



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **52599** (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 ВИБОРУ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ТА ПЛАСТИЧНОГО ОПЕРАТИВНО-ГО ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

1

2

(21) u201006079

(22) 20.05.2010

(24) 25.08.2010

(46) 25.08.2010, Бюл.№ 16, 2010 р.

(72) ЩЕПОТІН ІГОР БОРИСОВИЧ, МОТУЗЬОК ІГОР МИКОЛАЙОВИЧ, СИДОРЧУК ОЛЕГ ІГОРОВИЧ, СМОЛАНКА ІВАН ІВАНОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ

(57) 1. Спосіб вибору реконструктивно-відновлювального та пластичного оперативного втручання у хворих на рак молочної залози, що включає виконання наступних дій: якщо обсяг тканин молочної залози, що підлягає видаленню, не перевищує 25 % обсягу залози, виконують квадрантектомію або лампектомію з регіонарною лімфодисекцією, а при обсязі тканин, які підлягають видаленню, що перевищує 25 % загального обсягу молочної залози, інвазії пухлини в сосково-ареолярний комплекс або мультицентричних пухлинах залози виконують радикальну мастектомію (в модифікаціях Пейті або Маддена), який **відрізняється** тим, що у випадку, коли обсяг тканин, що

підлягають видаленню, не перевищує 25 % обсягу залози, додатково виконують репозицію сосково-ареолярного комплексу, а у випадку, коли обсяг тканин, що підлягають видаленню, перевищує 25 % загального обсягу молочної залози, інвазії пухлини в сосково-ареолярний комплекс або мультицентричних пухлинах залози, при наявності вираженої жирової клітковини на передній черевній стінці або спині, виконують мастектомію з одномоментною реконструкцією залози донорськими клаптями з найширшого м'яза спини або поперечного клаптя живота, а у випадку відсутності достатньої кількості жирової клітковини на передній черевній стінці або спині виконують підшкірну мастектомію з збереженням або без збереження сосково-ареолярного комплексу та одномоментним ендопротезуванням молочної залози.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що у випадку, коли різниця обсягів молочних залоз після оперативного втручання з боку ураження перевищує 15 %, виконують репозицію сосково-ареолярного комплексу та одномоментну редукційну мамопластику інтактної залози.

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, зокрема до онкології та пластичної хірургії та може бути використана у хірургічному лікуванні хворих на рак молочної залози (РМЗ).

Сучасний підхід до лікування хворих на РМЗ передбачає досягнення не тільки продовження тривалості життя, а й покращення його якості. Існуючі стандарти лікування онкологічних хворих, які обрані нами за прототип, не включають реконструктивного етапу і в той же час пластичний підхід не завжди узгоджується з онкологічними принципами. Стандартними онкологічними операціями при ранньому раку молочної залози являються: квадрантектомія або лампектомія з регіонарною лімфатичною дисекцією та мастектомія за Мадденом, Пейті, рідше за Холстедом [1]. Виконують наступні дії: якщо обсяг тканин молочної залози, що підлягає видаленню не перевищує 25% обсягу залози,

виконують квадрантектомію або лампектомію з регіонарною лімфодисекцією, а при обсязі тканин, які підлягають видаленню, що перевищує 25% загального обсягу молочної залози, інвазії пухлини в сосково-ареолярний комплекс або мультицентричних пухлинах залози виконують радикальну мастектомію (в модифікаціях Пейті або Маддена).

Задачею заявленої корисної моделі є оптимальний вибір оперативного втручання для покращення косметичних результатів операції без шкоди радикалізму.

Технічний результат полягає в розширенні показань до органозберігаючих та первинно реконструкційних операцій, які забезпечують видалення пухлини в межах здорових тканин при локалізації пухлини в будь-якому квадранті молочної залози та отриманні симетричних, оптимальних за розміром та формою молочних залоз.

(13) **U**(11) **52599**(19) **UA**

Поставлену задачу досягають тим, що у відомому способі що включає виконання наступних дій: якщо обсяг тканин молочної залози, що підлягає видаленню не перевищує 25% обсягу залози, виконують квадрантектомію або лампектомію з регіонарною лімфодисекцією, а при обсязі тканин, які підлягають видаленню, що перевищує 25% загального обсягу молочної залози, інвазії пухлини в сосково-ареолярний комплекс або мультицентричних пухлинах залози виконують радикальну мастектомію (в модифікаціях Пейті або Маддена), який відрізняється тим, що, у випадку коли обсяг тканин, який підлягає видаленню, не перевищує 25% залози, додатково виконують репозицію сосково-ареолярного комплексу; а у випадку, коли обсяг тканин, які підлягають видаленню, перевищує 25% загального обсягу молочної залози, інвазії пухлини в сосково-ареолярний комплекс або мультицентричних пухлинах залози, при наявності вираженої жирової клітковини на передній черевній стінці або спині, виконують мастектомію з одномоментною реконструкцією залози донорськими клаптями з найширшого м'язу спини або поперечного клаптя живота, а у випадку відсутності достатньої кількості жирової клітковини на передній черевній стінці або спині виконують підшкірну мастектомію з/без збереженням сосково-ареолярного комплексу та одномоментним ендпротезуванням молочної залози; у випадку, коли різниця обсягів молочних залоз після оперативного втручання з боку ураження перевищує 15% виконують репозицію сосково-ареолярного комплексу та одномоментну редукційну мамопластику інтактної залози.

Особливістю даного способу є можливість виконання оперативного втручання згідно стандартів лікування онкологічних хворих при локалізації пухлини в будь-якій частині молочної залози та отримання симетричних, оптимальних за розміром та формою молочних залоз без утворення косметичного дефекту.

Спосіб здійснюють наступним чином:

При виконанні реконструктивно-відновлювального та пластичного оперативного втручання у хворих на рак молочної залози у випадку коли обсяг тканин, який підлягає видаленню,

не перевищує 25% залози, виконують квадрантектомію або лампектомію з регіонарною лімфодисекцією та додатково репозицію сосково-ареолярного комплексу; а у випадку, коли обсяг тканин, які підлягають видаленню, перевищує 25% загального обсягу молочної залози, інвазії пухлини в сосково-ареолярний комплекс або мультицентричних пухлинах залози, при наявності вираженої жирової клітковини на передній черевній стінці або спині, виконують мастектомію з одномоментною реконструкцією залози донорськими клаптями з найширшого м'язу спини або поперечного клаптя живота, а у випадку відсутності достатньої кількості жирової клітковини на передній черевній стінці або спині виконують підшкірну мастектомію з/без збереженням сосково-ареолярного комплексу та одномоментним ендпротезуванням молочної залози; у випадку, коли різниця обсягів молочних залоз після оперативного втручання з боку ураження перевищує 15% виконують репозицію сосково-ареолярного комплексу та одномоментну редукційну мамопластику інтактної залози.

Приклад конкретного виконання:

Хвора К. А.П., 37 років з діагнозом рака лівої молочної залози ІІБ ст. T2N1M0, після 2-х курсів неoadьювантної поліхіміотерапії 2 клінічна група 10.03.2010 поступила для оперативного лікування до відділення пухлин грудної залози та її реконструкції Національного інституту рака. Хворій 11.03.2010 виконано квадрантектомію лівої молочної залози з регіонарною лімфатичною дисекцією з редукційною мамопластиком справа. Перебіг післяопераційного періоду неускладнений, рана загоїлась первинним натягом.

Спосіб, що пропонується, був апробований на кафедрі онкології НМУ, на базі відділення пухлин грудної залози та її реконструкції Національного інституту рака протягом 2008-2010 років і показав себе як високоефективний, що дозволяє його рекомендувати для використання в практиці спеціалізованих відділень онкологічних установ.

Список літератури:

1. Наказ МОЗ "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "онкологія" від 17.09.2007 № 554, С.199.