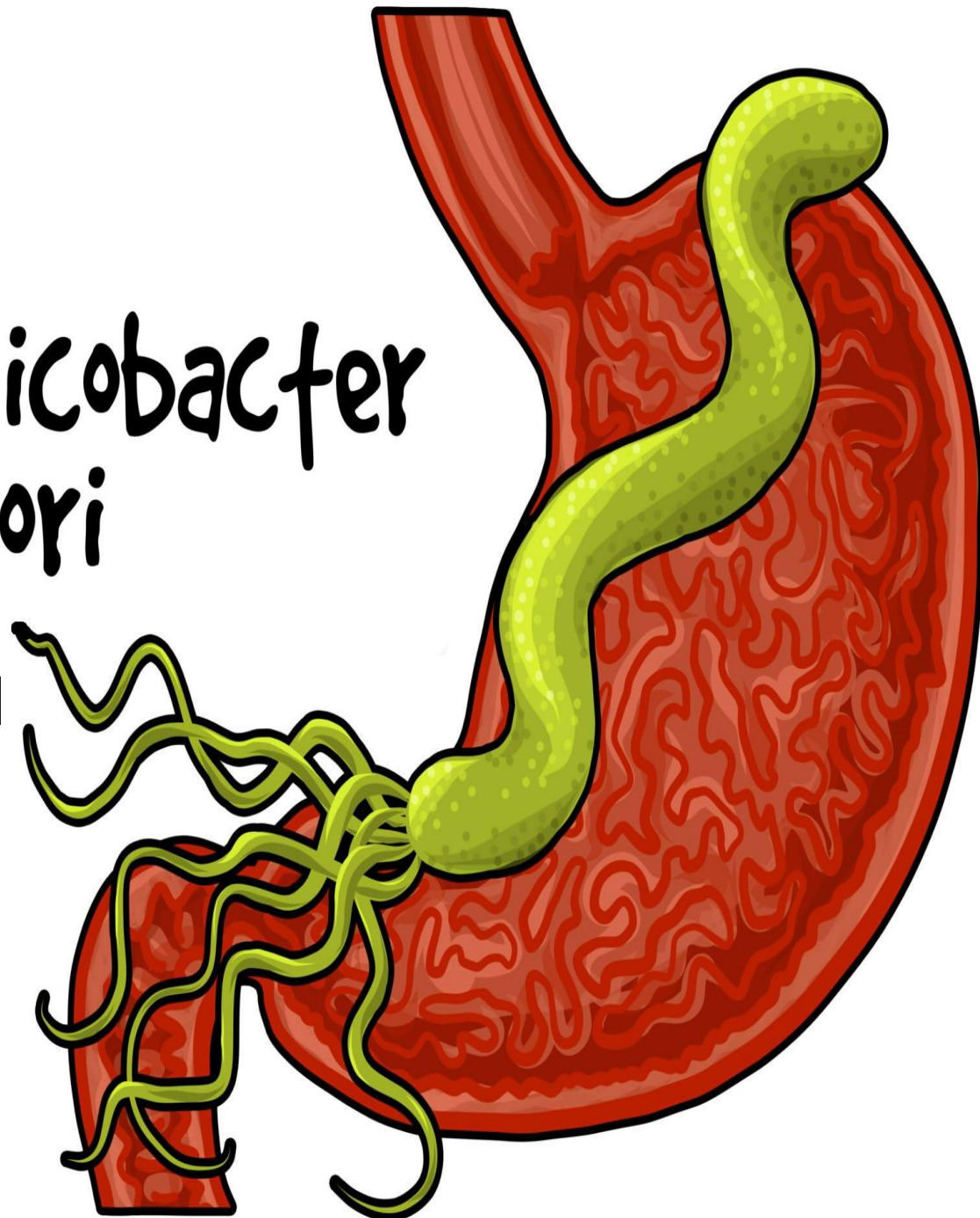




Helicobacter
pylori

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

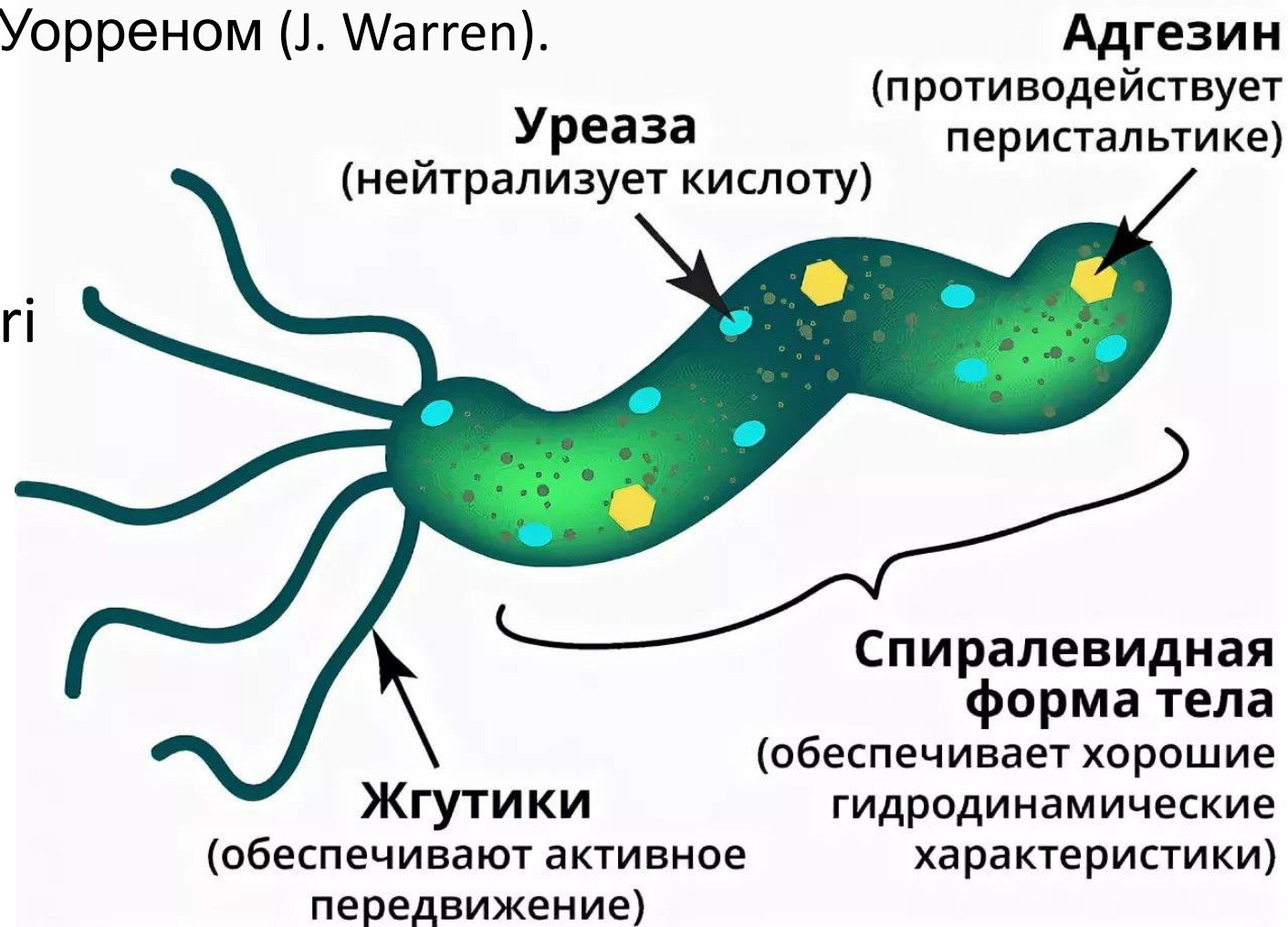
Шея



- 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

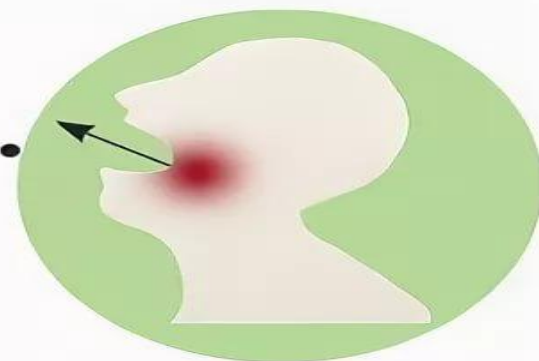
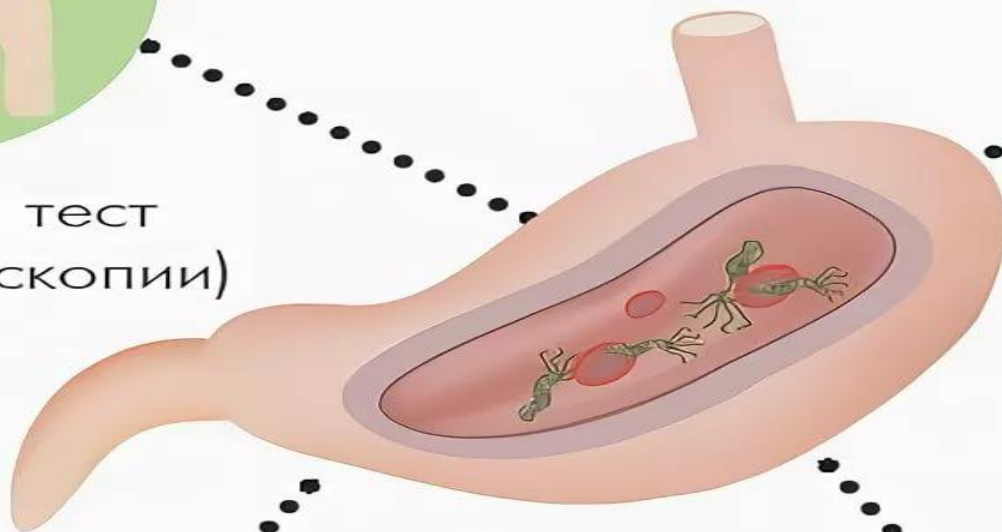
- Ассоциированными с *H. pylori* оказывается около 80% язв двенадцатиперстной кишки и 60% язв желудка



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.

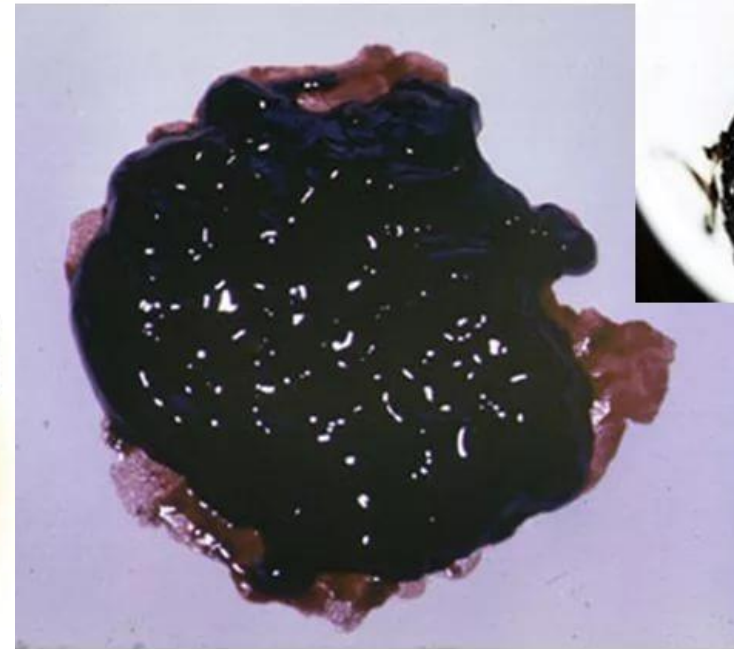
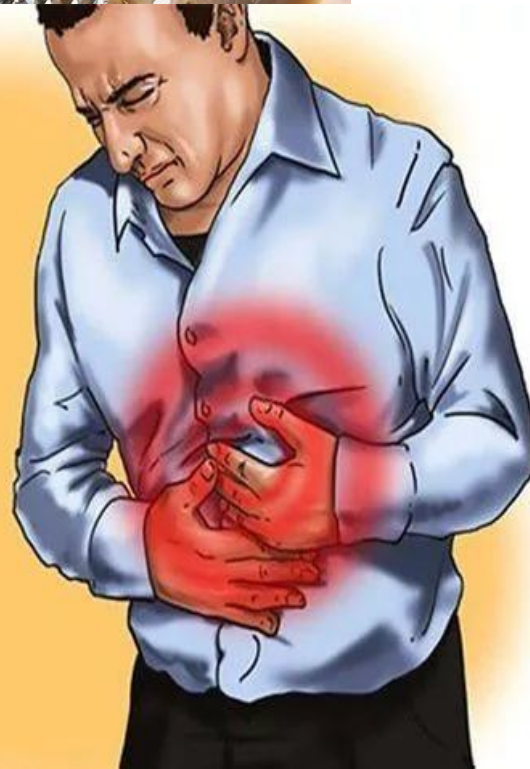
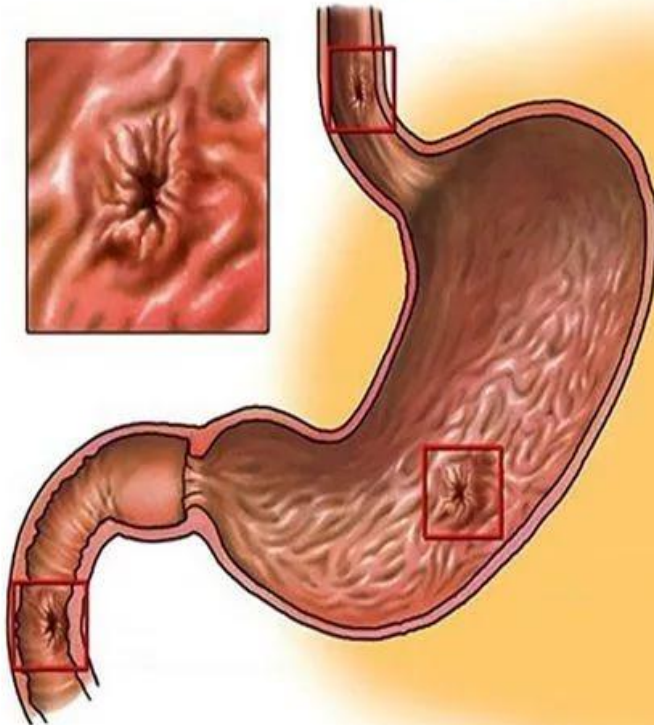
По количеству:

- 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



Клиника:

- Весенне-осенняя сезонность;
- Боли сразу после приема пищи – кардиальный отдел;
Боли, возникающие через полчаса-час – тело-антральный отдел;
- Поздние боли (через 2-3 часа)
Ночные/ «голодные» боли при язве 12п.к.
- С. Бергмана - исчезновение боли в животе вслед за начавшимся желудочно-кишечным кровотечением.

Диагностика

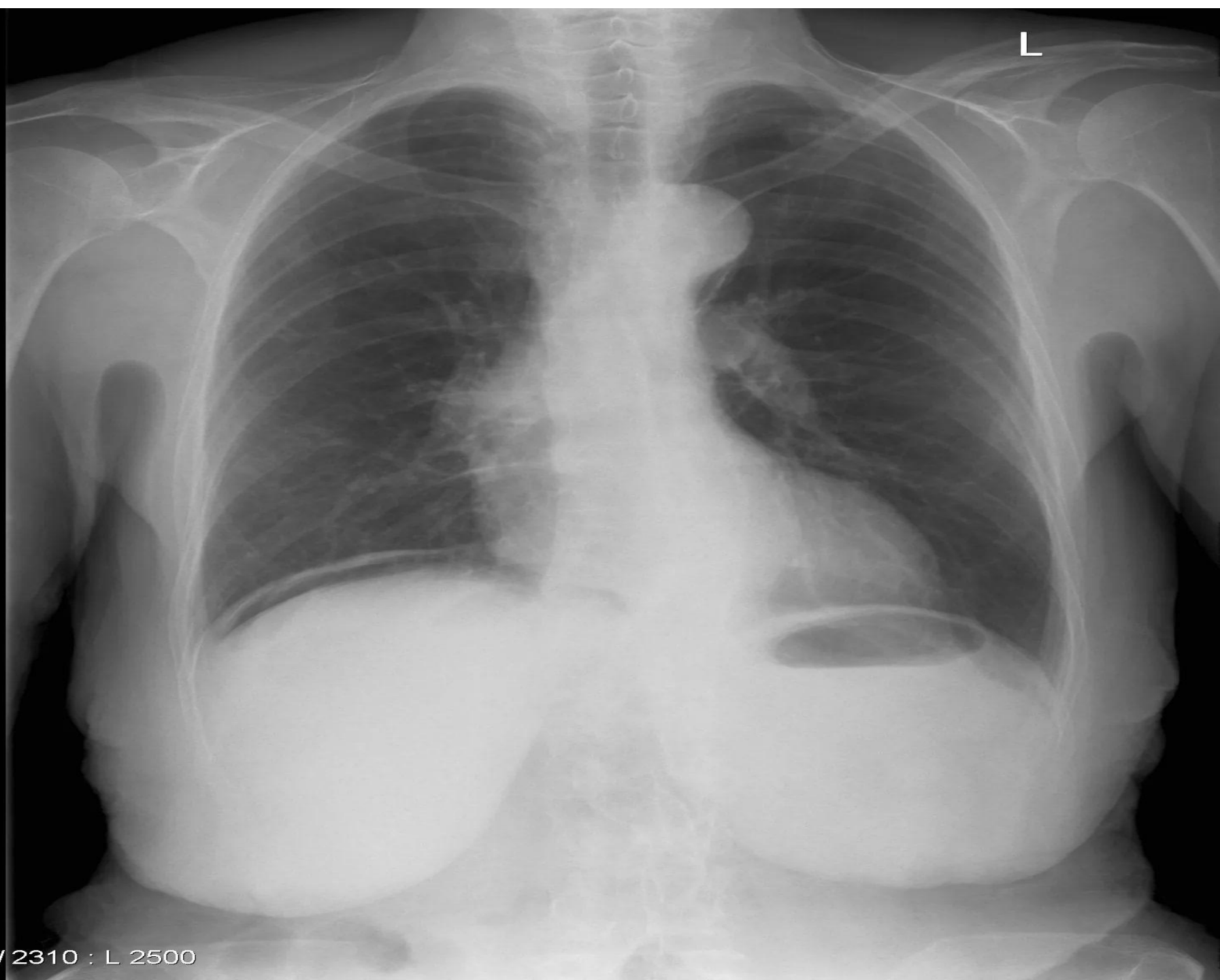
- Рентгенологическое исследование брюшной полости;
- ЭГДС (+лечебное);
- Общий анализ крови;

- Уреазные тесты;
- РН-метрия;

- Реакция Грегерсена;
- Двойное контрастирование;



1



W 2310 : L 2500

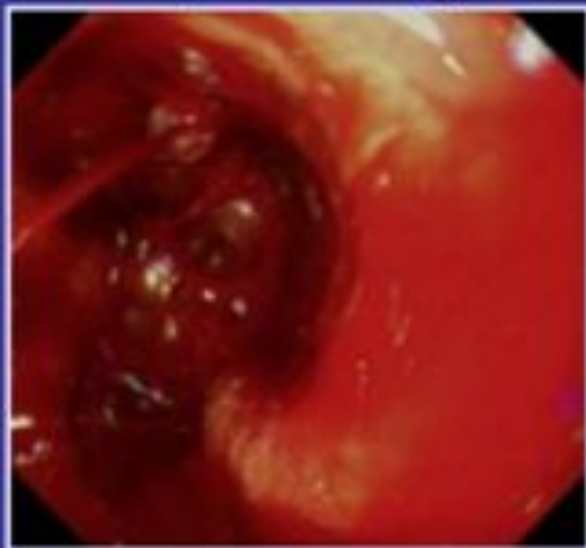
Симптом серпа



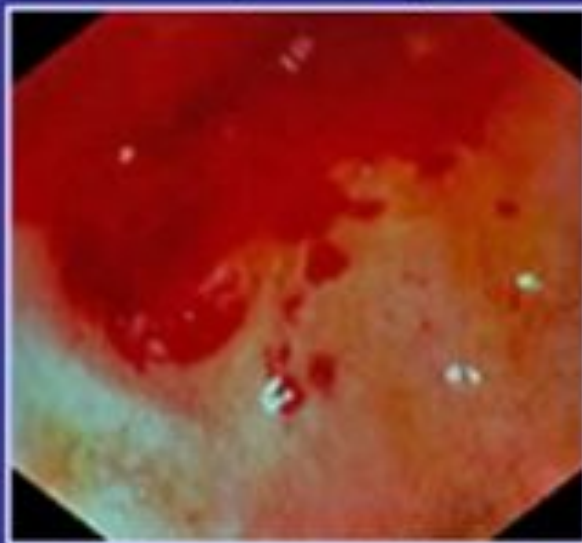


X-RayDoctor.ru

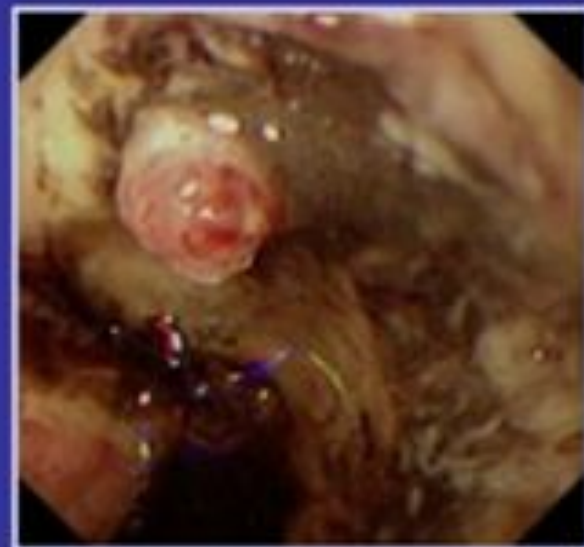
I-a (arterial jet)



I-b (oozing)



II-a (visible vessel)



II-b (adherent clot)



II-c (black spot)



III (clean base)



Stage	Characteristics	Rebleeding
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?

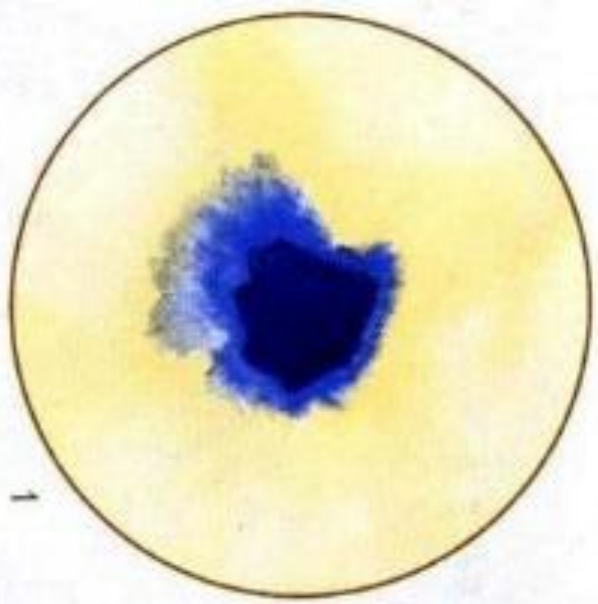




Диагностика

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.





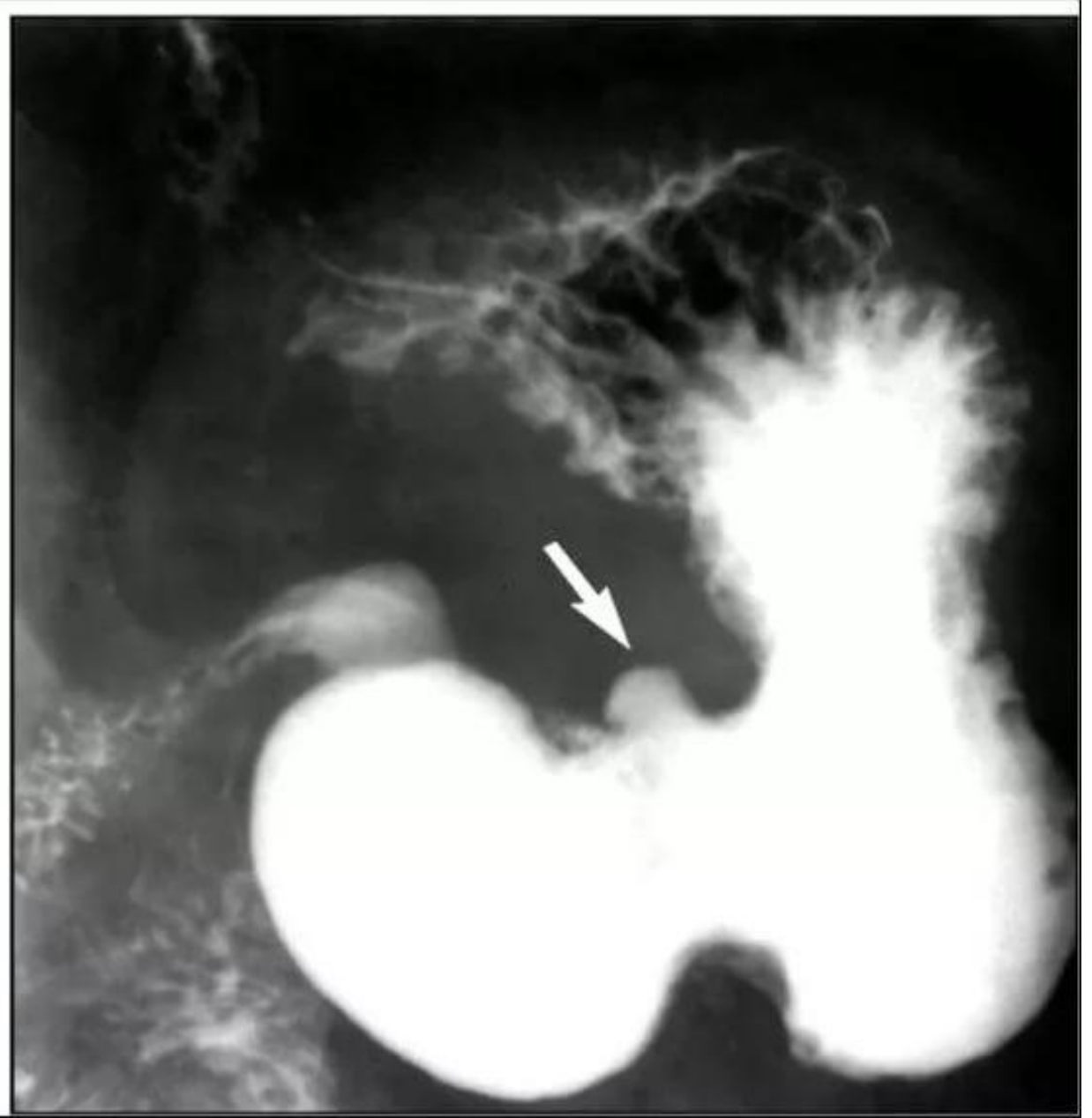
СИМПТОМ «НИШИ»



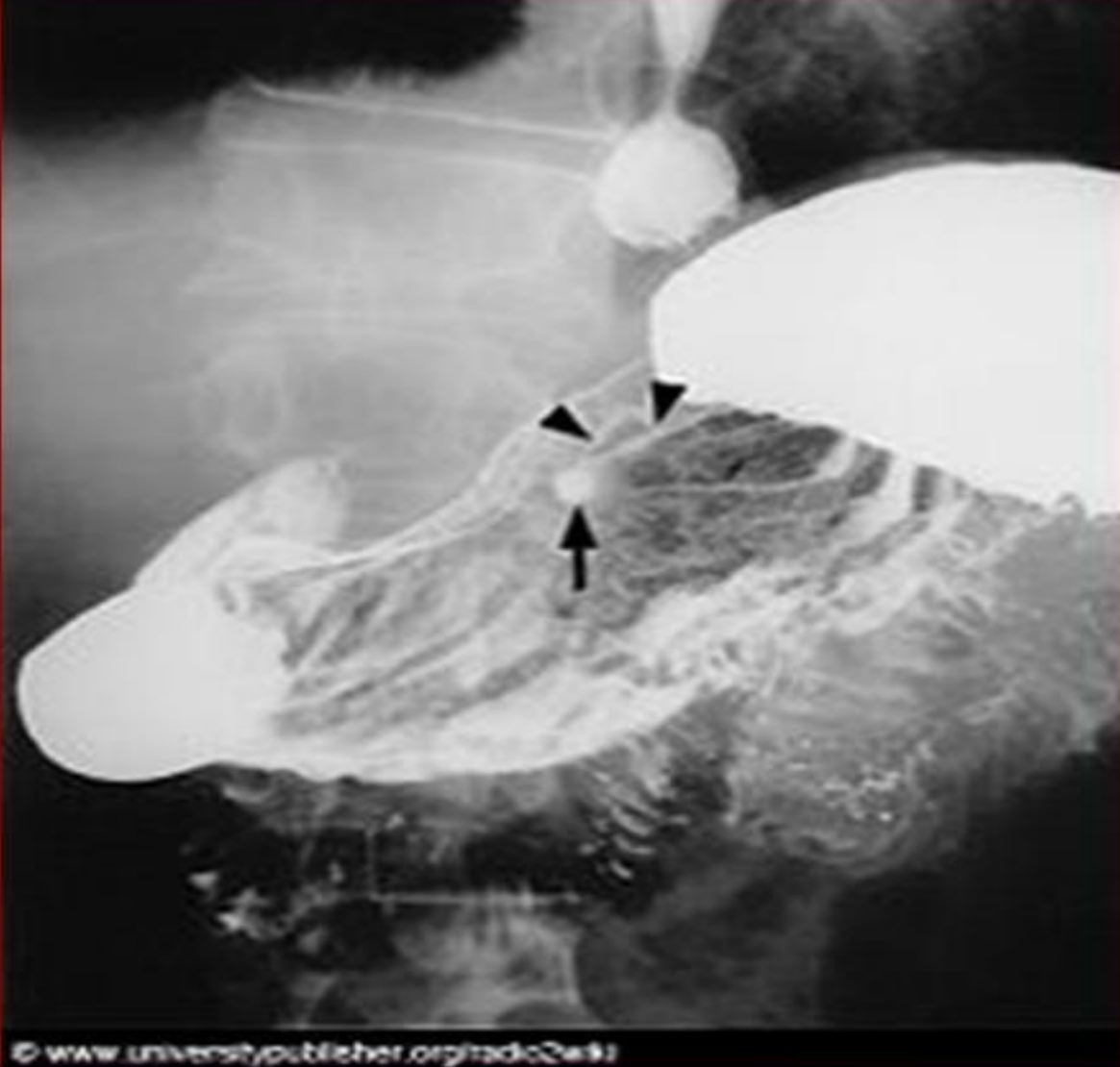
Контрастирование желудка

Рентгенограмма
желудка.

Каллезная язва
антрального
отдела желудка
(стрелка)

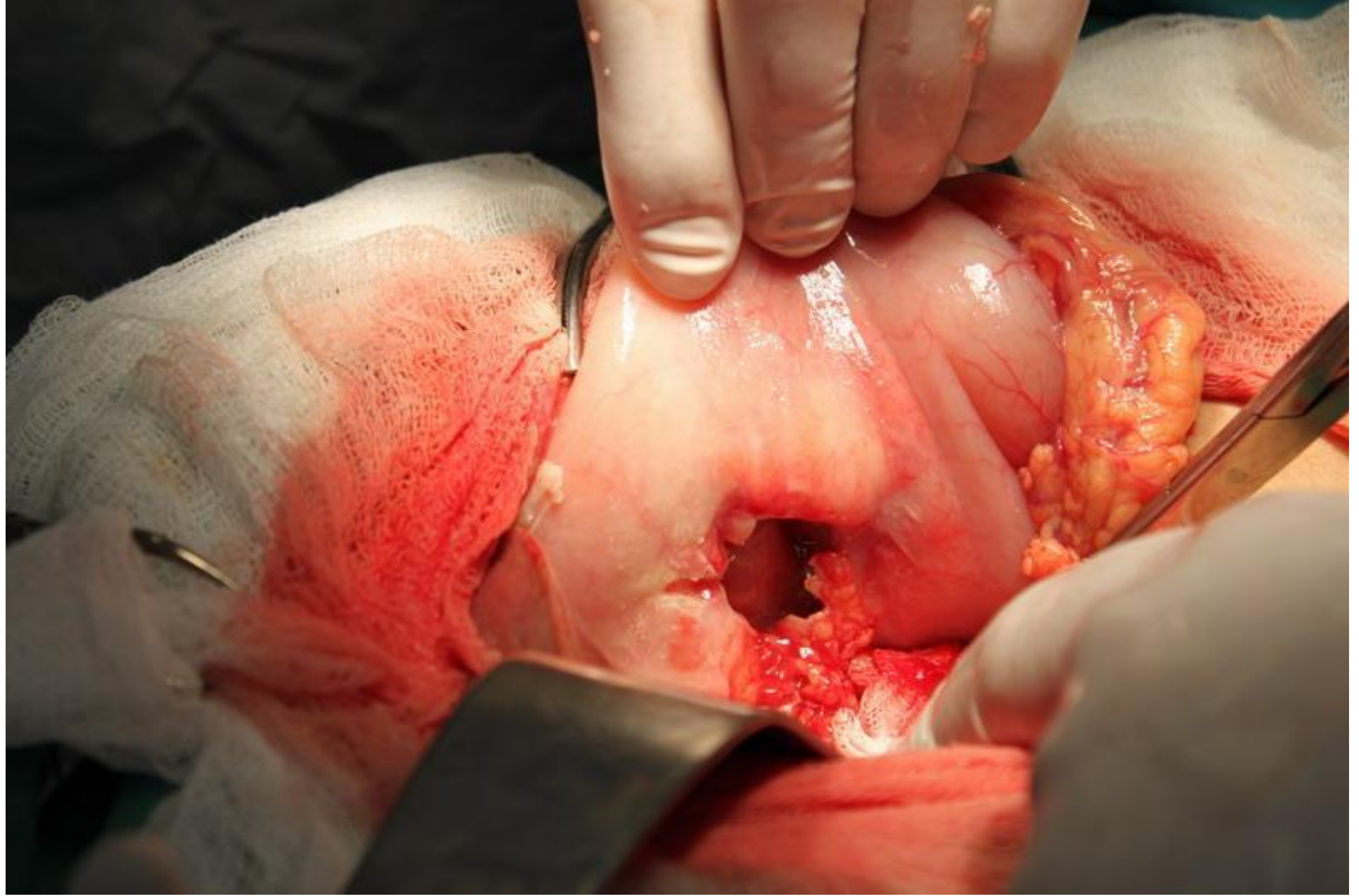


Язвенная болезнь.
«Рельеф – ниша»



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

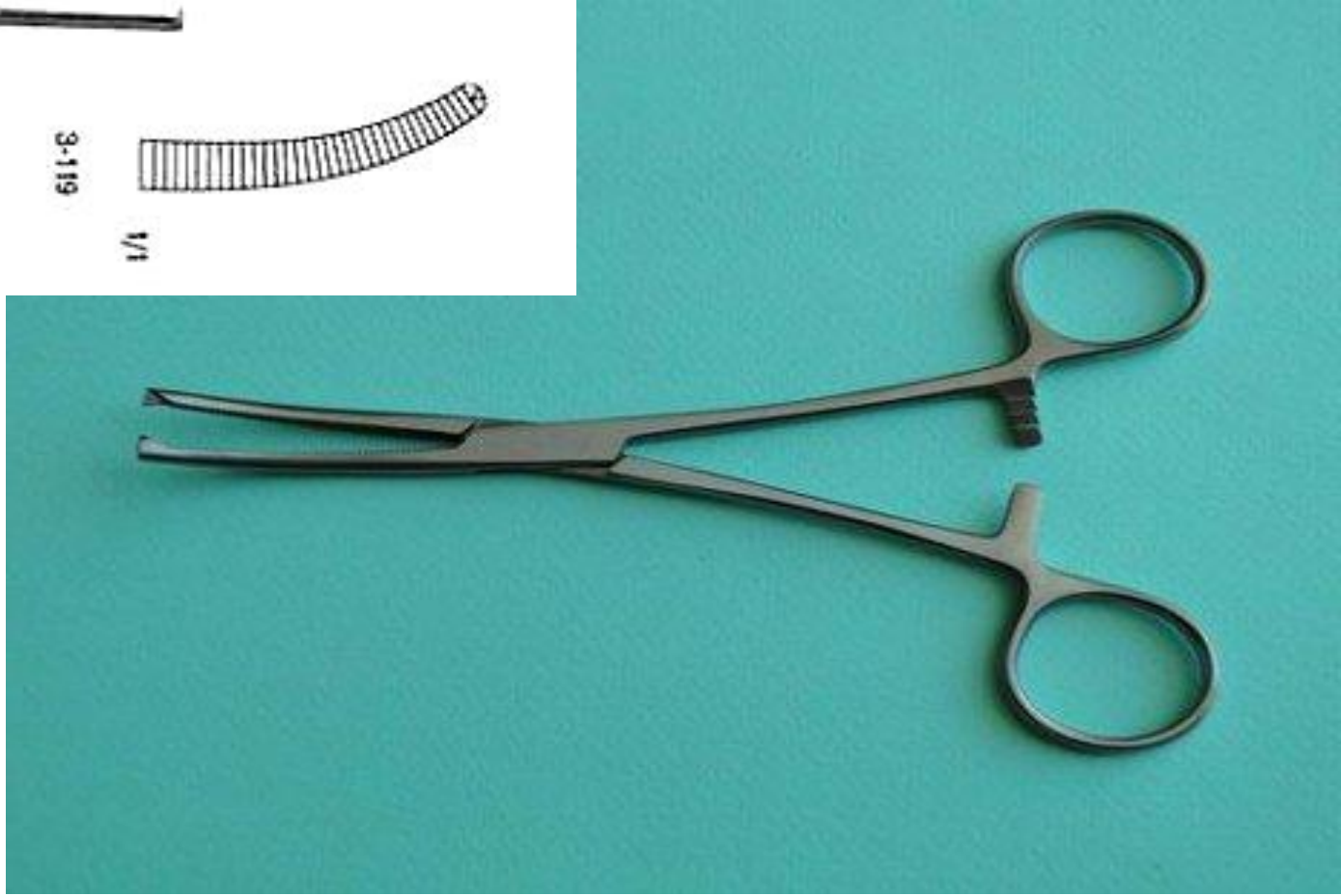
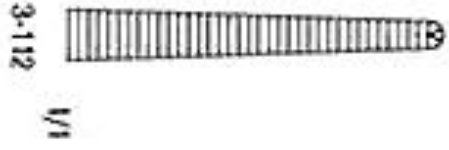
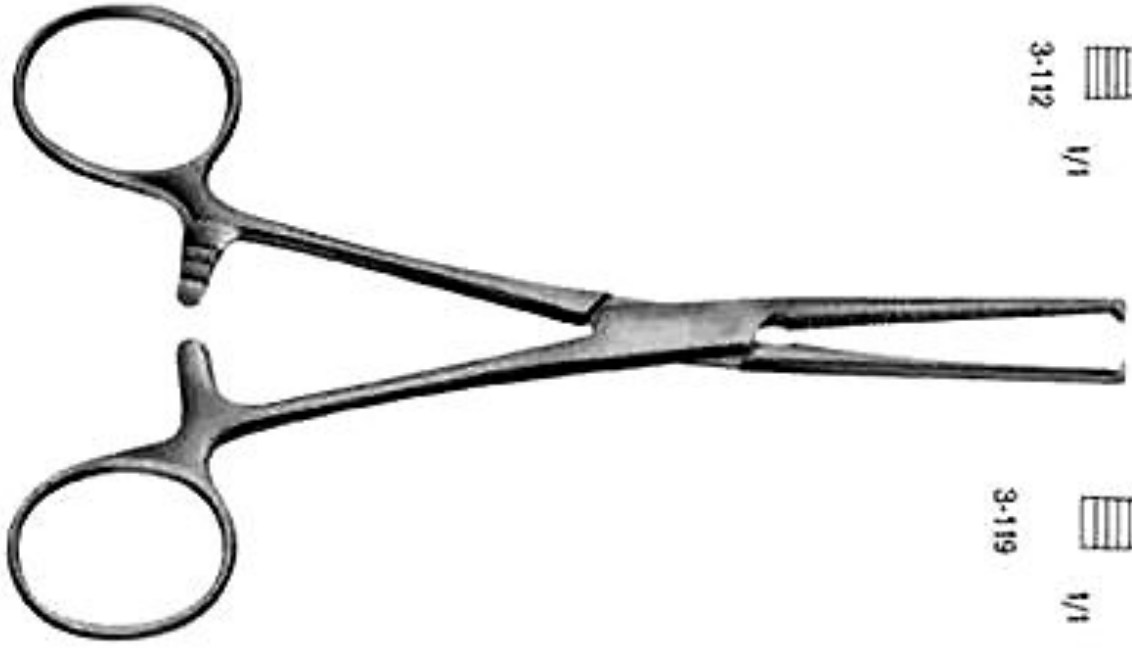
- Омепразол;
- Амальгель (-А);
- Де-нол;
- Кларитромицин.
- Препараты железа (3+)
- Аминокапроновая кислота
- Транексамовая кислота
- 10 мл CaCl на 250 мл физ р.ра

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









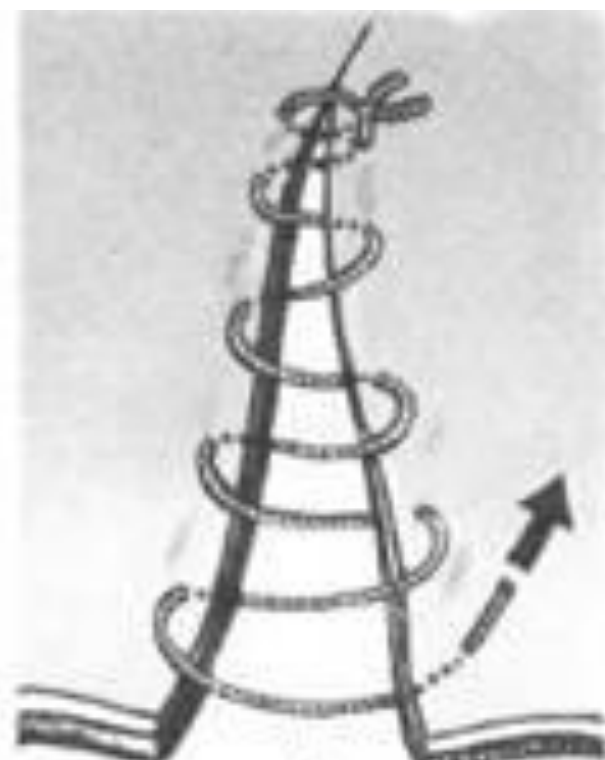
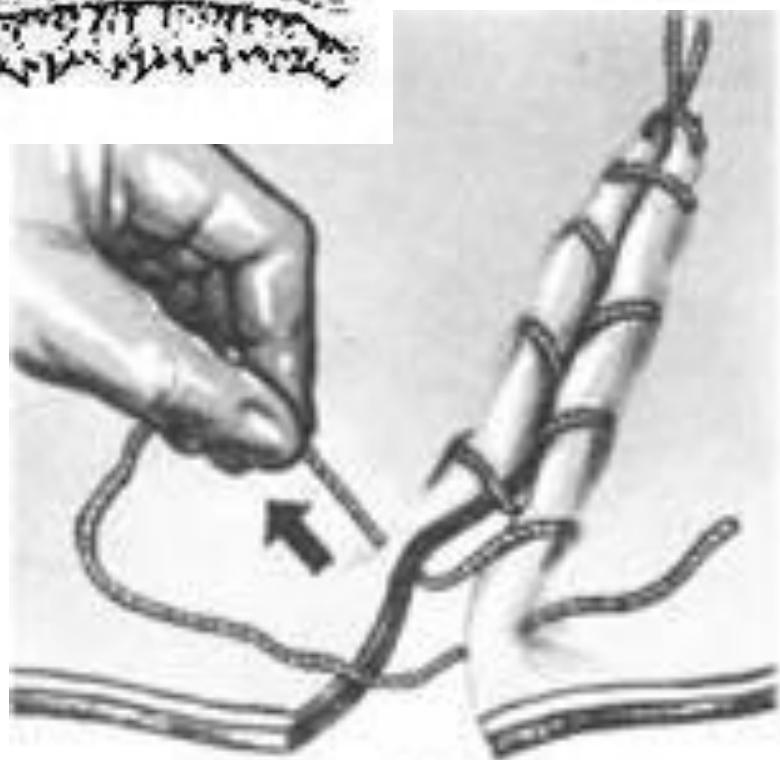
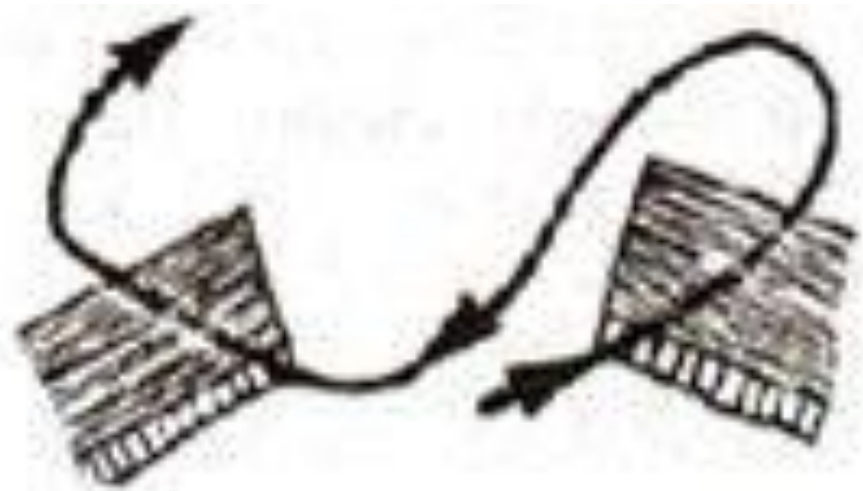
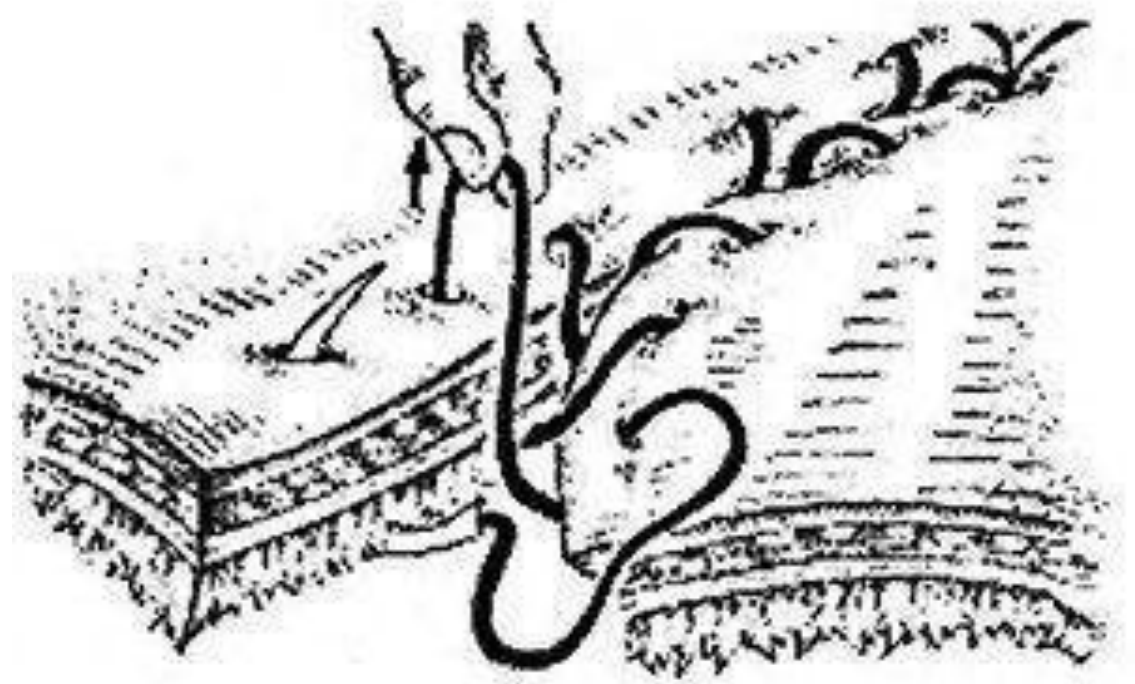






Шов Шмидена

- 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.



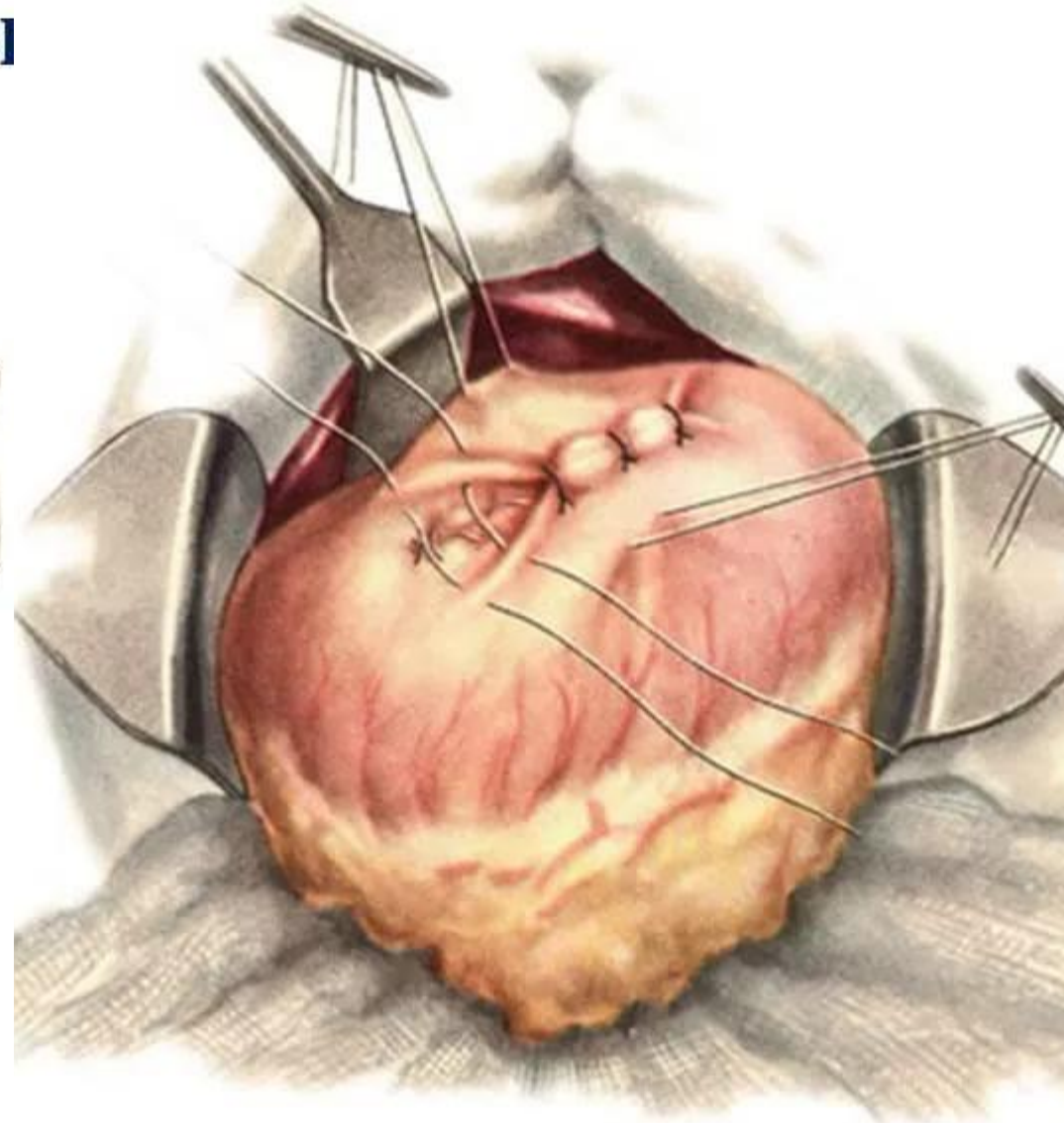
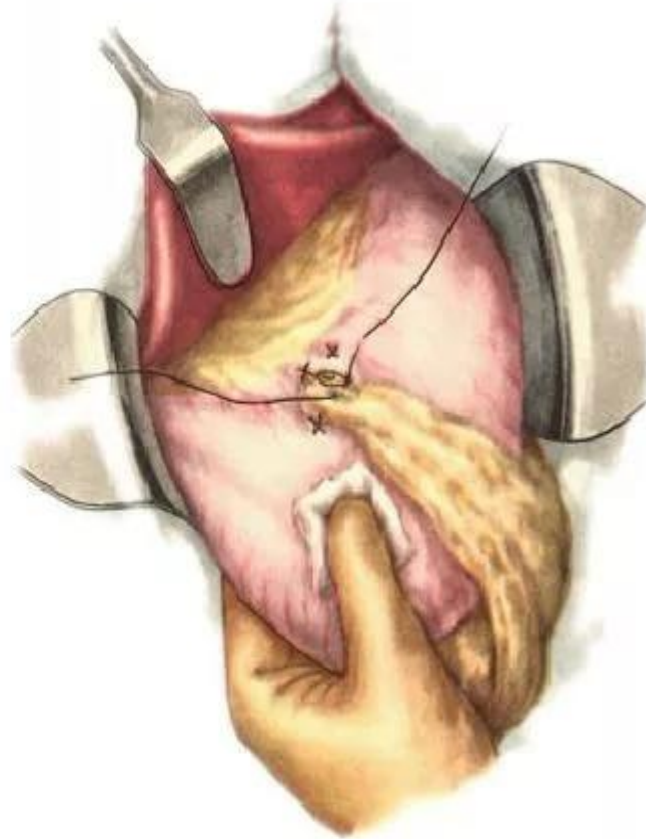
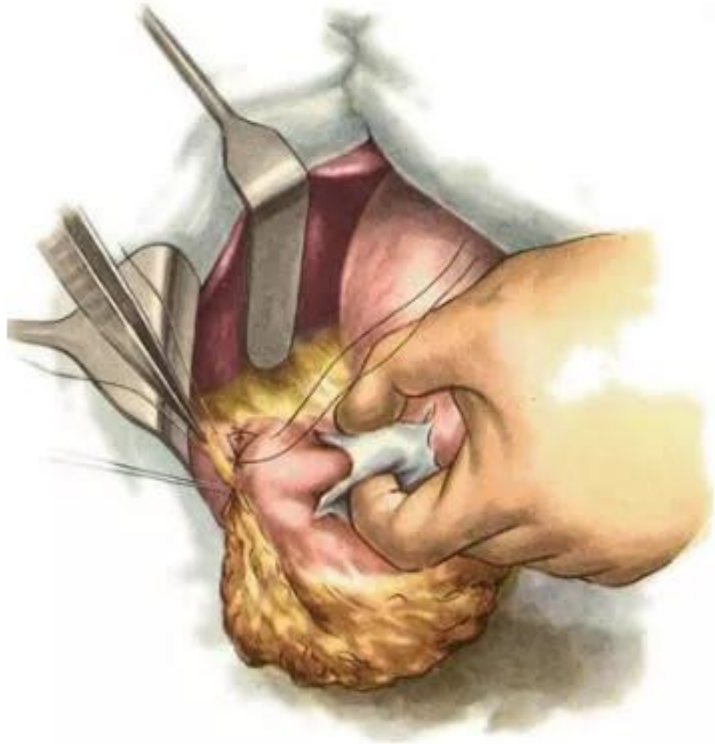
Шов Коннеля

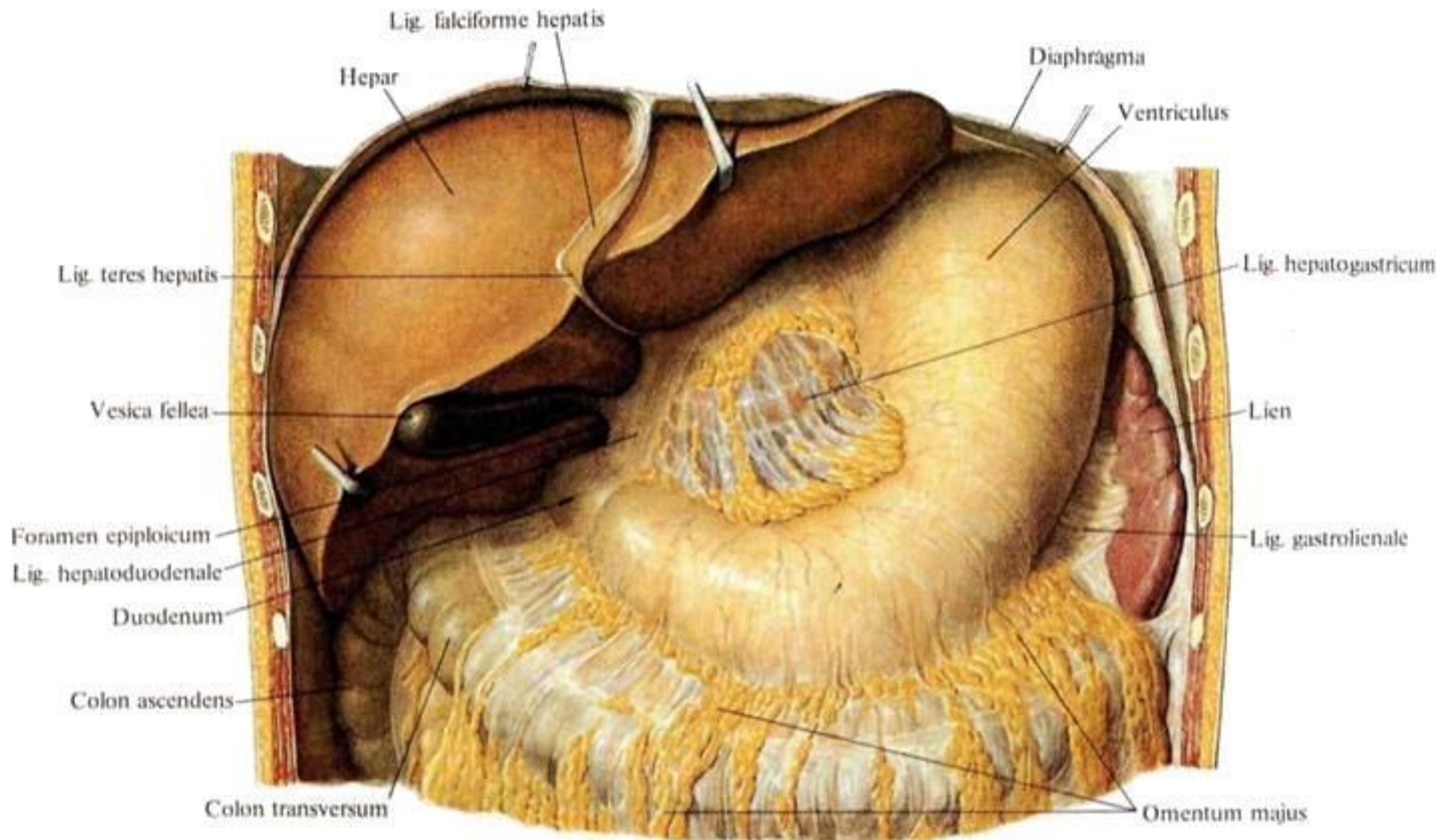
- Шов Коннеля — сквозной **непрерывный** П-образный вворачивающий шов. Накладывают длинной кетгутовой нитью параллельно краю раны. Иглу вкалывают со стороны серозной оболочки на расстоянии 0,5— 0,7 см от края разреза. Нить проводят **через все слои** стенки кишки. Иглу выкалывают на слизистой оболочке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

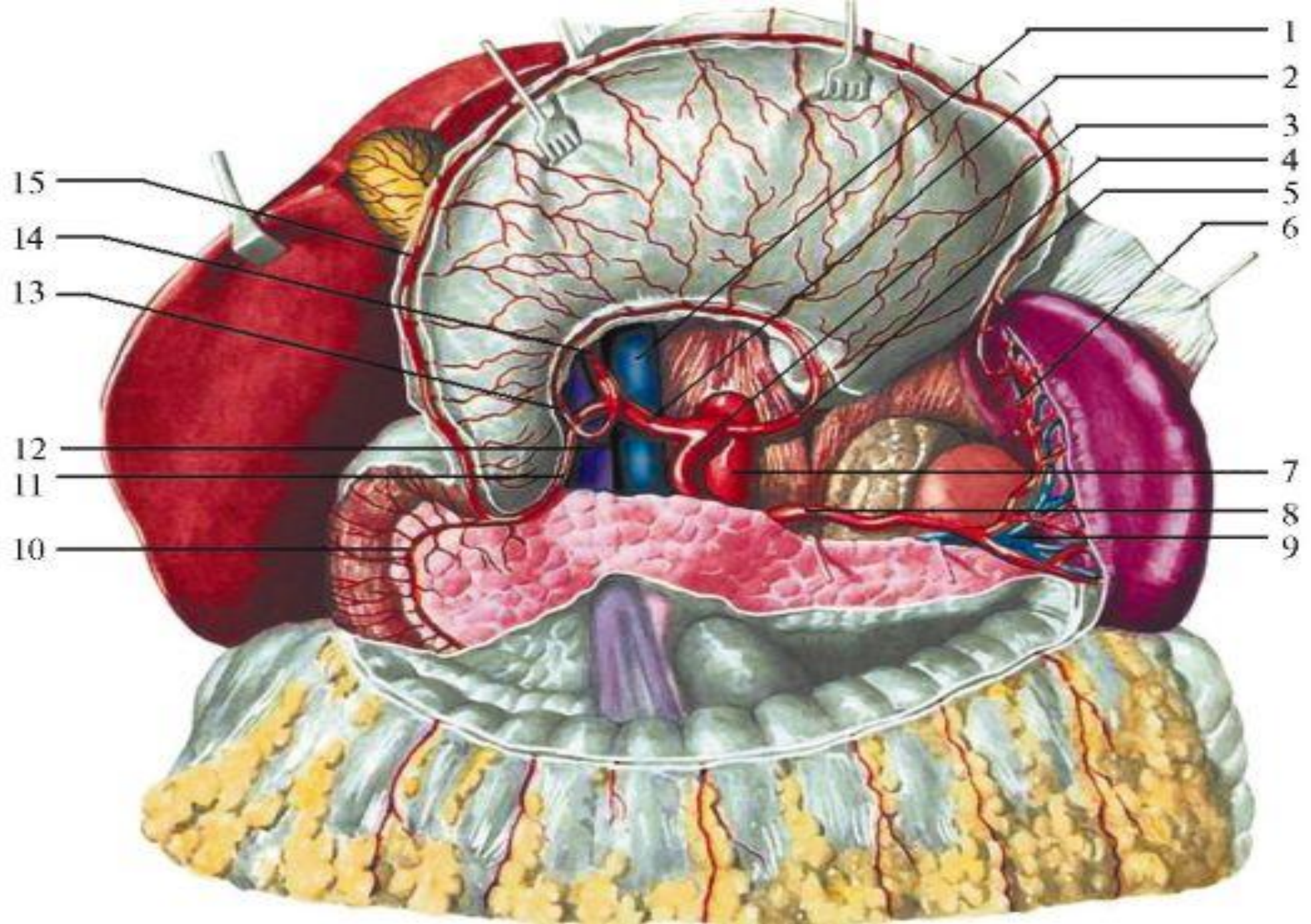


Хирургическое лечение

Ушивание перфоративной язвы

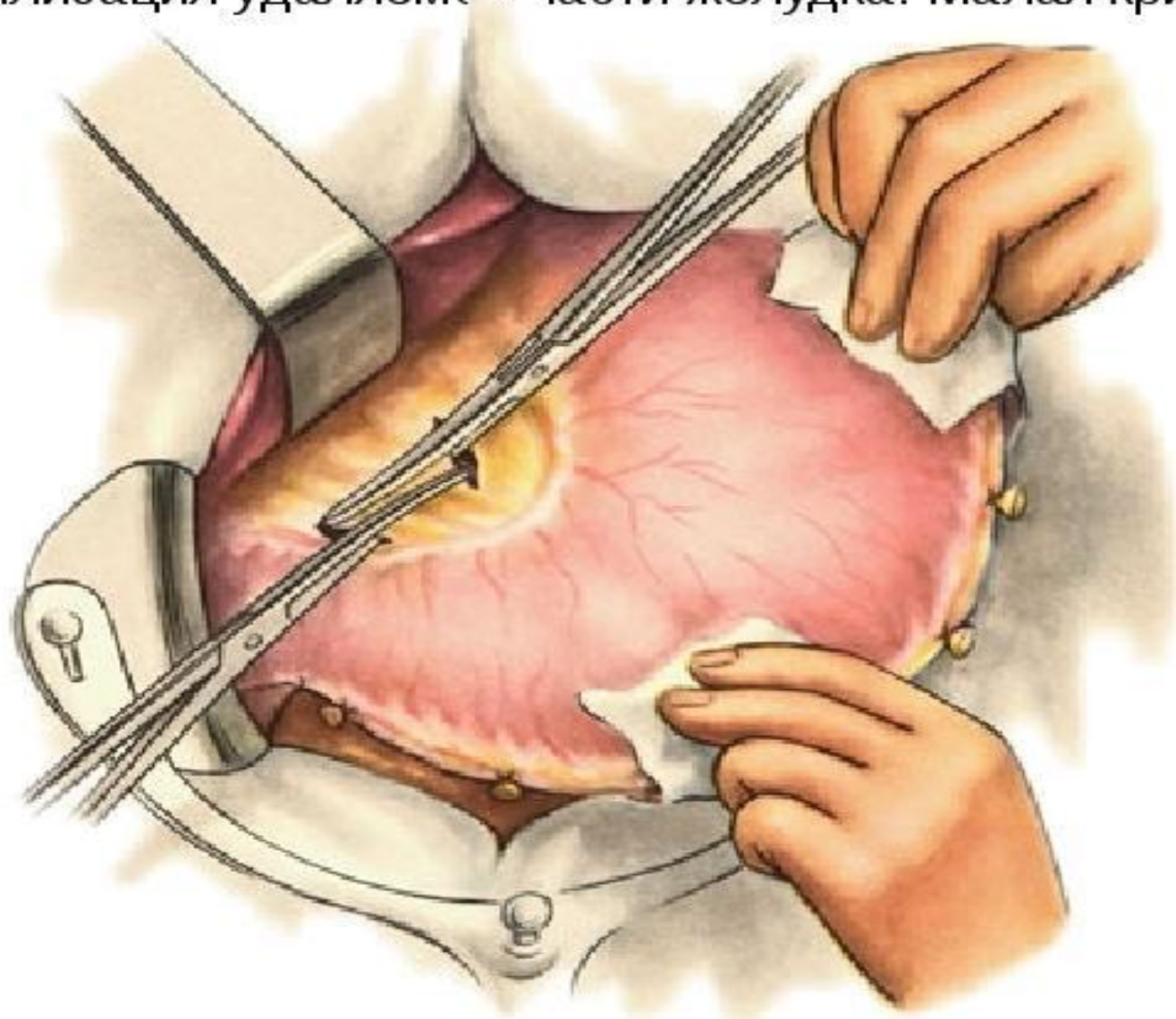




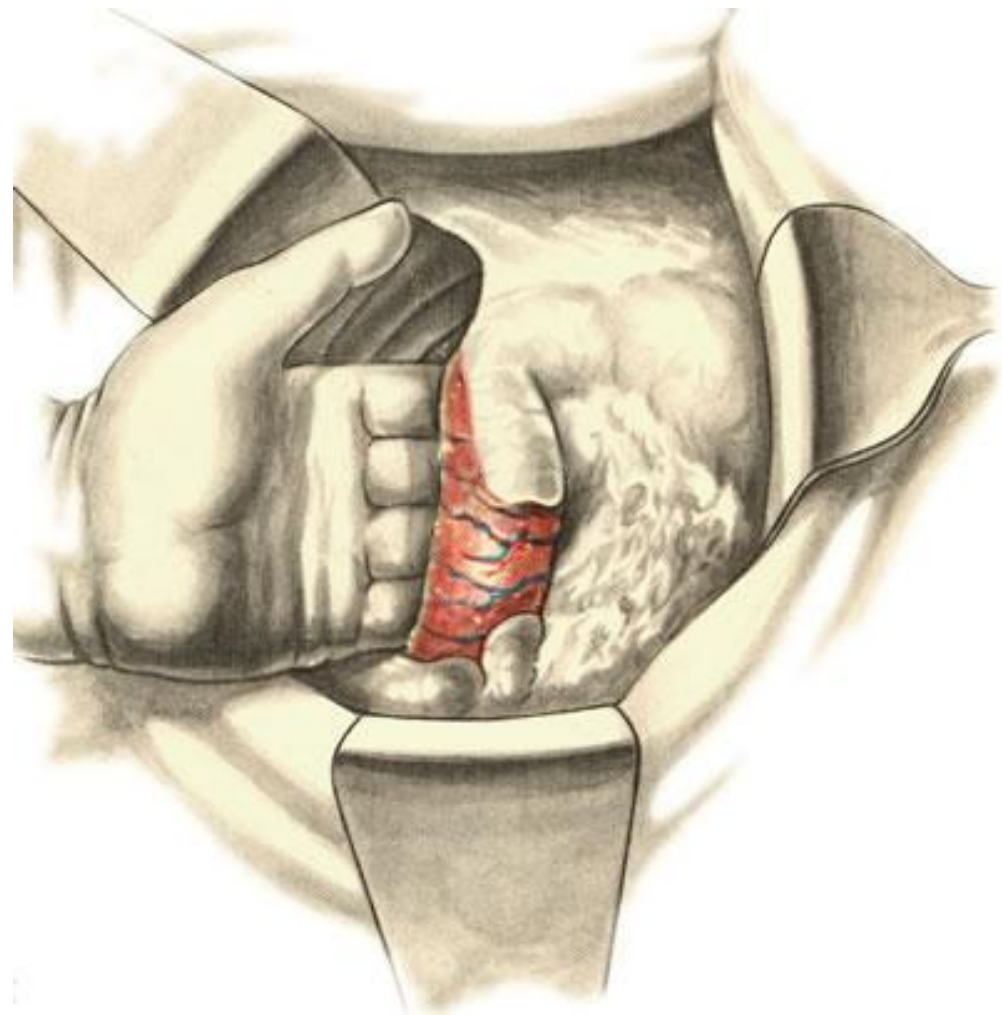
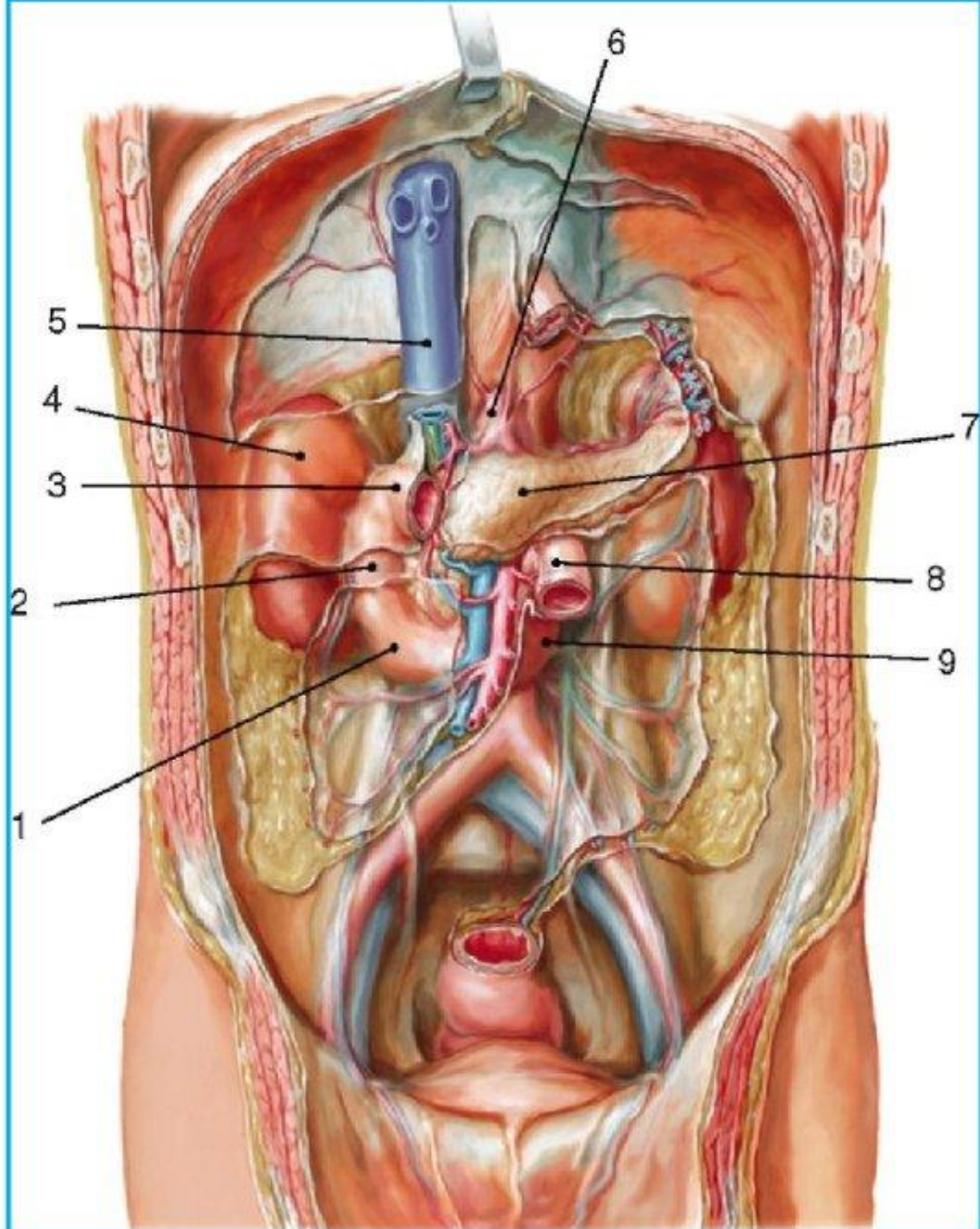


Резекция желудка по Бильрот 1.

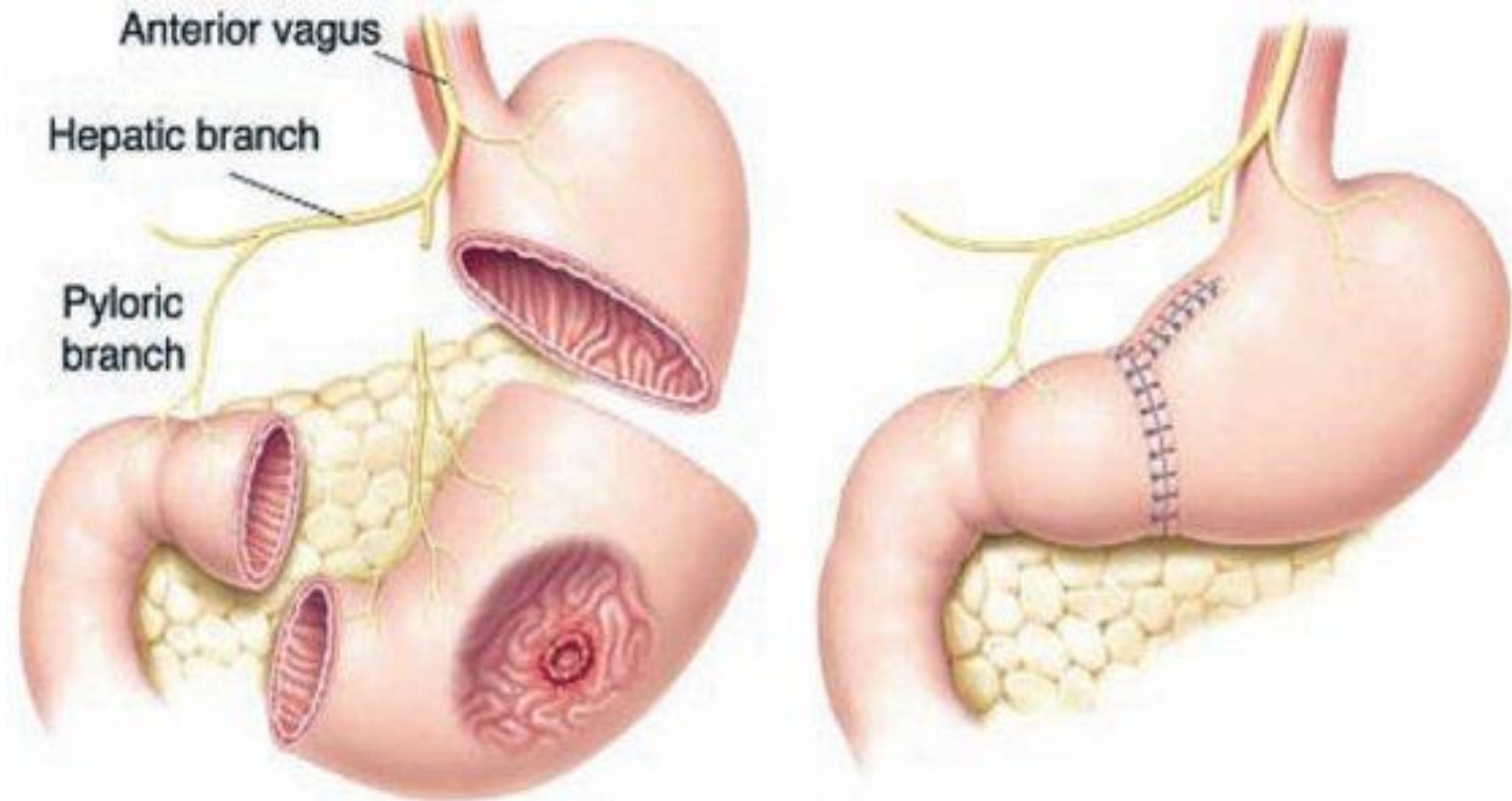
Мобилизация удаляемой части желудка. Малая кривизна.



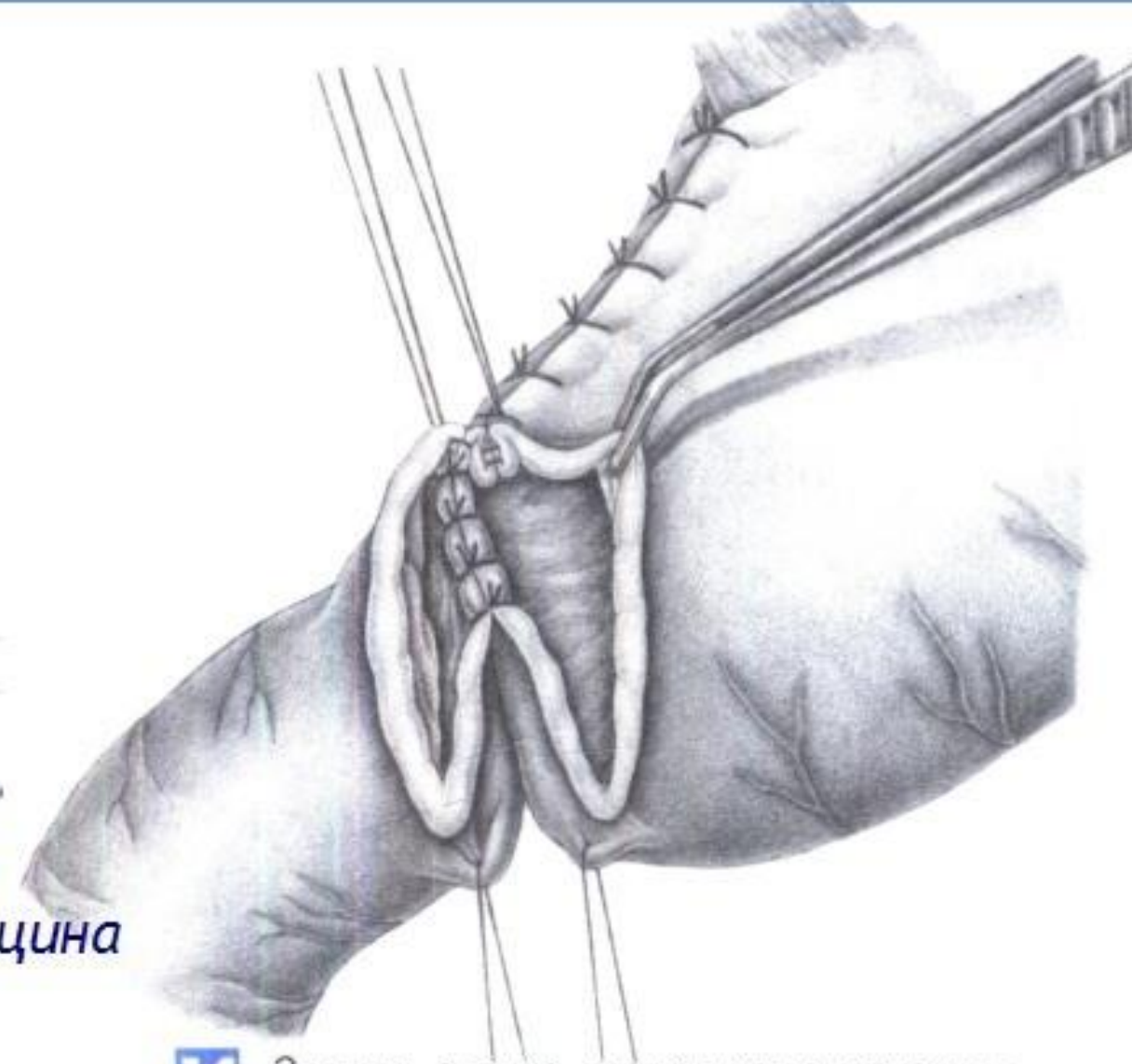
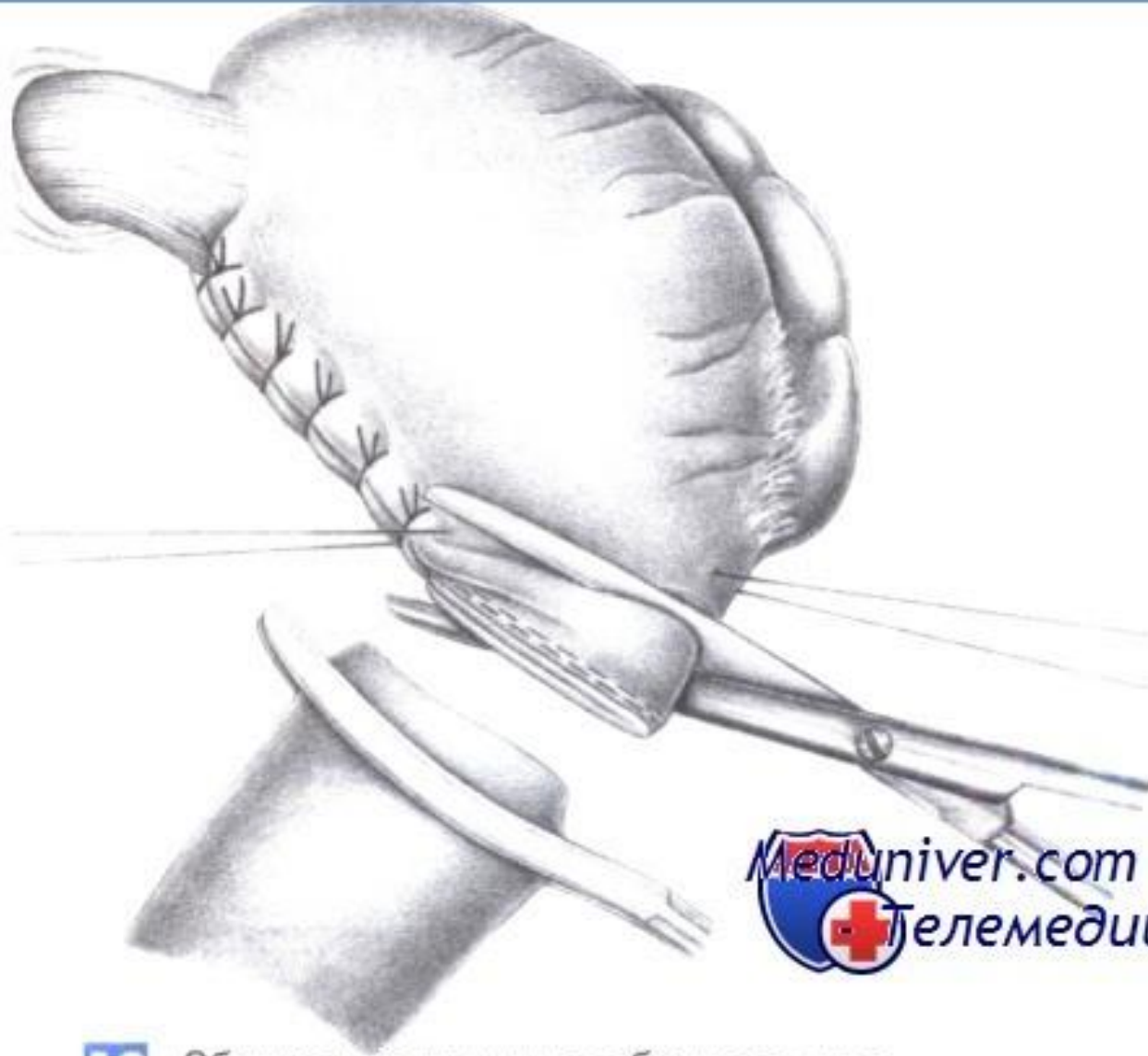
Мобилизация 12п.к. по Кохеру



Резекция желудка (Б1)

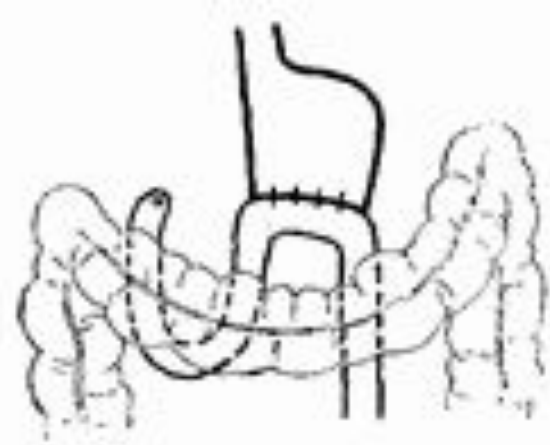


Резекция желудка по Бильрот-1



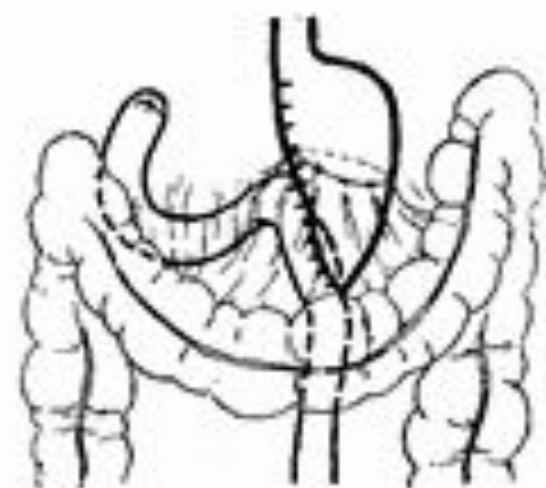
13 Обшивание линии скобочного шва

14 Задняя стенка гастродуоденостомии



Pólya-Reichel

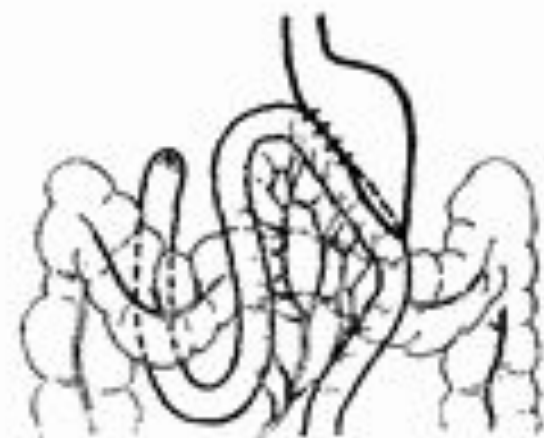
Billroth II



Hofmeister-Finsterer



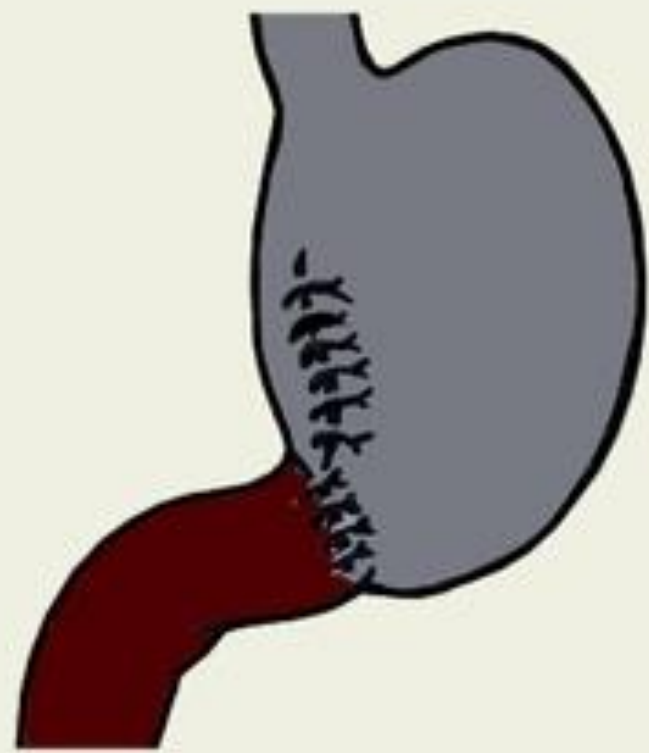
Moynihan



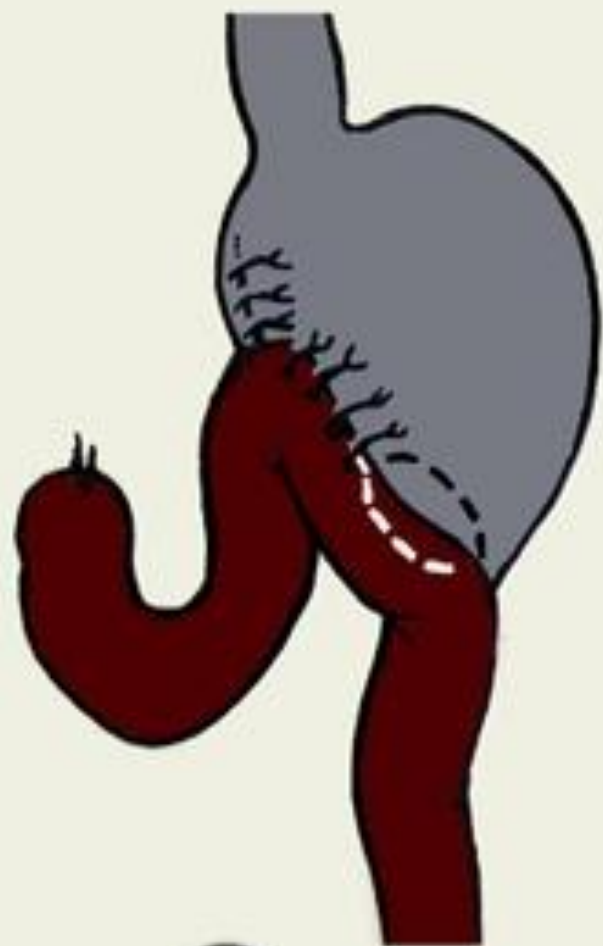
Maingot



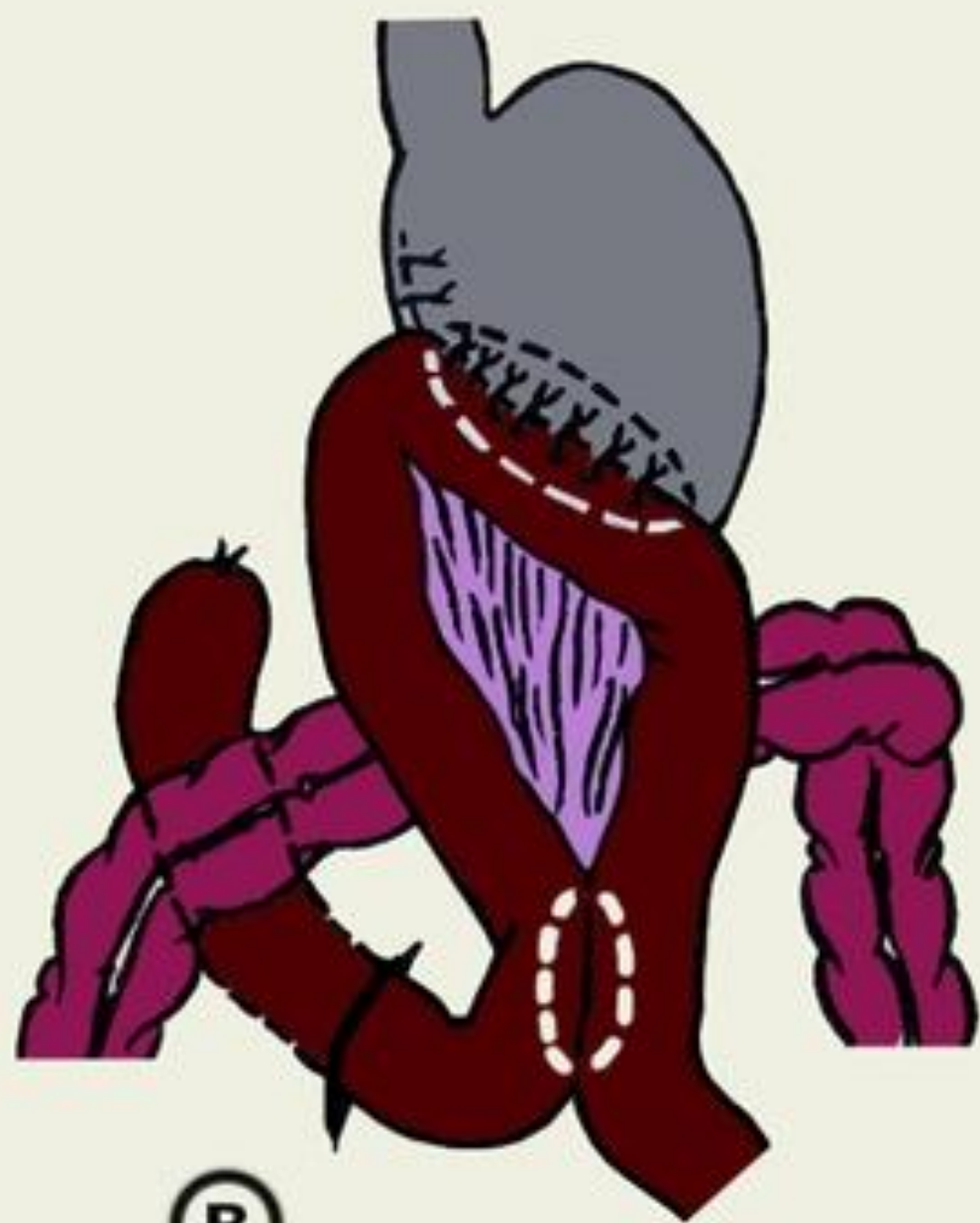
Balfour



(a)



(b)



(B)

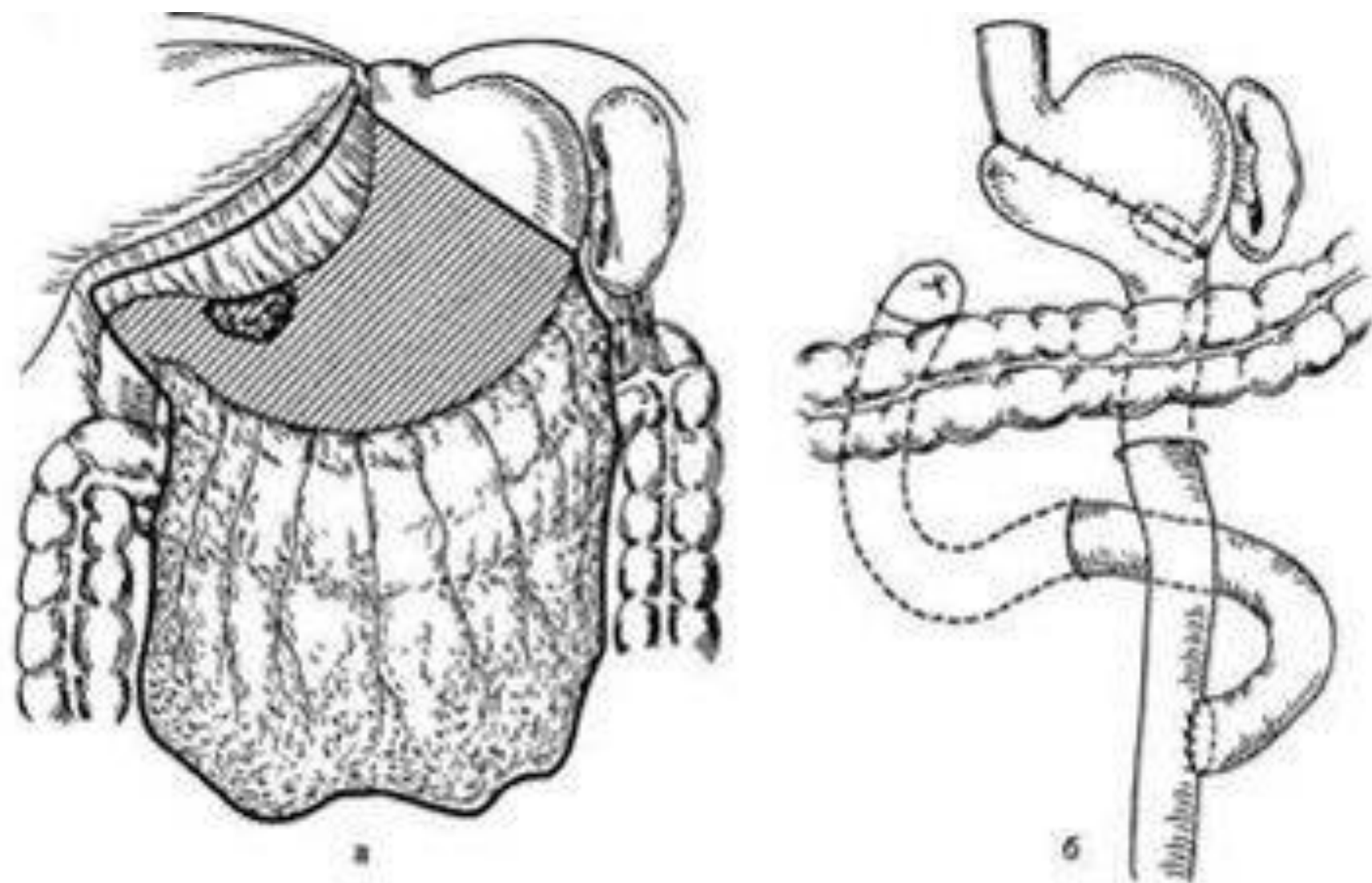


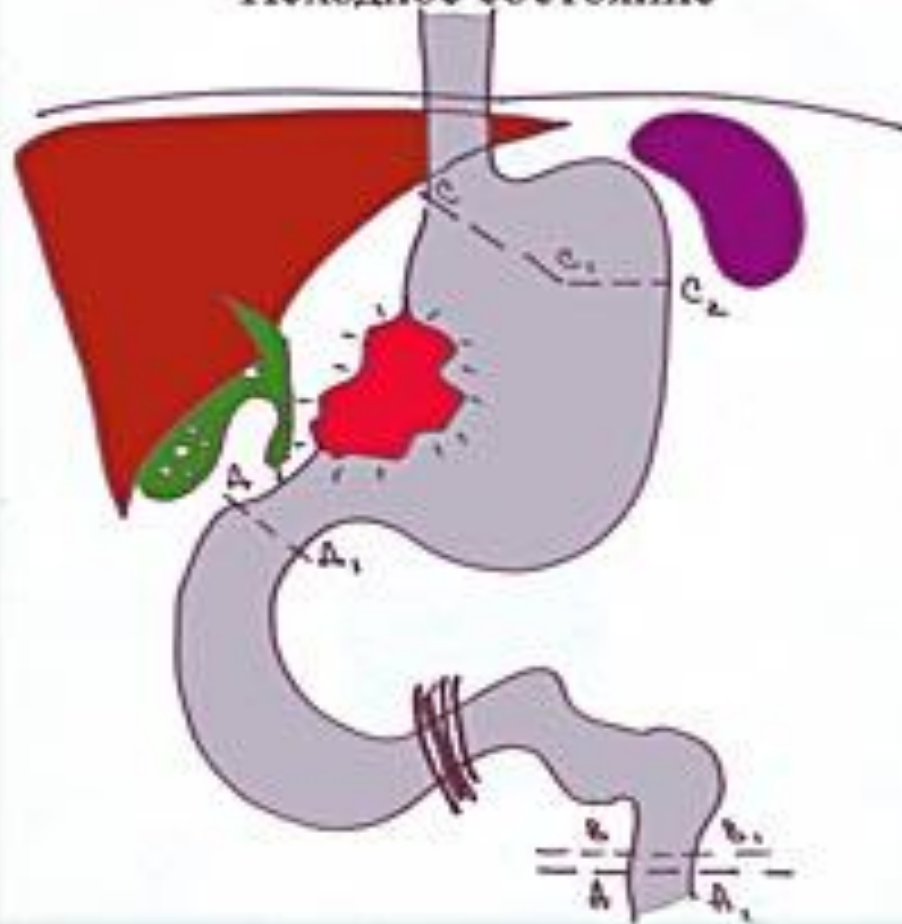
Рис. 11.30. Дистальная субтотальная резекция желудка при раке антрального отдела.
а — объем резекции; б — гастрокюностомия по Ру.

Высокодифференцированная аденокарцинома антрального отдела желудка T2N0M0.

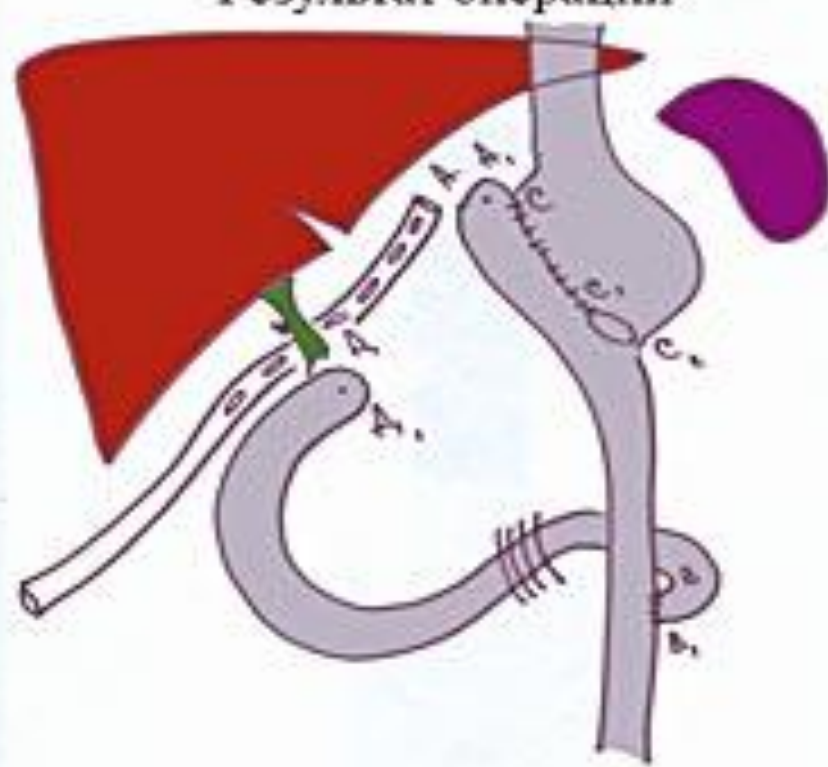
Лапаротомия.

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

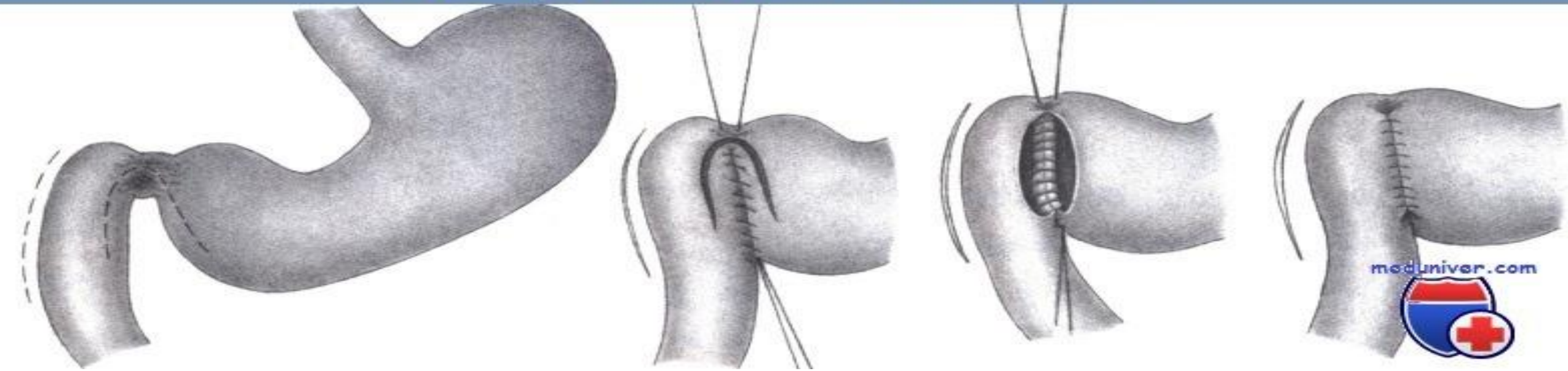
Исходное состояние



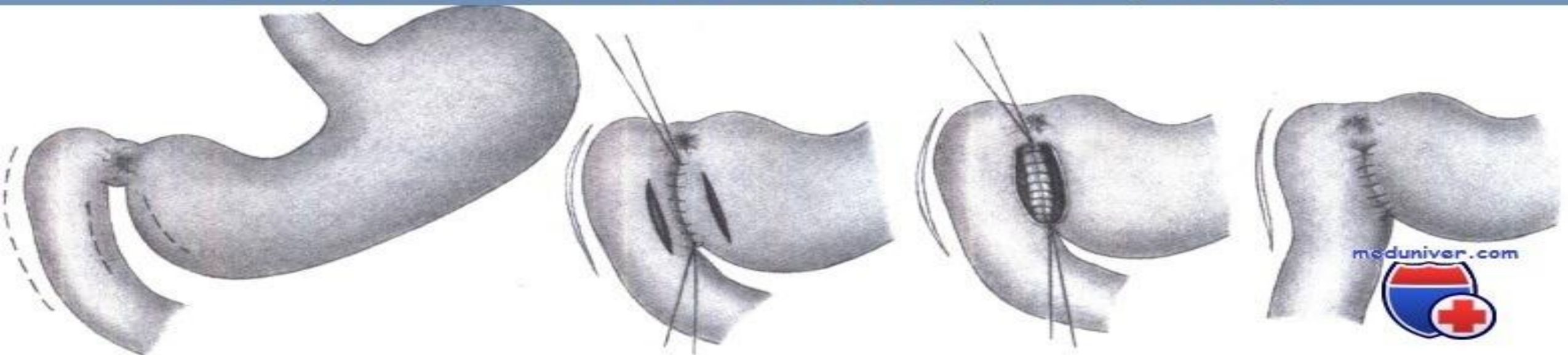
Результат операции



Пилоропластика по Финнею



Пилоропластика по Жабуле (Джабулею)



Спасибо за
внимание!

