ХИРУРГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КУЛЬТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Халимов Э. В.[1], Казанцев В. В.[2], Капустин Б. Б.[1], Михайлов А. Ю.[1]

[1]Ижевский государственный медицинский университет
[2]Городская клиническая больница №6 Удмуртской Республики
Ижевск, Россия

Актуальность. Среди гастроэнтерологической патологии язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) достигает 70% всех случаев данного заболевания и является ведущей причиной инвалидизации людей трудоспособного возраста. Понятие «трудной» культи возникает при гигантских пенетрирующих язвах в головку поджелудочной железы или близлежащие органы и ткани, когда ткани ДПК вовлечены в распространенный воспалительный инфильтрат, что делает стандартное ушивание ненадежным [1]. Частота несостоятельности культи ДПК в таких случаях может достигать 18,8%, а летальность при развитии данного осложнения может варьировать от 10% до 40% [2]. Несмотря на наличие значительного арсенала хирургических приемов и методов биологической перитонизации, поиск более надежных способов герметизации культи ДПК при наличии выраженных изменении тканей остается актуальным [3, с. 19]. Перспективным направлением является использование части стенки желудка с сохранением магистрального кровотока в нем [4].

Цель. Обосновать авторский способ профилактики несостоятельности «трудной» культи ДПК при резекции желудка.

Методы исследования. В исследование включено 22 пациента с осложненной ЯБДПК, оперированных в период с 2024 по 2026 гг. на базах ГКБ № 6 и ГКБ №8 г. Ижевска (клинические базы общей и госпитальной хирургии ФГБОУ ВО Ижевский государственный медицинский университет Минздрава России). Все исследования были проведены при полной информированности и согласии пациентов с оформлением письменного согласия в соответствии со статьями Российского Законодательства. Всем 22 пациентам выполнена резекция желудка по Ру. Пациенты были разделены на две группы: группу А (n=12), где применялась авторская методика при формировании культи ДПК, и группу В (n=10), где использовались классические методы формирования культи ДПК. Характеристика групп представлена в таблице 1.

Репозиторий ГБГМУ

Таблица 1- Клинико-демографическая характеристика исследуемых групп

№ п/п	Признак	Группа А (n=12)|	Группа В (n=10)	p
1	Мужчины/Женщины, абс.	9/3	8/2	>0,05
2	Средний возраст, лет	43,2 ± 8,4	44,8 ± 7,9	>0,05
3	Госпитализация >24 ч от начала, %	66,7 (n=8)	70,0 (n=7)	>0,05
4	Гигантские язвы (по Пиманову), %	58,3 (n=7)	60,0 (n=6)	>0,05
5	Пенетрация в поджелудочную железу, %	100 (n=12)	100 (n=10)	—
6	Перфорация / Кровотечение, абс.	7/5	5/5	>0,05

Проведенный нами сравнительный анализ показал отсутствие статистически значимых различий между группами по полу, возрасту и тяжести патологии (p>0,05). Это подтверждает репрезентативность выборок и позволяет объективно оценить влияние хирургической методики на результаты лечения. В обеих группах преобладали мужчины трудоспособного возраста с осложненным течением заболевания и наличием гигантских пенетрирующих язв. Показаниями для экстренной госпитализации и хирургического лечения явились: перфорация язвы у 7 (58,3%) и язвенное кровотечение у 5 (41,7%) в группе А, соответственно в группе В – у 5 (50%) и 5 (50%) пациентов. Показанием к операции при кровотечении из язвы ДПК являлась невозможность проведения эндоскопического гемостаза или возникновение повторного кровотечения в отделении после проведенного эндоскопического гемостаза. Все 22 пациента имели гигантские или большие язвы, язвенный процесс распространялся на несколько анатомических отделов луковицы ДПК и пилоруса. Все язвы пенетрировали в головку поджелудочной железы, у 3 (25%) пациентов в группе А пенетрация дополнительно распространялась на гепатодуоденальную связку, у 2 (20%) пациентов в группе В – в стенку желчного пузыря.

Статистическая значимость различий оценивалась с помощью критерия Стьюдента (t) для количественных данных и точного критерия Фишера для качественных признаков.

Авторский способ формирования «трудной» культи ДПК при выполнении резекции желудка по Ру. Методика предложенного способа заключается в дополнительном укреплении линии швов «трудной» культи ДПК лоскутом, сформированном из стенки желудка с наилучшим кровоснабжением. После мобилизации желудка и ДПК с язвой, в условиях технической невозможности надежного формирования культи ДПК (инфильтрация, пенетрация в поджелудочную железу), формируется лоскут из стенки желудка. Лоскут выкраивается на сосудистой ножке. Предварительно определяется участок желудка с наилучшими показателями гемодинамики. Для этого был использован метод трансиллюминационного гемодинамического мониторинга. Метод основан на регистрации изменении пульсовых и непульсовых уровней оптической плотности, обусловленных пульсовым кровотоком. Исследование осуществлялось с помощью

Репозиторий ГрГМУ

фиксации стерильного регистрирующего устройства к исследуемому участку желудка [5]. С лоскута удаляется слизистая оболочка до подслизистого слоя. Это позволяло исключить риск секреции и формирования замкнутых полостей. Культя ДПК ушивается отдельными узловыми швами без захвата интрамуральных сосудов (патент РФ №218031). Подготовленный демукозированный серозно-мышечный лоскут укладывается поверх линии швов ДПК в виде «заплаты». Фиксация лоскута производится узловыми серозно-серозными швами к капсуле поджелудочной железы и стенке ДПК по периферии, создавая герметичный биологический «футляр».

Результаты и их обсуждение. Результаты лечения продемонстрировали существенные преимущества предложенного способа формирования культи ДПК при «трудных» язвах у пациентов с осложненным течением ЯБДПК. Полученные результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Послеоперационные результаты и осложнения

№ п/п	Показатель	Группа А (n=12)	Группа В (n=10)	p
1	Несостоятельность культи ДПК, %	0	30 (n=3)	0,042*
2	Летальность, %	0	10 (n=1)	0,454
3	Средний койко-день	19,5 ± 3,1	42,0 ± 8,5	|0,001*
4	Общий уровень осложнений, %	41,7 (n=5)	60,0 (n=6)	0,432
5	Статистически значимые различия			<0,05

В группе А случаев несостоятельности культи ДПК не было, что указывает на надежность предлагаемого нами способа формирования «трудной» культи ДПК путем использования демукозированного желудочного лоскута с адекватным кровоснабжением как способа герметизации. В группе В несостоятельность культи ДПК зафиксирована у 30% пациентов, что привело к значительному увеличению сроков лечения (в 2 раза) и одному летальному исходу. Различия по частоте несостоятельности и длительности пребывания в стационаре статистически значимы ($p < 0,05$). Ранние послеоперационные осложнения в группе А носили характер общехирургических (нагноение ран, послеоперационный панкреатит легкой и средней степени тяжести) и не были связаны с герметичностью дуоденальной культи. В группе В осложнения были более тяжелыми, включая дуоденальные свищи с летальным исходом.

Выводы. Использование предложенного нами способа формирования «трудной» культи ДПК демукозированным желудочным лоскутом с оптимальным кровоснабжением обеспечивает надежную экстраперитонизацию «трудной» культи ДПК, сводя риск несостоятельности к нулю. Предложенный способ статистически значимо ($p < 0,01$) сокращает средний койко-день с 42 до 19 суток, что обусловлено отсутствием специфических дуоденальных осложнений.

Репозиторий ГрГМУ

ЛИТЕРАТУРА

1. Шимко, В. Н. Выбор способа ушивания трудной культи двенадцатиперстной кишки / В. Н. Шимко, С. А. Жидков, В. В. Курило // Здравоохранение (Минск). – 2019. – № 11. – С. 40–45.
2. Выбор метода резекции желудка в условиях хронической дуоденальной непроходимости / С. В. Тарасенко, О. В. Зайцев, С. Н. Соколова [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2010. – Т. 3, № 4. – С. 335–338.
3. Степанов, Ю. М. Современные подходы к лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Ю. М. Степанов, А. Ю. Филиппова // Гастроэнтерология. – 2021. – № 2. – С. 15–22.
4. Третьяк, С. И. Оптимизация хирургической тактики при перфоративных гастродуоденальных язвах / С. И. Третьяк, Е. В. Баранов // Медицинский журнал. – 2022. – № 1. – С. 112–117.
5. Халимов Э. В. Нарушения гемодинамики и моторики при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / Э. В. Халимов, З. М. Сигал // Казанский медицинский журнал. – 2003. – №4. – С. 251–254.

КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ, МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКОВ И ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СОСТАВОВ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ СИНУС-ЛИФТИНГЕ

Чередников С. М.[1], Брайловская Т. В.[2], Пятибратов Д. А.[3], Шарова С. А.[1]

[1]Уральский государственный медицинский университет Минздрава России
Екатеринбург, Россия
[2]Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава России
Москва, Россия
[3]5 военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации
Екатеринбург, Россия

Актуальность. Атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти (особенно в боковых отделах), осложнённая пневматизацией верхнечелюстной пазухи, делает дентальную имплантацию невозможной без синус-лифтинга [1, с. 110]. Вариабельность анатомии этой области значима для челюстно-лицевой хирургии, дентальной имплантологии и оториноларингологии. Успех лечения зависит от оценки анатомии, прогнозирования рисков [2] и выбора костнопластического материала. Актуальность исследования – в разработке персонализированного

Репозиторий ГрГМУ