

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

***Ханевич М.Д., Перминова А.А., Расулова Р.А.
ФБГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург***

Ведение: Несмотря на достижения в молекулярном понимании экзокринного рака поджелудочной железы, прогноз для этого заболевания остается неутешительным. В основном это связано с поздним обнаружением заболевания и ограниченной эффективности противоопухолевой терапии. Хирургическая резекция R0 является единственным методом лечения неметастатической аденокарциномы протоков поджелудочной железы. Однако осложнения в послеоперационном периоде возникают у 42,5%-68,7% больных и требуют больших материальных затрат на их лечение. В 10%-18% случаев осложнения приводят к летальному исходу.

Цель исследования: Определить основные направления по эффективному лечению послеоперационных воспалительно-гнойных осложнений у больных раком поджелудочной железы после радикальных операций.

Материалы и методы исследования

Мы провели исследование, включающее 180 пациентов, оперированных по поводу протоковой аденокарциномы поджелудочной железы, находившихся на лечении с 2016 по 2024 год. Мужчин было- 63 (35,0%), женщин- 117 (65,0%). Средний возраст пациентов составил $68,4 \pm 7,8$ лет. Локальные осложнения зоны хирургического вмешательства в послеоперационном периоде после выполнения дистальной резекции поджелудочной железы возникли у 22 (38,6%) из 57 больных, после выполнения панкреатодуоденальной резекции- у 34 (36,6%) из 93 больных. Наиболее частым осложнением после дистальной резекции поджелудочной железы явилось развитие панкреатической фистулы- у 18 (31,6%) больных, нагноение послеоперационной раны- у 4 (7,0%). Панкреатический свищ типа А был выявлен у 12 (21,1%) больных, тип В- у 6 (10,5%). После выполнения панкреатодуоденальной резекции (ПДР) была выявлена несостоятельность панкреатоэнтероанастомоза- 15 (16,1%) больных. Панкреатическая фистула типа А сформировалась у 13 (14,0%) больных, типа С – у 2 (2,6%). Тромбоз воротной вены был выявлен у 4 (4,3%), нагноение послеоперационной раны еще у 4 (4,3%) пациентов. После выполнения панкреатэктомии воспалительно-гнойных осложнений зоны хирургического вмешательства не было.

Обсуждение.

Во всех случаях причиной несостоятельности панкреатоэнтероанастомоза явился послеоперационный панкреатит. Образование панкреатического свища после дистальных резекций связано также с послеоперационным панкреатитом оставшейся ткани поджелудочной железы. Дополнительное прошивание нитью PDS и перитонизация круглой связкой печени зоны резекции дистального края поджелудочной железы может явиться основным методом профилактики истечения панкреатического сока. Клиническим проявлением панкреатического свища было поступление мутного или бурого цвета отделяемого по дренажу или через лапаратомную рану с высоким уровнем амилазы (выше 20 000 Ед). У больных со свищем типа А не было клинически значимого проявления осложнений, потребовавших повторных хирургических вмешательств. Свищи самостоятельно закрывались в сроки от 16 до 18 дней. Удаление дренажей осуществлялось на 18-25 сутки. При наличии свища типа В дополнительно проводилась антибактериальная терапия и дренирование жидкостных скоплений под контролем УЗИ. В одном случае после ПДР потребовалось выполнения разобщения панкреатоэнтероанастомоза. Объем операции завершен экстирпацией тела и хвоста поджелудочной железы. В одном случае имело место выполнение программных санаций брюшной полости. Однако, несмотря на проводимое лечение больной скончался от прогрессирующей полиорганной недостаточности на 21-е сутки после операции. Установлено, что гнойно-воспалительные изменения в послеоперационной ране не зависят от объема и продолжительности хирургического вмешательства. Как показали проведенные исследования, они были связаны с выбором шовного материала. Во всех случаях зафиксированное нагноение раны происходило при использовании синтетического полиамидного волокна. Монофиламентный синтетический шовный материал (PDS-нить) оказался наиболее эффективным. Использование PDS-нитей в два раза сократило число воспалительно-гнойных осложнений со стороны лапаратомной раны.

Заключение. После выполнения радикальных операций при раке поджелудочной железы вероятность послеоперационных осложнений достигает 40%. Основная причина их возникновения- послеоперационный панкреатит с последующим формированием панкреатических свищей. Консервативное лечение такого рода осложнений в конечном итоге приводит к закрытию свища. Выбор шовного материала также играет значимую роль в профилактике гнойно-воспалительных осложнений со стороны лапаратомной раны. Наиболее эффективным шовным материалом следует считать PDS-нити.