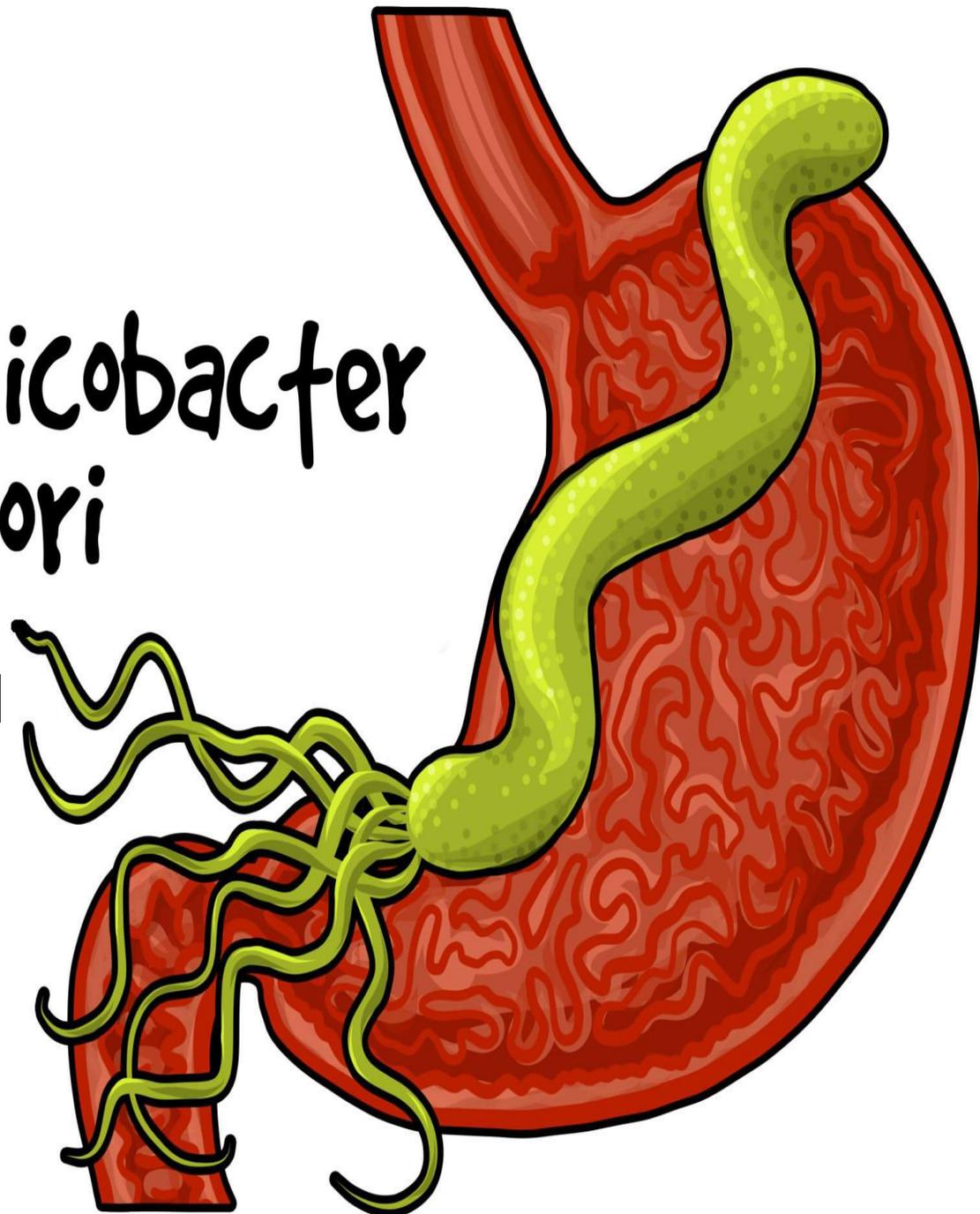




Helicobacter  
pylori

Лечение язвенной болезни  
желудка и 12пк

МГМСУ  
кафедра Госпитальной хирургии



- Язвенная болезнь представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением ЯБ служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки.
  
- В 1910 г. К. Schwarz сформулировал тезис «без кислоты нет язвы», который отражает основной патогенетический фактор возникновения язвенных дефектов.

# Патогенетические механизмы язвообразования

# Весы

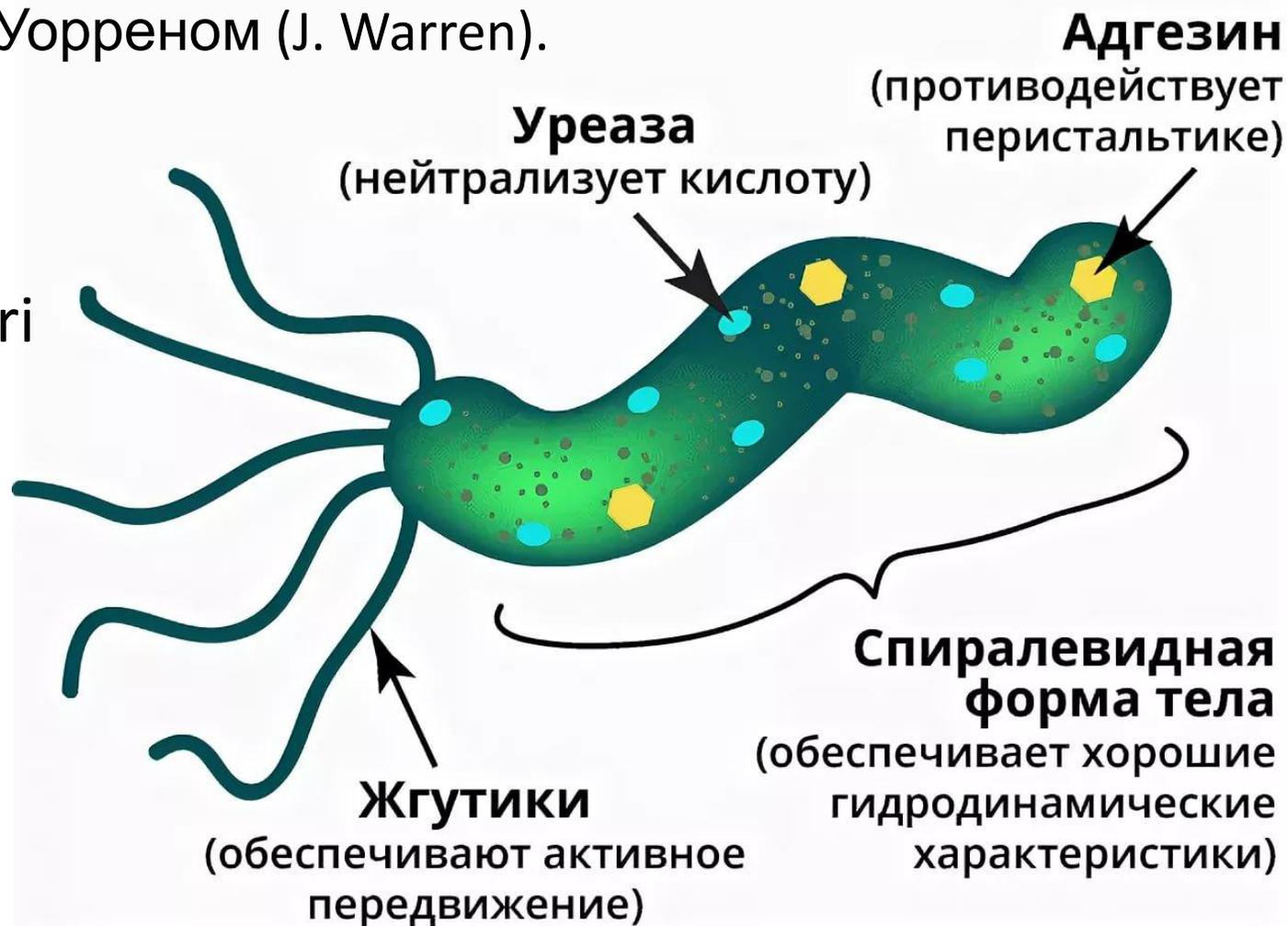
# Шея



- Решающая этиологическая роль в развитии ЯБ отводится сегодня микроорганизмам *H. pylori*, обнаруженным в 1983 г. австралийскими учеными Б. Маршаллом (B. Marshall) и Дж. Уорреном (J. Warren).

## Строение бактерии Хеликобактер Пилори

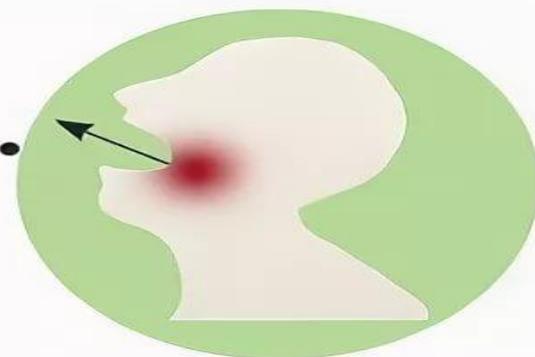
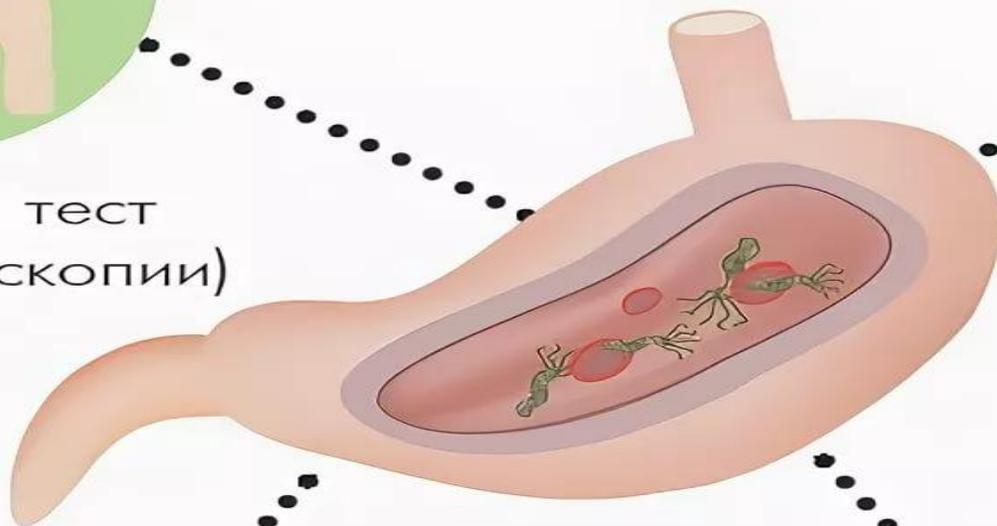
- Ассоциированными с *H. pylori* оказывается около 80% язв двенадцатиперстной кишки и 60% язв желудка



# МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI



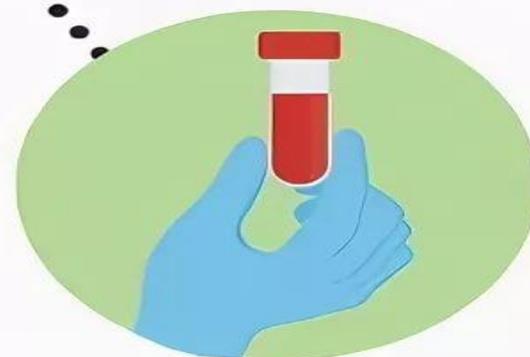
Уреазный тест  
(при эндоскопии)



Дыхательный  
тест



Фекальный  
антигенный  
тест



Анализ крови  
на антигены

# Классификация

В зависимости от локализации выделяют:

- язвы желудка (кардиального и субкардиального отделов, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала),
- двенадцатиперстной кишки (луковицы, постбульбарного отдела), а также сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

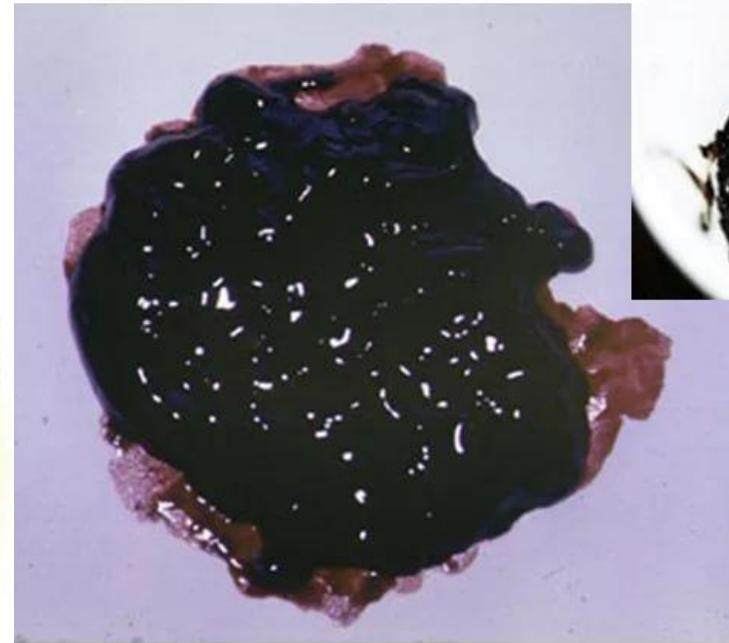
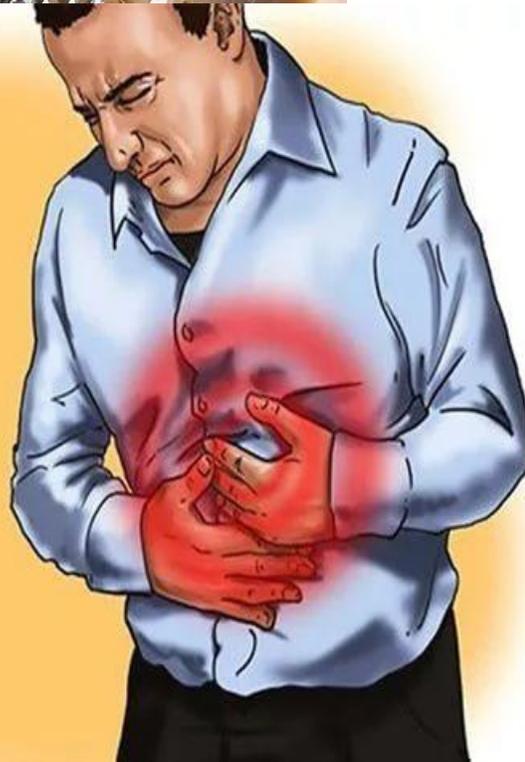
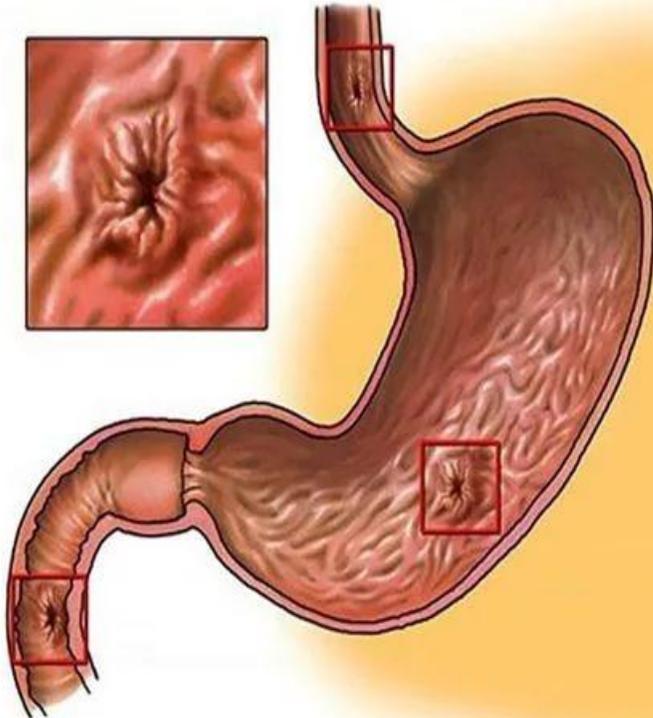
По количеству:

- единичные;
- множественные.

В зависимости от размеров язвенного дефекта:

язвы малых (до 0,5 см в диаметре) и средних (0,6–1,9 см в диаметре) размеров, большие (2,0–3,0 см) и гигантские (свыше 3,0 см).

**Melena**-passage of black stools containing digested blood



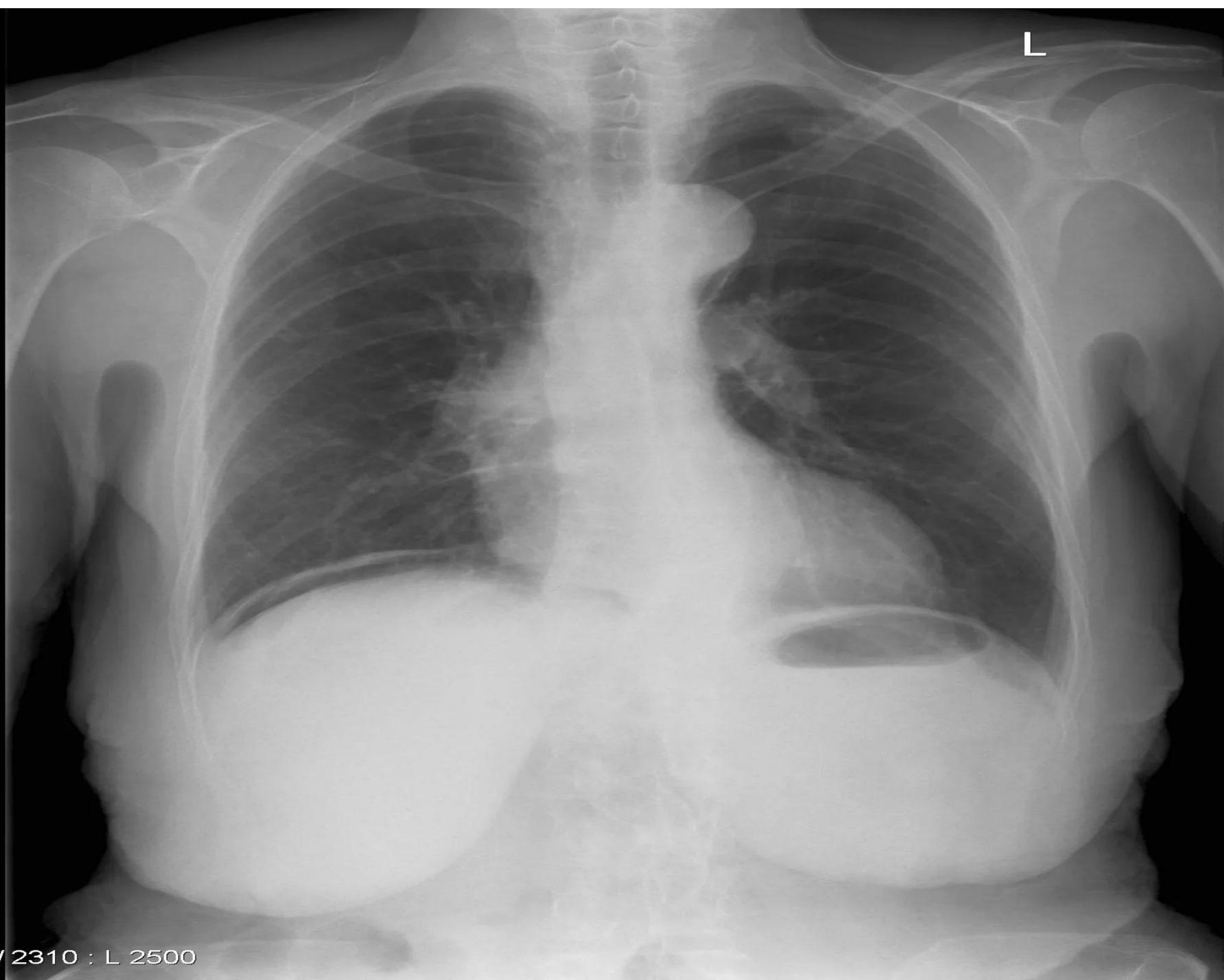


# Диагностика

- Рентгенологическое исследование брюшной полости;
- ЭГДС (+лечебное);
- Общий анализ крови;
  
- Уреазные тесты;
- РН-метрия;
  
- Реакция Грегерсена;
- Двойное контрастирование;

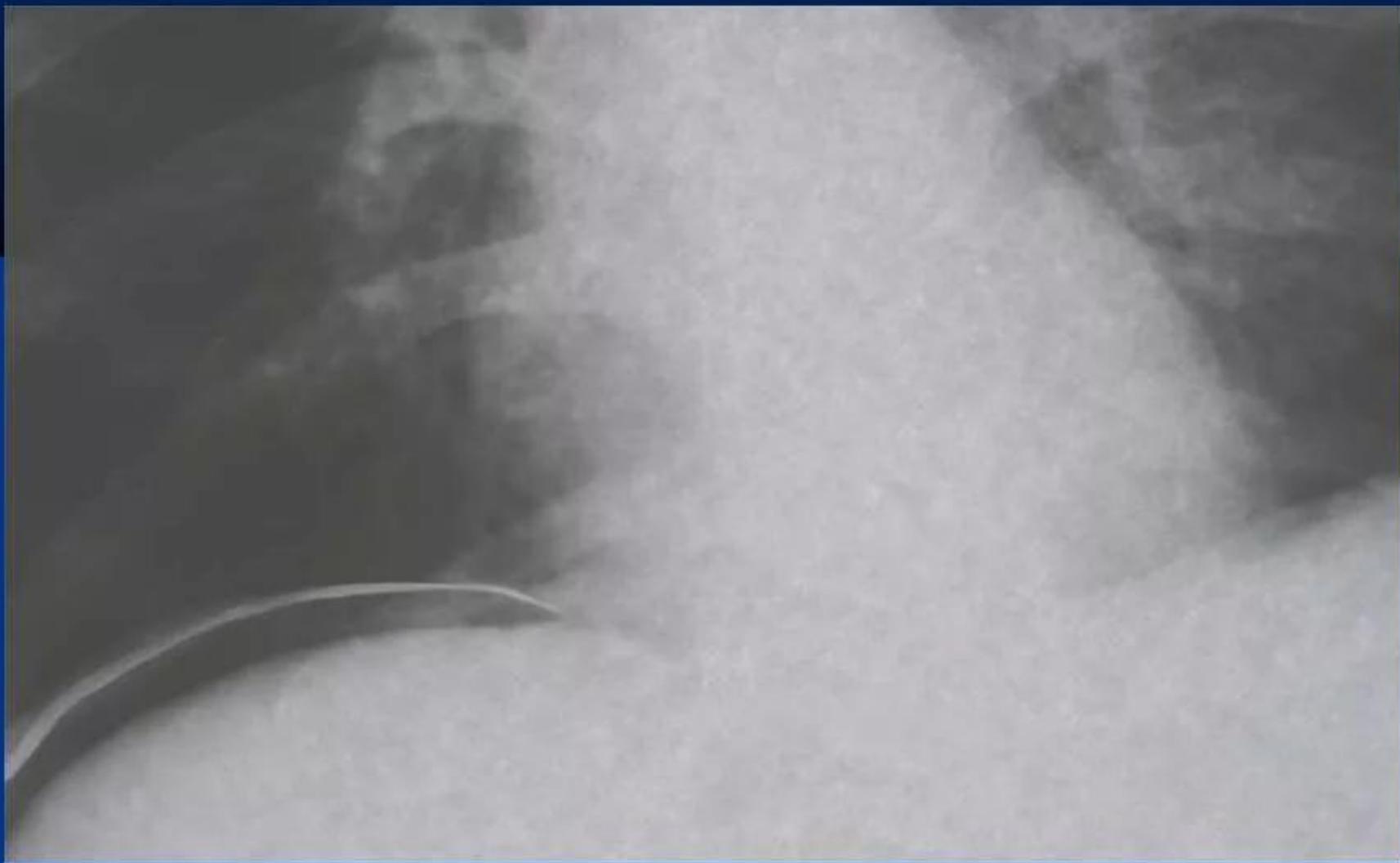


1



W 2310 : L 2500

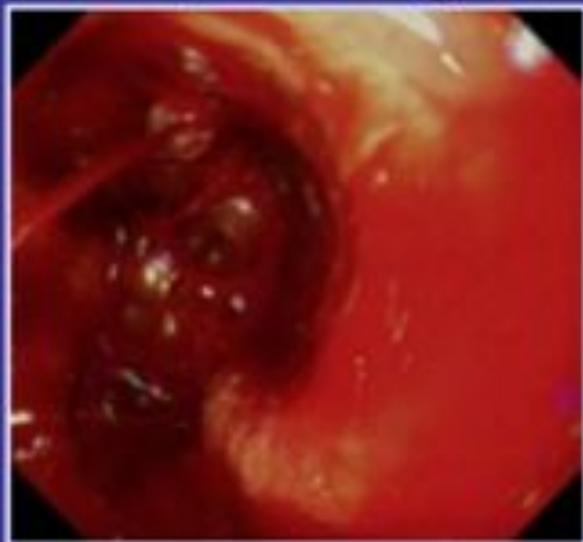
# Симптом серпа



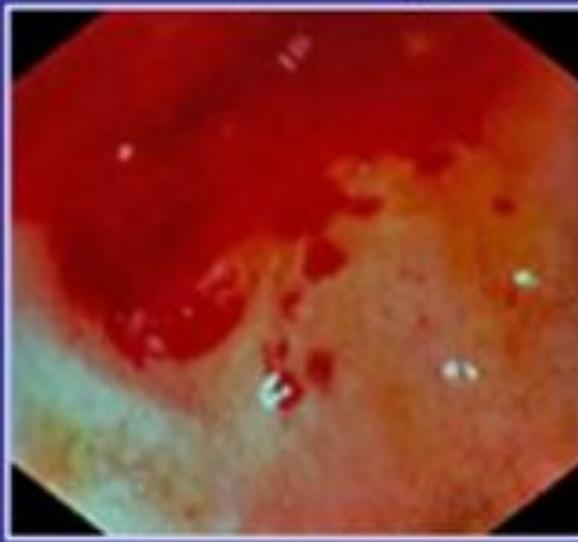


X-RayDoctor.ru

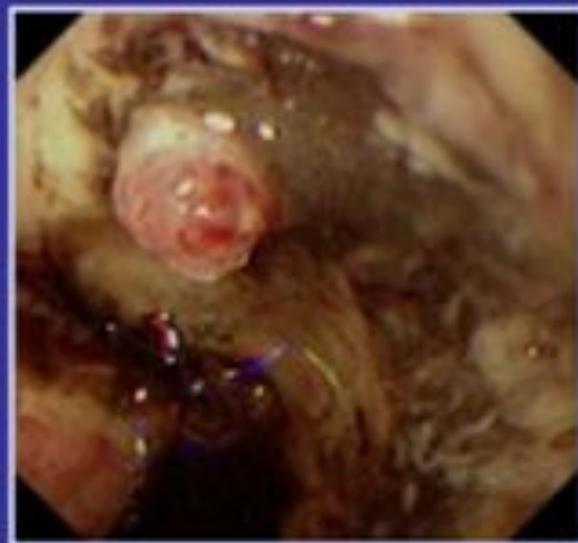
**I-a (arterial jet )**



**I-b (oozing)**



**II-a (visible vessel)**



**II-b (adherent clot)**



**II-c (black spot)**

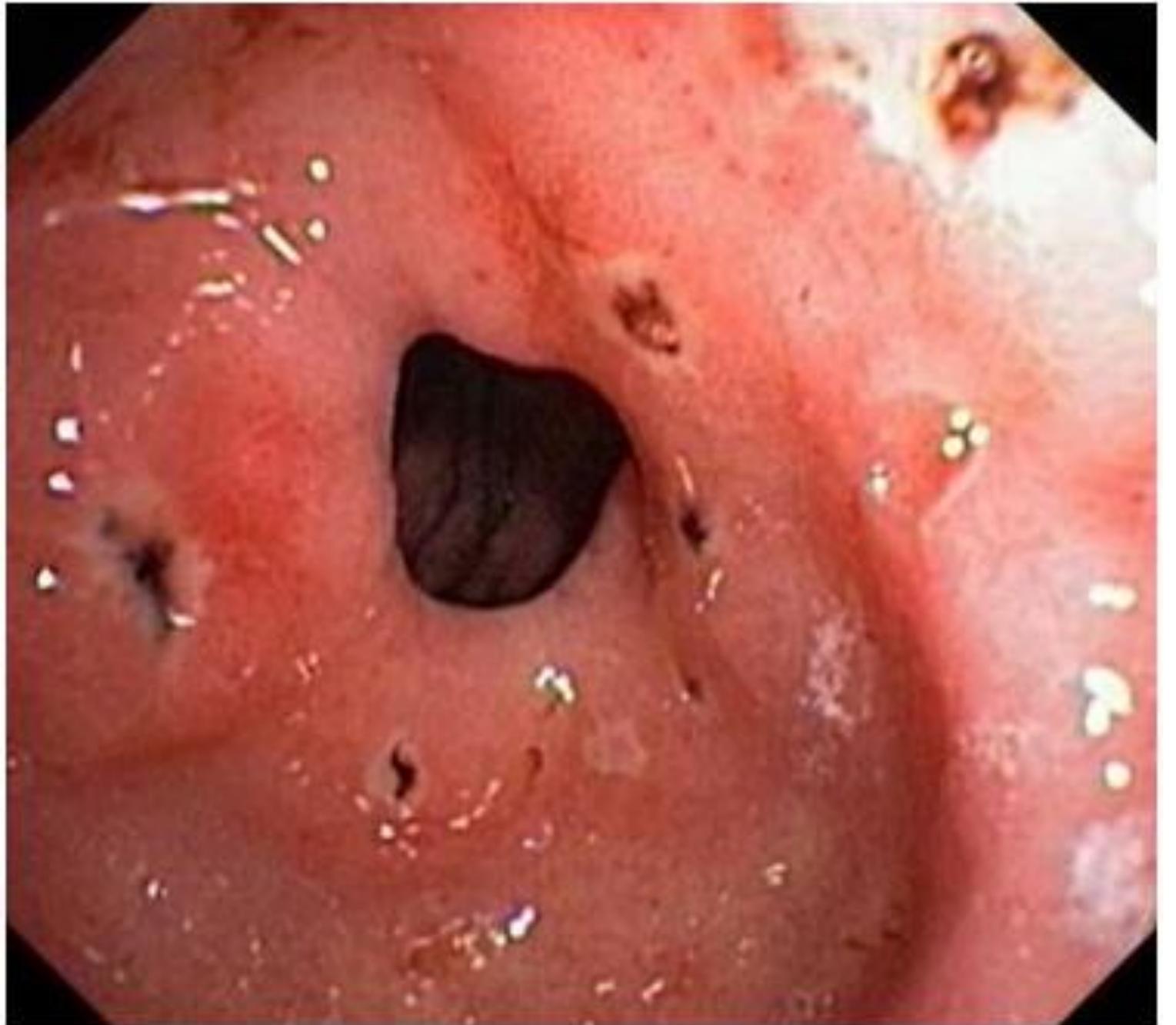


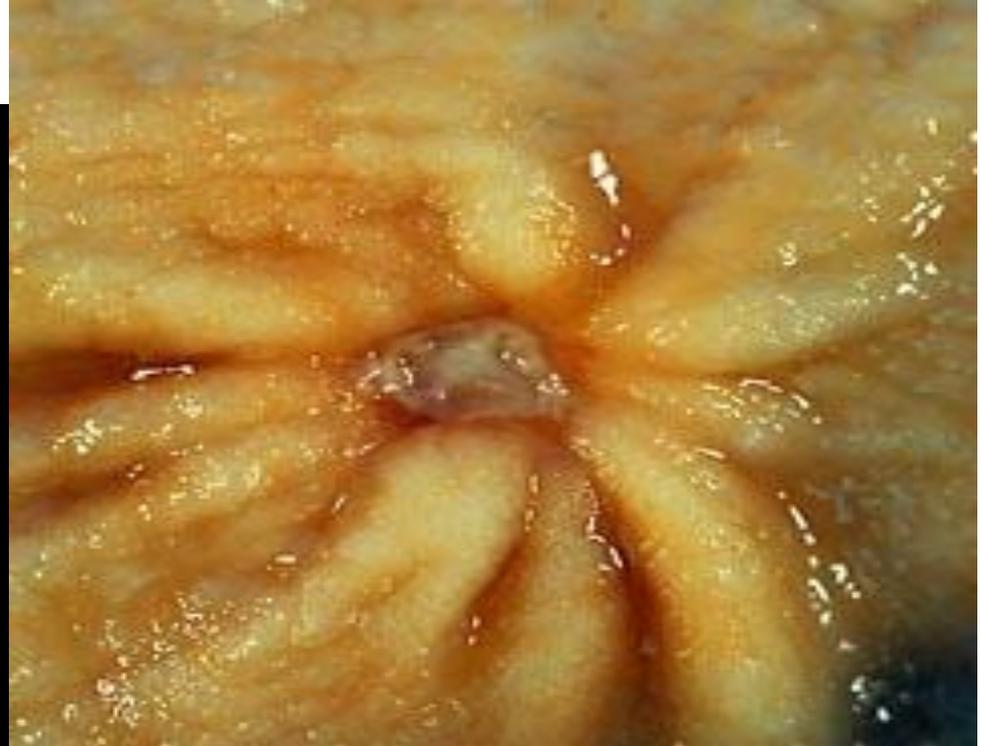
**III (clean base)**



<b>Stage</b>	<b>Characteristics</b>	<b>Rebleeding</b>
I a	Jet arterial bleeding	90 %
Ib	Oozing	50 %
IIa	Visible Vessel	25 - 30 %
IIb	Adherent clot	10 - 20%
IIc	Black spot in ulcer crater	7 - 10%
III	Clean base ulcer	3 - 5 %

**Язвы?**

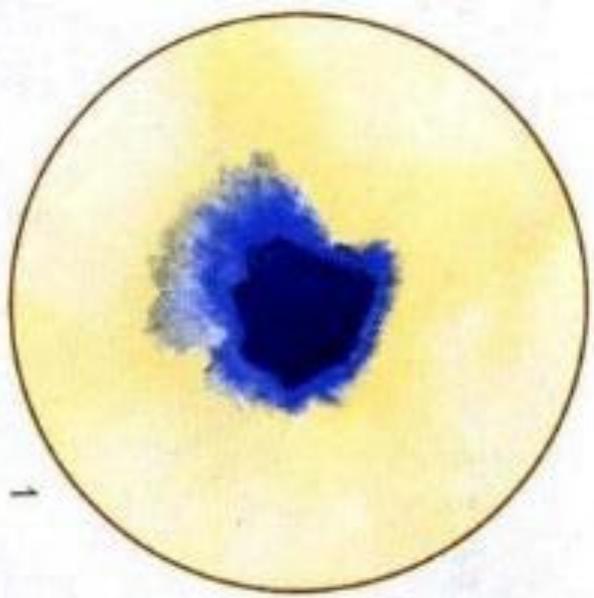


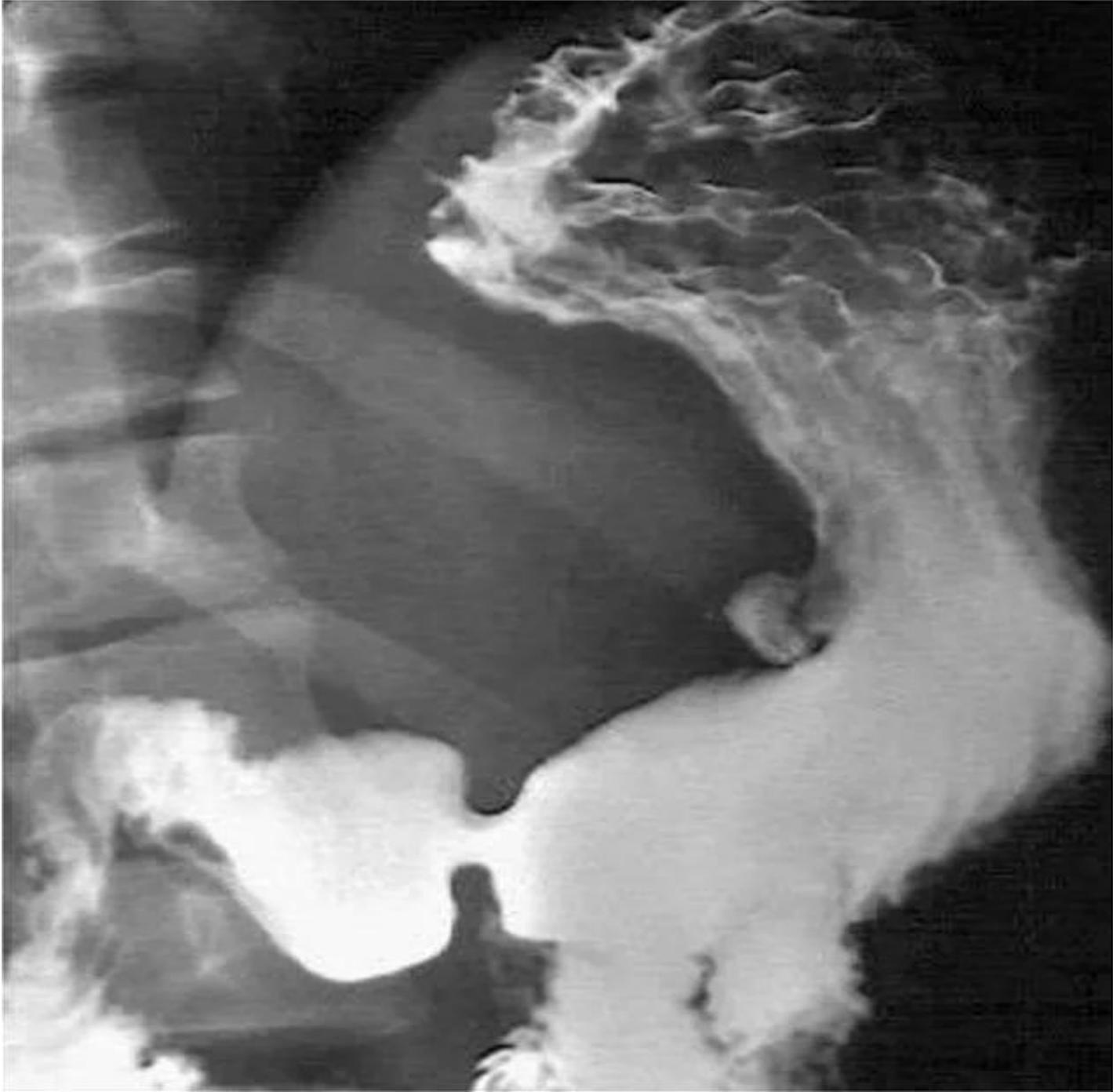


# Диагностика

Определение скрытой крови (бензидиновая проба, реакция Грегерсена)

**Принцип:** в присутствии гемоглобина крови бензидин реагирует с перекисью водорода с образованием в течение первых 2 минут соединений, окрашенных в зеленый, сине-зеленый или синий цвет. Интенсивность окраски пропорциональна количеству крови в кале.





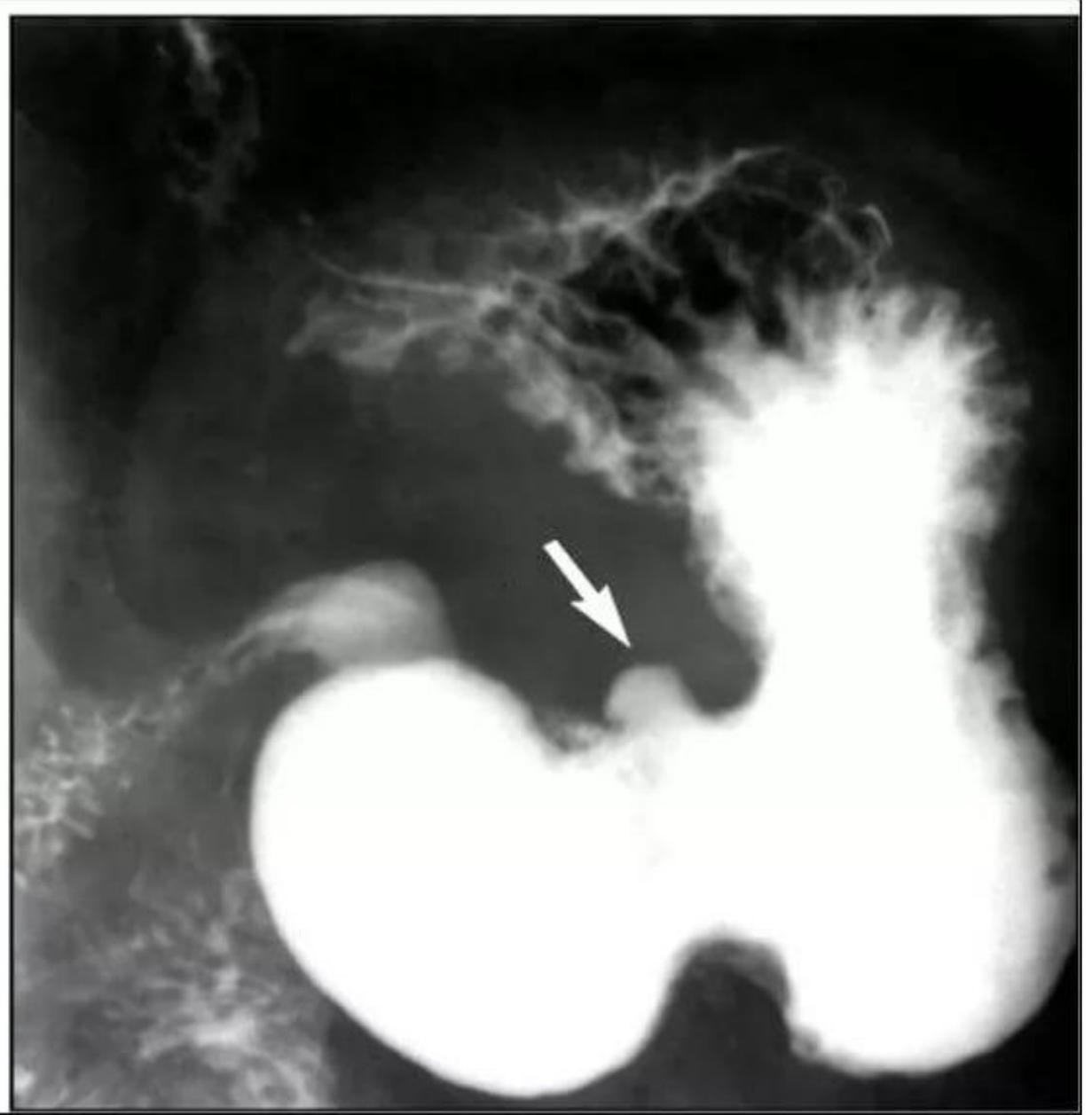
# СИМПТОМ «НИШИ»



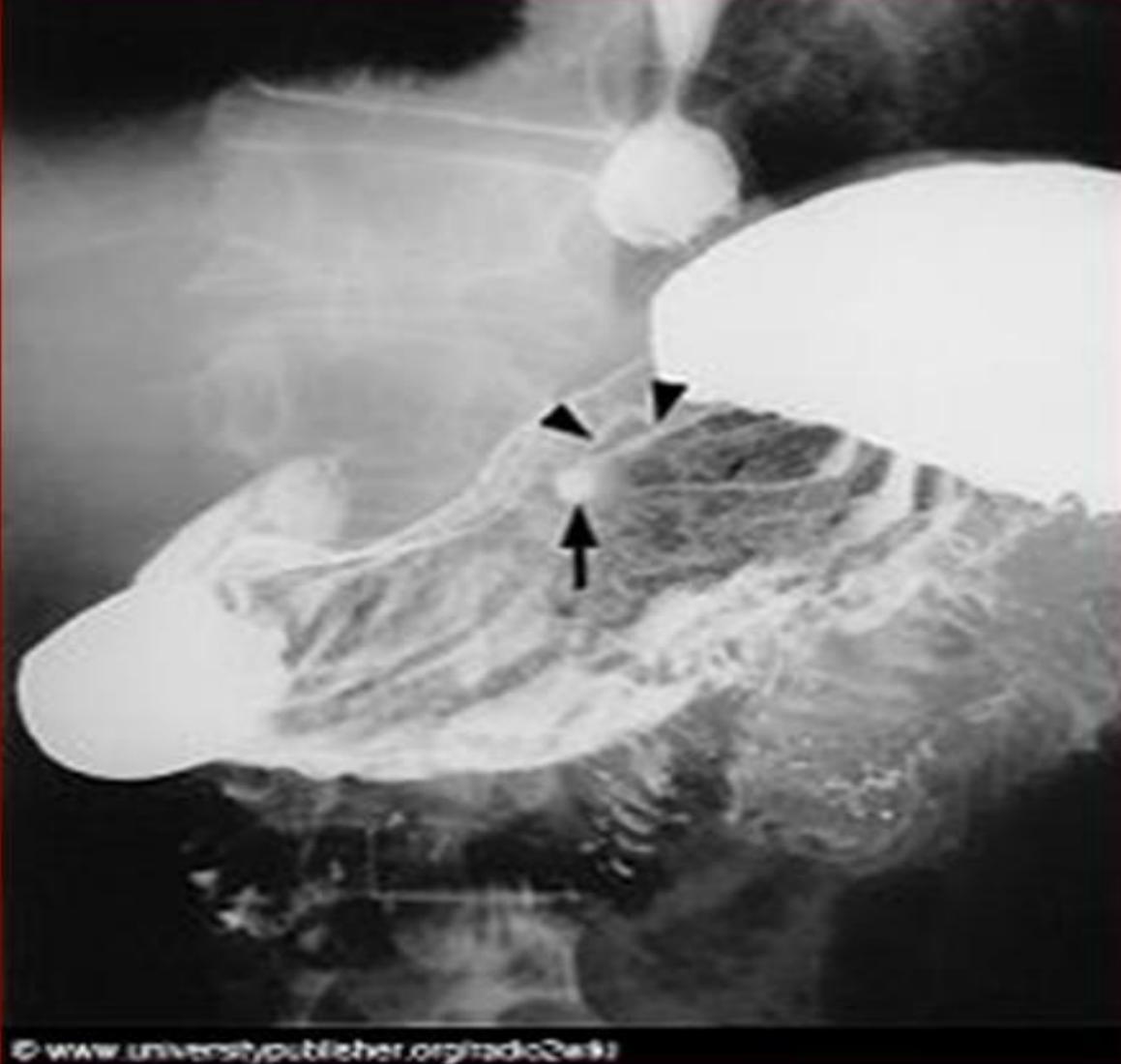
# Контрастирование желудка

Рентгенограмма  
желудка.

Каллезная язва  
антрального  
отдела желудка  
(стрелка)

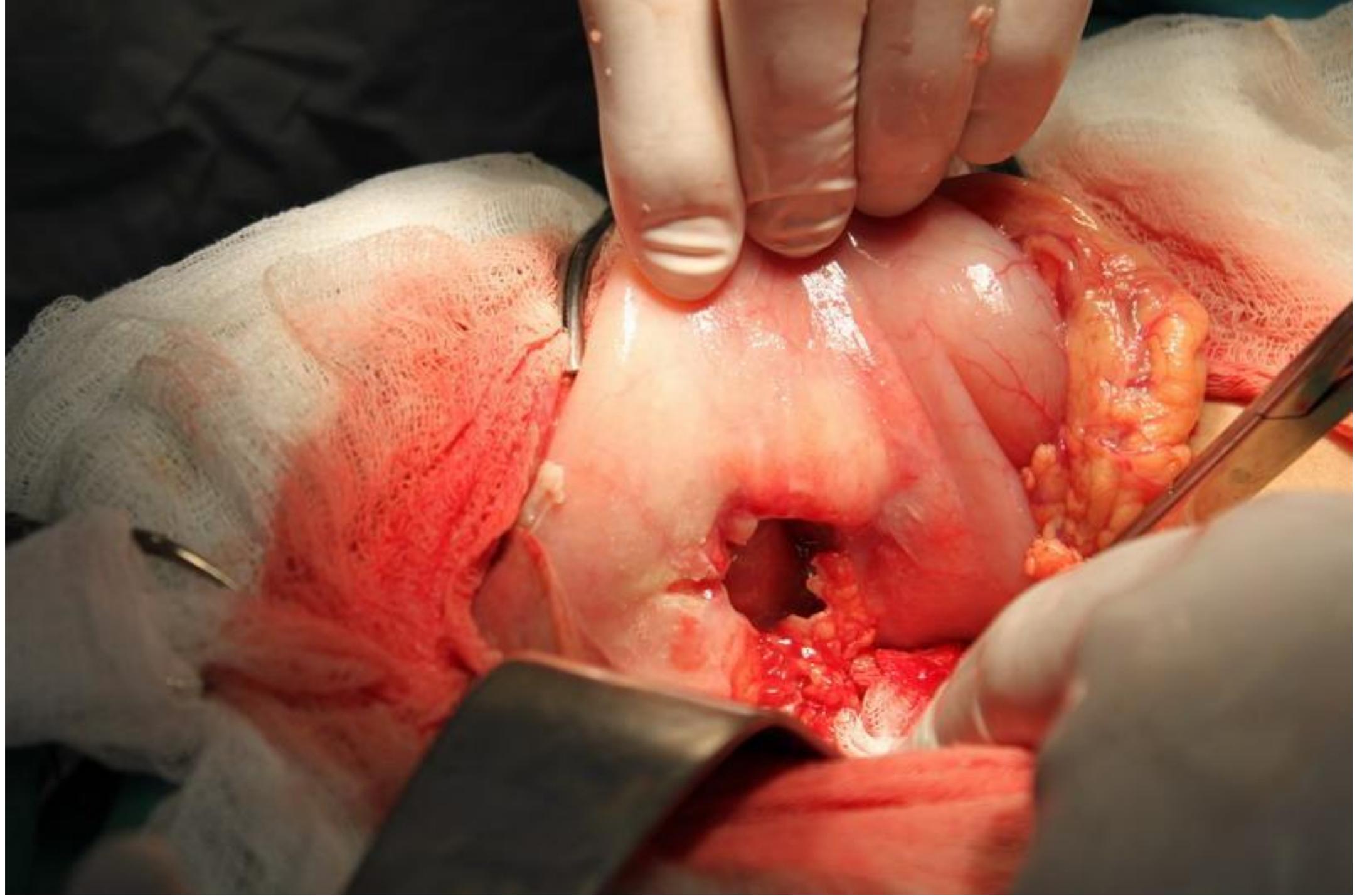


Язвенная болезнь.  
«Рельеф – ниша»



# Дифференциальная диагностика:

- Язвы Курлинга (ожоги);
- НПВС ассоциированная гастропатия;
- Язвы Кушинга (ЧМТ);
- Гастронома (Синдром Золлингера-Эллисона);
- Стрессорные язвы.



# Лечение

- Консервативное
- Хирургическое
- Хирургическое (экстренное)

# Тактика лечения не осложненной язвы



# Лечение язвенной болезни

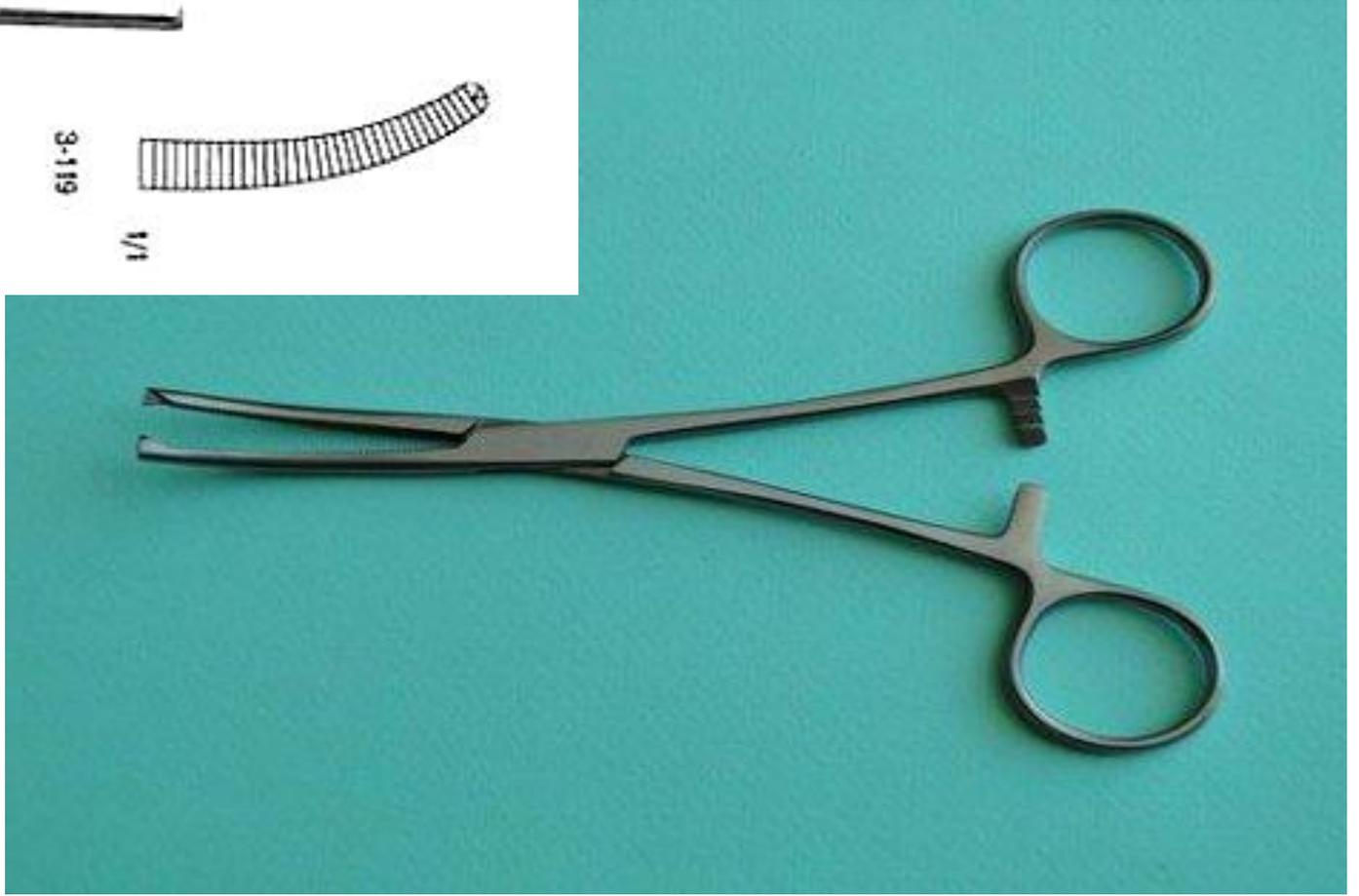
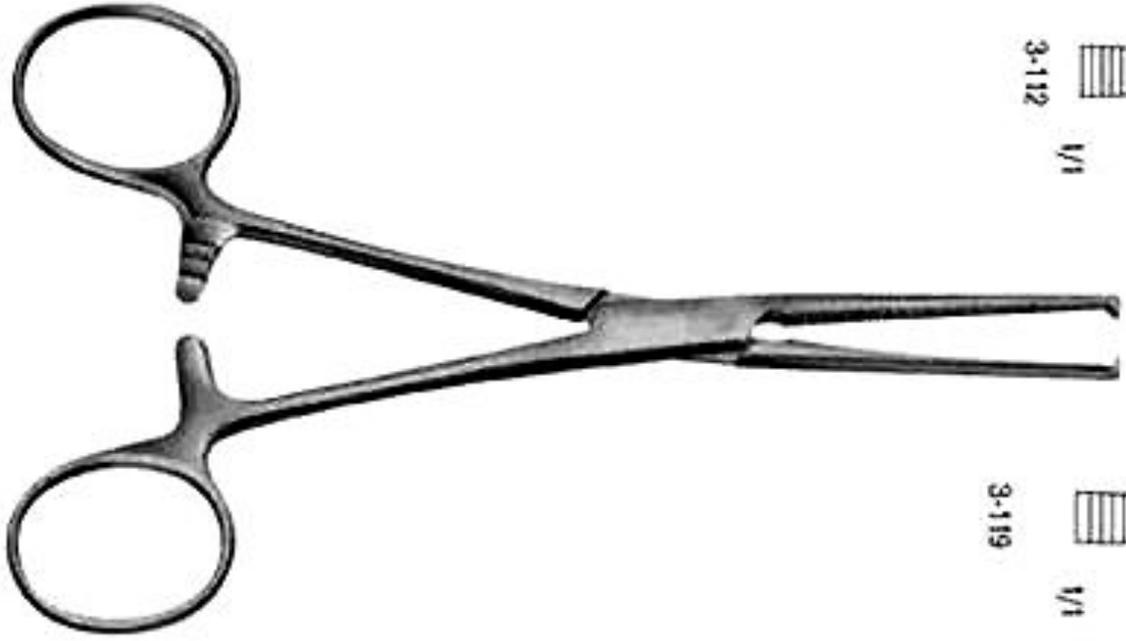
- Омепразол;
- Амальгель (-А);
- Де-нол;
- Кларитромицин.
- Препараты железа (3+)
- Аминокапроновая кислота
- Транексамовая кислота
- 10 мл CaCl на 250 мл физ р.ра

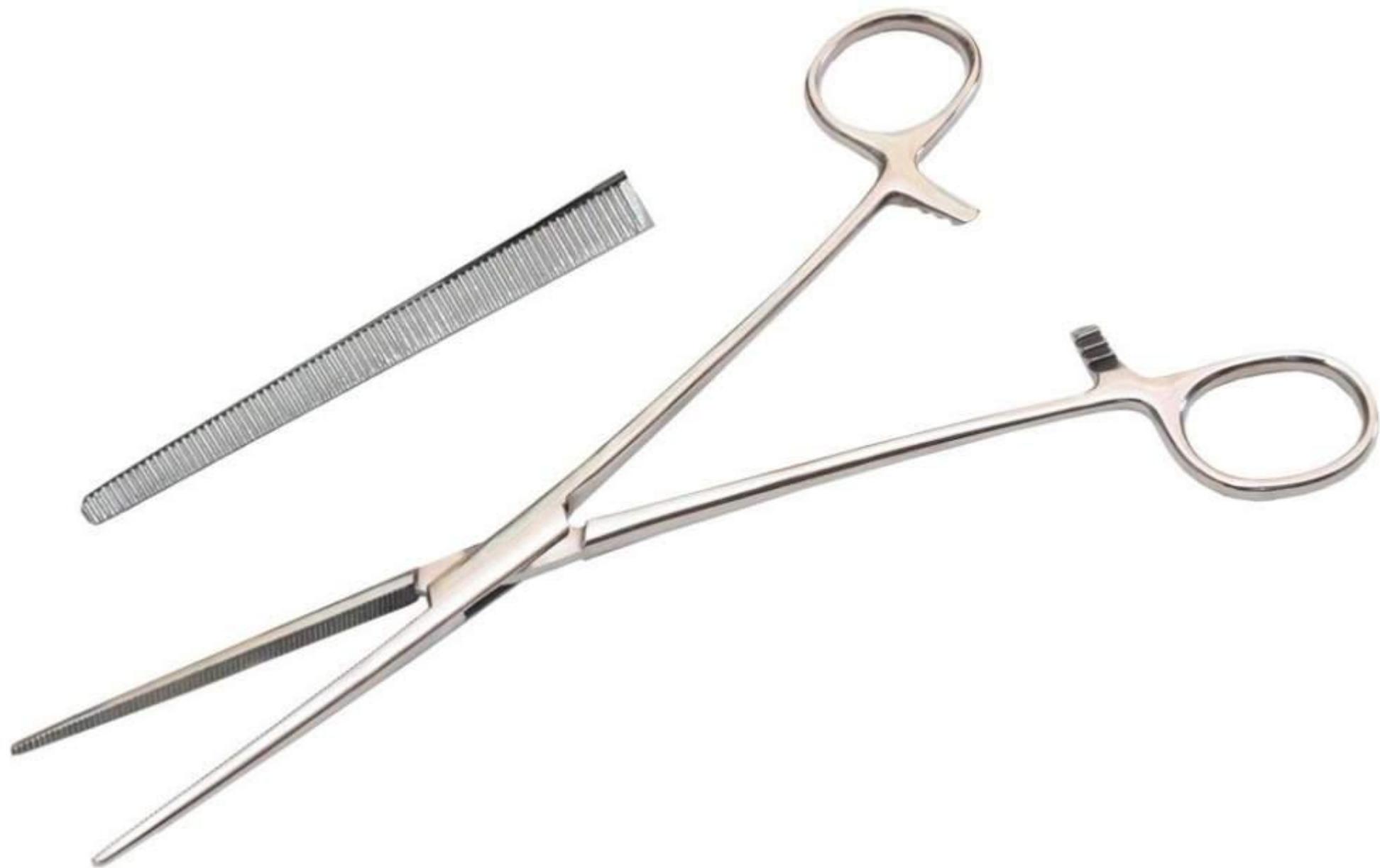
# Инструменты

- Для разъединения тканей (скальпели, ножницы и др.);
- Вспомогательные инструменты (расширяющие, фиксирующие и др.: пинцеты анатомические и хирургические; тупые и острые крючки; большие расширители раны (зеркала); корнцанги, зажимы Микулича и др.);
- Кровоостанавливающие: зажимы (типа Кохера, Бильрота и др.) и лигатурные иглы;
- Инструменты для соединения тканей: иглодержатели разных систем с колющими и режущими иглами.

# Инструменты









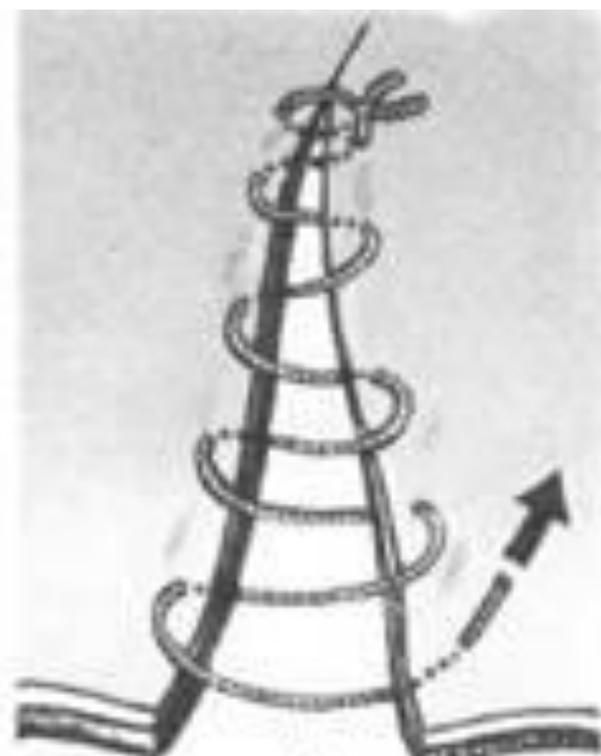
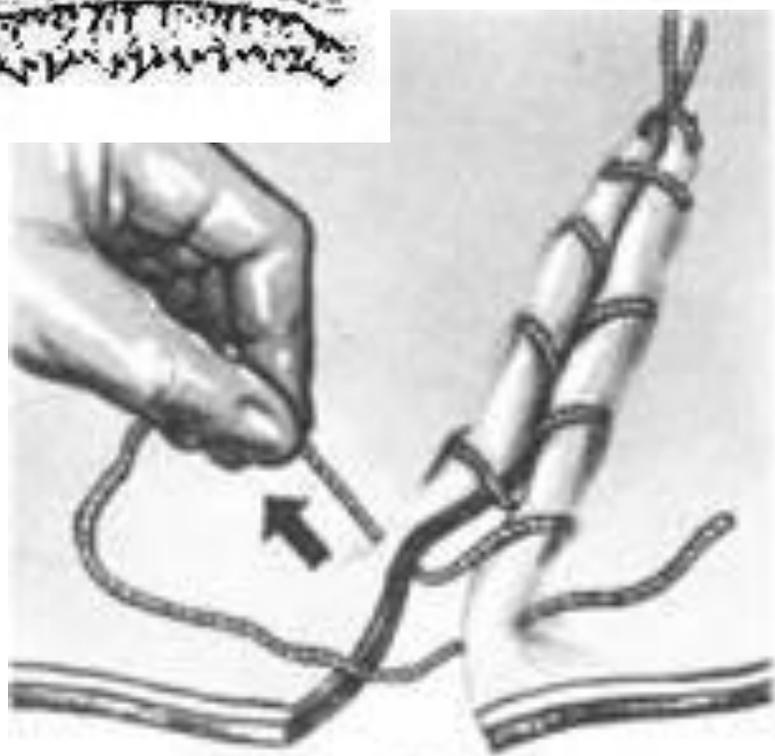
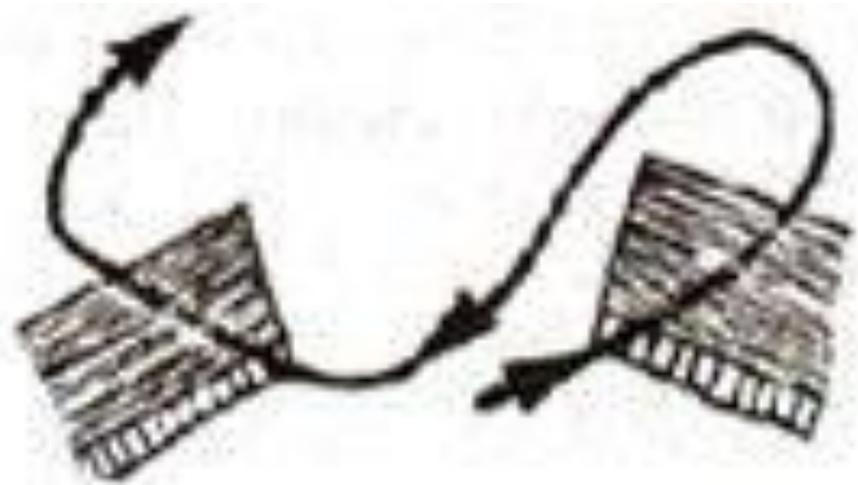
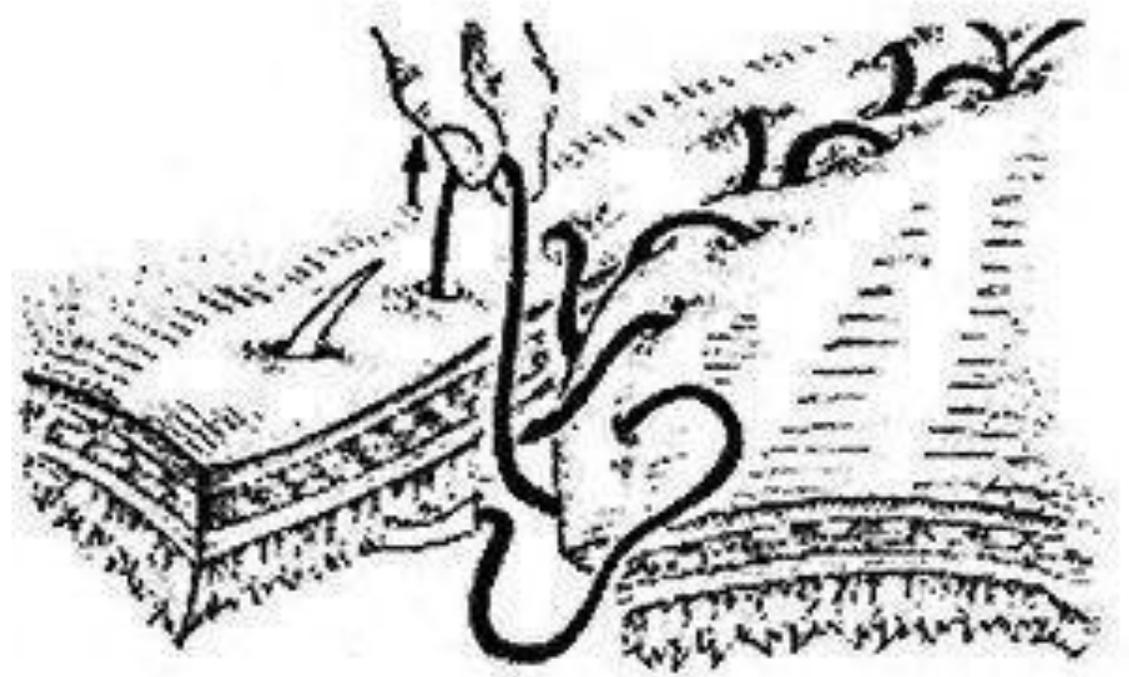






# Шов Шмидена

- Непрерывный обвивной (сквозной) вворачивающий шов.
- Длинную нить проводят через **все слои кишки** в одном направлении. Иглу вкалывают **со стороны слизистой оболочки** кнаружи и выкалывают на серозной оболочке.
- После проведения нити через оба края ее затягивают с наружной стороны.
- Для улучшения вворачивания обоих краев раны целесообразно иглу проводить в косом направлении, вкалывая ее со стороны слизистой оболочки у самого края раны и выкалывая со стороны серозной оболочки на расстоянии 0,6— 0,8 см от края раны. При затягивании нити после прошивания обоих краев раны слизистая оболочка не выворачивается, а серозные оболочки обоих краев соприкасаются на достаточно большом протяжении.



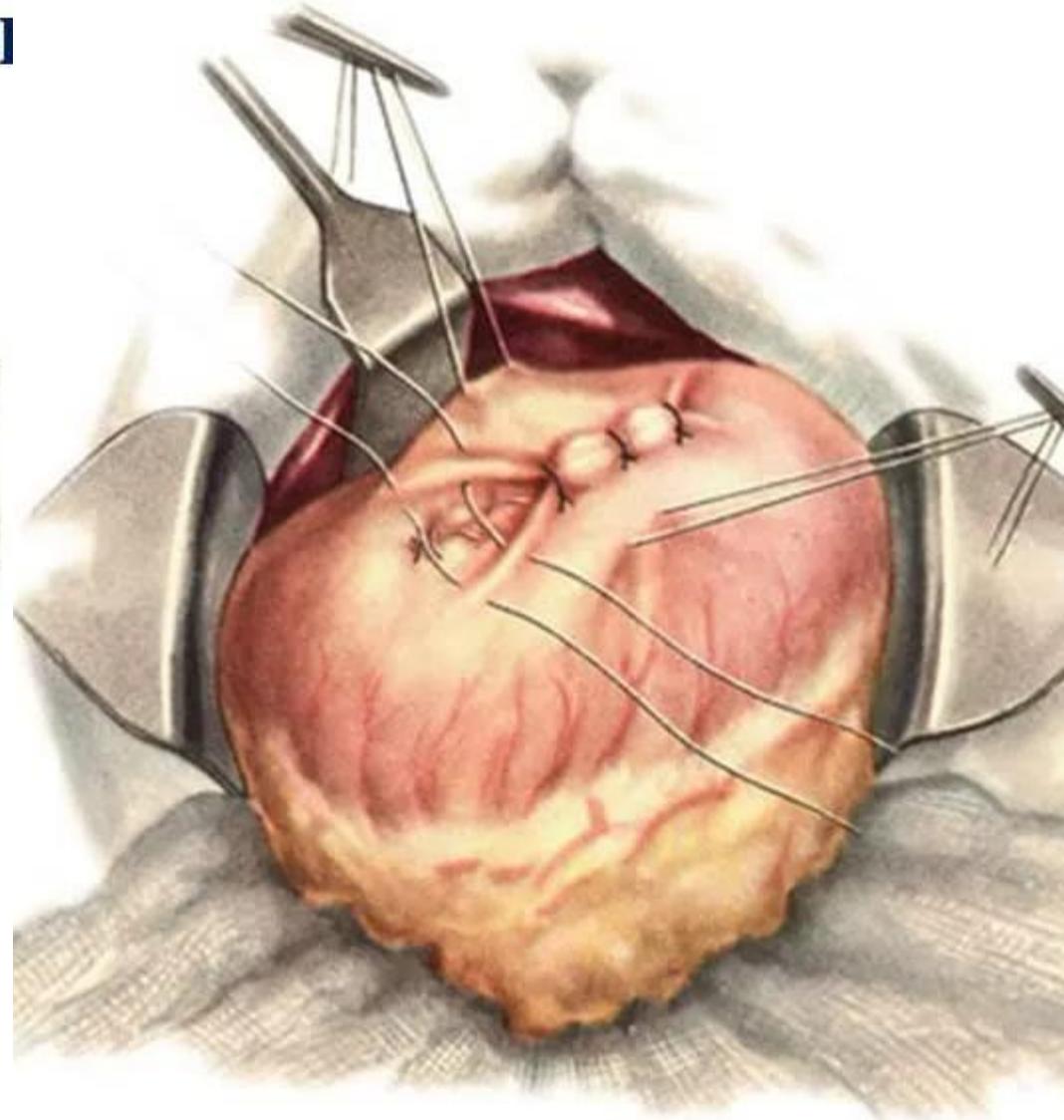
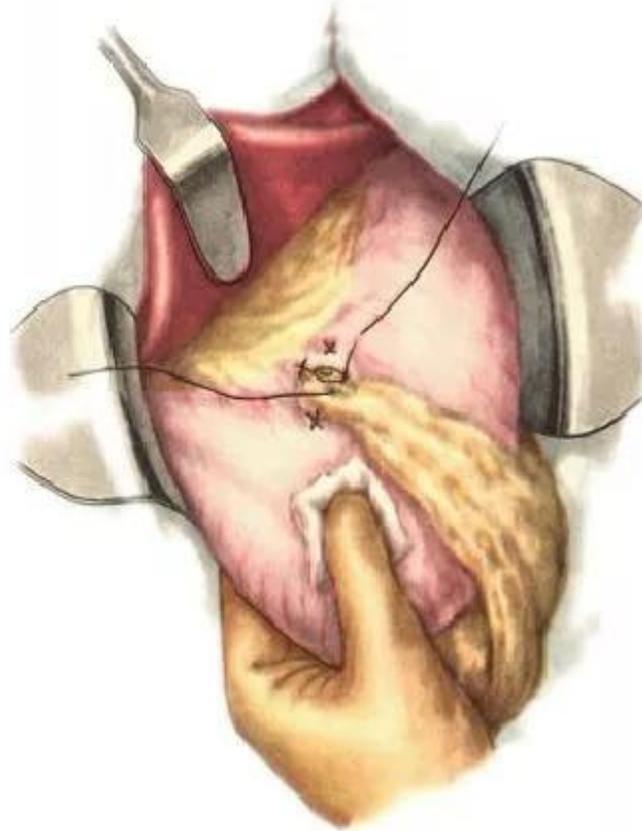
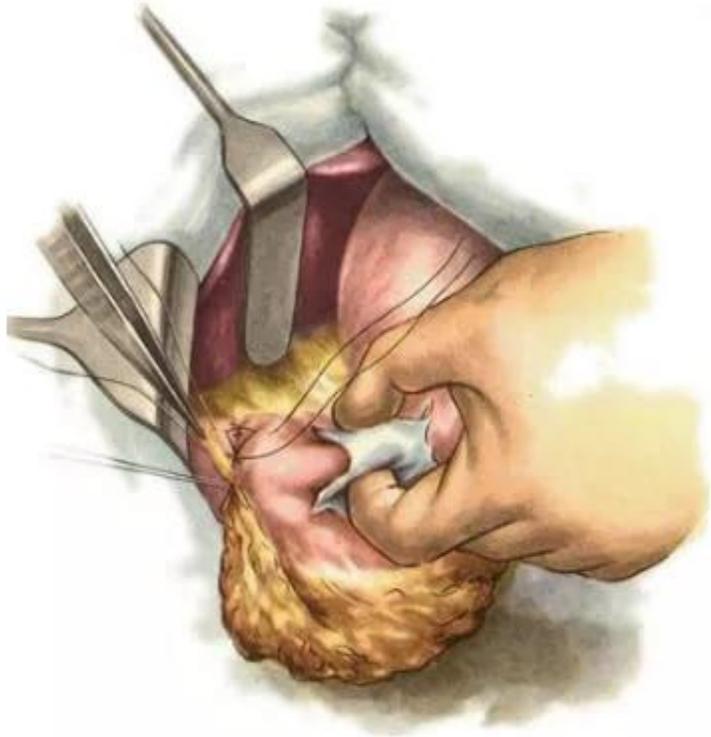
# Шов Коннеля

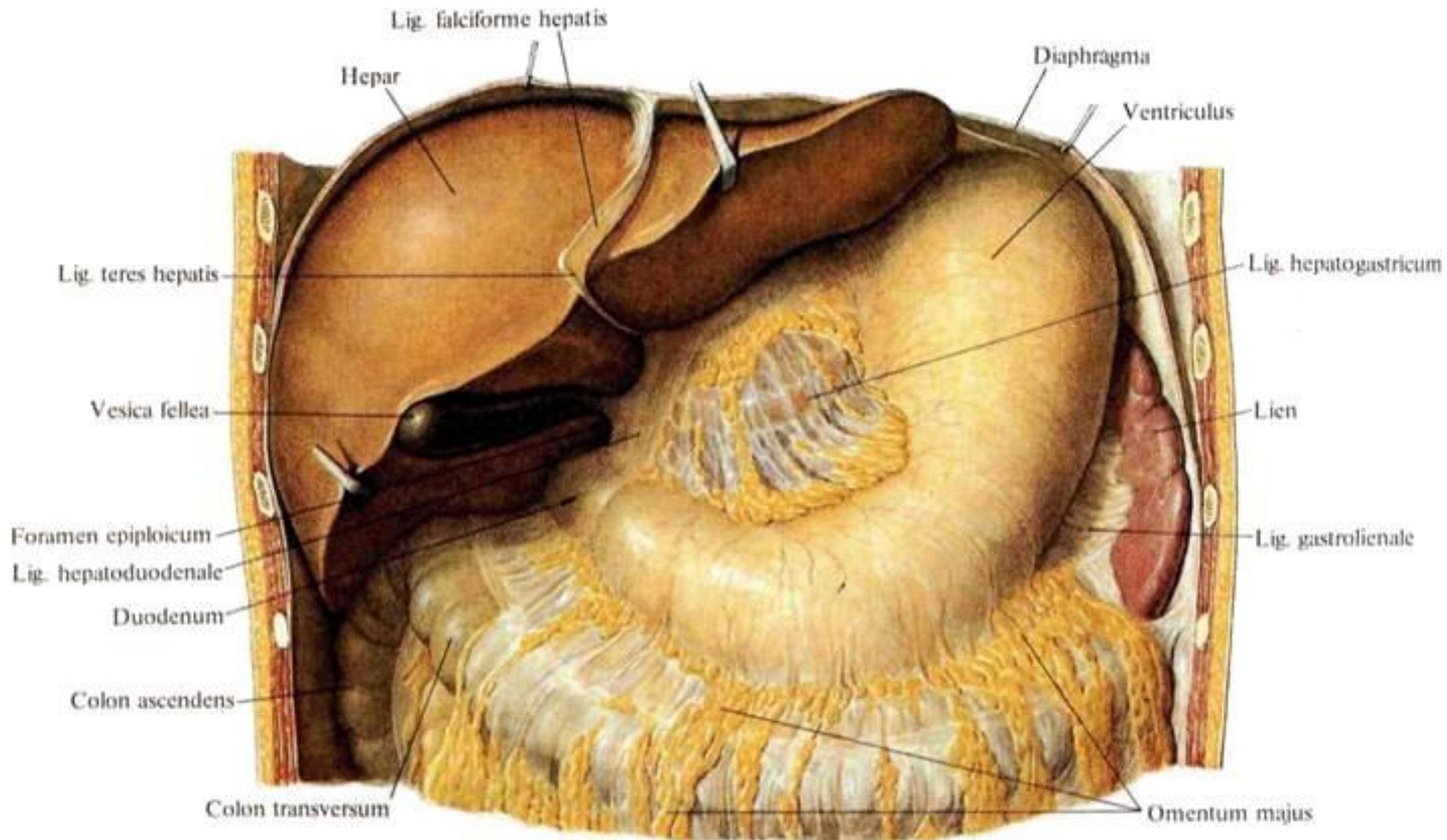
- Шов Коннеля — сквозной **непрерывный** П-образный вворачивающий шов. Накладывают длинной кетгутовой нитью параллельно краю раны. Иглу вкалывают со стороны серозной оболочки на расстоянии 0,5— 0,7 см от края разреза. Нить проводят **через все слои** стенки кишки. Иглу выкалывают на слизистой оболочке **с той же стороны**. Ширина стежка не должна превышать 1,2—1,3 см.

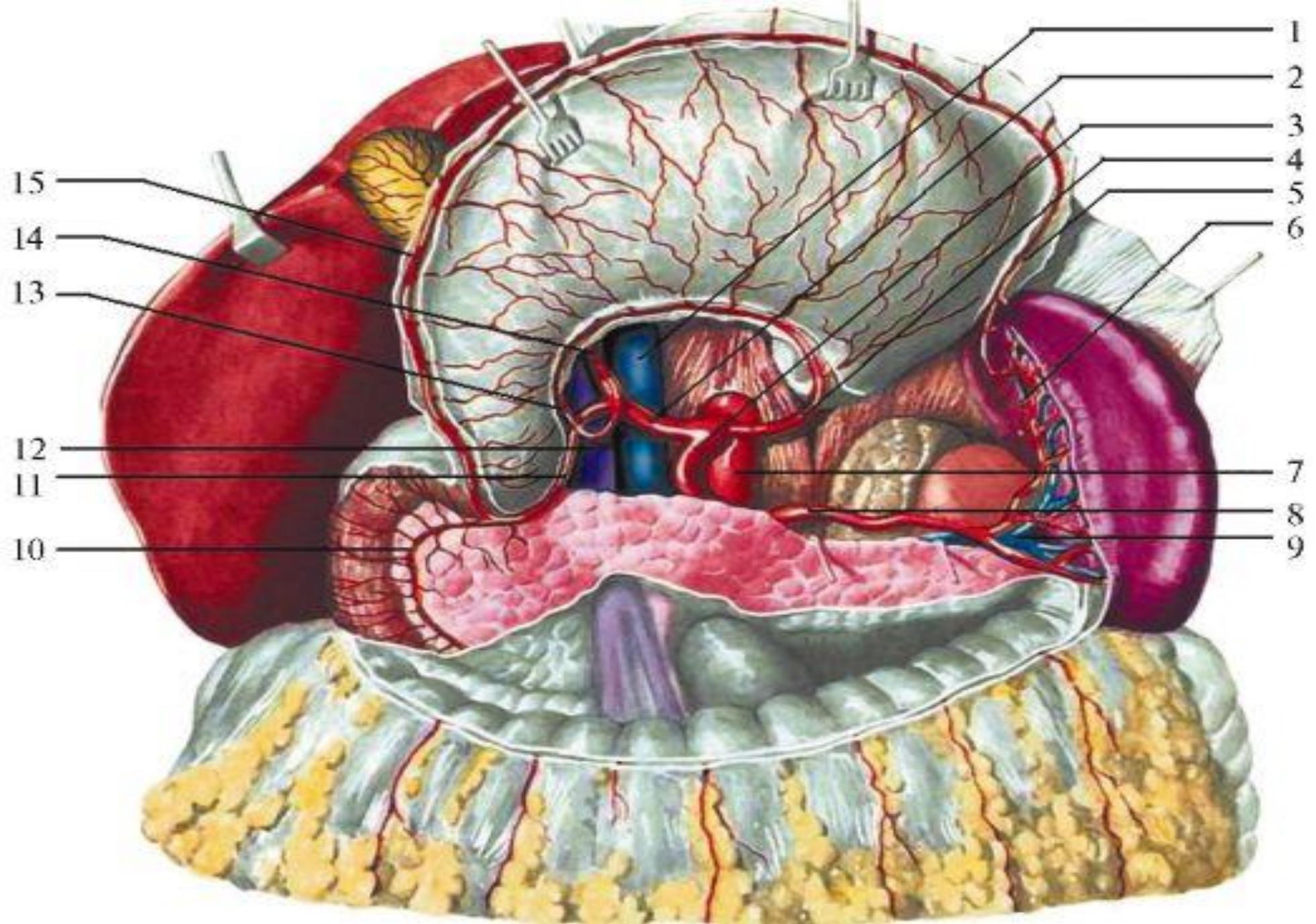


# Хирургическое лечение

## Ушивание перфоративной язвы

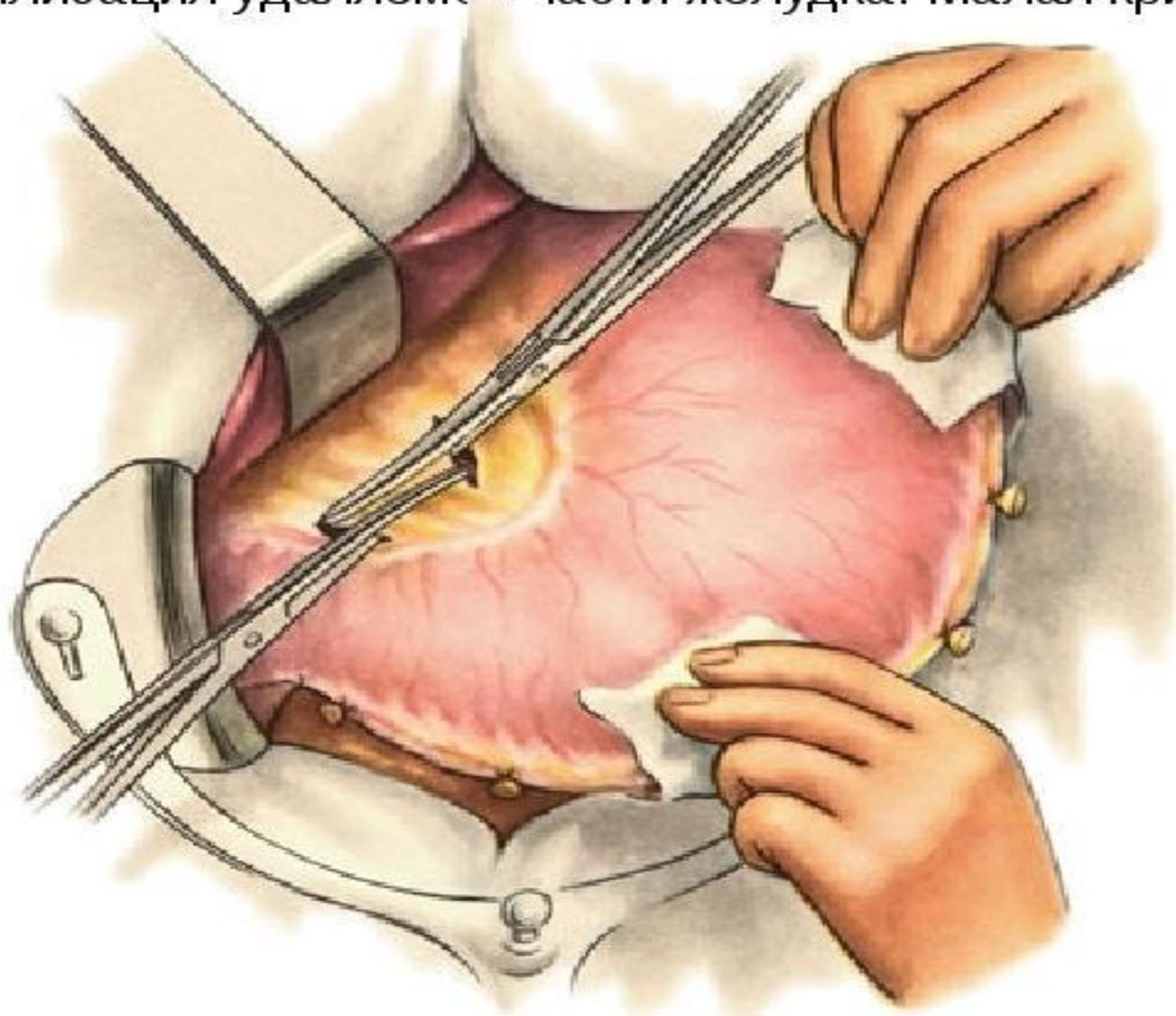




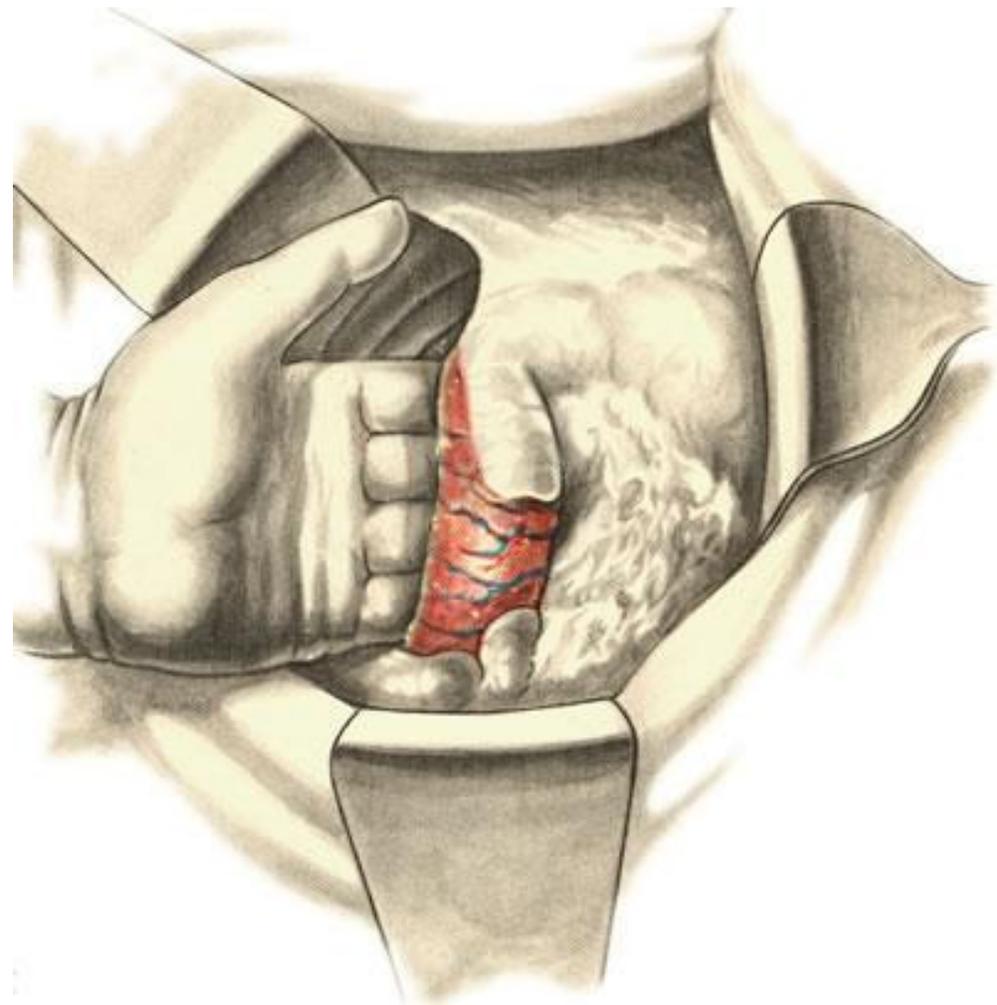
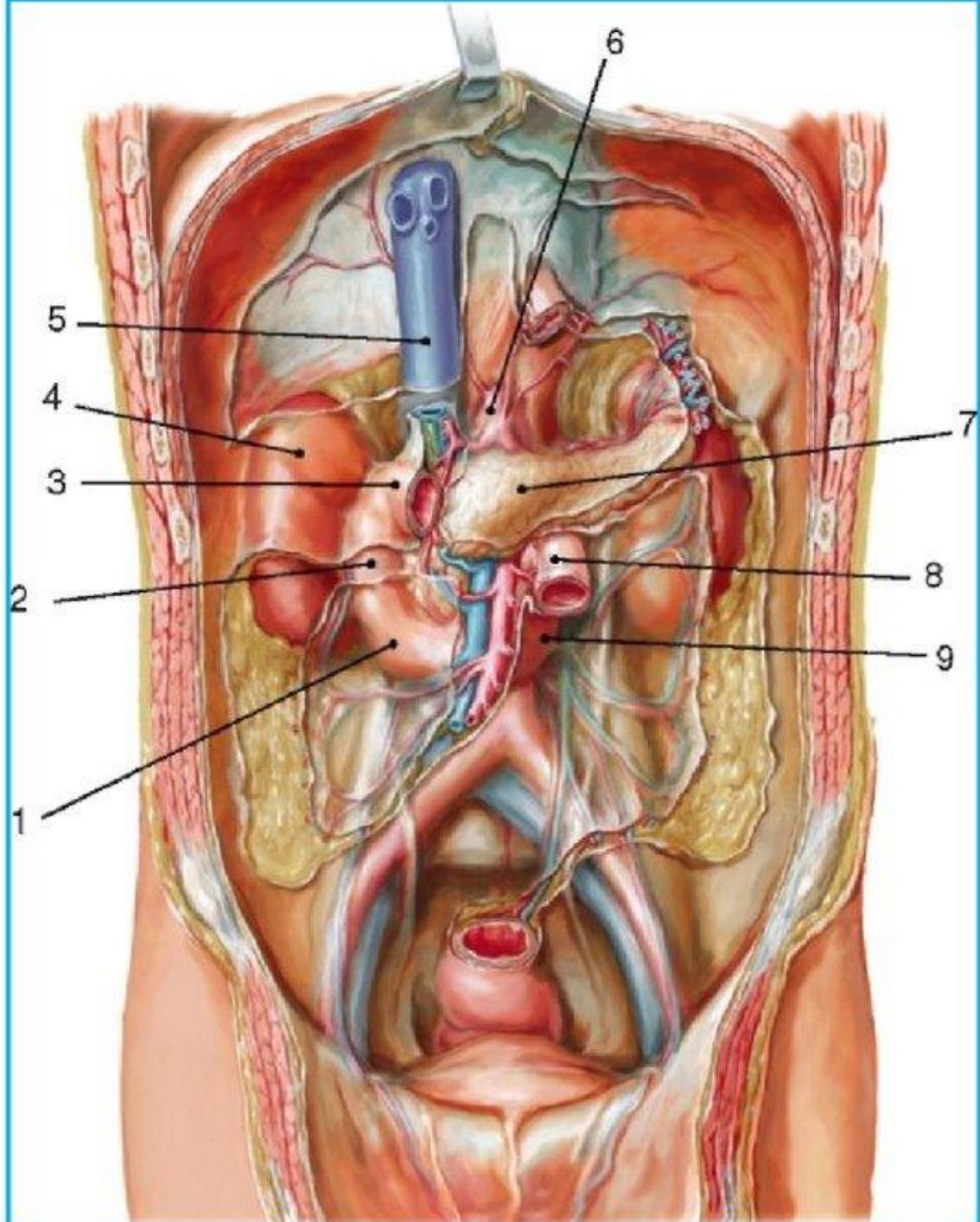


# Резекция желудка по Бильрот 1.

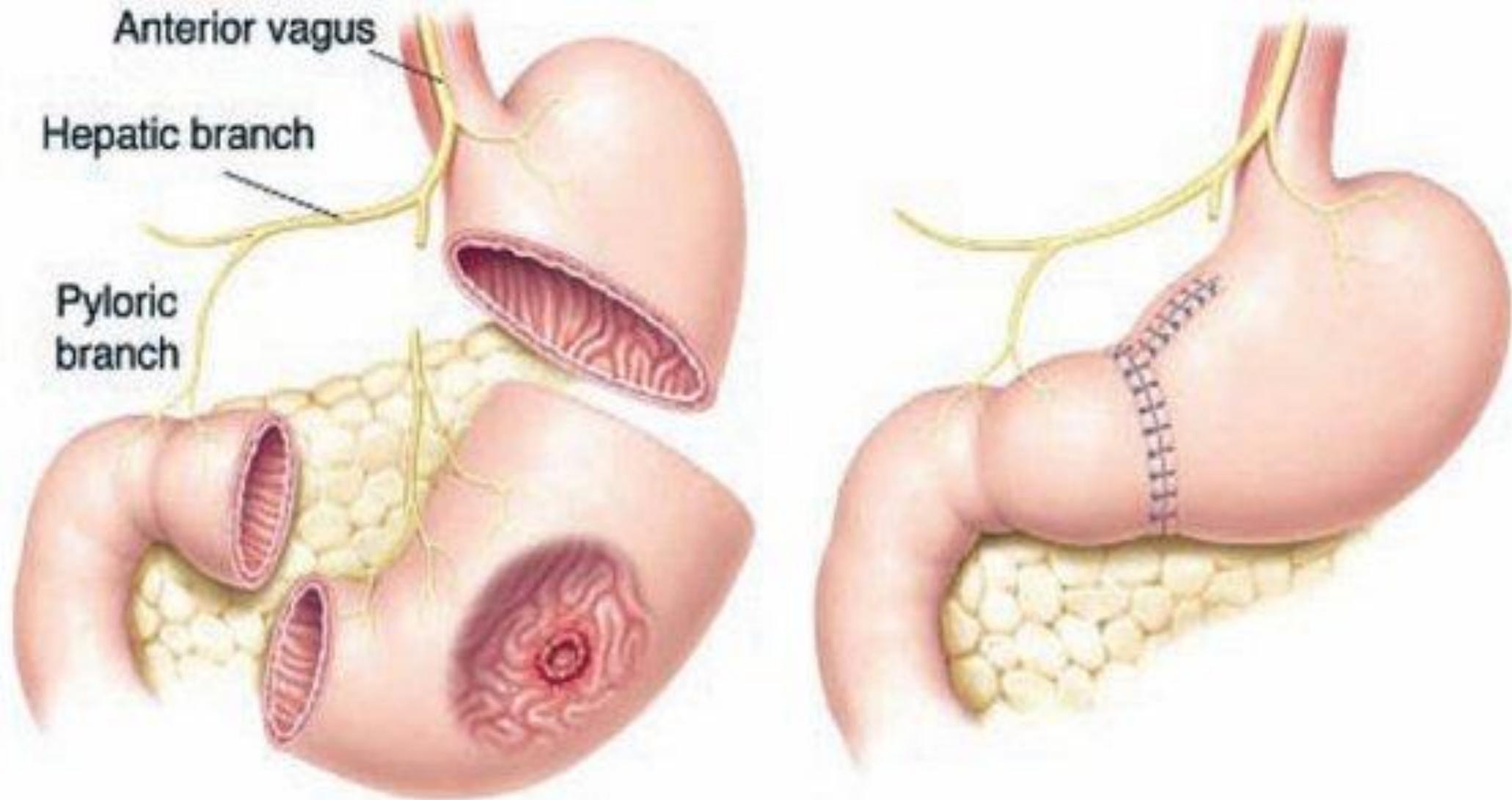
Мобилизация удаляемой части желудка. Малая кривизна.



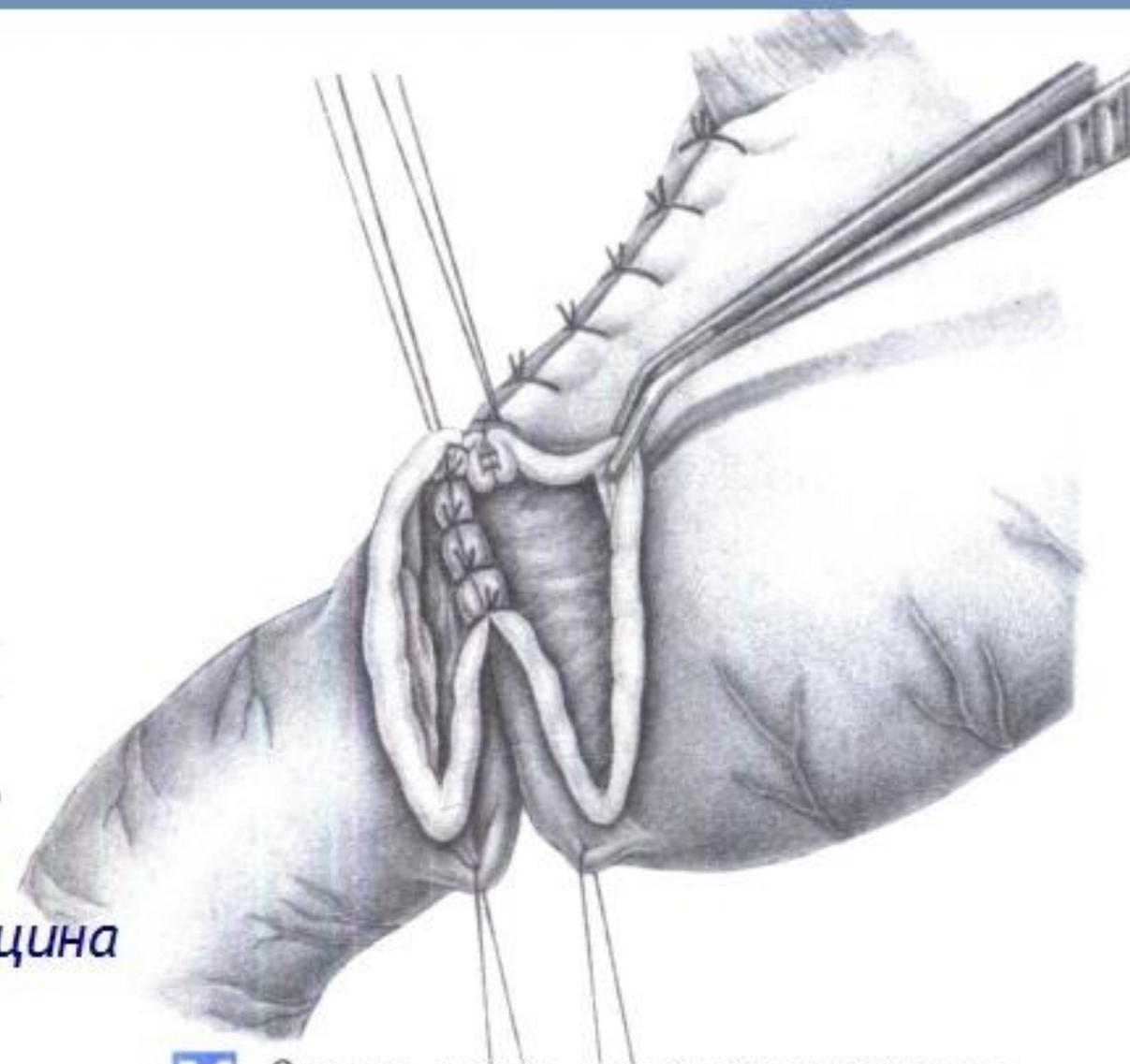
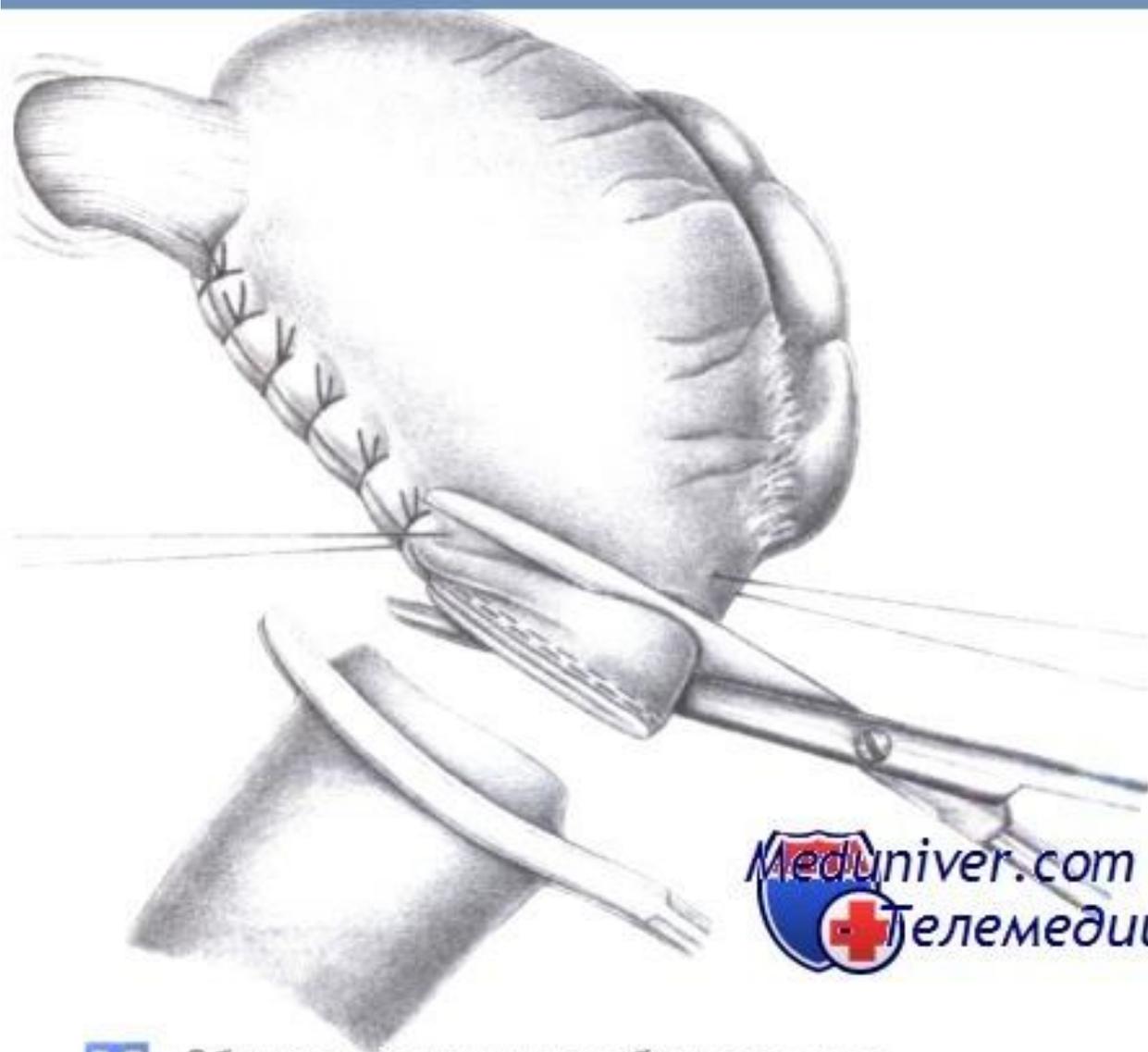
# Мобилизация 12п.к. по Кохеру



# Резекция желудка (Б1)

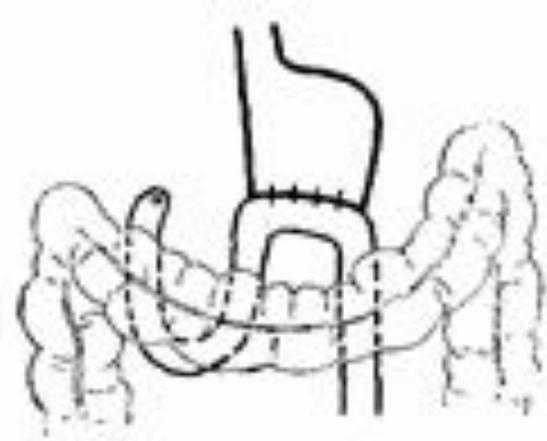


# Резекция желудка по Бильрот-1



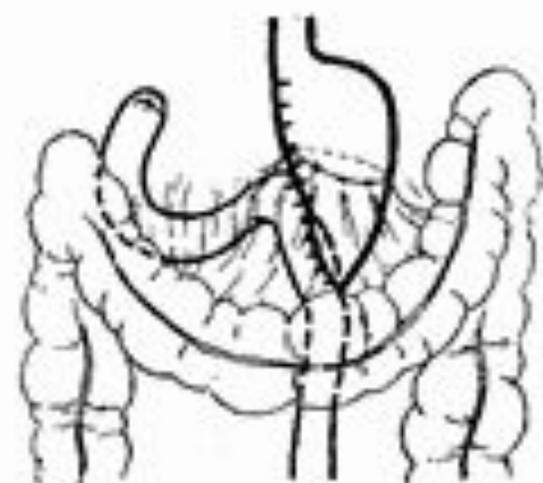
**13** Обшивание линии скобочного шва

**14** Задняя стенка гастродуоденостомии



*Pólya-Reichel*

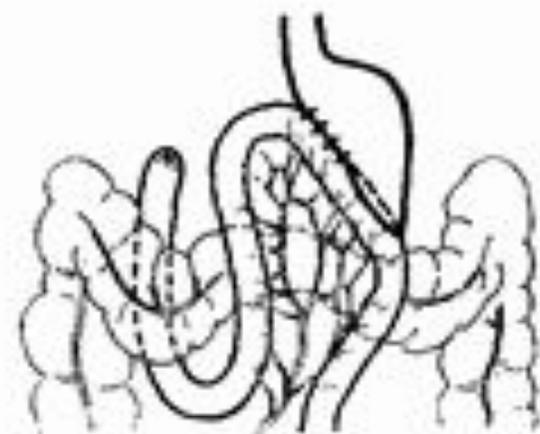
*Billroth II*



*Hofmeister-Finsterer*



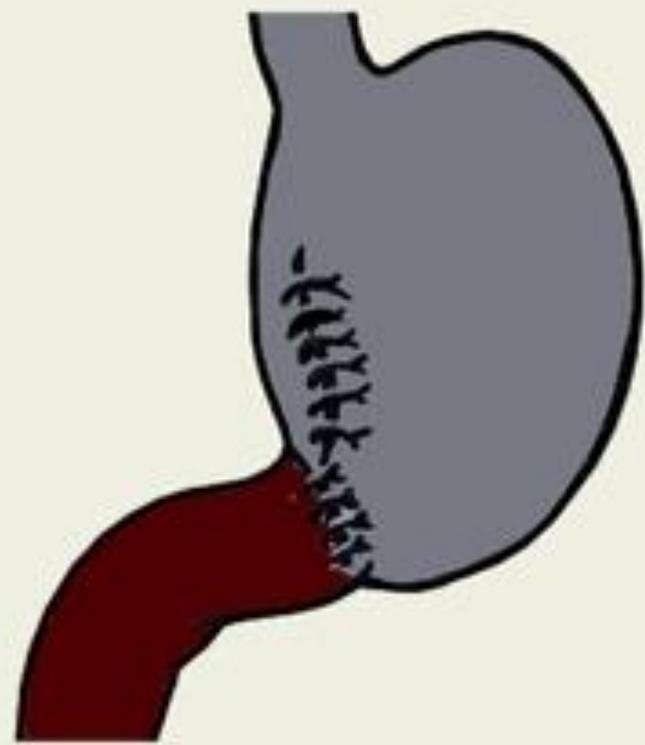
*Moynihan*



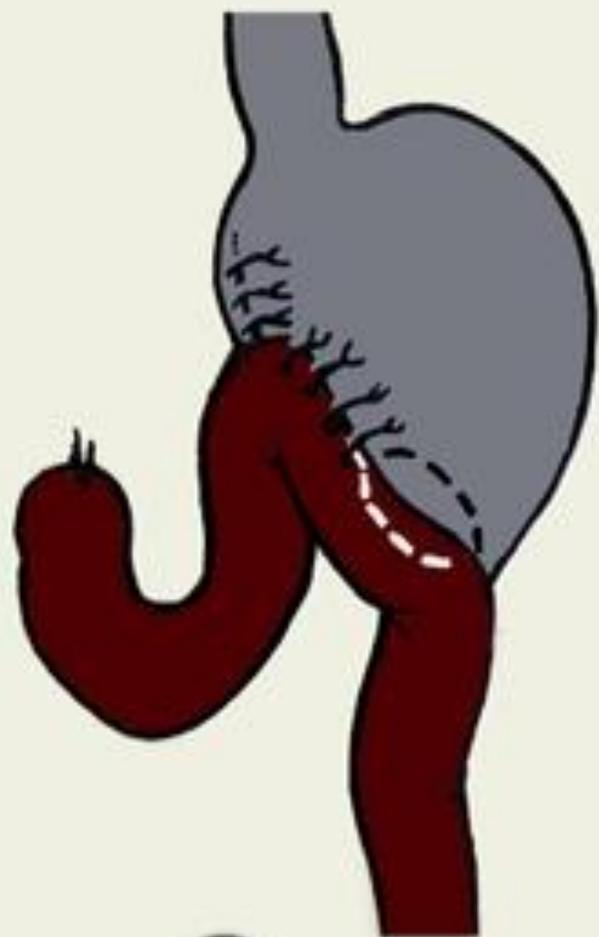
*Maingot*



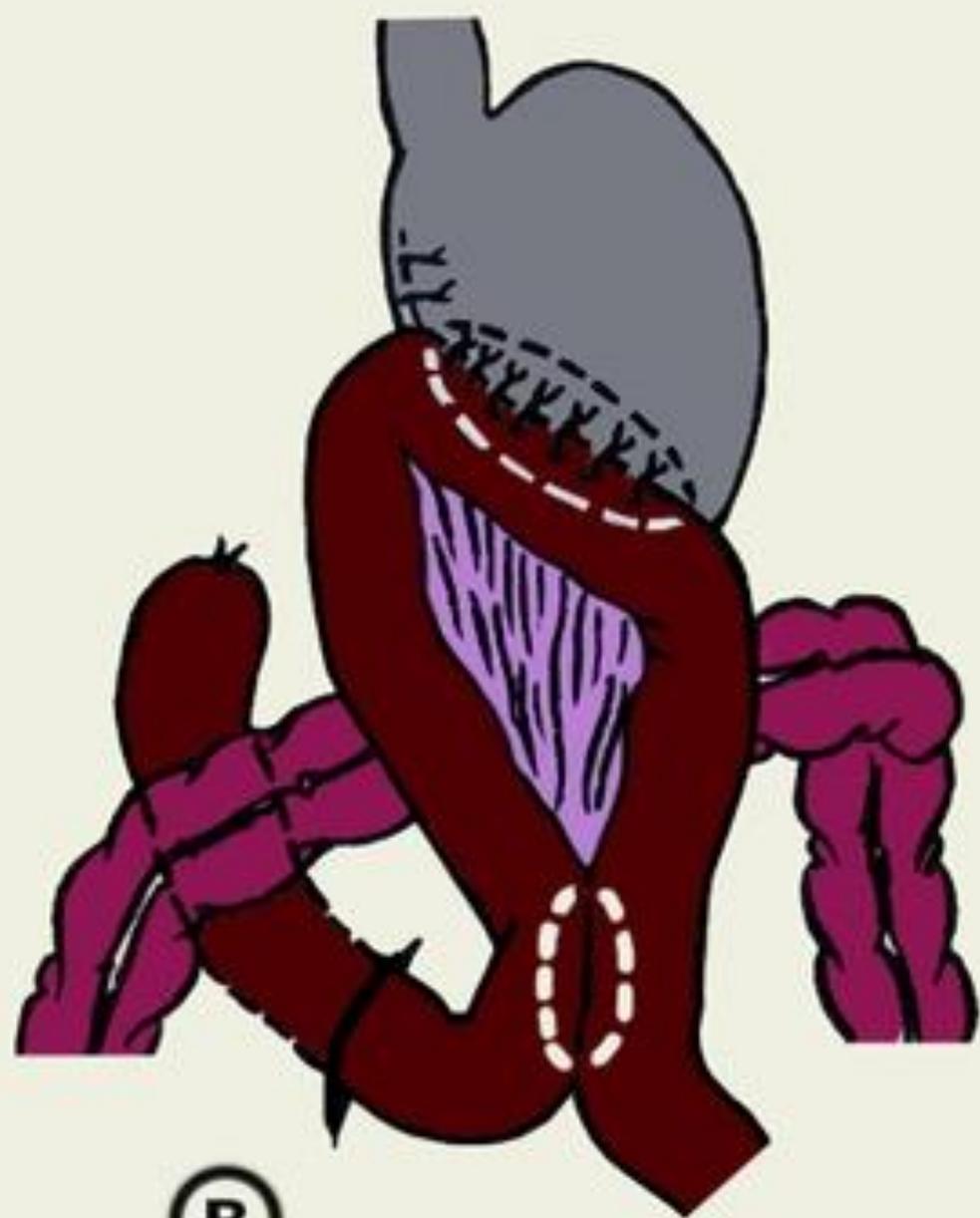
*Balfour*



(a)



(b)



(B)

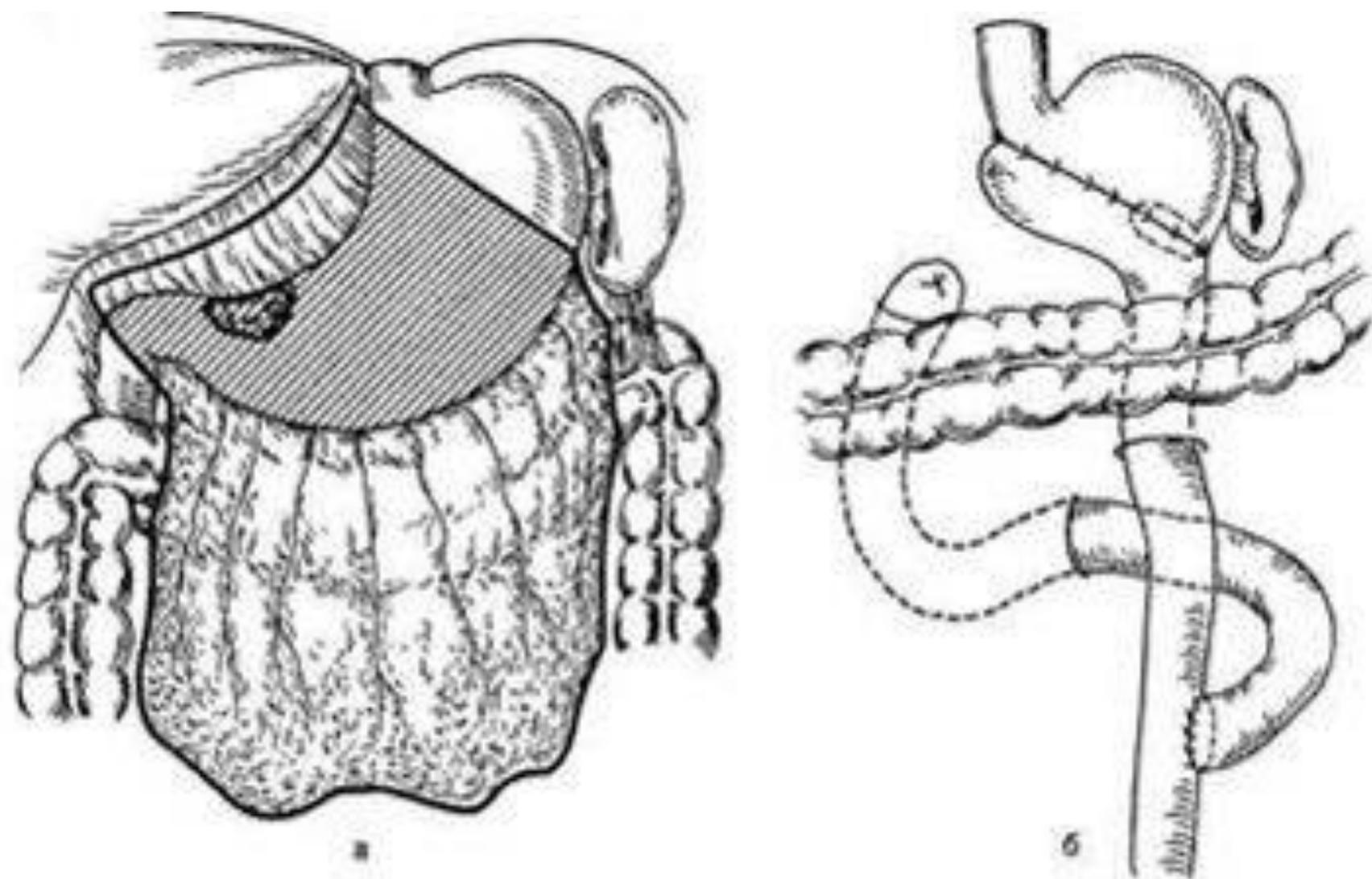


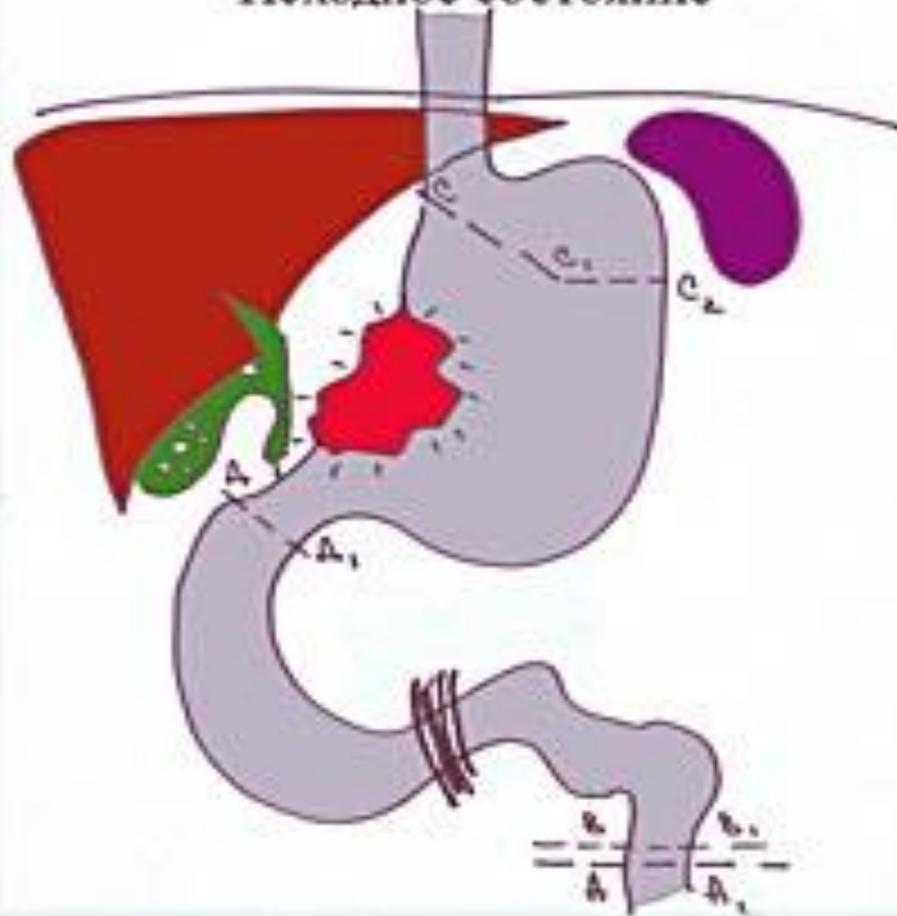
Рис. 11.30. Дистальная субтотальная резекция желудка при раке антрального отдела.  
а — объем резекции; б — гастроеюнальный анастомоз по Ру.

# Высокодифференцированная аденокарцинома антрального отдела желудка T2N0M0.

Лапаротомия.

Субтотальная резекция желудка по Ру. Холецистэктомия. Дренажирование  
подпеченочного пространства от 01.04.2008 г.

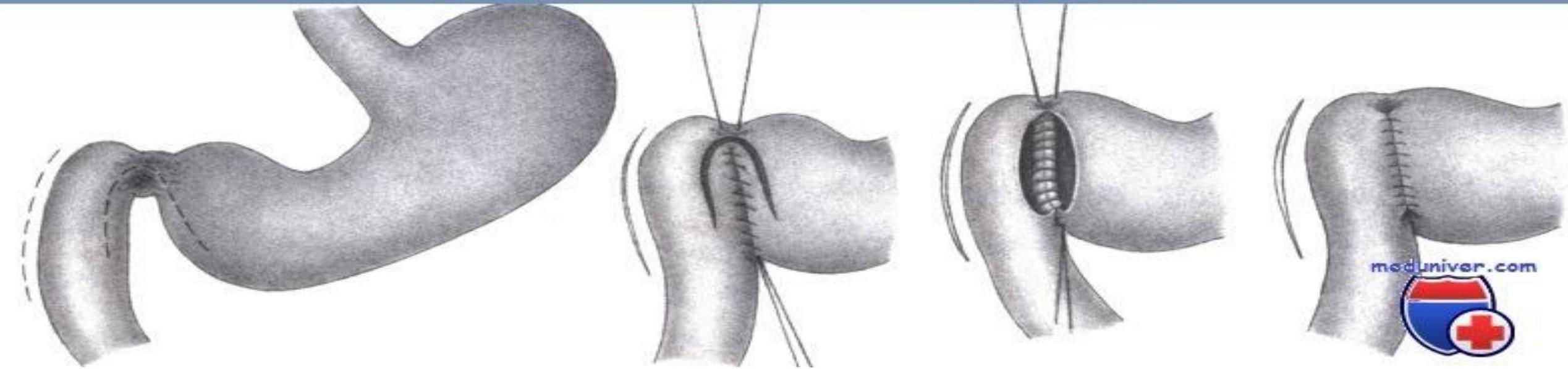
Исходное состояние



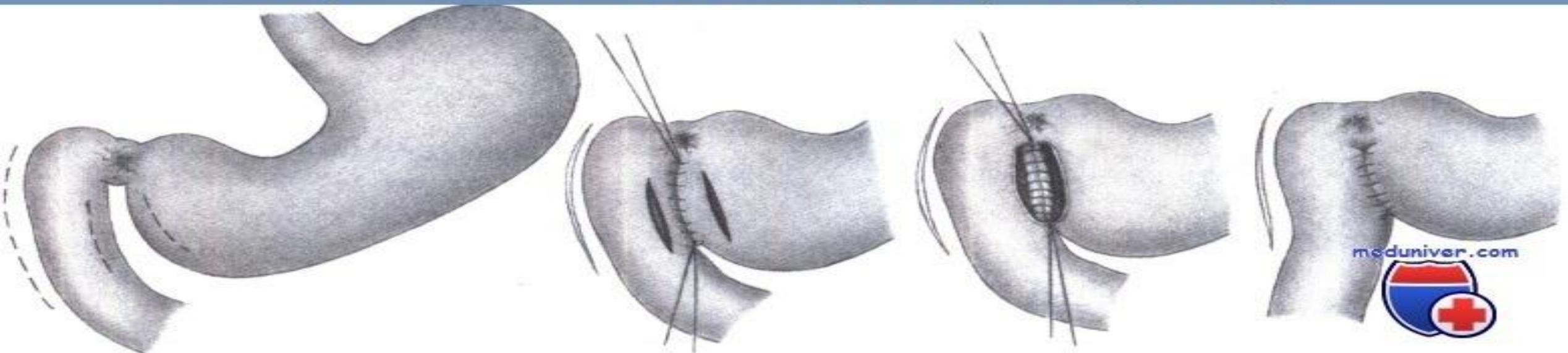
Результат операции



## Пилоропластика по Финнею



## Пилоропластика по Жабуле (Джабулею)



Спасибо за  
внимание!

