



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **15380** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС****ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

1

2

(21) u200603413

(22) 29.03.2006

(24) 15.06.2006

(46) 15.06.2006, Бюл. № 6, 2006 р.

(72) Сedaков Ігор Євгенович, Олександров Олександр Ілліч, Денисенко Ярослав Володимирович, Остапенко Юрій Вікторович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб комплексного лікування раку молочної залози шляхом виконання розтину шкіри та наступного видалення пухлини з проведенням лімфаденектомії, який **відрізняється** тим, що видалення пухлини виконують верхньозовнішньою квадрантектомією, після чого проводять транспозицію сосково-ареолярного комплексу на дермальній судинній ніжці з одночасною катетеризацією а. thoracica interna з подальшим проведенням внутрішньо-артеріальної поліхіміотерапії.

Спосіб, що заявляється, належить до медицини, а саме до онкології, а також відновлювальної хірургії та може бути використаний при оперативному лікуванні раку молочної залози з локалізацією пухлини у верхньо-зовнішньому квадранті.

Відомо спосіб комплексного лікування раку молочної залози [1. Семиглазов В.С., Мерабишвили В.М. Современные тенденции в лечении больных раком молочной железы // Вопросы онкологии. - 1982. - №6. - С.3-7] шляхом виконання розтину шкіри та наступного видалення пухлини. При цьому видаляють молочну залозу у єдиному блоку зі значною ділянкою шкіри та підшкірно-жирової клітковини, великою та малою грудними м'язами, жировою клітковиною та лімфатичними вузлами підключичної, пахової та підлопаткової ділянок з подальшим проведенням курсів поліхіміотерапії.

Недоліком відомого способу є те, що проводиться видалення усієї молочної залози, яке супроводжується перетинанням або травмою багатьох артеріальних, венозних та лімфатичних судин, а також нервів, у результаті чого можливі такі наслідки як набряк та розвиток функціональних або органічних змін у кровоносній та лімфатичних системах верхніх кінцівок та оперованій області, тривала лімфорей та інфікування післяопераційної рани. Крім того, з часом відбувається обмеження амплітуди руху у плечовому суглобі. Такий спосіб лікування призводить до погіршення психоемоційного статусу жінки з приводу освідомлення косметичного дефекту.

Найбільш близьким за технічною суттєвістю до корисної моделі, що заявляється, є спосіб комплексного лікування раку молочної залози [2. Холдин

С.А., Де-марский Л.Ю. Расширенные радикальные операции при раке молочной железы. - 231с.] шляхом виконання розтину шкіри та наступного видалення пухлини з лімфаденектомією. При цьому проводять широку відсепаровку шкіри доверху майже до ключиці та униз за край реберної дуги до середини груднини та зовні до краю широкого м'язу спини, повністю видаляють підшкірно-жирову клітковину у паховій ямці.

Недоліком відомого способу є те, що після видалення усієї молочної залози залишається великий за площиною косметичний дефект. Освідомлення пацієнткою такого факту значно погіршує психоемоційний статус жінки та значно знижує якість життя пацієнтки. Крім того, спостерігаються порушення мікроциркуляції з розвитком трофічних уражень шкіри та супутні цьому гнійно-некротичні ускладнення.

В основу корисної моделі поставлена задача створення способу комплексного лікування раку молочної залози шляхом верхньо-зовнішньої квадрантектомії з лімфаденектомією і транспозицією сосково-ареолярного комплексу (САК) та катетеризацією внутрішньої грудної артерії з подальшим проведенням поліхіміотерапії, що надає можливість зберегти орган та значно зменшити косметичний дефект і покращити психоемоційний стан пацієнтки та підвищити якість її життя.

Сутність способу полягає в тому, що виконують розтин шкіри з наступною верхньозовнішньою квадрантектомією, після чого виконують транспозицію сосково-ареолярного комплексу на дермальній судинній ніжці з одночасною катетеризацією а. thoracica interna з подальшим проведенням внутрішньо-артеріальної поліхіміотерапії.

(19) **UA** (11) **15380** (13) **U**

Новим в способі, що заявляється, є те, що видалення пухлини виконують верхньозовнішньою квадрантектомією, після чого проводять транспозицію сосково-ареолярного комплексу на дермальній судинній ніжці з одночасною катетеризацією а. thoracica interna з подальшим проведенням внутрішньо-артеріальної поліхіміотерапії.

При виконанні радикальної мастектомії при оперативному доступі з наступним широким відсе-паруванням шкіри та видаленням підшкірної клітковини завжди уражаються анатомічні структури - фасціально-м'язові та судинно-нервові пучки, що у подальшому призводить по-перше, до порушення інервації синергічно діючих м'язових груп з подальшим обмеженням руху у плечовому поясі та зменшенню амплітуди дихальних екскурсій грудної стінки, по-друге, до порушення крово-лімфовідтоку у плечовому поясі, що призводить до лімфостазу та набряку, розвитку трофічних порушень з наступними гнійно-некротичними ускладненнями. Крім того, після видалення усієї молочної залози залишається великий за площиною косметичний дефект. Освідомлення пацієнткою такого факту значно погіршує психоемоційний статус жінки та знижує якість життя пацієнтки. Тому у межах цієї проблеми необхідним є створення способу комплексного лікування раку молочної залози з можливістю запобігання цих недоліків, а саме зберегти орган та значно зменшити косметичний дефект, що запобігає розладам у психоемоційному стані пацієнтки та тим самим покращує якість її життя.

Реалізують спосіб наступним чином. Визначають об'єм та розміри молочної залози, розмір пухлини у верхньо-зовнішньому квадранті, здійснюють розмітку шкіри за лініями майбутніх розрізів. У залежності від об'єму тканин, що видаляються, планують відстань та напрямок майбутньої транспозиції САК. Виконують розтин шкіри з наступним видаленням пухлини у верхньо-зовнішньому квадранті та лімфаденектомії. За діаметром ареоли у вибраному напрямку проводять деепітелізацію шкіри, після чого виконують транспозицію САК на дермальній судинній ніжці, ширина якої не менш ніж 6см. Ареолу фіксують до краю шкіри чотирма наводячими вузловими швами відповідно 6, 9, 12, 3 годинам. Накладають внутрішньошкірний шов. Далі за краєм реберної дуги від мечовидного відростку розтинають шкіру, апоневроз, розшаровують волокна прямого м'язу живота, виділяють кінцеву гілку а. thoracica interna, а. epigastrica superior; у яку ретроградно вводять катетер до мітки 14-22 см. Катетер фіксують шовковими лігатурами, дистальну частину а. epigastrica superior перев'язують, проводять пофарбування розчином метиленового синього для уточнення правильності постановки катетеру. Катетер виводять через кон-

трапертуру на передню черевну стінку, фіксують до шкіри вузловими шовковими швами та далі через встановлений катетер проводять курсами поліхіміотерапію.

Приклад 1. Хвора К., 1949 року народження, надійшла у клініку 11.05.2003 року з діагнозом: рак верхньо-зовнішнього квадранту молочної залози, стадія II. 16.03.05р. пацієнтці проведено комплексне лікування раку молочної залози. Визначали об'єм та розміри молочної залози, розмір пухлини у верхньо-зовнішньому квадранті, здійснювали розмітку шкіри за лініями майбутніх розрізів. У залежності від об'єму тканин, що видаляються, планували відстань та напрямок майбутньої транспозиції САК. Виконували розтин шкіри з наступним видаленням пухлини у верхньо-зовнішньому квадранті та лімфаденектомії. За діаметром ареоли у вибраному напрямку проводили деепітелізацію шкіри, після чого виконували транспозицію САК на дермальній судинній ніжці, ширина якої була 6 см. Ареолу фіксували до краю шкіри чотирма наводячими вузловими швами відповідно 6, 9, 12, 3 годинам. Накладали внутрішньошкірний шов. Далі за краєм реберної дуги від мечовидного відростку розтинали шкіру, апоневроз, розшаровували волокна прямого м'язу живота, виділяли кінцеву гілку а. thoracica interna, а. epigastrica superior; у яку ретроградно вводили катетер до мітки 18см. Катетер фіксували шовковими лігатурами, дистальну частину а. epigastrica superior перев'язували, проводили пофарбування розчином метиленового синього для уточнення правильності постановки катетеру. Катетер виводили через контрапертуру на передню черевну стінку, фіксували до шкіри вузловими шовковими швами та далі через встановлений катетер проводили поліхіміотерапію. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. При динамічному спостереженні за пацієнткою після операції протягом 3, 6, 12 місяців констатовано задовільний загальний стан, відсутність набряку верхньої кінцівки, об'єм рухів збережено.

Використання способу, що заявляється, дозволяє зберегти молочну залозу та досягти максимального косметичного результату у комплексному лікуванні раку молочної залози. Це значно покращує психоемоційний стан пацієнтки та підвищує якість її життя.

Література:

1. Семиглазов В.С., Мерабишвили В.М. Современные тенденции в лечении больных раком молочной железы // Вопросы онкологии. - 1982. - № 6. - С. 3-7.
2. Холдин С.А., Демарский Л.Ю. Расширенные радикальные операции при раке молочной железы. - 231 с.