильрот II и ее модификации

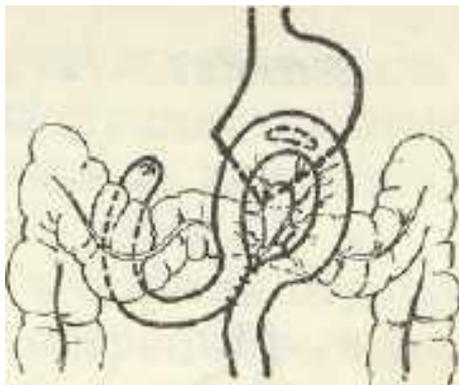
* Billrot II



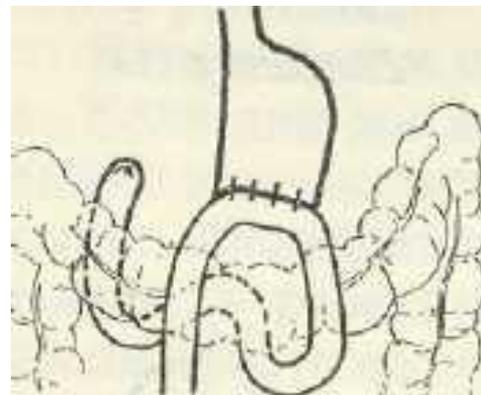
Hofmeister-Finsterer



Balfour



Moynihan



Классификация болезней оперированного желудка (А.А.Бусалов, Б.В.Петровский, Ю.М.Панцырев)

- * Органические заболевания (пептическая язва анастомоза, рак культи желудка),
- * Нарушения эвакуации, связанные с механическими причинами (синдром приводящей петли, стриктура гастроэнтероанастомоза или отводящей петли)
- * Функциональные расстройства (демпинг-синдром, нарушения всасывания, функциональный синдром приводящей петли и др.)

Клиническая классификация нарушений после оперативных вмешательств на желудке по поводу язвенной болезни

А. После резекции желудка (антрумэктомии с ваготомией)

- * -Демпинг-синдром
- * -Гипогликемический синдром
- * -Синдром приводящей петли (после резекции желудка по Бильрот-II)
- * -Рефлюкс-гастрит
- * -Пострезекционный хронический панкреатит
- * -Рецидив язвы и ее осложнения
- * -Рак культи желудка
- * -Метаболические нарушения (потеря массы тела, нарушения минерального обмена)
- * -Анемия

Б. После органосохраняющих операций (ваготомия с дренированием желудка и без него)

- * -Демпинг-синдром
- * -Гипогликемический синдром
- * -Постваготомическая дисфагия
- * -Желудочный стаз
- * -Рефлюкс-гастрит
- * -Гиперацидный гастродуоденит
- * -Постваготомическая диарея
- * -Рецидив пептической язвы
- * -Холелитиаз
- * -Рак оперированного желудка

Демпинг-синдром

- * Клиническая картина демпинг-синдрома весьма характерна: это наступающая вскоре после еды резкая слабость, потливость, головная боль; часто больные отмечают сердцебиение и выраженную мышечную слабость, появляется неудержимое желание лечь в постель; нередко после еды появляется боль в животе режущего характера, усиленная перистальтика, что иногда сопровождается профузным поносом.



Диагностика

- * Молниеносная эвакуация при тяжелом энтерогенном синдроме и синдроме приводящей петли после резекции желудка по типу Бильрот II. Через 5 минут в культе желудка виден небольшой остаток бариевой взвеси, которая заполнила приводящую петлю и значительно расширенный начальный отдел отводящей петли



Лечение демпинг – синдрома

- * Диета
- * Ганглиоблокаторы
- * Хирургическое лечение

Гипогликемический синдром

* характерный симптомокомплекс, развивающийся через 2-3 ч после приема пищи, в основе которого лежат резкие колебания уровня сахара крови с последующей гипогликемией до субнормальных цифр. Клинические проявления Г. с. обусловлены, во-первых, нарушением деятельности Ц.Н. С.(головная боль, диплопия, нарушение поведения, оглушенность, судороги, потеря сознания) и, во-вторых, избыточной секрецией гипергликемизирующих факторов (адреналина, глюкагона, кортизола и гормона роста)(слабость, тремор, тахикардия, повышенное потоотделение, чувство беспокойства и голода.).

Синдром приводящей петли

- * хроническое страдание может развиваться после резекции желудка по способу Бильрот-II, когда образуется односторонне выключенный отдел кишечника (двенадцатиперстная кишка и сегмент тощей кишки до соединения с желудком и нарушается его моторно-эвакуаторная функция.
- * Патогенез синдрома сложен. В основе его лежит нарушение эвакуации содержимого из приводящей петли и его рефлюкс в желудок, причиной чего могут быть как механические моменты (ее перегиб, спаечный процессе, дефекты оперативной техники), так и нарушения моторной функции приводящей петли вследствие денервации и изменения нормальных анатомических взаимоотношений.

Диагностика



- * Рентгенограмма желудка с тяжелой формой синдрома приводящей петли после резекции желудка по Мойнигену. Через 10 минут бариевая взвесь заполняет культю желудка и приводящую петлю, расположенную слева у большой кривизны. Только следы контраста поступили в отводящую петлю, расположенную справа у малой кривизны.

Диагностика

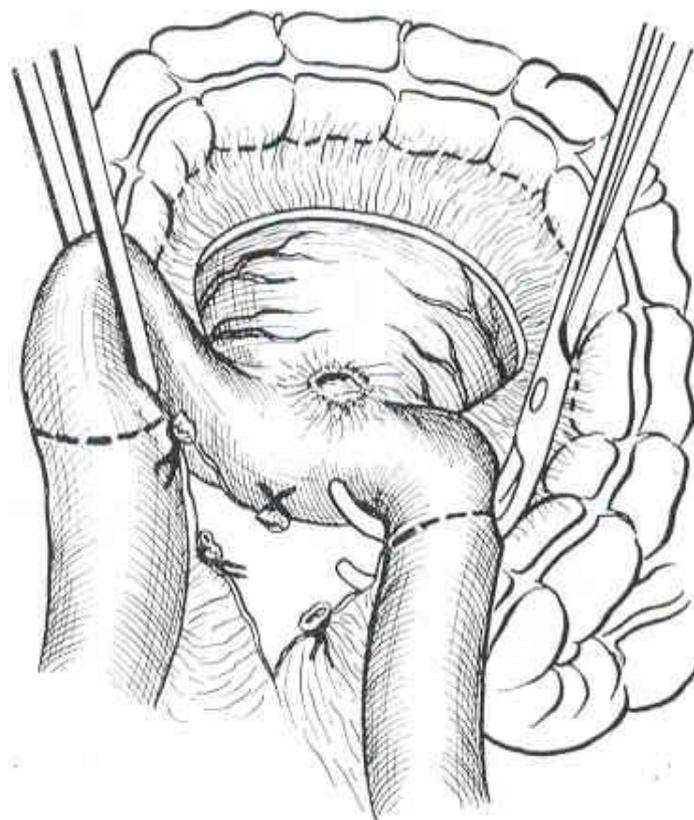
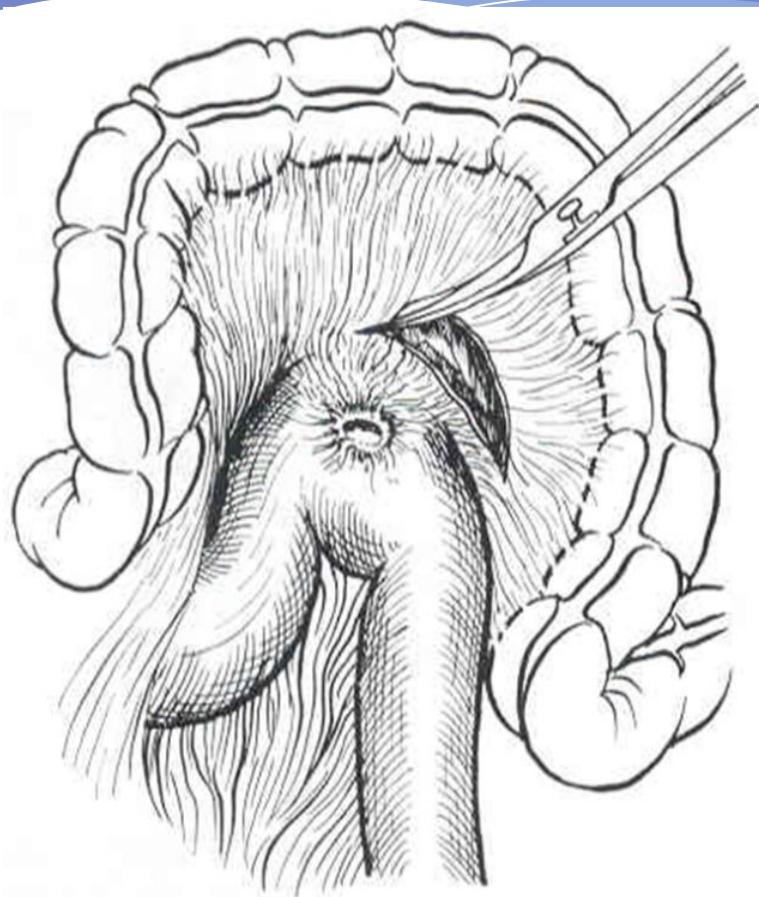


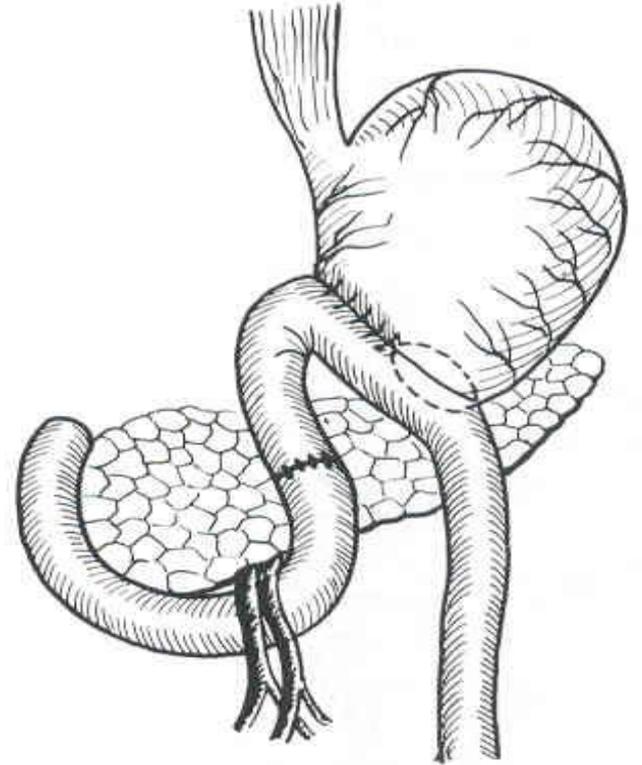
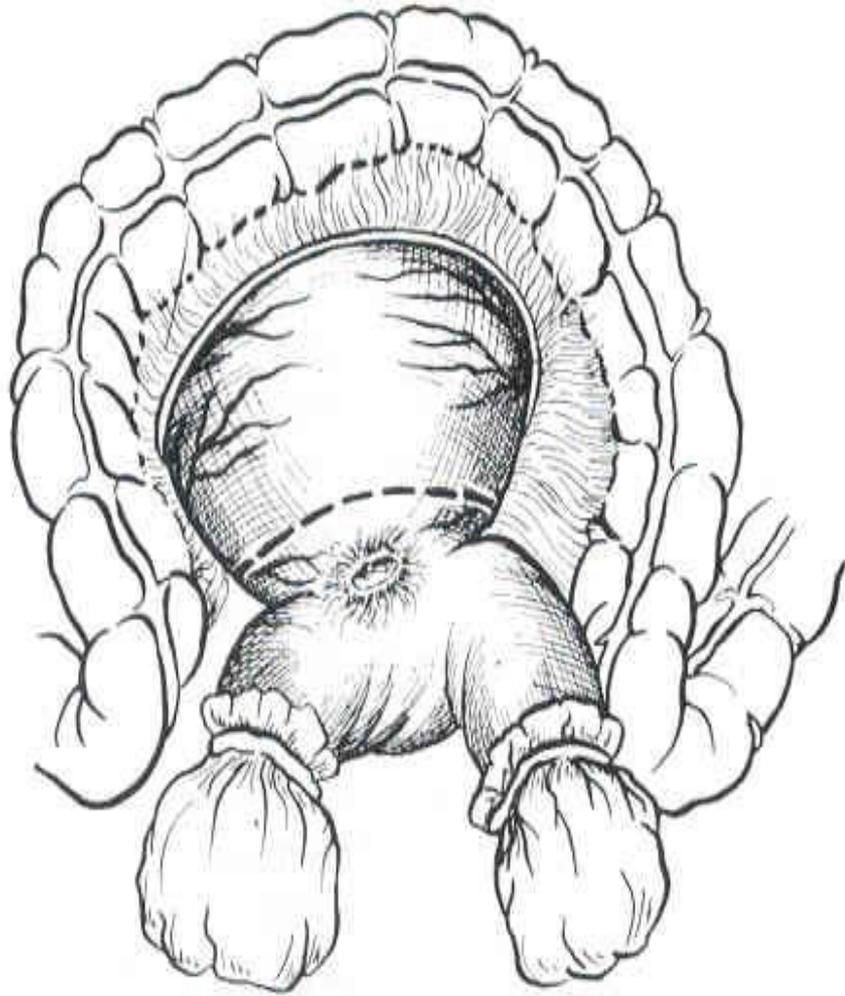
- * Рентгенограмма желудка того же больного. Через 45 минут бариевая взвесь заполнила культию желудка и приводящую петлю и небольшими порциями поступает в отводящий отдел тощей кишки.

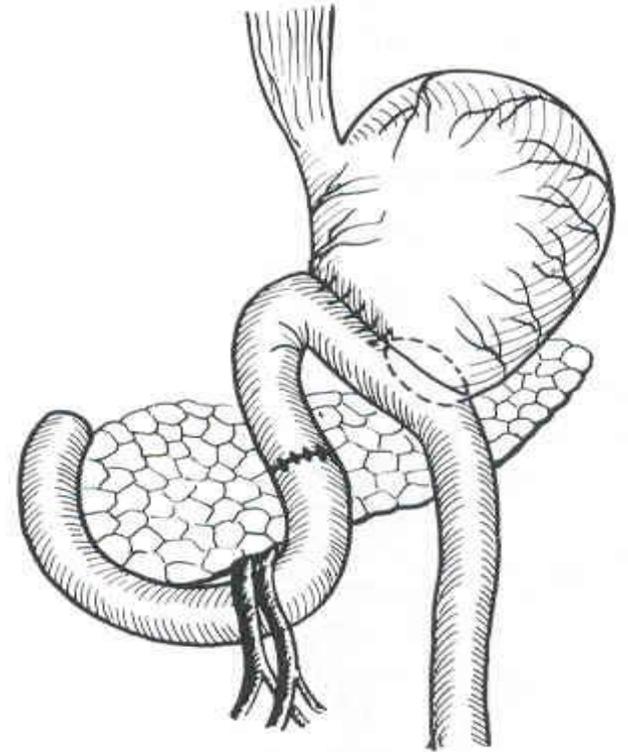
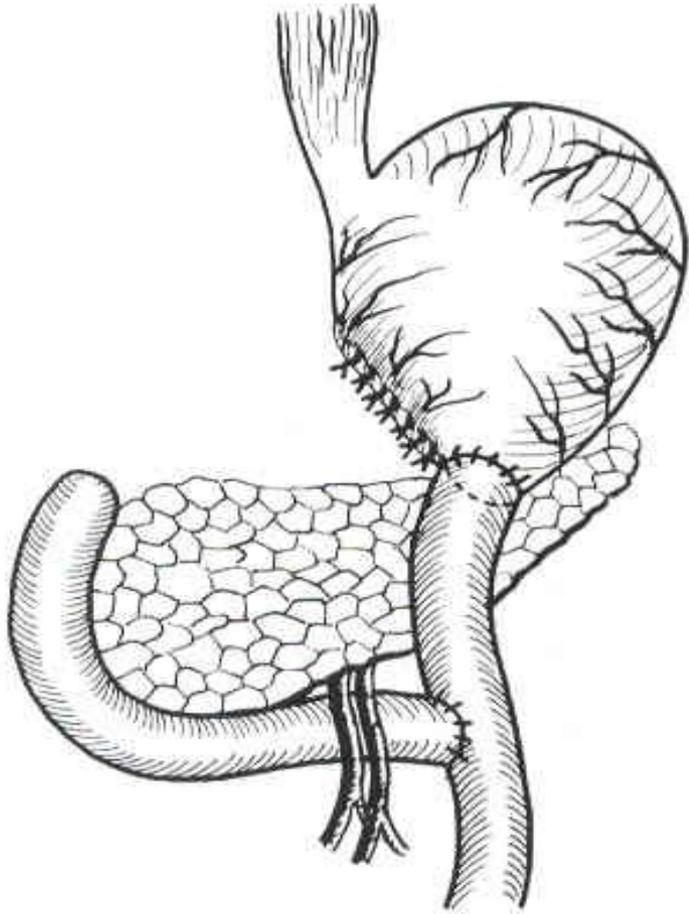
Рецидивные пептические язвы

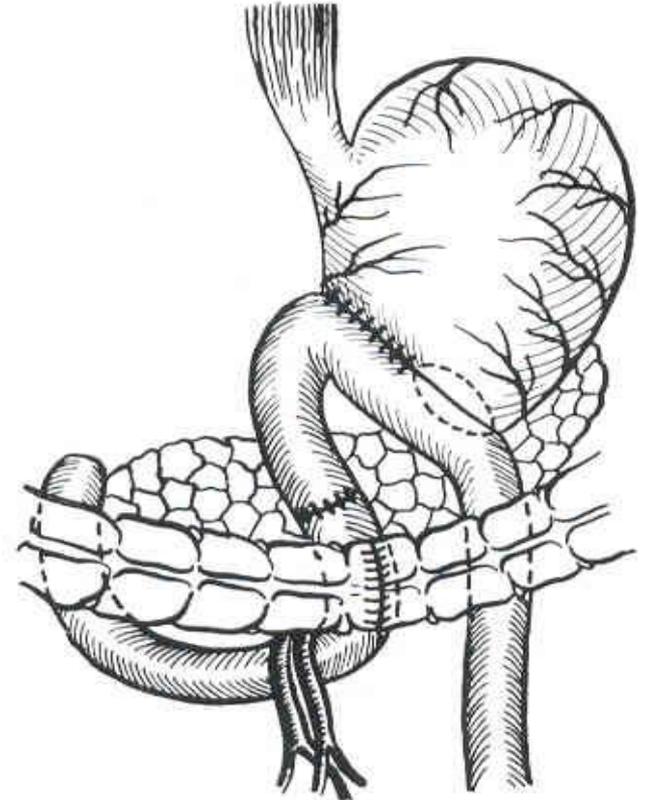
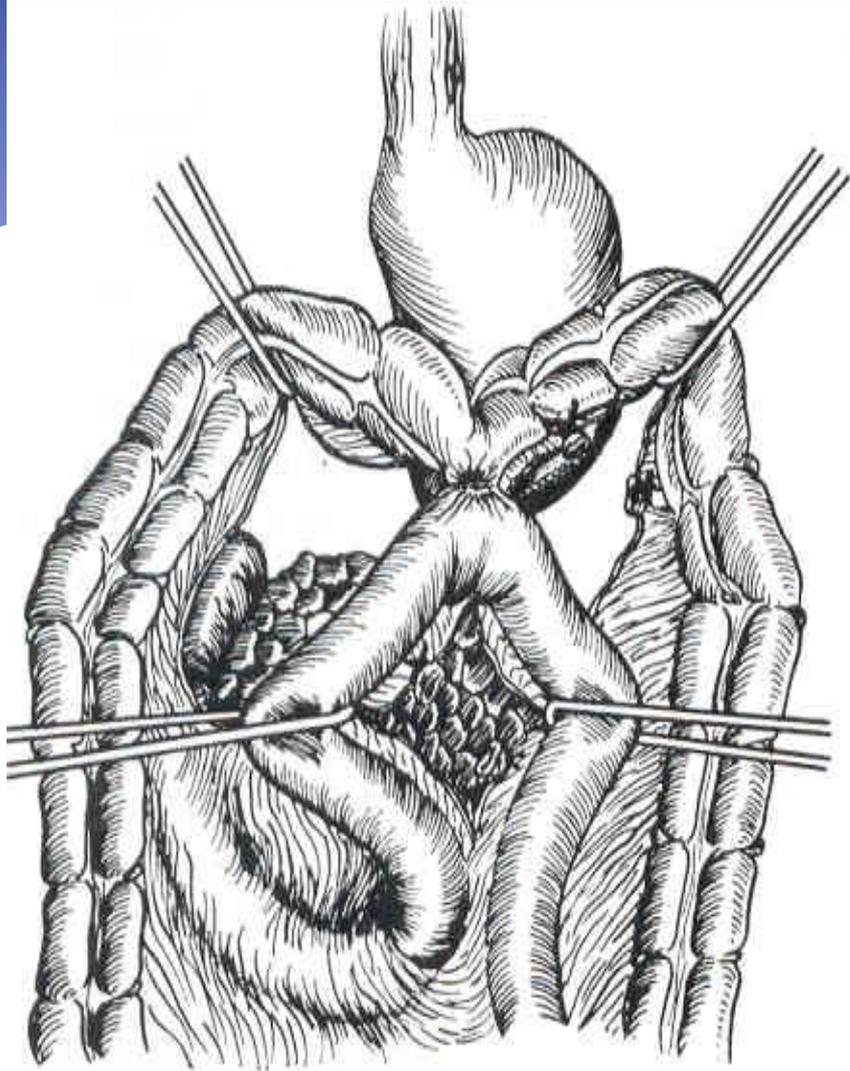
- * развиваются обычно в тощей кишке в месте ее соустья с желудком или вблизи анастомоза (после резекции желудка) либо в двенадцатиперстной кишке (после органосохраняющих операций с ваготомией). Характерны симптомы пептической язвы боли, кровотечение, каловая рвота, язва при гастроскопии и рентгеноскопии.

Операции при пептической язве









Диагностика пептической язвы анастомоза



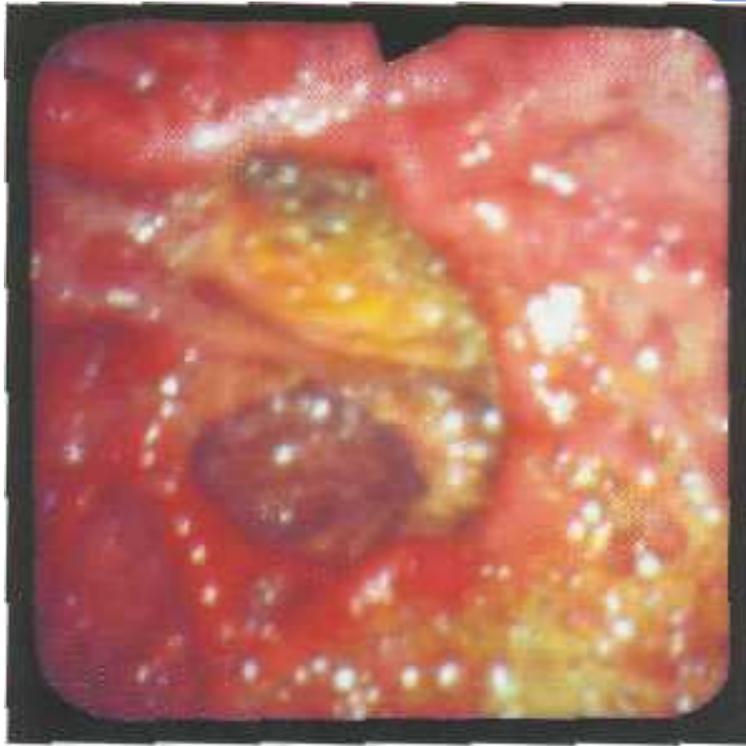
- * Язва анастомоза.
Глубокая
пептическая язва
с выраженным
отеком и
воспалением
слизистой вокруг.

Рефлюкс гастрит

- * патологический синдром, который развивается у больных вследствие заброса дуоденального содержимого в желудок, при этом разрушаются действием желчных кислот, лизоцетина, которые содержатся в дуоденальном соке и влияют на слизистую оболочку желудка. Три основных симптома: рвота желчью, боль в эпигастрии, потерю веса.

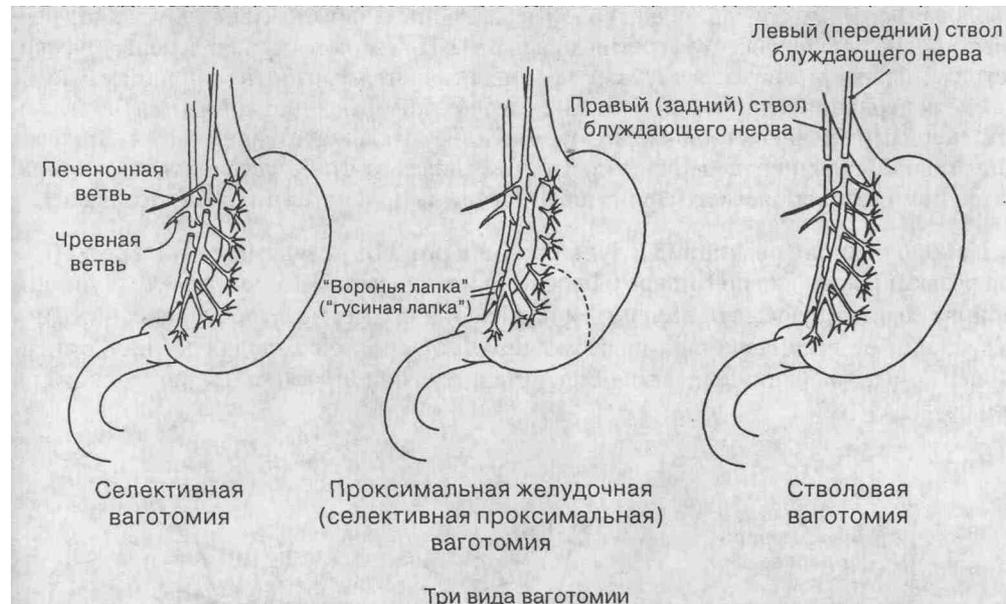
Рефлюкс гастрит

- * Отмечается рефлюкс дуоденального содержимого в культю желудка из приводящей петли анастомоза. Выражены явления рефлюкс гастрита культи.

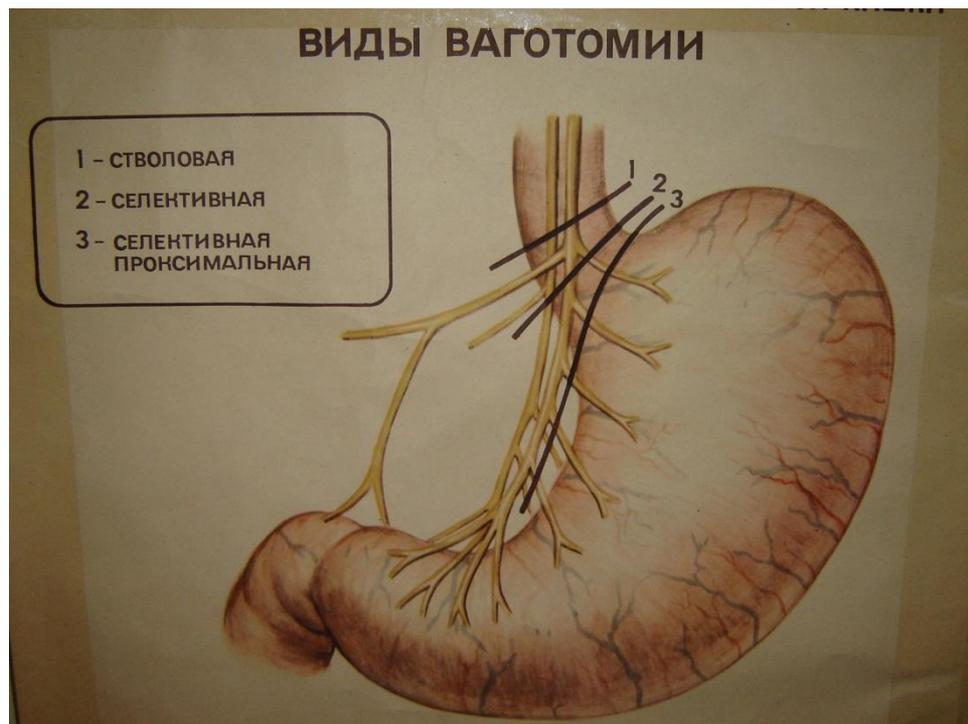


2.494(a).

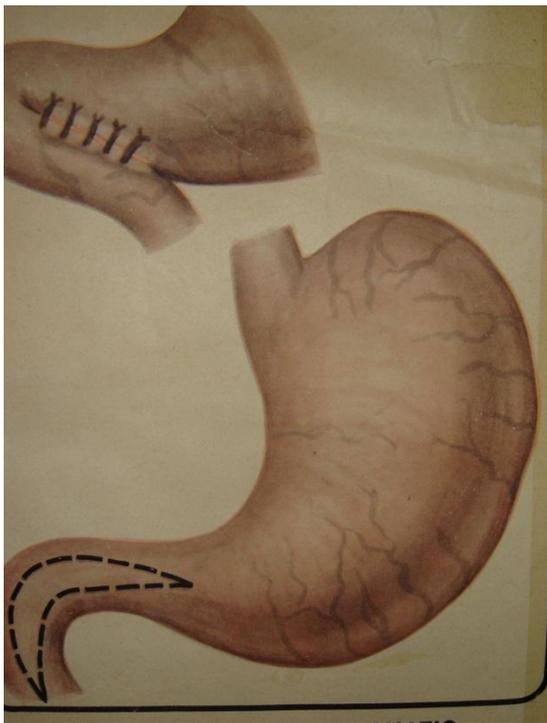
Виды ваготомии



Виды ваготомии



Дренирующие операции



Предупреждение болезней оперированного желудка

- Строгое соблюдение показаний
- Четкое выполнение операций выбора
- Диспансерное наблюдение после операции

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!

