© О.І. Дронов, Є.А. Крючина, Р.Д. Добуш, 2011

УДК 616.37-006.6-089.168

О.І. ДРОНОВ, Є.А. КРЮЧИНА, Р.Д. ДОБУШ
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра загальної хірургії №1, Київ;

Київський Центр хірургії захворювань печінки, жовчних шляхів та підшлункової залози, Київ

ПОВТОРНІ ТА РЕКОНСТРУКТИВНІ ОПЕРАЦІЇ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЙ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

В основу дослідження покладений аналіз обстеження і лікування 222 хворих, які перенесли різні види резекції підшлункової залози за період з 2001 по 2010 роки (до остаточного аналізу залучено 180 хворих). Частота повторних оперативних втручань у віддалені терміни після операції склала 17,6% (39 хворих). Оцінені чутливість та специфічність передопераційних методів діагностики, характер та наслідки оперативних втручань. Були виконані наступні втручання: операції внаслідок рецидиву панкреатиту чи наявності нових фіброзних ускладнень, операції при рецидивах пухлинного процесу (n=24); 2) операції після патогенетично необґрунтованих чи нерадикальних первинних втручань (n=2); 3) багатоетапні хірургічні втручання (n=7); 4) операції з приводу гнійно-септичних та інших специфічних віддалених хірургічних ускладнень (n=3); 5) операції з приводу інших захворювань (n=3). Післяопераційна летальність склала 5,1% частота післяопераційних ускладнень – 20,5%, релапаротомій -0%. 81% хворих, що оперовані, відмічали суттєво покращення якості життя в післяопераційному періоді, оцінено за опитувальником SF-36. Низька частота післяопераційних ускладнень і летальності, покращення якості життя оперованих хворих свідчать про доцільність виконання даного типу операцій в спеціалізованих центрах.

Ключові слова. Резекція підшлункової залози, повторні операції

Вступ. Повторні операції після резекційних оперативних втручань на підшлунковій залозі (ПЗ) належать до найбільш складних розділів хірургії органів черевної порожнини [1, 9, 10, 11]. Тому дискусійні питання реконструктивної хірургічної панкреатології, профілактики та лікування ускладнень та рецидивів після резекцій ПЗ з приводу ускладнених форм хронічного панкреатиту (ХП), новоутворень ПЗ потребують створення чітких клінічних рекомендацій, лікувально-діагностичних алгоритмів щодо виконання повторних та багатоетапних оперативних втручань. Безперервно прогресуючий перебіг ХП, навіть незважаючи на проведення адекватної первинної операції, у 10-15% хворих обумовлює необхідність повторних (реконструктивних) хірургічних втручань [1]. Ще с більшою частотою покази до повторних операцій виникають у хворих, де на попередніх етапах лікування були застосовані патогенетично необгрунтовані методи лікування чи спостерігалися дефекти хірургічної техніки [1, 11]. Не є рідкістю помилки в диференційної діагностиці ХП та раку підшлункової залози (РПЗ), псевдокіст та кістозних неоплазм, що вимагає проведення радикальних операцій після первинних органозберігаючих резекцій. Розвиток рецидиву РПЗ та пізніх післяопераційних ускладнень (жовтяниця, холангіт, дуоденальна непрохідність) також нерідко вимагає повторних лапаротомних та мініінвазивних оперативних втручань [7, 9, 10]. Мультицентричність як дуктальної аденокарциноми (ДАК), так і інтрадуктальних папілярних муцинозних неоплазм (ІПМН), розвиток пухлин інших органів після резекцій ПЗ з приводу злоякісних новоутворень (інколи – як компонент спадкових ракових синдромів) потребує ретельного моніторингу хворих, що оперовані з своєчасним визначенням показів до повторних оперативних втручань [12]. Інколи задача лікування злоякісних новоутворень органів біліопанкреатодуоденальної зони (БПДЗ) не може бути вирішена за допомогою одномоментного оперативного втручання внаслідок важкості стану хворого, розповсюдження пухлинного процесу, що призводить до необхідності етапного лікування (відстрочене формування панкреатоєюноанастомозу (ПЄА), етапні резекції печінки тощо) [1]. На жаль, залишаються остаточно нез'ясованими критерії визначення показів до повторних та реконструктивних операцій, вкрай важку проблему складає диференційна діагностика післяопераційних фіброзних змін та рецидивів пухлинного процесу, необхідна подальше вдосконалення та розробка технічних прийомів викононання повторних лапаротомних та мініінвазивних оперативних втручань.

Мета дослідження. Розробити тактику та сучасну техніку виконання повторних та реконструктивних оперативних втручань з метою покращення результатів лікування хворих з ускладненими формами ХП та новоутвореннями ПЗ, що раніше перенесли різні варіанти резекцій ПЗ.

Матеріали та методи. В основу дослідження покладений аналіз обстеження і лікування 222 хворих, які перенесли різні обсяги резекційних оперативних втручань на ПЗ за період з 2001 по 2010 роки в Київському Центрі хірургії захворювань печінки, жовчних шляхів та підшлункової залози. Середній вік хворих складав 51,6 років, 80% пацієнтів були оперовані з приводу злоякісних новоутворень органів БПДЗ. З врахуванням ранніх післяопераційних ускладнень та летальнос-

ті, ранніх рецидивів пухлинного процесу (до 6 міс з моменту операції) до остаточного аналізу віддалених наслідків та ускладнень резекцій ПЗ залучено 190 хворих (8 хворих після тотальної панкреатектомії (ТПЕ), 113 – після панкреатодуоденальної резекції (ПДР), 30 – після органозберігаючих резекцій ПЗ (ОРПЗ), 39 – після дистальних резекцій (ДР) (ПЗ)). Реконструктивний етап ПДР за Whipple містив формування оригінального трьохрядного інвагінаційного ПєА за методикою проф. О.І.Дронова (№44014 А 22.01.01 15.01.02 Бюл.№ 1) та гепатикоєюно- та гастроентероанастомозів на єдиній, ізольованій за Ру, ретроколярно проведеній петлі тонкої кишки. Пілорусзберігаюча панкреатодуоденальна резекція (ППДР) виконана у 9 хворих. З метою визначення характеру післяопераційних розладів, що потребували повторного оперативного втручання, окрім стандартних лабораторних методів досліджень, що спрямовані на діагностику основних ланок постпанкреаторезекційного синдрому та моніторингу пухлинного процесу (показники екзо- та ендокринної функції ПЗ, нутритивного статусу, пухлинні маркери тощо) застосовували комплексні методи інструментальних досліджень, що містили ультразвукове дослідження (УЗД), в тому числі і ендоУЗД, кольорове доплеровське картування, ендоскопічні дослідження, мультиспіральну комп'ютерну томографію (МСКТ_ з внутрішньовенним болюсним контрастуванням, магнітнорезонансну томографію (МРТ) (в тому числі з дифузією), МР-панкреатохолангіографію, позитронноемісійну томографію (ПЕТ). Для визначення морфологічної структури видаленої тканини використовували стандартні гістологічні та імуногістохімічні методики дослідження. Якість життя хворих, що оперовані, оцінювалась за опитувальником SF-36.

Всі повторні оперативні втручання, виконані у віддалені терміни хворим, що перенесли резекції ПЗ, ми розподілили на наступні групи : 1) операції внаслідок рецидиву панкреатиту чи наявності нових фіброзних ускладнень, операції при рецидивах пухлинного процесу; 2) операції після патогенетично необґрунтованих чи нерадикальних первинних втручань; 3) багатоетапні вимушені чи заплановані хірургічні втручання; 4) операції з приводу гнійно-септичних та інших віддалених специфічних хірургічних ускладнень; 5) операції з приводу інших захворювань.

Результати досліджень та їх обговорення. Частота повторних оперативних втручань у віддалені терміни після операції серед оперованих хворих склала 20,5% (39 хворих). Основою діагностичного етапу для визначення показів до операції стало застосування комплексу хвильових та променевих методик, комбінація яких визначалася вихідною патологією ПЗ, характером проведеного оперативного втручання, наявною клінічною симптоматикою. Принципово важливим є знання методики, за якою виконана резекція ПЗ (особливо ПДР), для правильної ідентифікації зон анастомозів та післяопераційних змін. Чітка співпраця хірурга та спеціаліста з променевої діагностики дає змогу суттєво підвисити ефективність проведеного обстеження. При оцінці діагностичних методик показано, що чутливість, специфічність та діагностична УЗД в диференційній діагностиці локального рецидиву пухлини та післяопераційних анатомічних змін була низькою (37,2%, 73,1% та 53%), це також стосувалося визначення наявності та характеру ураження лімфатичних вузлів (38,5%, 42,3%, 46,7%). Чутливість, специфічність та діагностична точність при безконтрастній КТ також були низькими – 41,2%, 57,9%,53,8% та 34,2%, 46,5%, 43,5% відповідно. Чутливість, специфічність та діагностична точність МСКТ з болюсним контрастним підсиленням для диференційної діагностики локального рецидиву та післяопераційних змін була значно вищою – 94,2%, 93,9% та 95,4%, хоча це дослідження також характеризувалося досить низькою специфічністю при визначенні характеру ураження лімфатичних вузлів (62,3%). При МСКТ дослідженні встановлено значні морфологічні зміни в куксі ПЗ після ПДР та ППДР – атрофія, фіброз, стеатоз. МРТ мало високу чутливість (93,4%), але низьку специфічність (71,2%) в визначенні наявності локального рецидиву, оскільки ДАК та фіброзний вогнищевий панкреатит викликає такі ж самі зменшення інтенсивності сигналу на Т1-завислих зображеннях. МРТ, саме як МСКТ не дало змогу ідентифікувати характер змін в лімфатичних вузлах. Показом для застосування МРТ для діагностики постпанкреаторезекційних наслідків, ускладнень та змін вважали моніторинг стану кукси ПЗ у хворих, що оперовані з приводу ІПМН чи нейроендокринних пухлин, контроль стану вогнищ печінки та кукси ПЗ після виконаної кріоабляції, оцінка біліарної та панкреатичної протокових систем (МРПХГ) після ОРПЗ. У 15 хворих, де був виявлений локальний рецидив пухлини, при плануванні повторного оперативного втручання виконано ПЕТ. При цьому у 10 хворих виявлено ранню наявність віддалених пухлинних вогнищ, що були не діагностовані при КТ-скринінгу всього тіла (надключичні, внутрішньогрудні, заочеревинні, тазові лімфатичні вузли), що робило недоцільним оперативне втручання з приводу локального рецидиву. Комбіноване застосування МСКТ, МРТ, при необхідності – ПЕТ, сумісно з маркерним контролем дозволило в 95,3 % встановити правильний діагноз, виявити наявність рецидиву пухлинного процесу, диференціювати рецидив пухлини від післяопераційних змін, визначити розповсюдженість пухлини, її ускладнення, оцінити зміни кукси ПЗ та оточуючих органів, що дало змогу обрати оптимальну лікувальну тактику.

Операції внаслідок рецидиву панкреатиту чи наявності нових фіброзних ускладнень, операції при рецидивах пухлинного процесу були виконані у 24 пацієнтів (після ПДР – 13 хворих (рецидив

ДАК – 8 хворих (3 хворим виконана експлоративна лапаротомія, 2 – кріодеструкція метастазів печінки, 3- холангіостомія під УЗД-контролем), рецидив раку великого дуоденального соска -2 хворих (кріодеструкція метастазів печінки-1, циторедуктивне видалення рецидивної пухлини – 1), рецидив солідно-псевдопапілярної пухлини – 1 хворий (виконана сегментарна резекція печінки), рецидив меланоми –1 хворий (виконано видалення метастатичних вогнищ різної локалізації (ПЗ, тканини калитки, м'які тканини)), рецидив раку товстої кишки (виконана сегментарна резекція печінки з кріоабляцією лінії резекції, заочеревинна лімфаденектомія) – 1 хворий, після ОРПЗ – 6 хворих (прогресування ХП), після ДР- 5 хворих (розвиток пухлини в голівці ПЗ після ДР з приводу кровотечі в порожнину кісти на тлі ХП -1 хворий, виконана ТПЕ, рецидив пухлини в куксі ПЗ – 1 хворий, виконана субтотальна дистальна резекція ПЗ, гастректомія, лівобічна геміколектомія, резекція тонкої кишки, прогресування процесів фіброзу в голівці ПЗ – 3 хворих, виконана проксимальна резекція ПЗ за власною методикою (2), холангіостомія, вскриття дренування абсцесів печінки (1)). Виникнення в ранні терміни після операції (до 6 міс) рецидивів симптомів ХП вважали показником того, що його основні патогенетичні ланки не були усунені під час первинного оперативного втручання (серед оперованих в клініці хворих таки були відсутні). Виникнення (рецидив) панкреатичної, біліарної портальної гіпертензії в терміни рік і більше після перенесеного оперативного втручання ми розглядаємо як природній перебіг патологічного процесу в тканині ПЗ. Трьом хворим після ОРПЗ, у яких прогресували процеси фіброзу та розвинулися компресійні ускладнення, була виконана ПДР, 2 – сформовані біліодигестивні анастомози, 1- холангіостомія, вскриття, дренування абсцесів печінки.

Прогресування процесів фіброзу в проксимальних відділах залози після ДР спостерігали у 3-х хворих. Деякі автори вважають, що це є показом для екстирпації кукси ПЗ, хоча виконання ТПЕ супроводжується розвитком важких метаболічних ускладнень і призводить до зниження якості життя хворих, що оперовані. Тому нами був запропонований спосіб видалення тільки тканини голівки ПЗ, прилеглої до дванадцятипалої кишки (ДПК), з наступним V-подібним висіченням голівки з формуванням ПЄА на ізольованій за Roux петлі тонкої кишки з голівкою ПЗ (патент на корисну модель № 35415 від 10.09.2008) (виконано у 2-х пацієнтів). Спосіб здійснювали наступним чином. Після виконання широкої мобілізації ДПК з висіченням фіброзно змінених перипанкреатичних тканин, відсіченням загальної жовчевої протоки та дистальною резекцією шлунку, дуоденектомією з видаленням тканини ПЗ, що прилягає до ДПК, V-подібним висіченням голівки ПЗ з розкриттям головної панкреатичної протоки і протоків дрібніших калібрів формували термінолатеральний панкреатоєюноанастомоз на ізольованій за Roux петлі тонкої кишки та гепатикоєюно- та гастроентероанастомозів на окремій петлі тонкої кишки. Виконання такого варіанта оперативного втручання дає змогу зберегти зону α клітин, що попереджує важкі гіпоглікемічні епізоди в післяопераційному періоді. У оперованих хворих показники еластази-1 калу через 2 міс були менш 20 мкг/г, цукровий діабет зник через 1-2 міс після повторної операції.

Операції після патогенетично необґрунтованих чи нерадикальних первинних втручань виконані у 2-х хворих після первинних ОРПЗ з приводу ХП, коли у віддаленому періоді після операції за даними комплексного інструментального обстеження був встановлений рак ПЗ (1 хворий – ПДР, 1 – холедоходуоденостомія).

Багатоетапні хірургічні втручання були виконані у 7 хворих (1 хворий після ТПЕ – сегментарна резекція печінки з кріоабляціїю лінії резекції після попередньої кріоабляції метазів печінки під час панкреатектомії, 4 хворих після ПДР – сегментарна резекція печінки з кріоабляцію резидуальної пухлини (2), формування ПЄА(2)), 1 хворий після ДР – правобічна гемігепатектомія з резекцією воротної вени, 1 хворий після операції Beger – формування ПЄА). Розвиток стеатозу печінки після ПДР та ТПЕ суттєво обмежує можливості виконання розширених резекцій печінки в післяопераційному періоді. Тому застосування паліативних резекцій в комбінації з абляційними технологіями с наступною хіміотерапією є варіантом вибору у лікуванні даної групи пацієнтів. Розподіл первинного хірургічного лікування на декілька етапів, виконання повторних резекційних і реконструктивних операцій дозволяє суттєво підвищити безпечність радикальних та паліативних резекційних оперативних втручань, збільшити тривалість та покращити якість життя хворих, що оперовані.Операції з приводу гнійно-септичних та інших специфічних віддалених хірургічних ускладнень після резекцій ПЗ були виконані у хворих 3 хворих після ПДР (гастростаз – регастроентеростомія (1), кіста кукси ПЗ після перенесеного панкреонекрозу кукси ПЗ – зовнішнє дренування кісти (1), абсцеси печінки внаслідок інтраопераційної перев'язки правої печінкової артерії – вскриття, дренування дренування абсцесів (1)). Стенозу біліодигестивного анастомозу (за виключенням рецидиву пухлини в зоні ворот печінки) та ПЄА не спостерігали в жодному випадку.

Операції з приводу інших захворювань були виконані у 3 хворих після ПДР з приводу раку великого дуоденального соска (рак яєчників+рак товстої кишки-1 хвора, рак тіла матки- 1 хвора, рак молочної залози – 1хвора). Досить висока частота метахронних пухлин при цієї нозології (за нашими спостереженнями – 14%) вимагає ретельного післяопераційного моніторингу та своєчасної їх діагностики.

Післяопераційна летальність склала 5,1% (померло 2 хворих після холангіостомії, дренування абсцесів печінки після ДР ПЗ та операції Frey з прогресуванням процесів фіброзу в голівці ПЗ на фоні триваючого зловживання алкоголем, тривалої жовтяниці, цирозу печінки). Частота післяопераційних ускладнень склала 20,5%, релапаротомій - 0%. 81% хворих, що оперовані, відмічали суттєво покращення якості життя в післяопераційному періоді, оцінено за опитувальником SF-36.

Якщо повторні операції на печінці після її резекцій в останні роки досить широко виконуються в спеціалізованих клініках, повторні операції на ПЗ належать до ексклюзивних оперативних втручань. Первинні операції на органах БПДЗ зони є технічно досить складними, а повторні оперативні втручання, безумовно, мають ще більш технічні труднощі, що обумовлено зміною звичайних анатомічних взаємовідносин, злуковим процесом, розвитком процесів панкреатичного та пери панкреатичного фіброзу, локальним рецидивом пухлини.

В літературі досить мало робіт, що присвячені повторним оперативним втручанням після резекцій ПЗ з приводу ускладнених форм ХП [1]. Результати одного з найбільш детальних досліджень щодо повторних оперативних втручань у хворих, що перенесли раніше резекцію ПЗ (14 хворих – з приводу ХП, 1 – муцинозної неоплазми) наводять Seelig M. et al. [10]. З 350 хворих 15 потребували повторних оперативних втручань: ревізія ПЄА та редопанкреатоєюностомія після резекції ПЗ (6), ТПЕ (3), конверсія ДРПЗ в ППДР (3), ПДР після нерезекційного оперативного втручання, редо-ДР (1), ПДР після ДР (1). Летальність склала 0%, частота ускладнень – 33%. Schnelldorfer T. et al. [11] відмічають, що у 11-55 % хворих на ускладнені форми ХП не вдається досягти ліквідації больового синдрому після первинного оперативного втручання, що вимагає виконання повторних операцій. Автори проаналізували результати лікування 336 хворих, які перенесли ПДР (78), поздовжню панкреатоєюностомію (152), ДР (83), трансдуоденальну сфінктеропластику (20), ТПЕ (3). Повторні оперативні втручання виконані у 74 хворих (після резекцій ПЗ – 68 хворих). Частота ускладнень була однаковою при первинних та повторних втручаннях (ПДР: 48% vs 65%, $p>0.05$; поздовжня панкреатоєюностомія: 23% vs 23%, $p>0.05$; ДР: 26% vs 28%, $p>0.05$). "Великі" ускладнення (неспроможність ПЄА та внутрішньочеревинні абсцеси) були однакові після первинних та повторних втручань, у той час, як "малі" (гастростаз, інфекція рани) спостерігалися значно частіше після повторних втручань. Найчастіше покази до повторних оперативних втручань виникають у хворих, що перенесли ДР ПЗ. Згідно Данилову М.В. та співавт. [1] основні покази до реконструктивних операцій у віддалені терміни після ДР є рецидиви ХП зі звуженням чи облітерацією раніше сформованого ПЄА, деструктивний панкреатит в поєднанні з гнійним парапанкреатитом, рецидиви псевдокіст, в тому числі з їх нагноєнням, рецидивуючі чи ті, що не загоюються, гнійно-панкреатичні нориці. Покази до виконання ТПЕ після перенесених раніше резекційних оперативних втручань з приводу ускладнених форм ХП невизначені. Alexakis N. et al. [2] пропонують виконання ТПЕ з збереженням ДПК та селезінки у хворих на ХП після перенесених раніше парціальних резекцій, при практично відсутній функції ПЗ (хоча об'єктивні критерії цього стану на сьогодні відсутні) та наявності больового синдрому. Автори відмічають, що це втручання призводить до суттєвого зменшення больового синдрому, збільшенню ваги, хоча супроводжується значною кількістю післяопераційних ускладнень.

На сьогодні не існує розробленої лікувальної стратегії щодо хворих, які перенесли резекцію ПЗ з приводу злоякісних новоутворень. В літературі є лише декілька повідомлень щодо хірургічного лікування рецидиву пухлини в куксі ПЗ після виконання ПДР [3, 6, 7]. В більшості випадків важко диференціювати рецидив пухлини чи вторинну пухлину (що пов'язано з мультицентричністю ДАК чи ІПМН). Вважають, що показами до повторної резекції ПЗ після ПДР є стриктура панкреатодигестивного анастомозу, рецидив пухлини після резекції з приводу ІПМН, рецидив ДАК [6]. Найбільшу статистику щодо повторних резекцій у хворих з рецидивом РПЗ наводять Reiser C. et al. [9]. В залежності від характеру операції, що була виконана, хворі розподілені на три групи: хворі, яким виконана "радикальна" ререзекція (8 хворих), циторедуктивна ререзекція (7 хворих) та експлоративна лапаротомія чи шунтуюча операція (15 хворих). Загальна виживаність в групі хворих, що перенесли ререзекцію після резекції первинної пухлини склала 29 міс, а серед хворих з рецедивом після резекції ПЗ, яким ререзекція не виконувалася, середня виживаність склала 14,5 міс. Виживаність після повторної R1-резекції склала 16,1 міс, R2 – 17 міс, шунтуючих операцій – 9,4 міс. Хворі з пізнім рецидивом (більш як 9 міс після первинної резекції) мали кращу виживаність після ререзекції, ніж хворі з раннім рецидивом (17 та 7,4 міс відповідно). Лікувальна тактика при виникненні віддалених метастазів у хворих, що перенесли резекції ПЗ з приводу її злоякісних новоутворень, також не розроблена. Більшість авторів пропонують оптимальну підтримуючу терапію чи паліативну ХТ з використанням схем з гемцитабіном, оксаліплатіном,ірінотеканом тощо [12]. В літературі наведені лише поодинокі спостереження виконання резекцій печінки при даній патології, доцільність виконання етапних операцій у хворих з синхронним метастатичним ураженням печінки і пухлинами ПЗ також залишається дискутабельною [5].

Досить частим після ПДР є виникнення ускладнень з боку сформованих анастомозів, що не

пов'язані з місцевим рецидивом чи генералізацією пухлинного процесу. Reid-Lombardo K. et al. [8] оцінили пізні ускладнення з боку сформованих анастомозів після виконання ПДР з приводу доброякісних уражень органів БПДЗ (ХП – 40%, ІПМН – 16%, кистозні неоплазми – 9%) у 122 хворих. Середній термін після операції склав 4,1 роки (10 днів – 12,6 років). 5- та 10-річна кумулятивна імовірність біліарних стриктур була 8% та 13%, панкреатичних стриктур – 5% та 5% відповідно, жодної стриктури гастроентероанастомозу не було зафіксовано. House M. et al. [4] проаналізували віддалені результати лікування 1595 хворих, яким була виконана ПДР з метою визначення частоти біліарних ускладнень. Встановлено, що частота стриктур БДА, ускладнених механічною жовтяницею, становила 2,6%. Не було суттєвої різниці в частоті біліарних стриктур між хворими, що перенесли оперативні втручання з приводу злоякісних чи доброякісних новоутворень (2,6% та 2,6% відповідно). Середній термін до розвитку стриктури з жовтяницею склав 13 міс. Наявність жовтяниці в передопераційному періоді не попереджувала розвиток стриктури. Шляхом уніваріантного аналізу доведено, що біліарна стриктура асоційована з передопераційним крізьшкірним біліарним дренуванням та післяопераційним біліарним стентуванням. Післяопераційна хітіопроменева не впливала на частоту стриктур. Рецидив пухлини був причиною стриктури тільки у 3 з 32 хворих (9%), що оперовані з приводу злоякісних пухлин.

Частота стенозу ПЄА після ПДР досягає 30%, прицьому стриктури панкреатодигестивних анастомозів зустрічаються частіше після панкреатогастростомії, ніж панкреатоєюностомії [13]. При оцінці функціональних результатів лікування хворих, яким виконаний ПЄА "проток-слизова" та ПЄА з зовнішнім стентуванням панкреатичної протоки, показано, що у віддалені терміни ділятації панкреатичної протоки не спостерігали у жодного пацієнта з анастомозом "проток-слизова", у той час після зовнішнього стентування ділятацію протоки відмічали у 58,5% (оцінена при КТ) [14].

В проведеному нами дослідженні показана необхідність ретельного тривалого післяопераційного моніторингу хворих, що перенесли різні варіанти резекцій ПЗ. Комплексні лабораторні і інструментальні діагностичні методи дають змогу своєчасно визначити рецидив первинного захворювання, верифікувати післяопераційні ускладнення, своєчасно визначити покази до операції, уникнути експлоративних лапаротомій у хворих з диссемінованим пухлинним процесом. Прецизійна техніка оперування, використання сучасних засобів для гемостазу та диссекції тканин (зокрема LigaSure), абляційних технологій дають можливість суттєво зменшити травматичність оперативного втручання та частоту післяопераційних ускладнень. Складність діагностики рецидивів, пізніх ускладнень після резекцій ПЗ, що виконані у хворих на ускладнені форми ХП, злоякісні новоутворення органів БПДЗ, підвищена важкість вибору та технічного виконання етапних, повторних та реконструктивних операцій обумовлює необхідність концентрації таких хворих в спеціалізованих відділеннях та центрах, що обладнані сучасною апаратурою і мають висококваліфікованих спеціалістів в галузі лабораторної та інструментальної діагностики, інтервенційної радіології та гепатопанкреатобіліарної хірургії.

Висновки.

1. Комплексне індивідуалізоване застосування сучасних діагностичних методик (МСКТ,МРТ, ПЕТ тощо) є необхідним для визначення характеру післяопераційних порушень у хворих, що перенесли резекції ПЗ і встановлення показів до повторного оперативного втручання та методики його виконання.

2. Низька частота післяопераційних ускладнень і летальності, покращення якості життя оперованих хворих свідчать про доцільність виконання даного типу операцій в спеціалізованих центрах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Данилов М.В. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы : руководство для врачей / М.В. Данилов, В.Д. Федоров. — М. : Медицина, 2003. — 424 с.
2. Duodenum– and spleen–preserving total pancreatectomy for end–stage chronic pancreatitism / N. Alexakis, P. Ghaneh, S. Connor et al. // Br J Surg. — 2003. — Vol. 90, № 11. — P. 1401—1408.
3. Pancreatic carcinoma recurrence in the remnant pancreas after a pancreaticoduodenectomy / R. Dalla Valle, C. Mancini, P. Crafa, R. Passalacqua // JOP. — 2006. — Vol. 7, № 5. — P. 473—477.
4. Incidence and outcome of biliary strictures after pancreaticoduodenectomy / M. House, J. Cameron, R. Schulick et al. // Ann Surg. — 2006. — Vol. 243, № 5. — P. 571—576.
5. Kobayashi S. A case with a single liver metastasis from pancreatic cancer surviving for 29 months / S. Kobayashi, M. Ohashi, N. Tenma, H. Matsuura // Gan To Kagaku Ryoho. — 2007. — Vol. 34, № 10. — P. 1671—1674.
6. Miura F. Repeated pancreatectomy after pancreatoduodenectomy / F. Miura, T. Takada, H. Amano et al. // J Gastrointest Surg. — 2007. — Vol. 11, № 2. — P. 179—186.
7. Nakano H. Second surgery after a pancreaticoduodenectomy in patients with periampullary malignancies / H.Nakano, T.Asakura, S.Koizumi // Hepatogastroenterology. — 2008. — Vol. 55, № 82—83. — P. 687—691.
8. Long–term anastomotic Complications after Pancreaticoduodenectomy for benign diseases / K. Reid–Lombardo, A. Ramos–De la Medina, K. Thomsen [et al]. // J. Gastrointest. Surg. — 2007. — Vol. 11, № 12. — P. 1704—1711.
9. Reiser C. Pancreatic cancer-surgery for reccurrent disease / C. Reiser, J. Kleeff, M. Buchler // Chinese–German Journal of Clinical Oncology. — 2007.— Vol. 6, № 2. — P. 159—161.

10. Pancreatic redo procedures: to do or not to do — this is the question / M. Seelig, A. Chromik, D. Weyhe et al. //J. Gastrointest. Surg.—2007.— Vol. 11, № 9.— P. 1175—1182.
11. Schnelldorfer T. Reoperative surgery for chronic pancreatitis: is it safe?/ T.Schnelldorfer, D.Lewin , D.Adams. //World J Surg. —2006.— Vol. 30,№ 7.— P.1321—1328.
12. Siquini W. Surgical treatment of pancreatic disease : [монографія] / W.Siquini. — Springer, 2009.— 516 p.
13. Sledzianowski J. Recurrent pancreatitis after pancreaticoduodenectomy: reoperation for stenosis of the pancreaticojejunostomy/ J. Sledzianowski, F. Muscari, B. Suc, G. Fourtanier // Ann. Chir. — 2004.— Vol. 129, № 1.— P. 37—40.
14. Tani M. The evaluation of duct–to–mucosal pancreaticojejunostomy in pancreaticoduodenectomy / M. Tani, H. Onishi, H. Kinoshita et al. // World J. Surg.—2005.— Vol. 29, № 1.— P. 76—79.

O.I. DRONOV, YE.A. KRIUCHINA, R.D. DOBOUSH

National Medical University by O.O. Bogomolets, Department of General Surgery №1, Kyiv

Kyiv Center of surgical treatment of hepar, biliary tract and pancreas, Kyiv

REPEATED AND RECONSTRUCTIVE OPERATIONS AFTER RESECTIONS OF PANCREAS

From 2001 to 20011 a total of 222 patients underwent pancreatic surgery in our department (180 were included to the study). There were 39 patients (17,6%) identified who had pancreatic redo surgery. Accuracy and specificity of diagnostic methods, type of operation procedure and outcome were evaluated. Operative procedures included: 1) operation due to a recurrence of pancreatitis or new fibrotic complications, tumor reccurence (n=24); 2) operation after patogenetic false or nonradical primary interventions (n=2); 3) multistage surgical procedures (n= 7); 4) operations for septic and other specific surgical complications (n= 3); 5) operations concerning of other diseases (n= 3). There was no relaparotomy, perioperative mortality was 5,1% and morbidity was 33%. 81% of patients noted significantly improving the quality of life after operation according SF-36. Pancreatic redo surgery can be performed with low morbidity and mortality, improve the quality of life and may be performed at high-volume centers.

Key words: pancreatic resection, redosurgery

Стаття надійшла до редакції: 5.04.2011 р.