Саратовский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета.
Зав. кафедрой заслуженный деятель науки РФ, профессор Р.З. Лосев.

# Современные методы диагностики и хирургического лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

# Язвенная болезнь (ЯБ).

## Определение понятия.

- ЯБ – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся образованием стойкого дефекта слизистой оболочки желудка или 12-ти перстной кишки вследствие расстройства общих и местных механизмов нервной, гормональной, иммунной регуляции, основных функций гастродуоденальной системы, нарушения трофики и развитием протеолиза в слизистом слое.

# ЯБ. Этиология и патогенез

*Ни одна из существующих теорий не раскрывает полностью всех секретов образования язвы, - об этом свидетельствует множественность гипотез.*

| Предрасполагающие факторы |
| --- |
| 1. Наследственность |
| 2. Длительное психоэмоциональное напряжение |
| 3. Погрешности в питании |
| 4. Вредные привычки (алкоголь, табакокурение) |

# ЯБ. Этиология и патогенез

1. Сосудистая теория (Р.Вирхов)

Анатомические изменения сосудов в зоне язвы (тромбоз, эмболия, стеноз)

2. Механическая теория (Л. Ашофф)

Травмы пищевым комком слизистой оболочки желудка в области малой кривизны («желудочная дорожка»)

3. Воспалительная теория (В. Конечный)

Гастритическое происхождение язв

4. Пептическая теория (Е.Ригель)

5. Теория ацидоза (П. Балинт)

6. Нервно-вегетативная теория (Г. Бергманн)

Гиперсекреция и гипермоторика желудка у лиц с конституциональным парасимпатическим гипертонусом.

7. Иммунная теория

# ЯБ. Этиология и патогенез

8. Нервно-рефлекторная теория (И. Греков, Н. Стражеско)

Рефлекторное влияние на желудок других заболеваний брюшной полости (аппендицит, панкреатит, ЖКБ и др.)

9. Кортико-висцеральная теория (К.Быков, И. Курцын)

Роль ЦНС и подкорковых центров в нарушении регуляции функций желудка и 12-пк.

10. Гормональная теория

Влияние ТТГ и АКТГ на желудочную секрецию

11. Нарушение моторики

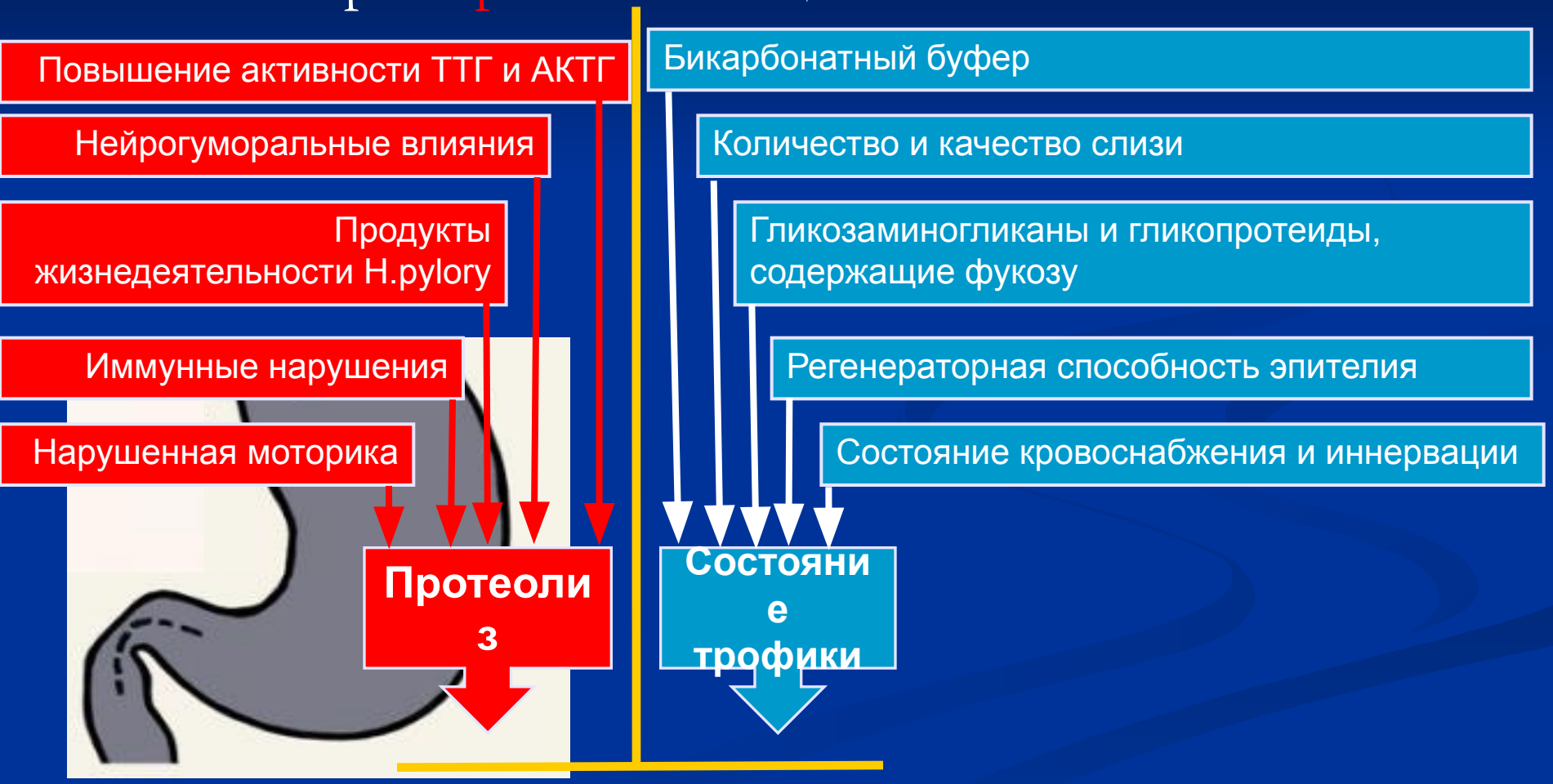
Дуоденостаз и недостаточность пилорического сфинктера вызывают рефлюкс и разрушение желчными кислотами и лизолецитином слизистой оболочки. Гипотонус желудка вызывает застой, гиперсекрецию и язву желудка. Гипертонус вызывает быструю эвакуацию, закисление 12-пк и язву 12-пк.

12. Инфекционная теория

Продукты жизнедеятельности H.pylory разрушают слизистый барьер.

# ЯБ. Этиология и патогенез. Патогенетические механизмы

- Факторы агрессии и защиты



# ЯБ. Клиническая картина, течение заболевания

1. Болевой синдром
   - Локализация в эпигастрии, возможна иррадиация в спину, подреберья, грудную клетку
   - Связь с характером и временем приема пищи
   - Сезонная периодичность
   - Локальная (точечная) болезненность при пальпации в эпигастральной области
2. Диспептический синдром
   - Изжога
   - Отрыжка
   - Тошнота
   - Рвота, приносящая облегчение
   - Возможны нарушения стула

# ЯБ. Клиническая картина, течение заболевания

3. Неврастенический синдром
   - Раздражительность
   - Расстройство сна
   - Потливость
   - ипохондрия
4. Синдром нарушения общего состояния
   - Утомляемость
   - Слабость
   - Нарушение аппетита
   - Потеря массы
5. Синдром нарушения функций других органов
   - Поджелудочной железы
   - Печени
   - Желчного пузыря
   - Кишечника
   - Сердечно-сосудистой системы

# ЯБ. Клиническая картина, течение заболевания.

## Фазы клинического течения язвенной болезни

# ЯБ. Клиническая картина, течение заболевания. Диагностика

- Жалобы

Гипотеза диагноза

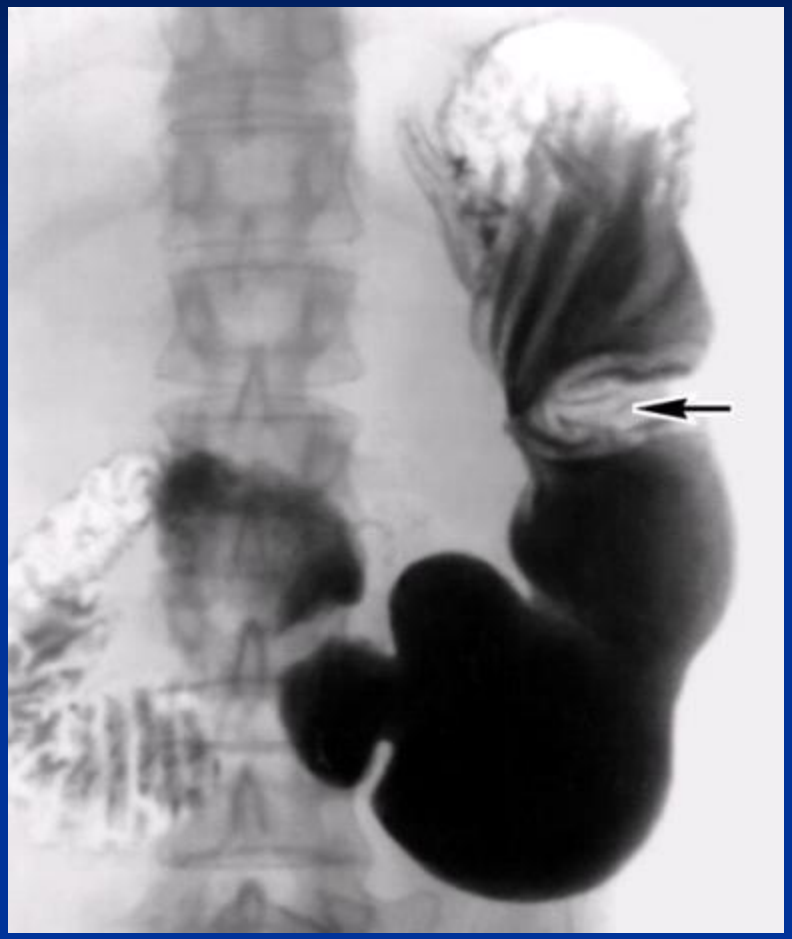
- Анамнез
- Осмотр
- Лабораторные данные
- Клин. дифференц. диагностика

Подтверждение гипотезы

- Рентгенолог. исследование
- ФГДС с биопсией

Утверждение диагноза

# Рентгенограмма желудка

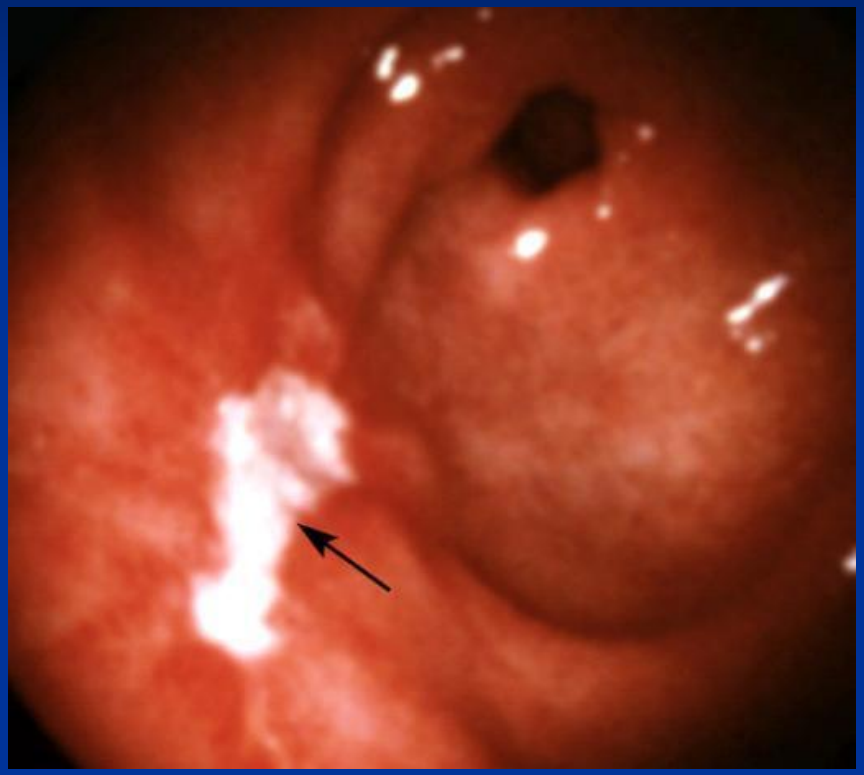


- Прямая проекция при язве малой кривизны, стрелкой указано втяжение большой кривизны желудка, обусловленное локальным спазмом

# Прицельные рентгенограммы луковицы 12-перстной кишки

- Профильная, или контурная ниша на задней стенке луковицы (указана стрелкой) с воспалительным валом в виде просветления

# Эндоскопическая картина желудка



- Язва передней стенки антрального отдела желудка: виден продольный неправильной формы язвенный дефект, покрытый белым фибрином (указан стрелкой); края язвы гиперемированы; отмечается конвергенция складок слизистой оболочки к краям язвы

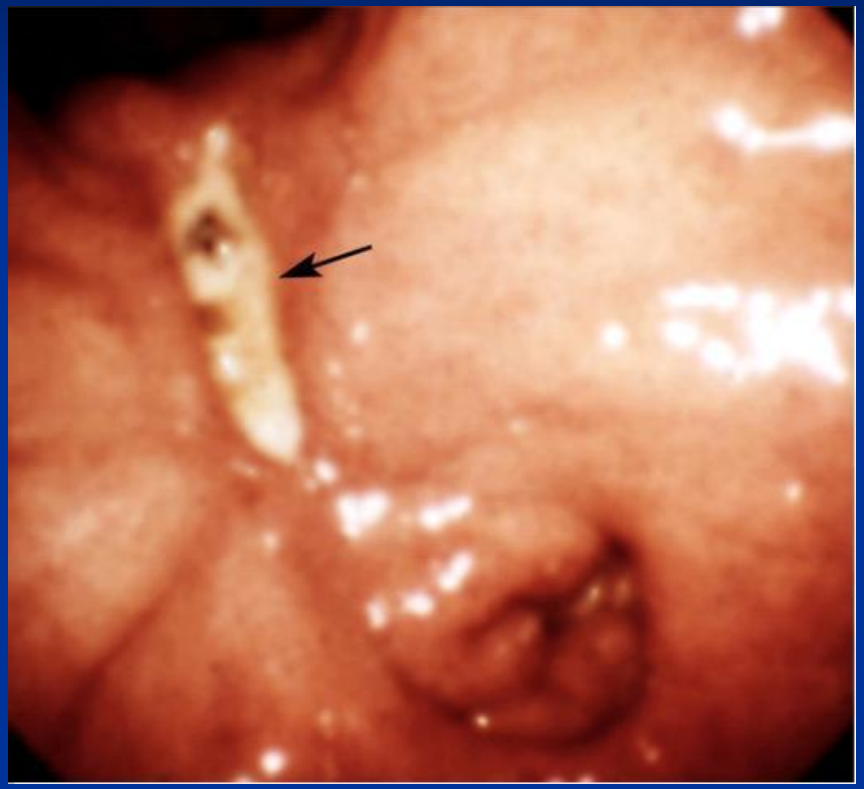
# Прицельные рентгенограммы луковицы 12-перстной кишки

- Ниша рельефа, или фасная ниша (указана стрелкой) с конвергенцией к ней складок слизистой оболочки

# Рентгенограмма желудка

- Выполнена в вертикальном положении, видны две профильные ниши на малой кривизне желудка

# Эндоскопическая картина желудка



- Язва малой кривизны желудка (указана стрелкой) с тенденцией к рубцеванию: видна конвергенция складок слизистой оболочки к краям язвы

# Эндоскопическая картина язвы желудка

# ЯБ. Клиническая картина, течение заболевания. Дифференциальная диагностика

1. Заболевания органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, кишечник)
2. Заболевания пищевода (эзофагиты), сердца (ИБС), легких (торакоабдоминальный синдром), позвоночника (остеохондроз)
3. Симптоматические язвы

# Дифференциально-диагностические критерии язвенной болезни и симптоматических гастродуоденальных язв.

| Основные критерии диагностики | ЯБ | Симптоматические язвы |
|---|---|---|
| Возраст | Преимущественно молодой и средний | Чаще пожилой и старческий |
| Пол | Чаще встречается у мужчин | Примерно с одинаковой частотой встречается у мужчин и женщин |
| Наследственная предрасположенность | Выявляется часто | Не характерна |
| Клиническая картина | В большинстве случаев типичная с выраженной симптоматикой | Нередко малосимптомная, часто маскируется симптомами другого (основного) заболевания |
| Длительность язвенного анамнеза | Как правило, несколько лет | Длительный язвенный анамнез отсутствует; нередко острое начало |
| Наличие предшествующих заболеваний | Не характерно; могут встречаться лишь случайные сочетания язвенной болезни с другими заболеваниями | Язвенный процесс нередко развивается на фоне другого (основного) заболевания (обширных ожогов, инфаркта миокарда, легочно-сердечной недостаточности, цирроза печени гиперпаратиреоза и др.) или заболеваний, по поводу которых проводилась длительная терапия противовоспалительными, в т.ч. стероидными, препаратами (ревматоидный артрит) и рядом других ульцерогенных лекарственных средств (например, резерпином) |

# Дифференциально-диагностические критерии язвенной болезни и симптоматических гастродуоденальных язв.

| | | |
|---|---|---|
| Сезонность обострений | Выражена | Не характерна |
| Локализация язвы | Чаще в луковице двенадцатиперстной кишки, реже в желудке | Преимущественно в желудке, реже в луковице двенадцатиперстной кишки |
| Число язв | В большинстве случаев одиночный язвенный дефект | Часто 2—3 и более язв, которые нередко сочетаются с эрозиями слизистой оболочки |
| Частота осложнений (кровотечение, перфорация) | До 15—20% | Частые, могут достигать 40—70% |
| Средние сроки рубцевания язв при консервативном лечении | 30—35 дней — при локализации язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, 40—45 дней — при локализации язвы в желудке | Сроки рубцевания язв более длительные и зависят в значительной мере от эффективности лечения основного заболевания |

# ЯБ. Лечение.

**Для удобства выбора тактики лечения неосложненных дуоденальных язв использовали следующую классификацию**

**ГАСТРИТИЧЕСКАЯ фаза (**язвенного дефекта нет или ремиссия**)**

**Медикаментозное лечение**

**ЯЗВЕННО-ГАСТРИТИЧЕСКАЯ фаза (**открытая язва, осложнений нет**)**

**Медикаментозное лечение, возможна лапароскопическая ваготомия**

**ВИСЦЕРОПАТИЧЕСКАЯ фаза (**Осложненное течение или безуспешное медикаментозное лечение**)**

**Хирургическое лечение**

**ДИСТРОФИЧЕСКАЯ фаза**

**Симптоматическое лечение**

# Основные цели медикаментозного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

- Купирование болевого синдрома
- Заживление язвенного дефекта
- Санация слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки от *H. pylori* с целью предотвращения рецидивов

# Основные цели рационального хирургического лечения при гастродуоденальных язвах

- *Обязательная ликвидация патологического субстрата (унесение язвы) – источника осложнений и антигенной стимуляции*
- *Коррекция секреторной функции желудка*
- *Создание оптимальных условий для адекватной эвакуации содержимого желудка или его культи*

*При этом не исключается эррадикация H. pylory*

# ЯБ. Лечение. Неосложненная дуоденальная язва

**Несмотря на революцию в терапии ЯБ**

- **Регистрируемая заболеваемость язвенной болезнью желудка и 12 п.к. не уменьшается.**
- **Количество больных с прободной язвой увеличивается.**
- **Количество больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта увеличивается, но язвенные кровотечения в этой разнородной по этиологии группе больных составляют около 50%.**
- **При этом количество резекций желудка при язвенной болезни уменьшается.**

15-20% больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки оперируются по поводу грозных ее осложнений и столько же нуждаются в плановом оперативном лечении

*В.И. Оноприев, 1995; А.С. Балалыкин, 1996;*
*А.Г. Хасанов с соавт., 2001*

# ЯБ. Лечение. Неосложненная дуоденальная язва

- **По данным международной статистики число операций по поводу не осложненной дуоденальной язвы сократилось на 75 – 80%.**
- **Вопрос в том: желательна такая ситуация для всех пациентов и оправдана ли она во всех случаях?**
- **Последнее десятилетие характеризуется ростом числа экстренных операций по поводу перфоративной (в 2 раза) и кровоточащей язвы (в 3 раза), что отразилось на повышении летальности за этот срок на 20 – 25%.**
- **Но является ли длительное медикаментозное лечение действительно равноценной альтернативой хирургического лечения? Тот кто возлагал и возлагает слишком большие надежды на консервативное лечение, будет разочарован высоким уровнем рецидивов и ожидаемых осложнений.**

# ЯБ. Лечение. Неосложненная дуоденальная язва

- общая смертность при язвенной болезни, несмотря на возможности медикаментозного лечения, осталась такой же и не имеет тенденции к снижению;
- в хирургических клинических наблюдениях показатель неотложных вмешательств в связи с осложнениями растет, количество неотложных операций по сравнению с плановыми непропорционально увеличилось, что негативно сказывается на результатах операций;
- возрастная медиана пациентов с осложнениями язвенной болезни значительно повысилась за последние 20 лет.

# ЯБ. Лечение. Неосложненная дуоденальная язва

- Теоретически у больных с неосложненной дуоденальной язвой есть два пути лечения болезни. При такой конкуренции плановая хирургия должна соизмеряться с факторами риска медикаментозного лечения.
- - смертность при естественном течении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки спустя 5 лет составила – 1,6%
  - при проведении медикаментозной терапии – 1%,
  - при раннем оперативном лечении – 0,1%.

# ЯБ. Лечение. Неосложненная дуоденальная язва

Увлечение консервативными способами лечения при часто рецидивирующих и длительно протекающих язвах не излечивает болезнь, а отодвигает сроки развития ее осложнений

*В.И. Петров с соавт., 1995; Е.М. Благитко, 1995*

# ЯБ. Лечение. Неосложненная дуоденальная язва Оперативное лечение

- К абсолютным показаниям относятся перфорация язвы, профузное желудочно-кишечное кровотечение, декомпенсированный стеноз привратника, малигнизация язвы. Относительными показаниями служат глубоко пенетрирующие гастродуоденальные язвы, каллезные язвы желудка, грубые рубцово-язвенные деформации желудка и двенадцатиперстной кишки, сопровождающиеся нарушением эвакуаторной функции желудка, а также повторные желудочно-кишечные кровотечения.
- Относительными показаниями являются висцеропатическая стадия, пенетрация, множественные язвы, сочетанные язвы, рецидивы язв после ушивания, кровотечение в анамнезе, возраст старше 50-ти лет.

# ЯБ. Лечение. Неосложненная дуоденальная язва Оперативное лечение

Кроме того, операция показана в следующих случаях:

- Язвы неподдающиеся терапевтическим методам лечения (15 – 20%).
- Негативное отношение некоторых больных к часто повторяющимся и дорогостоящим курсам лечения.
- Наличие социальных и этических проблем, которые затрудняют проведение соответствующих курсов лечения.

# ЯБ. Лечение. Оперативное лечение

- В связи с появлением малоинвазивных операционных технологий показания к оперативному лечению расширяются – возможны хирургические вмешательства уже во второй язвенно-гастритической фазе

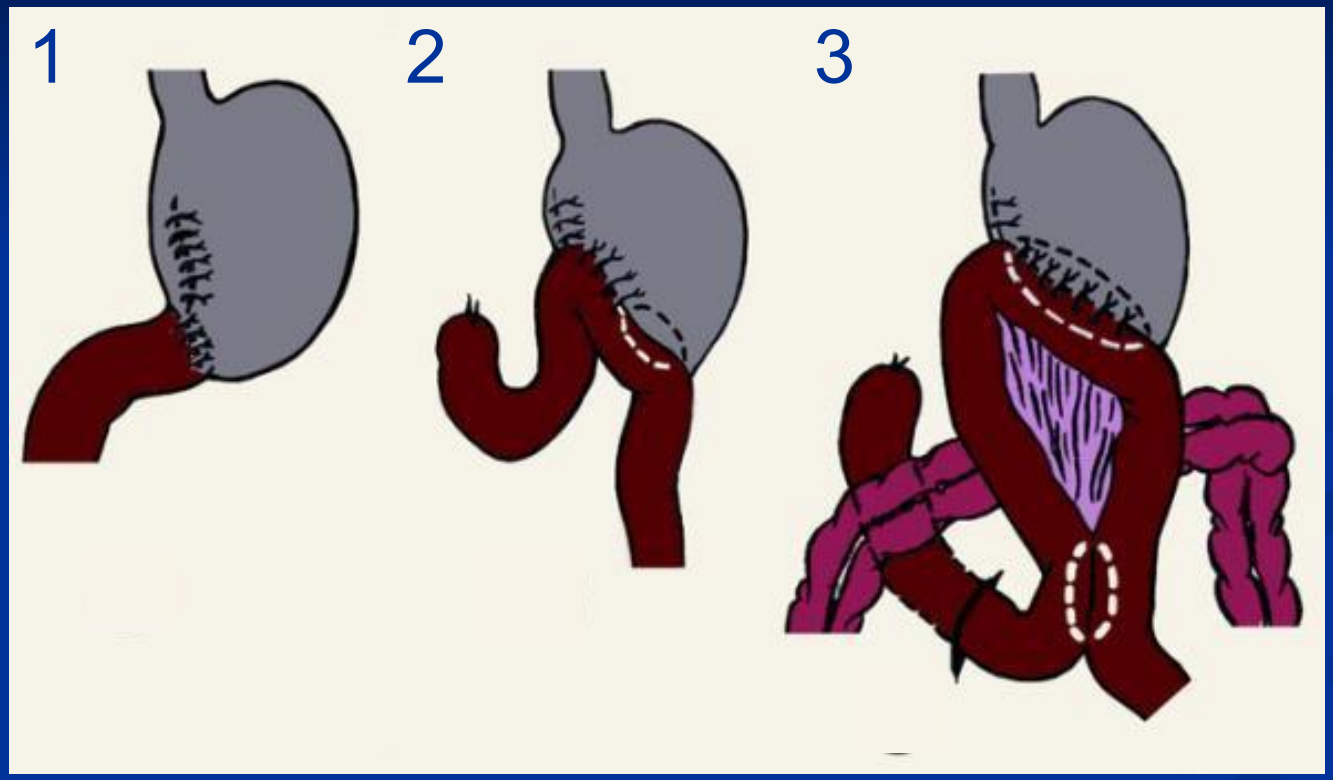
# ЯБ. Оперативное лечение Арсенал хирургических вмешательств при язвенных стенозах

- Гастроэнтеростомия,
- Резекция желудка с удалением язвы или «на выключение»,
- Антрумэктомия с ваготомией,
- Ваготомия с пилоропластикой или гастродуоденоанастомозом,
- СПВ с дуоденопластикой.

# ЯБ. Лечение. Оперативное лечение. Классификация резекционных методов

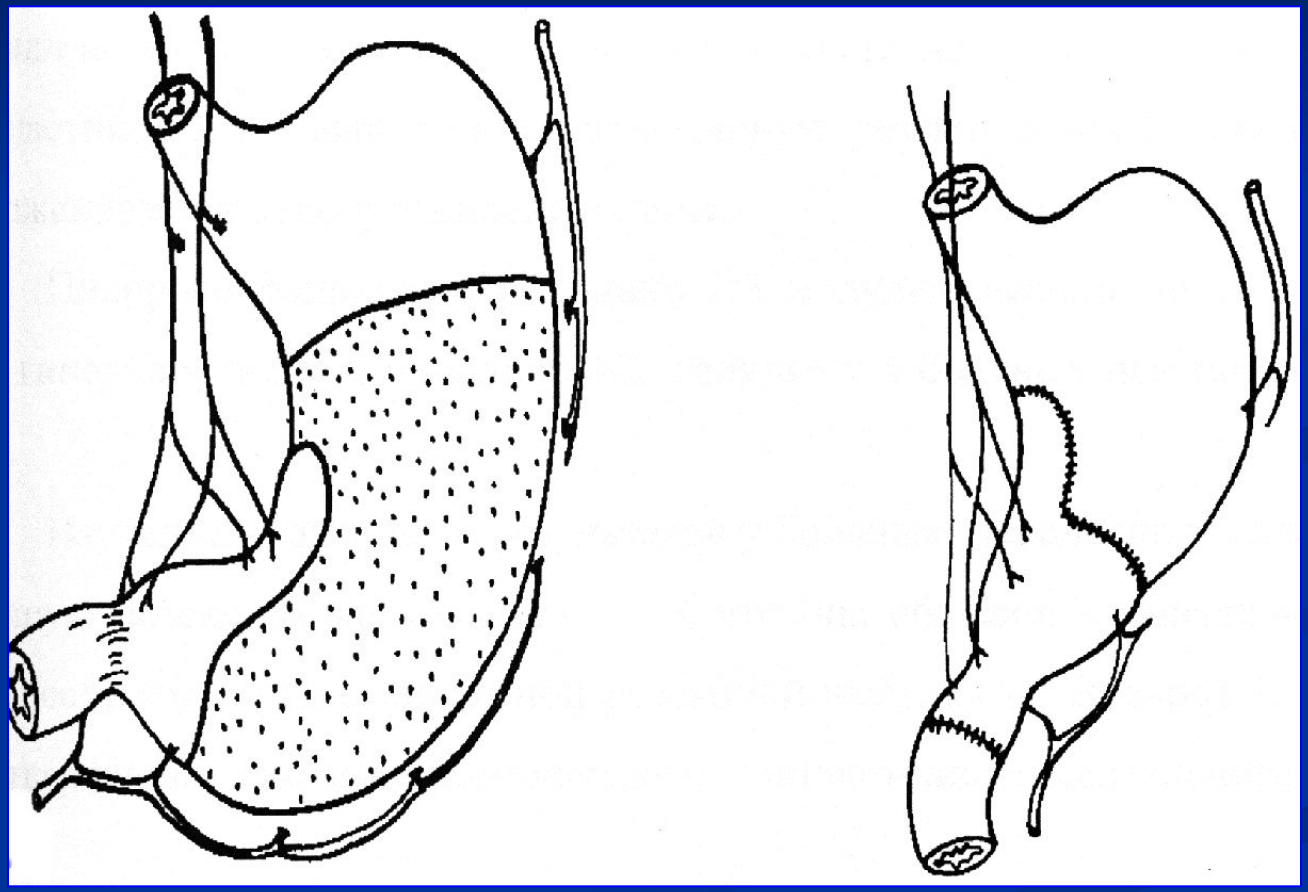
1. По объему удаляемой части
   - Субтотальные
   - Гемирезекции
   - Антральные
2. По локализации удаляемой части
   - Дистальные
   - Срединные
   - проксимальные
3. По способу завершения
   - Гастродуоденальный анастомоз (способ Б-I)
   - Гастроеюноанастомоз (способ Б-II)
   - Гастроеюноанастомоз на отключенной петле (по Ру)

# Схематическое изображение дистальной резекции желудка

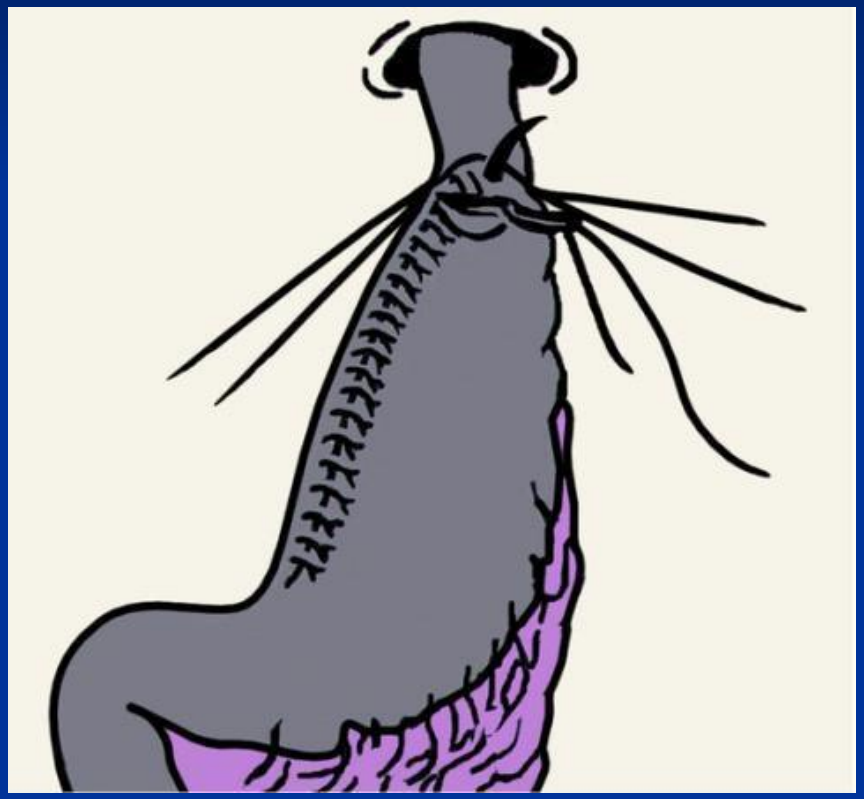



1. Способ Бильрот-I
2. Способ Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера
3. Способ Бильрот-II в модификации Бальфура

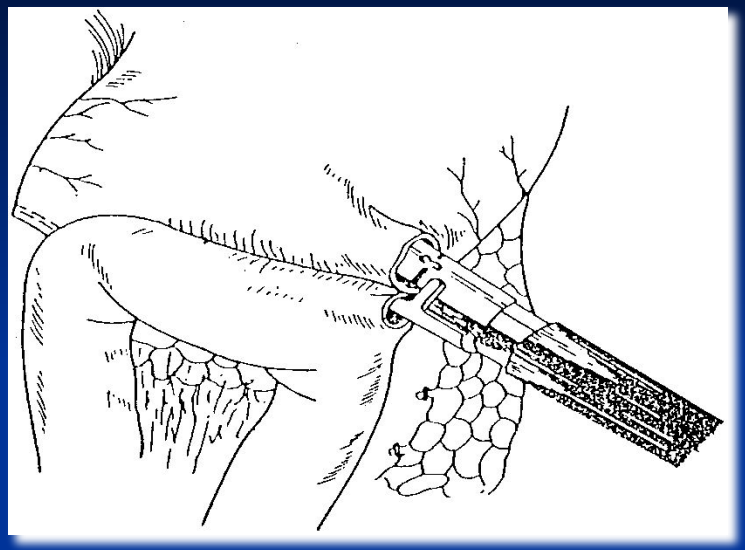
# Пилоросохраняющая (срединная) резекция желудка

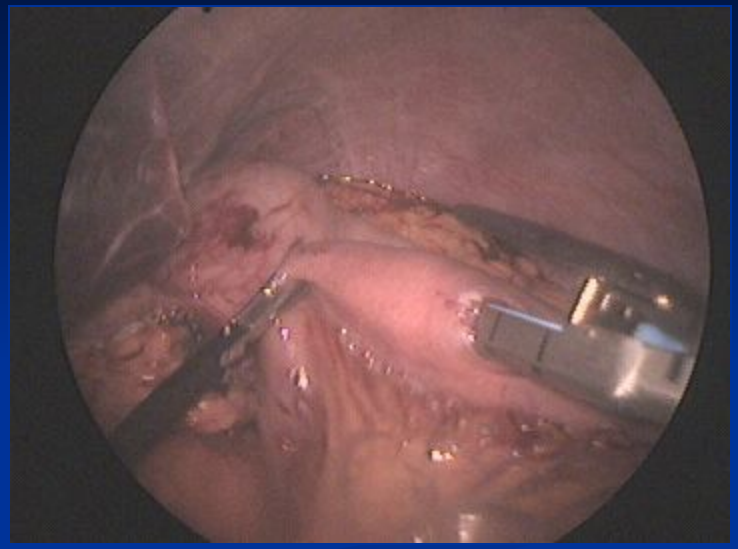


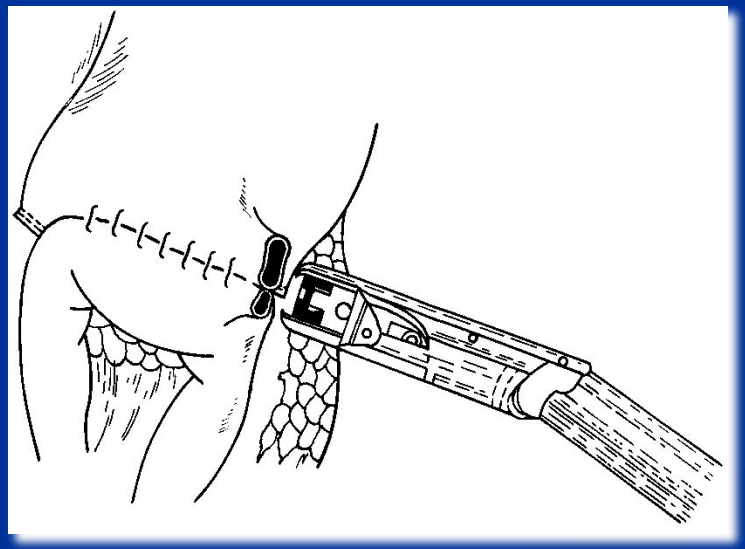
# Схематическое изображение проксимальной резекции желудка

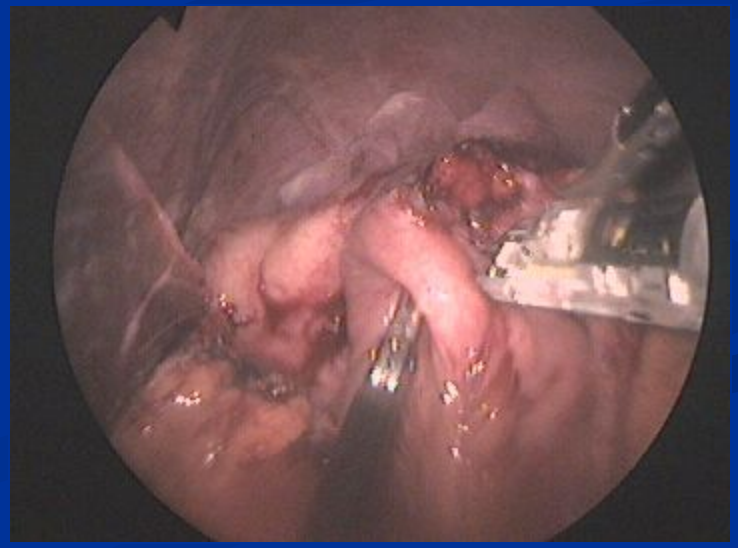


# Лапароскопическая резекция желудка (формирование гастроэнтероанастомоза)









# Операции на желудке

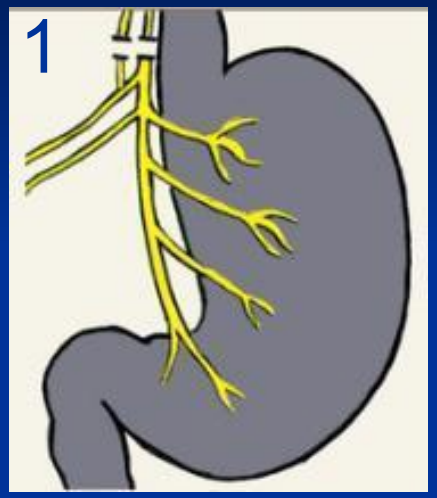
Резекция желудка по Ру

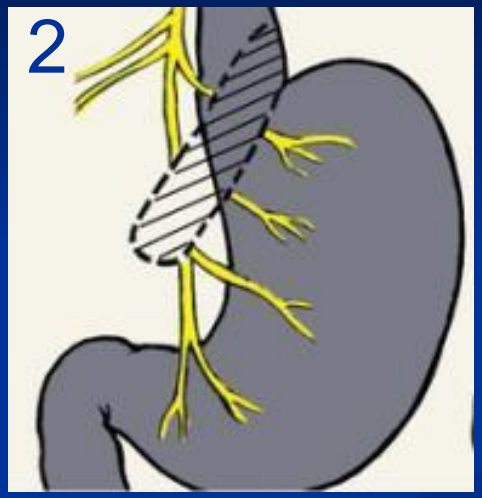
# Язва желудка (препарат резецированной части)

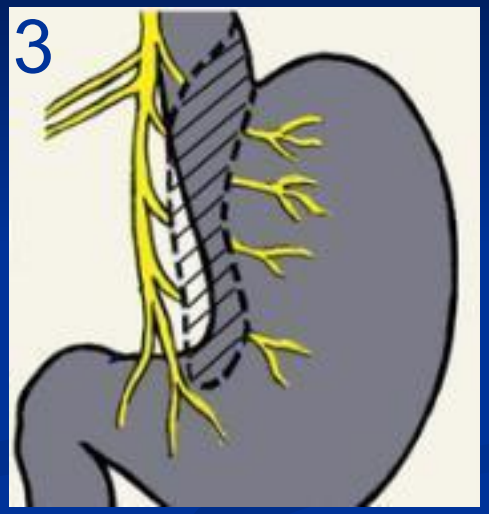
# ЯБ. Лечение. Оперативное лечение

- В настоящее время показания к резекции желудка сузились из-за опасности развития ПГРС и сравнительно высокой летальности. Наиболее физиологичной признана резекция по Б-I и в модификации Ру. Она применяется в основном при желудочных язвах.
- Расширены показания к экономным резекциям в сочетании с ваготомией и другим органосберегающим операциям. Их преимущества – физиологичность и минимальная летальность. Наиболее оптимальной признана СПВ.

# Схематическое изображение ваготомии



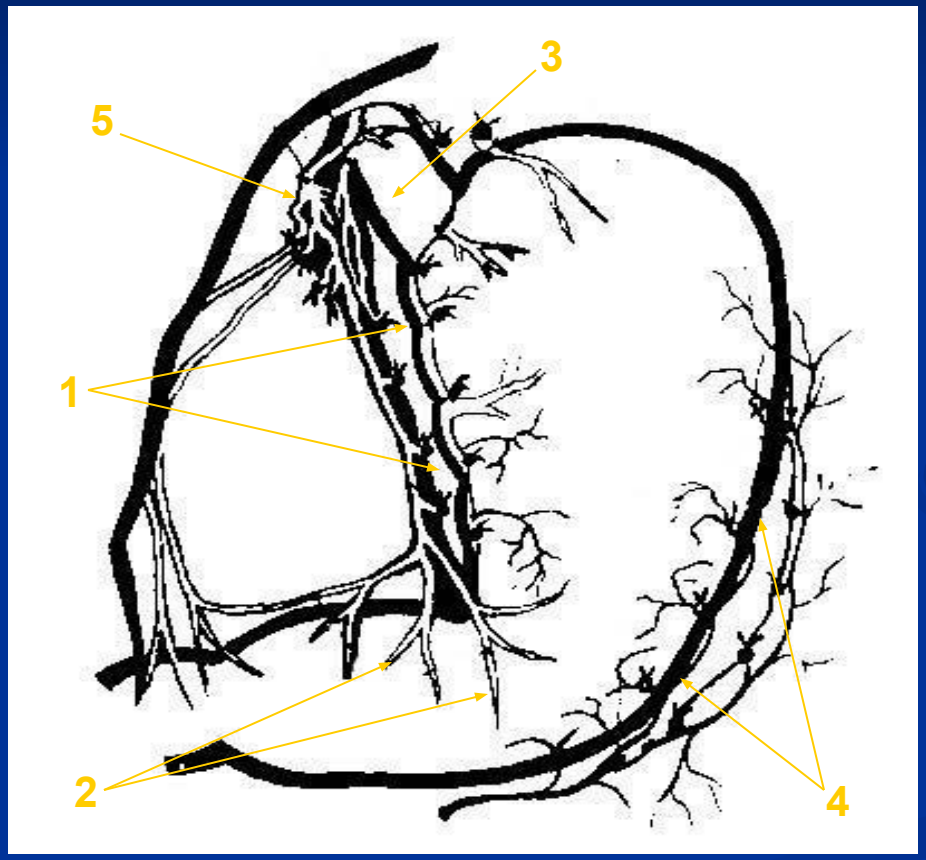




1. Стволовой
2. Селективной желудочной
3. Селективной проксимальной

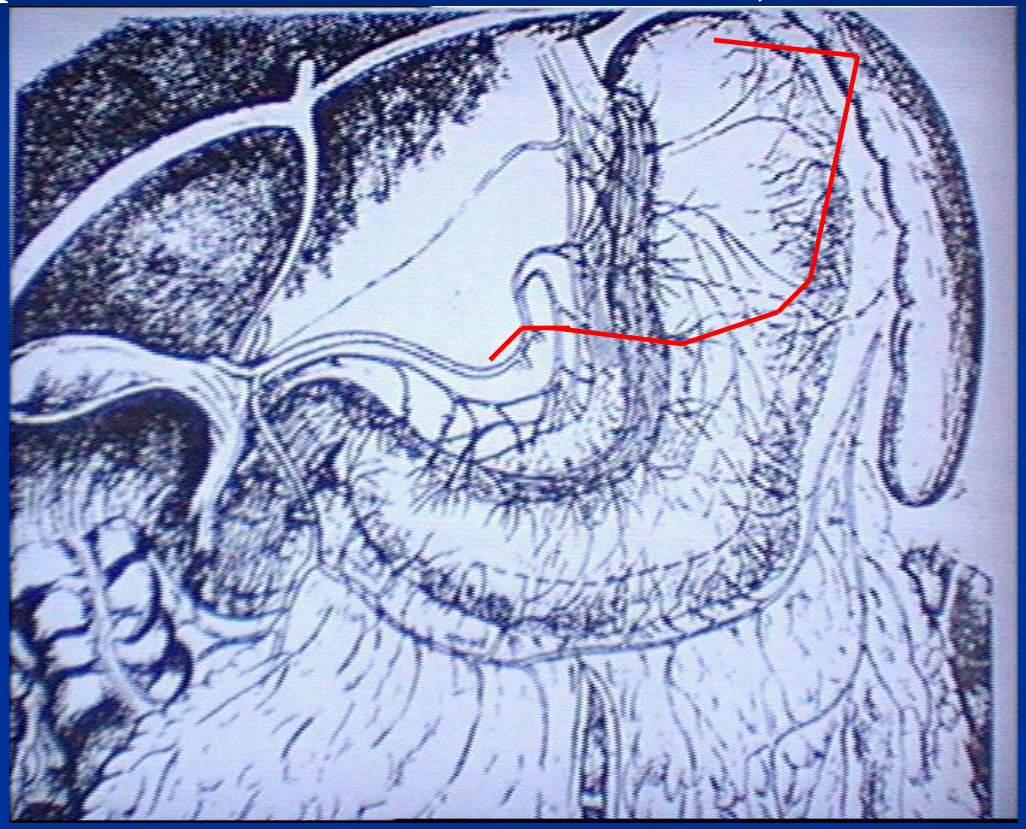
# Схема расширенной селективной проксимальной ваготомии

(Кузин М. И. и соавт., 1980)



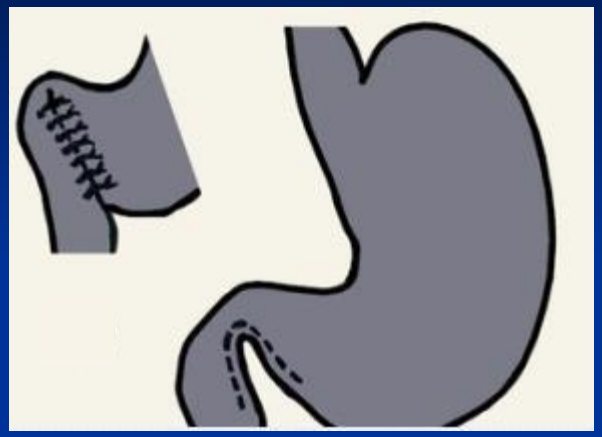

1. пересеченные секреторные волокна блуждающих нервов вдоль малой кривизны желудка;
2. «гусиная лапка» блуждающего нерва;
3. скелетированная кардия и нижняя часть (4-5 см) пищевода;
4. денервированная большая кривизна желудка от антрального отдела до коротких артерий желудка;
5. передний и задний ствол блуждающего нерва.

# Способ селективной проксимальной ваготомии (серозно-мышечной) по Taylor



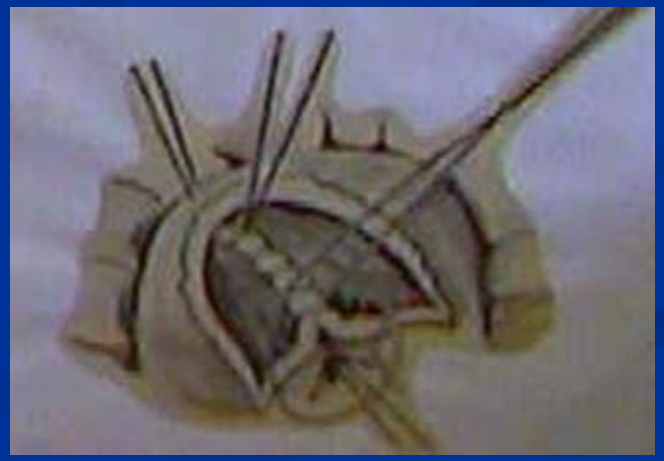
# Схематическое изображение пилоропластики

3



Пунктиром обозначены линии рассечения

3. По Финнею (наложение анастомоза между антральным отделом желудка и двенадцатиперстной кишкой)



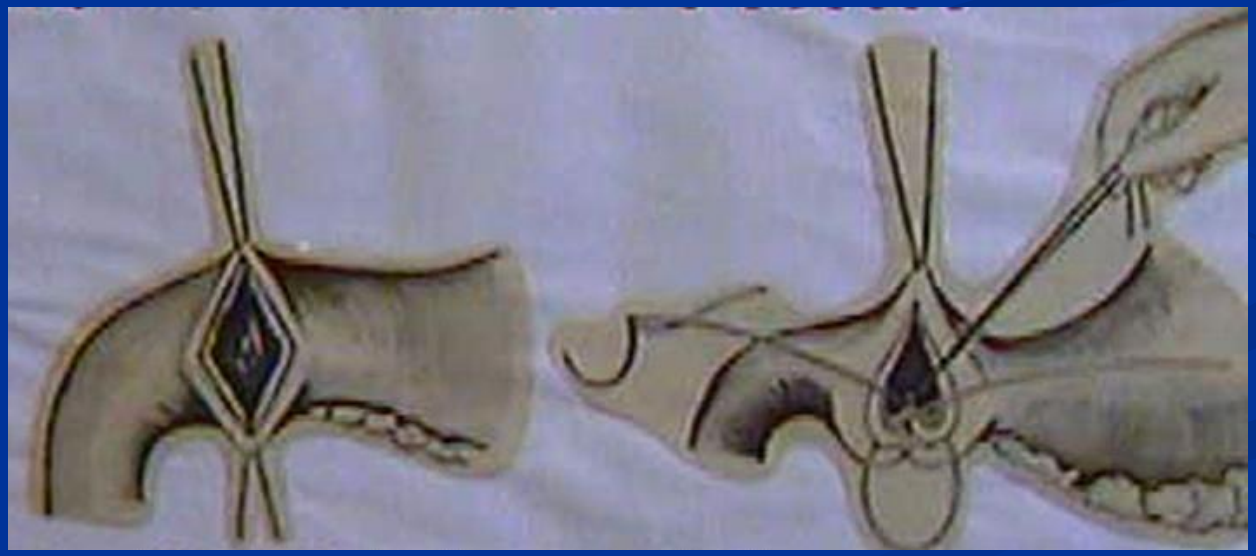
# Схематическое изображение пилоропластики

1

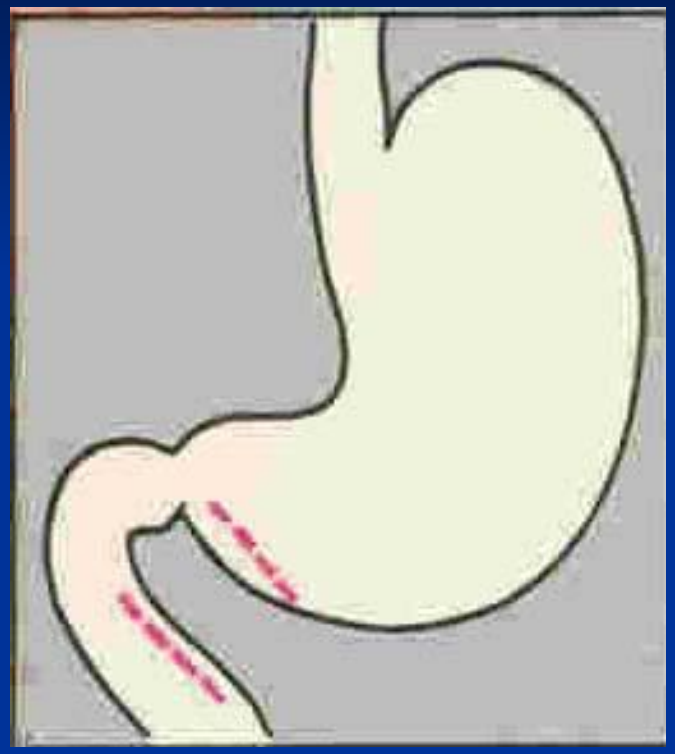
Пунктиром обозначены линии рассечения

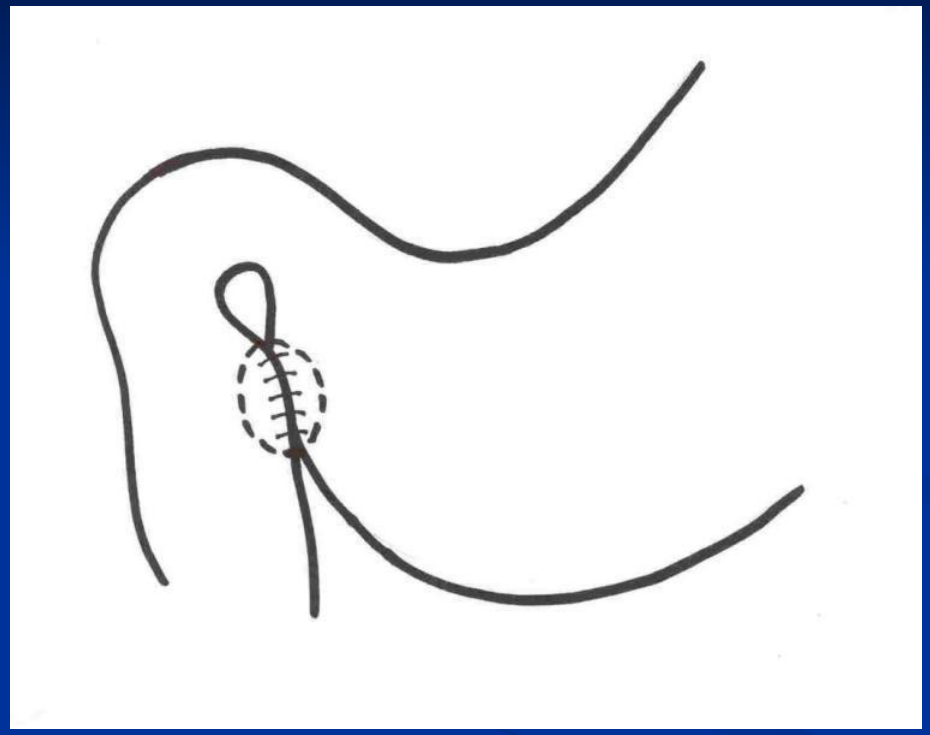
1. По Гейнеке-Микуличу (привратниковая часть желудка и двенадцатиперстная кишка рассекаются вдоль, образовавшееся отверстие ушивается в поперечном направлении)
2. По Джадду (ромбовидное иссечение передней полуокружности привратника вместе с язвой)

2



# ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗ ПО ЖАБУЛЕЮ





**Боковой анастомоз между желудком и двенадцатиперстной кишкой**

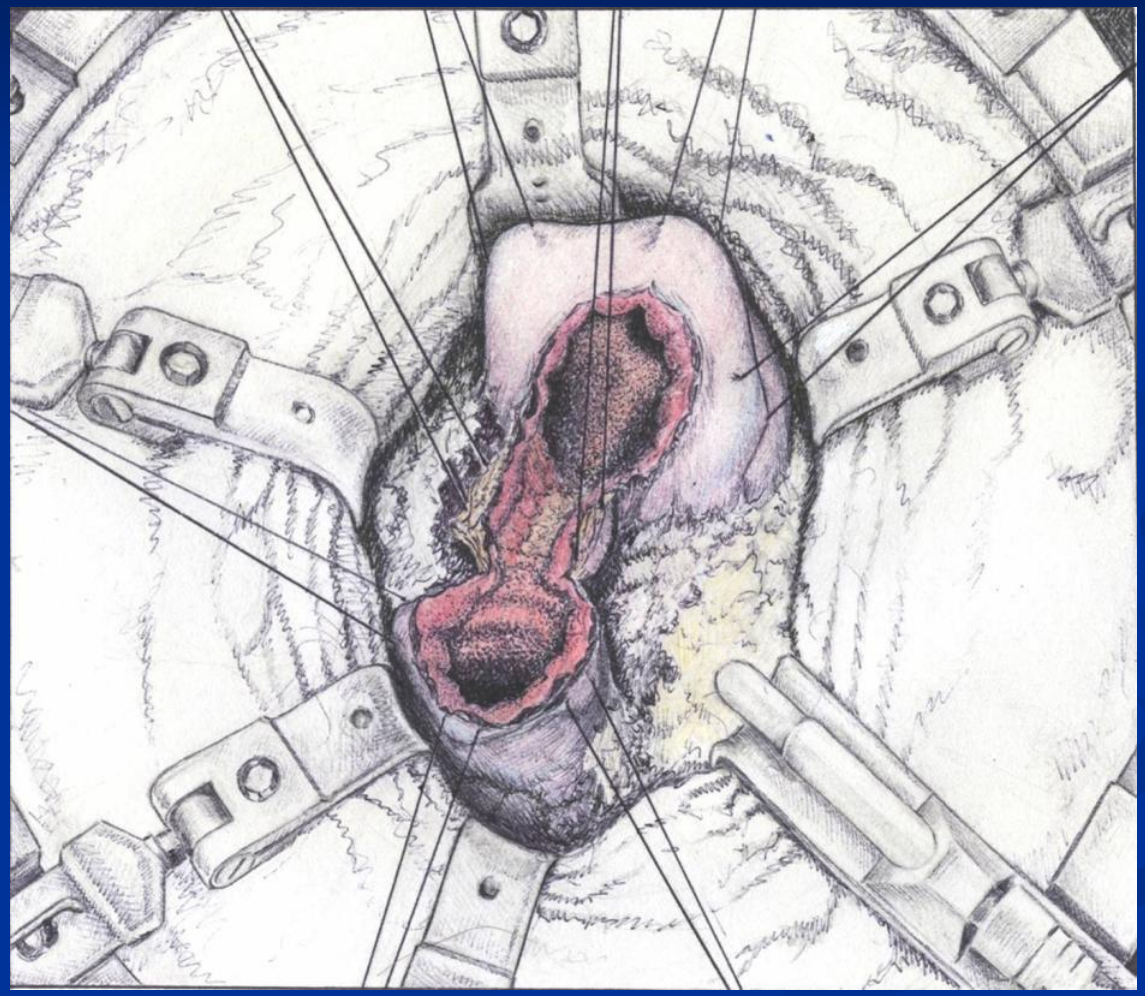
# Операции на желудке

Гастроэнтеростомия

# ЯБ. Лечение. Оперативное лечение

- Патогенетически обоснованные органосберегающие операции могут быть выполнены лапароскопическим методом (ваготомия), а также сочетанным – лапароскопическая ваготомия + дренирующая операция из мини-доступа.

# Радикальная дуоденопластика из минидоступа



Хороший результат лечения определяется прежде всего не видом оперативного вмешательства, а правильным выбором его в каждом конкретном случае, особенно при язве двенадцатиперстной кишки

# ЯБ. Лечение. Оперативное лечение

- Выбор метода операции определяется в зависимости от множества факторов:

1. Фаза заболевания
2. Локализация язвы
3. Тип желудочной секреции
4. Наличия осложнений
5. Предрасположенность к ПГРС
6. Состояние больного

# ЯБ. Лечение. Оперативное лечение

- При выборе метода оперирования необходимо учесть, что ваготомия воздействует на первую фазу желудочной секреции, а дренирующие операции – на вторую.
- Стволовая и селективная ваготомии могут выполняться только в сочетании с дренирующей операцией (из-за спазма привратника), а СПВ – в изолированном виде

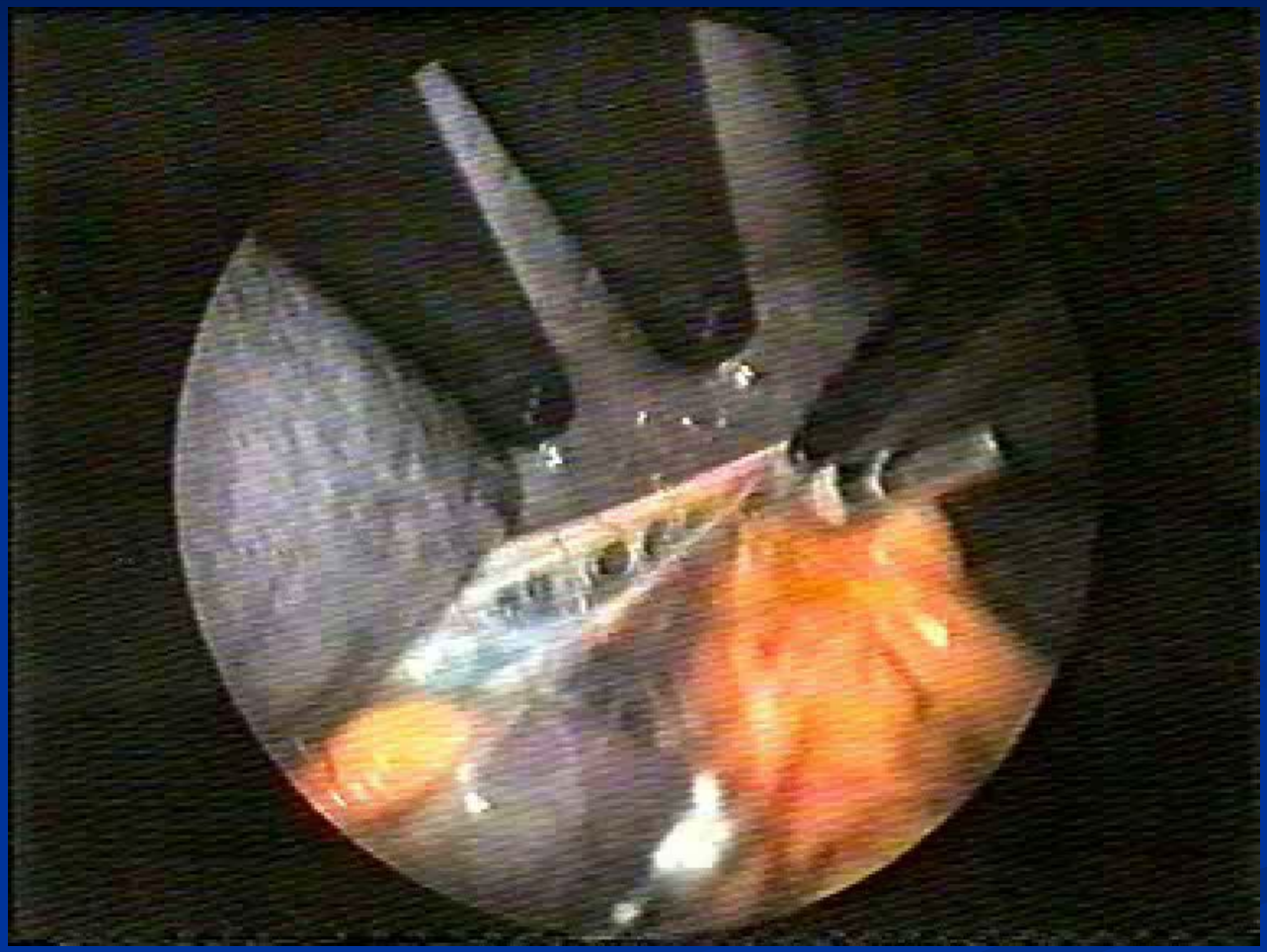
# Типы желудочной секреции

| Тип секреции | Дебет-час соляной кислоты (ммоль) | |
|---|---|---|
| | 1 фаза | 2 фаза |
| Нормальный | 1.1-4.1 | 1.1-5.9 |
| Астенический | Более 4.1 | 5.9 и менее |
| Возбудимый | Более 4.1 | Более 5.9 |
| Инертный | 4.1 и менее | Более 5.9 |
| Тормозной | Менее 1.1 | Менее 1.1 |

# ЯБ. Лечение. Оперативное лечение

- СПВ имеет преимущество тогда, когда необходимо воздействовать лишь на первую фазу секреции (астенический тип)
- При возбудимом типе секреции применяется, чаще всего, СВ в сочетании с антральной резекцией или пилоропластикой
- При инертном и тормозном типах показана резекция желудка, выполняющая задачу унесения язвы вместе с участком желудка с нарушенной трофикой
- Ваготомия и дренирующие операции дают минимальную летальность, но количество рецидивов достигает 10-ти %

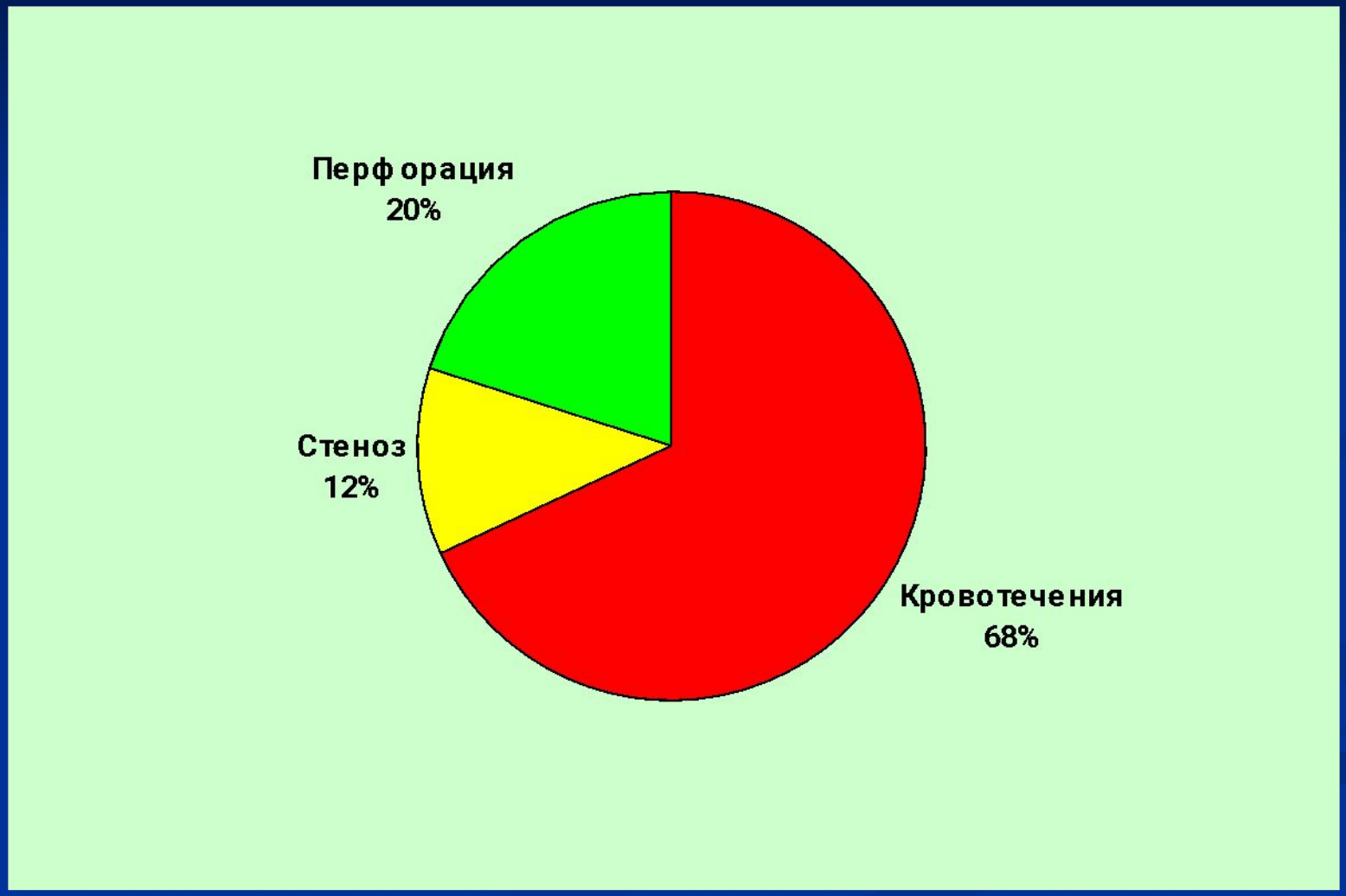
# Лапароскопическая операция



# ЯБ. Осложнения

- К осложнениям Я. б. относятся кровотечение, перфорация и пенетрация язв, перивисцерит, рубцово-язвенный стеноз привратника, малигнизация язвы.

# Осложнения гастродуоденальных язв.



# ЯБ. Осложнения. Перфорация

Перфоративная язва

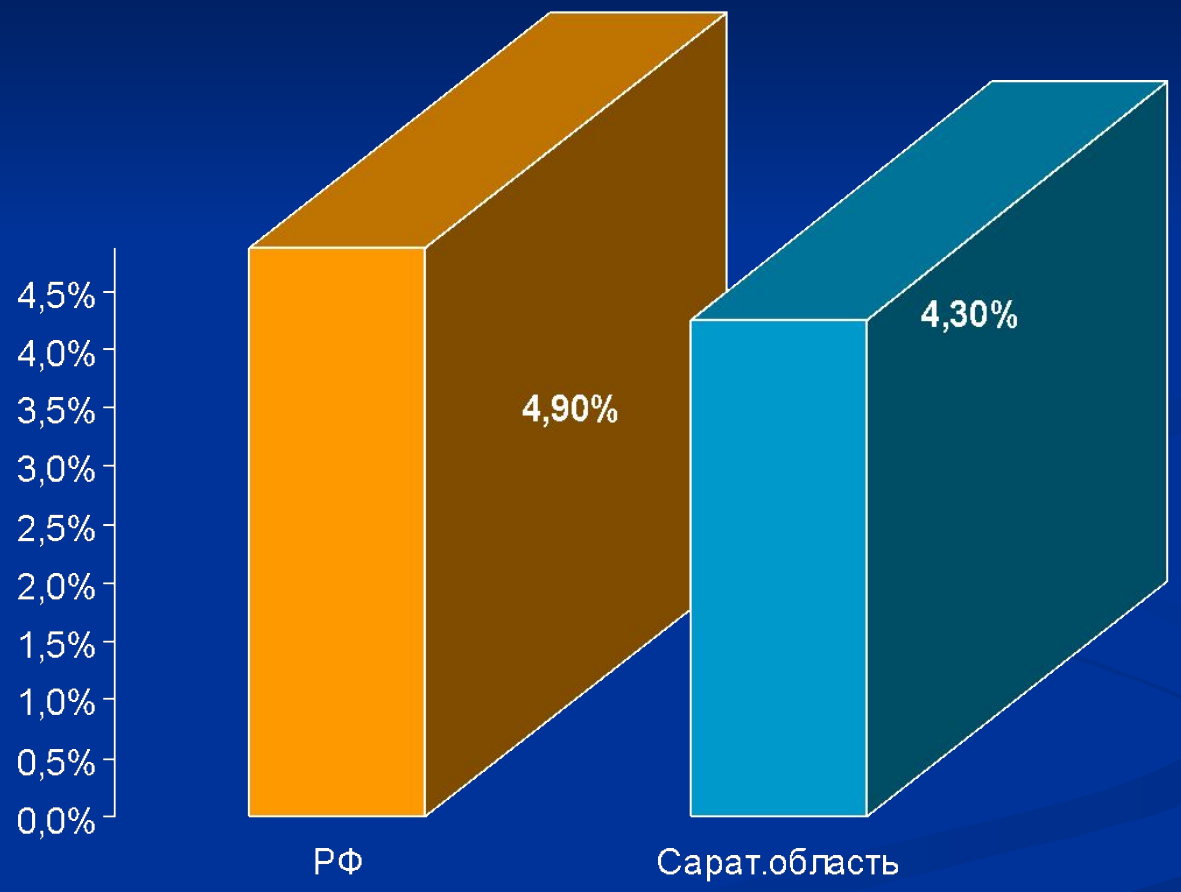
- Перфорация язвы возникает у 5—15% больных, чаще у мужчин, оказываясь у некоторых больных первым симптомом заболевания.

# ЯБ. Осложнения. Перфорация

Операции по поводу перфорации язвы составляют около 30% всех хирургических вмешательств при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки при этом летальность составляет от 3 до 12%

В 15-20% гастродуоденальные язвы осложняются кровотечением

# Летальность после операций по поводу перфоративных гастродуоденальных язв



# ЯБ. Осложнения. Перфорация. Патогенез

- При перфоративных язвах аутоиммунный конфликт по типу феномена Артюса признается наиболее достоверной причиной.

# ЯБ. Осложнения. Перфорация. Симптоматика и диагноз

Клиническое течение

I. Период «острого живота», шока – самый легкий для диагностики, самый приятный для исцеления.

Характерные симптомы:

- Основные
  - «кинжальная» боль (90%)
  - Доскообразное напряжение мышц брюшной стенки (90%)
  - Язвенный анамнез (80%)
  - Пневмоперитонеум (85%) (при пневмогастрографии возрастает до 96%)
- Вспомогательные
  - Преперфоративные состояния
  - Затрудненное дыхание
  - Беспокойство, страх
  - Вынужденные положения
  - Рвота
  - Гиперлейкоцитоз
  - Жидкость в брюшной полости
  - Симптом Щеткина не вызывается

# ЯБ. Осложнения. Перфорация. Симптоматика и диагноз

II. Период мнимого благополучия

- Исчезают признаки шока
- Уменьшается интенсивность боли
- Живот становится мягче (хотя напряжение в эпигастрии почти всегда сохранено)

III. Период разлитого перитонита

Трудности диагностики наиболее вероятны во втором периоде, а также при прикрытых и атипичных перфорациях

# ЯБ. Осложнения. Перфорация. Дифференциальный диагноз

- Дифференциальная диагностика проводится с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости, чаще всего – с острым панкреатитом

# ЯБ. Осложнения.

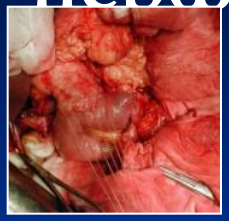
## Перфорация. Дифференциальный диагноз

| № | Признаки | Весовые значения |
|---|---|---|
| 1 | Женщина | 3 |
| 2 | Возраст 40 лет и старше | 1 |
| 3 | Иррадиация боли 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 брюшной стенки | 4 |
| 14 | Печеночная тупость сохранена | 3 |
| 15 | Симптом Щеткина отрицательный | 3 |

Если суммы весов симптомов - 19 и более – ставится диагноз острого панкреатита

# ЯБ. Осложнения. Перфорация. Диагностический алгоритм при перфоративной гастродуоденальной язве

# ЯБ. Осложнения. Перфорация. Лечение перфоративных язв гастродуоденальной зоны



## До развития гнойного перитонита:

1. ***При наличии показаний и условий*** *(в сочетании со стенозом, кровотечением, пенетрацией , язвы тела желудка)* – **экономная резекция желудка + сел. ваготомия.**
2. ***язвы ДПК на фоне ХДН*** – **экономная резекция желудка + сел. ваготомия,** ***операция Джабулея или Финнея*** **+ сел. Ваготомия.**
3. ***Иссечение перфоративной язвы (операция Джадда)*** **+ сел. ваготомия.**

## При гнойном перитоните:

1. ***Ушивание перфорационного отверстия, туалет и дренирование брюшной полости.***
2. ***Иссечение перфоративной язвы и ушивание (операция Джадда), туалет и дренирование брюшной полости.***

## При тяжелом состоянии больного (инсульт, инфаркт и т.п.)

1. ***Консервативный метод лечения:***

- ***постоянная аспирация желудочного содержимого,***
- ***интенсивная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия,***
- ***возможно лапароскопическое дренирование брюшной полости***

# Выбор метода операции при прободных гастродуоденальных язвах по данным математического моделирования отдаленных результатов

| № | Признаки | Весовые значения |
|---|---|---|
| 1 | Возраст более 30 лет | 28 |
| 2 | Наличие желудочного анамнеза | 18 |
| 3 | Длительность желудочного анамнеза более 1 года | 25 |
| 4 | Локализация язвы в теле желудка | 31 |
| 5 | Язвенный инфильтрат более 1 см в диаметре | 40 |
| 6 | Твердые края язвы | 48 |
| 7 | Величина прободного отверстия более 0.5 см | 43 |
| 8 | Сопутствующие хронические заболевания дыхательной и сердечнососудистой систем | 24 |
| | Если суммарный вес менее 73 – прогноз для операции ушивания благоприятен | |

# Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы

1- вид ушитой герниостеплером перфорации

# Спасибо за внимание!