

Винахід відноситься до медицини, а саме - до пластичної хірургії в онкології і може бути використаний для пластики рани після мастектомії.

Відомі традиційні способи пластики після мастектомії з приводу раку молочної залози T₁ - T₃ стадії, які ґрунтуються на заміщенні ранового дефекту шляхом переміщення шкірно-жирових клаптів з бокової поверхні грудної клітки або верхньої третини живота (Heldenhain, 1911; Barondi, 1978; Drever, 1977; Bohmert, 1974; Zoltan, 1989. Див.: Золтан Я. Реконструкция женской молочной железы. - Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1989. - С.14 - 51).

У випадках місцевого поширеного вузлового раку молочної залози (стадія T₄) виконують, як правило, комбіновану мастектомію з видаленням тканин, в які проростає пухлина (надкисниця, ребра, кут лопатки та ін.). В блок тканин, що видаляють попадає значна частина шкіри грудної клітки. Дефект шкіри і м'яких тканин знаходиться в прямій залежності від радикальності операції (фіг.1).

Для пластики рани, в деяких випадках застосовують вільну пересадку шкірних клаптів середньої товщини 0,25 - 0,3мм (Smith, 1961; Zoltan, 1962). Однак таке закриття створює локальний температурний дискомфорт, часто супроводжується мікроберною невралгією, обмежує застосування післяопераційної променевої терапії.

В інших випадках хірурги залишають рану для розвитку грануляційної тканини з наступною аутодермопластикою. Але на фоні ракової інтоксикації залишати велику рану для вторинного загоєння недоцільно у зв'язку з тим, що через її поверхню втрачаються білки, електроліти, рана стає джерелом підвищеного протеолізу, інфекційних ускладнень, больової реакції. Затягне загоєння небезпечне і з точки зору появи рецидивів.

У більшості випадків хірурги стараються стягнути краї рани після їх часткової мобілізації. Та це супроводжується крайовим некрозом шкірно-жирових клаптів, розходженням швів, нагноєнням рани, що на тривалий час затримує хіміопроменеву терапію.

В основу винаходу покладена задача розробки способу пластичного заміщення ранового дефекту тканин грудної клітки після мастектомії з приводу місцево поширеної карциноми (стадія T₄) молочної залози, завдяки якому забезпечується повноцінне закриття рани латеральним дорсо-абдомінальним клаптом й створюються умови для здійснення хіміопроменевої терапії в післяопераційному періоді.

Дана задача реалізується таким чином, що пластика дефекту м'яких тканин і шкіри після комбінованої мастектомії здійснюється шляхом викроювання латерального дорсо-абдомінального шкірно-жирового клаптя додатковими розтинами від країв післяопераційної рани: дугоподібним - від верхнього краю рани в паховій ділянці й до медіального краю лопатки (фіг.2), і вертикальним - від нижньо-медіального краю рани й до рівня пупка вздовж параректальної лінії (фіг.3). Мобілізація шкірно-жирового клаптя здійснюється так, щоб зберегти перфорантні судини, залишаючи місцями підшкірно-жирові перетинки. Через окремі розтини під клапоть герметично вставляються дренажні трубки. Відсепаровані тканини переміщують в краніальному напрямку до повного заміщення

ранового дефекту й фіксують швами до верхніх країв рани (фіг.4). Налагоджують активне дренування, накладають давлячу спирт-фурацилінову пов'язку. Дренажні трубки видаляють на 3 - 5 день, лігатури знімають на 12 - 14 день.

Приклад. Хвора Ф., 50 років, в січні 1994 року госпіталізована в облонкодиспансер з приводу раку правої молочної залози T₄N₂M₀ - IIIБ стадія. При огляді: в правій молочної залозі пухлина розмірами 12 + 14 + 15см з розпадом, неприємним запахом, інфільтрацією шкіри грудної клітки; пахові лімфовузли збільшені до 3 - 4см, щільні, нерухомі. Хвора отримала доопераційний курс поліхіміотерапії. Після цього було виконано операцію: правобічну радикальну мастектомію за Холстедом з тангенціальною резекцією четвертого ребра (пухлина проростала надкисницю). Післяопераційний дефект м'яких тканин грудної клітки розмірами 20 × 16см планувалось закрити одномоментно латеральним, дорсо-абдомінальним клаптом. Для цього від верхнього краю рани проведено дугоподібний розтин шкіри і підшкірно-жирової клітковини в напрямку до хребта, а з нижньо-медіального краю рани розтин проведено по параректальній лінії до пупка. Сформований після мобілізації латеральний дорсо-абдомінальний шкірно-жировий клапоть переміщено в краніальному напрямку і фіксовано до верхніх країв рани. Налагоджено активне дренування. Накладено давлячу спирт-фурацилінову пов'язку. На 12 - 14 добу знято шви. Рана загоїлась первинним натягом. В післяопераційному періоді хвора отримала три курси поліхіміотерапії.

Контрольний огляд в серпні 1996 року: післяопераційні рубці в задовільному стані. Ознак рецидиву і метастазів не виявлено. Лімфостаз правої руки III ступеню, обмеження рухів в правому плечовому суглобі.

Таким чином, запропонований спосіб забезпечує умови для швидкого загоєння рани і дозволяє в ранні післяопераційні строки продовжити спеціальні методи лікування.

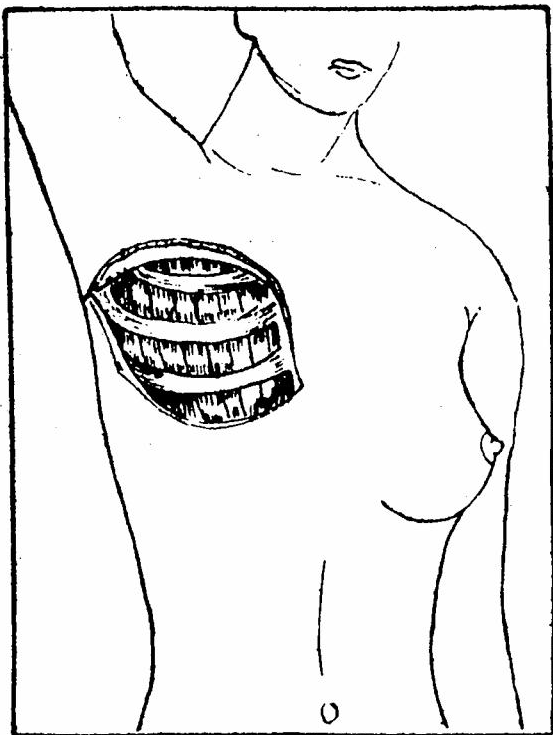


Fig. 1

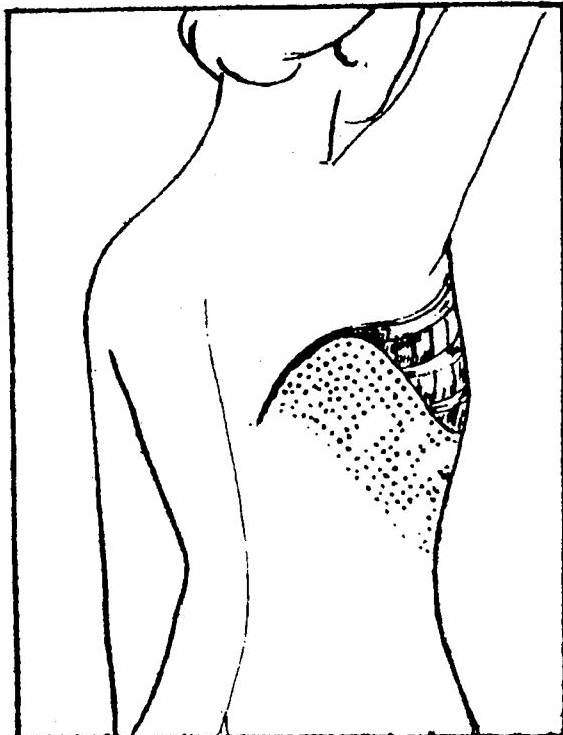


Fig. 2

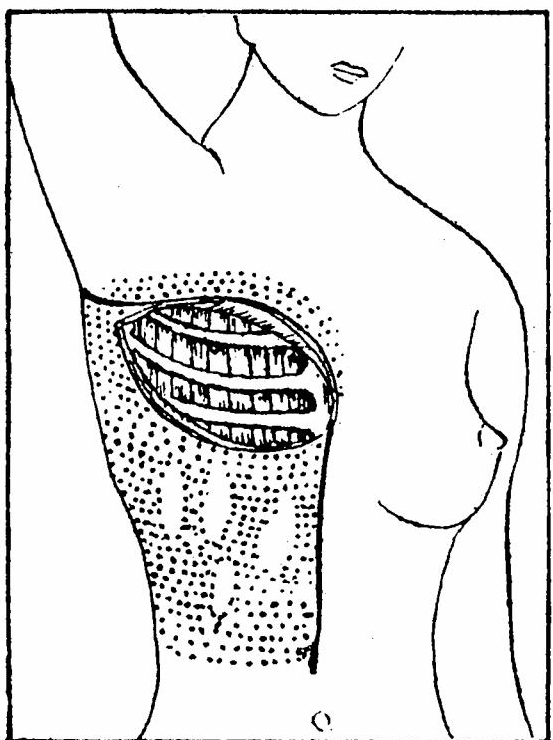


Fig. 3

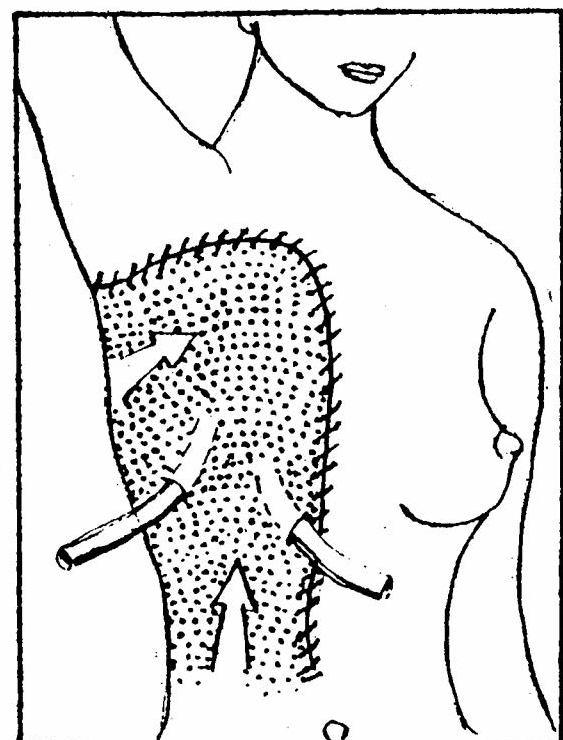


Fig. 4