

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРОМ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

(21) 99105630

(22) 14.10.1999

(24) 15.03.2001

(46) 15.03.2001, Бюл. № 2, 2001 р.

(72) Яремчук Олександр Якович, Чешук Валерій
Євгенович, Анікусько Микола Федорович(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ ІНМУ

(57) Спосіб профілактики сером після хірургічного лікування раку молочної залози, що включає підшивання клаптиків шкіри до грудної стінки та активне дренажування, який відрізняється тим, що рану перед зашиванням промивають 0,15% розчином суспензії "Сіллард-П".

Винахід відноситься до медицини, а саме до онкології. І може бути використаний в хірургічному лікуванні раку молочної залози.

Хірургічне лікування раку молочної залози (РМЗ) продовжує займати основне місце в комплексній терапії даного захворювання, незважаючи на бурхливий розвиток хіміотерапії гормонотерапії та променевого лікування. Хірургічне лікування раку молочної залози (РМЗ) має вже більш як сторічну історію і на сьогоднішній день відомо в світі понад 40 тисяч способів лікування цього захворювання. Хоч в останні роки значно змінилися погляди на характер оперативного лікування. Так на заході та в країнах Америки більше уваги надають органозберігаючим операціям (ОЗО), які там займають понад 50% в структурі хірургічного лікування. До органозберігаючих операцій відносять квадрантектомію, радикальну секторальну резекцію та лампектомію, які виконуються із аксильною лімфаденектомією. При ранніх стадіях захворювання такі операції не поступаються в ефективності радикальній та модифікованій мастектомії, про що свідчать результати виживаємості хворих в широкомасштабних рандомізованих дослідженнях світових онкологічних центрів [1-4]. Це можна пояснити тим, що локально злоякісний процес видаляється повністю за умови відсутності множинності вогнищ в молочної залозі. Відповідно й післяопераційні ускладнення залишаються актуальними для ОЗО в основному, як наслідок лімфаденектомії, хоч косметичний результат явно задовольняє пацієнтів. Основним ускладненням лімфаденектомії, як після мастектомії, так і після ОЗО є утворення сероми в післяопераційному періоді. За даними різних авторів вони розвиваються в 73% випадків [5,6]. Обсяг і тривалість їх різні в зв-

лежності від особливостей операції та хірургічної техніки.

Для профілактики сером запропоновано активне, вакуумне дренажування пахової ділянки протягом 3-5 діб, яке забезпечує герметизм та відсмигивний тиск в рані, а це в свою чергу забезпечує прилипання шкіри до грудної стінки [7]. Недоліком способу є тривале знаходження дренажу в рані, можливість інфікування її, та обмеження активної поведінки хворої і ранньої реабілітації її. Крім того активне дренажування протягом 3-5 діб не завжди приводить до повного лікування сероми.

Відома профілактика сером після хірургічного лікування РМЗ шляхом підшивання шкіри до грудної стінки, вибрана нами за прототип. Даний метод передбачає підшивання клаптиків шкіри до грудної стінки для зменшення величини пахової порожнини і щільного приставання шкіри. Недоліком методу є його ефективність при досить міцному підшиванні шкіри в паховій ділянці, що безперечно веде до тривалої контрактири руки. Проте повністю зашити дефект тканин в паховій порожнині неможливо, і тому залишається якийсь невеликий простір, який і є причиною сероми різного ступеня і тривалості в залежності від якості підшивання. Пресічені лімфатичні судини не виконують дренажної функції, а лімфорея з них продовжується в рану в ранньому післяопераційному періоді.

Задачею заявленого винаходу є зменшення кількості випадків сером, а в разі їх виникнення - зменшення вираженості та тривалості післяхірургічного лікування раку молочної залози шляхом обробки післяопераційної рани 0,15% розчином суспензії ентеросорбенту "Сіллард-П" перед зашиванням рани та підшиванням клаптиків шкіри до грудної стінки. Сама суспензія ентеросорбенту "Сіл-

лард-П" представляє собою високодисперсний кремнезем, очищений від домішок гріту, без смаку та запаху. 0,15% концентрація оптимальна для найвищої і ефективної сорбції, і відсутності ускладнень підібрана нами експериментально.

Досягаємих технічних результат полягає в зменшенні кількості випадків сером, або зменшенні їх вираженості та тривалості, що покращує якість життя хворих та скорочує термін перебування хворої в стаціонарі. Спосіб патогенетично обґрунтований, полягає в сорбції білків та метаболітів в рані, які фіксуються на поверхні часточок сорбенту та забезпечують утворення мембрани для відмежування міжклітинного простору та закриття просвіту лімфатичних судин. Перевагою даного способу є відсутність побічного роду ускладнень та побічних ефектів при високій його ефективності методу.

Поставлену задачу досягали тим, що у відомому способі, який передбачає профілактику сером після хірургічного лікування раку молочної залози за допомогою підшивання клаптиків шкіри до грудної стінки та дренажу пахової порожнини, відповідно до винаходу перед зашиванням рану обробляють 0,15% розчином суспензії "Сілард-П".

Додаткове оброблення рани розчином суспензії забезпечує профілактику утворення сероми, завдяки сорбції білків на поверхні рани та утворенню біологічної мембрани, яка застерігає лімфорею із раневої поверхні та пересічених лімфатичних судин.

Спосіб виконується таким чином

Положення хворої на операційному столі типове для виконання мастектомії та інших операцій на молочної залозі - на спині. Після виконання основного обсягу операції видалення молочної залози чи сектору її з клітковиною та лімфовузлами підключичної, пахової, підлопаткової та між'язової ділянок та встановлення гемостазу в рану заливають 0,15% розчин суспензії "Сілард-П" в кількості 150-200 мл. Дотримуються експозиції препарату до 2-3 хв. Потім надлишок суспензії насухо вимочують марлевим тампоном. Встановлюють дренаж в пахову порожнину. Клаптики шкіри підшивають до грудної стінки, шовкові шви на шкіру. Дренаж видаляють на слідуючу добу. При адекватному гемостазі можливо не дренивати післяопераційну рану. Серому пунктують на 3,5 добу і вона практично була відсутня у всіх досліджуваних випадках. Хворих в строк на 14 добу після операції виписують із відділення без ознак сероми.

Приклади конкретних виконань.

Хвора Гуріна Н.Г., 53 роки, 07.05.1999 р. оперована з приводу раку правої молочної залози, ІІБ стадії, $T_2N_1M_0$, 2 клінічна група. Після проведення триденного курсу телегаматерапії за інтенсивною методикою хворій виконано радикальну мастектомію за Пейті з обробкою операційної рани 0,15% розчином суспензії "Сілард-П". Післяопераційний період проходив без ускладнень, рана загоювалась первинним натягом. При пунктуванні післяопераційної рани серома не спостерігалась.

Хвора виписана з стаціонару на 9 добу після операції.

Хвора Строкіна О.І., 51 рік, 28.05.1999 р. оперована з приводу раку лівої молочної залози, І стадії, $T_1N_0M_0$, 2 клінічна група. Після проведення одностороннього курсу телегаматерапії за інтенсивною методикою хворій виконано радикальну мастектомію за Пейті з обробкою операційної рани 0,15% розчином суспензії "Сілард-П". Післяопераційний період проходив без ускладнень, рана загоювалась первинним натягом. При пунктуванні післяопераційної рани серома майже не спостерігалась (5-7 мл серозної рідини). Хвора виписана з стаціонару на 11 добу після операції.

З метою вивчення частоти розвитку та тривалості сером після хірургічного лікування раку молочної залози ми провели статистичний аналіз у 12 хворих, яким для профілактики сером інтраопераційно промивали рану 0,15% розчином суспензії "Сілард-П". Контрольну групу склали 60 хворих, яким профілактику післяопераційних сером проводили шляхом підшивання шкіри, дренивання пахової порожнини та пункції сероми після видалення дренажа на протязі 2 тижнів. Результати показали, що в досліджуваній групі сероми були не тривалими, до 5 діб і достатньо було проводити 3 кратне відкачування серозної рідини шляхом пункції її в 91% випадків, і в 1 випадку (8,3%) серома була тривалою - протягом 3 тижнів, що можна пояснити не зовсім якісною обробкою пахової порожнини сорбентом. В контрольній групі сероми розвивались і були тривалими на протязі 2 тижнів у 85%.

ЛІТЕРАТУРА

1. Veronesi V. Et al. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast // *N.Engl. J. Med.* -1981 -V.305.-P.7-11.
2. Fisher B., Baner M., Margolese R., Poisson R., et al. Five year results of a randomised trial comparing total mastectomy and segmental mastectomy with or without radiotherapy in the treatment of breast cancer // *N.Engl. G. Med.* -1985,312. -P.665-673.
3. Veronesi V., Marubini E., Vacchio M., et al. Local recurrences and distal metastases after conservative breast cancer treatment: Partly independent events // *J. Nat. Cancer. Inst.* -1995.-Vol.87.-P.19-27.
4. Veronesi V. Conservative treatment of breast cancer the experience of the National Cancer Institute. Milan. Current perspectives in breast cancer. New Delhi, 1988.-p.164-170.
5. Thomas F.Hack, Lorenzo Cohen, Joel Katz, Lynda S.Robson Physical and Psychological Morbidity After Axillary Lymph Node Dissection for Breast Cancer // *J. Clin. Oncol.* -1999.17.-P.143-149.
6. Пронин В.И., Розанов Ю.Л., Вельшер Л.З. Мастэктомия и ее последствия.-1985.М.: Медицина.- 96с.
7. Герасименко, В.Н., Артошенко Ю.В. и др. Реабилитация онкологических больных. - М., 1988. - С 158-181.

Тираж 50 экз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»

Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101

(03122) 3 - 72 - 88 (03122) 2 - 57 - 03