



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **53898** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН ГОЛІВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

1

2

(21) u201003597

(22) 29.03.2010

(24) 25.10.2010

(46) 25.10.2010, Бюл.№ 20, 2010 р.

(72) ЯРЕШКО ВОЛОДИМИР ГРИГОРОВИЧ, ЖИ-
ВИЦЯ СЕРГІЙ ГЕОРГІЙОВИЧ(73) ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-
ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ(57) Спосіб лікування пухлин голівки підшлункової залози, що включає абляцію пухлини, який **відрізняється** тим, що попередньо проводять перев'язку шлунково-дуоденальної артерії, а після абляції накладають біліо- та панкреатоєюноанастомози.

Спосіб відноситься до медицини, а саме до хірургії органів травлення.

Відомий сучасний спосіб лікування пухлин голівки підшлункової залози полягає у виконанні панкреатодуоденальної резекції з накладанням трьох анастомозів - панкреатоєюно-, гепатікоєюно- та гастроєюно. [Кубышкин В.А., Вишневський В.А. Рак поджелудочной железы. - М.: Изд-во Медпрактика-М. - 2003. - С.194-209.]

Дана методика може виконуватися тільки при резектабельних пухлинах, що складає не більш 30% пацієнтів, та характеризується великою інтраопераційною травматичністю, різноманітними післяопераційними ускладненнями та значним відсотком летальності.

Найбільш близьким по сукупності ознак до пропонуваного способу є спосіб лікування пухлин голівки підшлункової залози шляхом проведення радіочастотної абляції [Pezzilli R., Ricci C, Casadei R., Serra C, Calcutti L., Antonacci N., Santini D., Minni F. Radiofrequency ablation of pancreatic cancer: a new attractive approach or another unsuccessful technique for the treatment of pancreatic adenocarcinoma? // Cancer Therapy, 2008, Vol.6, P.741-744]. При цьому виконують лапаротомію, у пухлину вводять радіочастотний електрод та проводять абляцію.

Вказаний спосіб дозволяє зруйнувати пухлину та затримати або зменшити її подальший ріст.

Вказана методика має такі недоліки:

1. Виконання абляції пухлини без перев'язки судин може привести до внутрічеревної кровотечі за рахунок термічного ушкодження судин в самій пухлині.

2. Не дозволяє ліквідувати панкреатичну гіпертензію.

В основу корисної моделі поставлена задача створити такий спосіб лікування пухлин підшлункової залози, який зменшує операційну травму та можливість післяопераційних ускладнень, та максимально вирішує проблеми цієї патології, а саме - знімає біліарну та панкреатичну гіпертензію, що дає змогу уникнути жовтяниці та покращити якість життя за рахунок поменшення больового синдрому та включення панкреатичного соку у процес травлення.

Поставлена задача здійснюється завдяки тому, що виконується операція, яка включає перев'язку шлунково-дуоденальної артерії, абляцію пухлини підшлункової залози та накладання білідигестивного і панкреатоєюноанастомозу.

Спосіб здійснюють таким чином: спочатку виконують лапаротомію, мобілізацію дванадцятипалої кишки по Кохеру, перев'язку шлунково-дуоденальної артерії, після цього проводять відділення голівки з пухлиною від тіла підшлункової залози у межах 1,5-2 см від края пухлини. Проксимальний відділ прошивають. Після цього у пухлину вводять електрод радіочастотного термоаблятора та виконують абляцію при температурі 110°C впродовж 10 хвилин. Операція завершують накладанням білідигестивного соустья та панкреатоєюноанастомоза.

Приклад

Хвора П., 53 роки (історія хвороби №7131), поступила зі скаргами на жовтяницю шкіри та склер, темну сечу, зниження маси тіла до 15кг за 1 рік. Хворіє близько 3 діб, коли з'явилася жовтяниця.

Об'єктивно: стан важкий, жовтяниця. Живіт м'який, хворобливий в епігастрії та правому підребер'ї. За даними ультразвукового дослідження - дилатація внутрі- та позапечінкових жовчних шля-

(13) **U**
(11) **53898**
(19) **UA**

хів, жовчний міхур 154×89мм, в просвіті конкременти до 3см. В голівці підшлункової залози гіпоехогенне утворення до 3,5см в діаметрі, загальна панкреатична протока до 5мм в діаметрі. Пара панкреатичні лімфатичні вузли збільшені до 2,5см.

Аналіз крові: гб-120г/л, ер.-3,5-12¹²/л, лейкоц.-5,7-12⁹/л., е-2, п-12, с-54, л-26, м-6, ШОЕ-29мм/год. Загальний білірубін 97,2мкмоль/л, зв'язаний білірубін 52мкмоль/л, вільний - 45,2мкмоль/л, АЛТ 2,95мкмоль/л., а-амілаза крові 12г/год·л., діастаза мочі - 2048од.

Діагноз: Пухлина голівки підшлункової залози. Жовчнокам'яна хвороба.

Хронічний калькульозний холецистит. Механічна жовтяниця.

Через дві доби виконана операція - Холецистектомія. Радіочастотна термоабляція пухлини голівки підшлункової залози. Панкреатоєюно- та гепатікоєюностомія по Ру, дренування черевної порожнини. Верхньо-середина лапаротомія. При ревізії: в голівці підшлункової залози пухлина - щільна, горбиста, малорухома, до 5см в діаметрі, гепатікохоledох до 15мм, жовчний міхур збільшений в розмірах, не спорожняється, пальпаторно виявляються конкременти. Парахоledохіальні та паропанкреатичні лімфатичні вузли збільшені.

Проведена мобілізація дванадцятипалої кишки по Кохеру, шлунок мобілізований по великій кривизні. Голівка підшлункової залози мобілізована від нижньої половини вени. Перев'язана шлунково-дуоденальна артерія. Підшлункова залоза пересічена на рівні середньої третини тіла з резекцією

частини залози. Вірсунгова протока до 5-6мм в діаметрі. Через вірсунгову протоку в голівку введено електрод термоаблятора до середини пухлини. Поведена радіочастотна термоабляція пухлини на 1-5см з експозицією по 10 хвилин при температурі 110°C. Культя голівки підшлункової залози ушита. Проведена холецистектомія з перев'язкою пузирної артерії та протоки. Накладено панкреатоєюноанастомоз «кінець в кінець», та гепатікоєюноанастомоз «кінець в бік» по Ру. Підпечітковий простір, чепцева сумка, малий таз дреновано гумовими трубками. Рана поширено ушита.

Післяопераційний діагноз: Пухлина підшлункової залози T4N1Mx. Механічна жовтяниця. ЖКХ, хронічний калькульозний холецистит.

Післяопераційний період без ускладнень. Лабораторні показники нормалізувалися на 10 добу. Виписана в задовільному стані на 12 добу післяопераційного періоду.

Контрольний огляд з проведенням ультразвукового дослідження через 3 місяця - стан задовільний, жалоб, жовтяниці, болювого синдрому немає, пухлина по розмірам не прогресує.

Отже, спосіб, що пропонується, дозволяє уникнути післяопераційних ускладнень у вигляді внутрішньочеревної кровотечі, коригувати відходження жовчі та панкреатичного секрету, а також виконати руйнування пухлини підшлункової залози, що впливає на якість та подовження терміну життя хворого.