



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **53276** (13) **U**  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**  
**ДО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ВИКОНАННЯ ТРАМ-РЕКОНСТРУКЦІЇ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ З ПРИВОДУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

1

2

(21) u201007524

(22) 16.06.2010

(24) 27.09.2010

(46) 27.09.2010, Бюл.№ 18, 2010 р.

(72) ЩЕПОТІН ІГОР БОРИСОВИЧ, ЗОТОВ ОЛЕКСИЙ СЕРГІЙОВИЧ, ОЛІЙНИЧЕНКО ГЕННАДІЙ ПЕТРОВИЧ, АНІКУСЬКО МИКОЛА ФЕДОРОВИЧ, ДОВЖЕНКО МАРИНА МИКОЛАЇВНА

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб виконання ТРАМ-реконструкції молочної залози з приводу раку молочної залози, який

передбачає переміщення клаптя, що складається з шкіри та підшкірно-жирової клітковини передньої черевної стінки, на м'язовій ніжці через тунель, сформований між мечоподібним відростком та інфрамамарною складкою в місце дефекту передньої грудної стінки, який **відрізняється** тим, що м'язову частину шкірно-м'язового клаптя зміцнюють шляхом накладання однорядного вузлового шва на прямий м'яз живота по лінії його пересічення паралельно ходу м'язових волокон.

Корисна модель належить до медицини, а саме до онкології, і може бути використана в реконструктивно-хірургічному лікуванні хворих на рак молочної залози (РМЗ) під час одномоментної чи відстроченої ТРАМ - реконструкції молочної залози.

Проблема реконструкції молочної залози, незважаючи на тривалий період вивчення, залишається актуальною і сьогодні. Значний відсоток пацієнток потребують виконання мастектомії в зв'язку з відносно пізньою діагностикою. Кількість запущених вперше діагностованих випадків РМЗ згідно канцер-реєстру за 2008 рік в Україні сягає 22,9 % (15,3 % та 7,6 % - 3 та 4 стадії). Можливість виконання органозберігаючих операцій молочної залози обмежується, а частка радикальних мастектомій залишається високою в зв'язку з центральною локалізацією та мультицентричним ростом РМЗ. Середній вік пацієнток, хворих на РМЗ, за останнє десятиріччя значно зменшився, що особливо загострює проблему психологічного дискомфорту та психосоціальної реабілітації, які можуть бути подолані за допомогою реконструктивної хірургії (1, 2, 3).

Прототипом заявленої корисної моделі є класичний спосіб ТРАМ - реконструкції молочної залози. Вперше застосували ТРАМ - реконструкцію з переміщенням шкірно-м'язового клаптя (ШМК) на одній ніжці в 1982 р. Hartrampf, Scheffan та Black (4); операція являла собою виконання розтину шкіри передньої черевної стінки, мобілізацію шкіри та підшкірно-жирової клітковини до мечоподібного

відростка грудини, мобілізацію вільної частини клаптя зі стінок піхви протилежного прямого м'яза живота, розсічення піхви прямого м'яза живота нижче ШМК з виділенням самого м'яза, пересічення останнього та перев'язкою нижньої надчеревної артерії з подальшим переміщенням ШМК тунелем між мечоподібним відростком та інфрамамарною складкою на місце постмастектомічного дефекту та ушиванням дефекту передньої черевної стінки. Класична методика має ряд переваг, що пов'язані з естетичними результатами, а саме - можливість сконцентрувати значний об'єм сформованої молочної залози, відсутність деформації субмамарної складки, динамічний зв'язок об'єму нової залози з втратою чи збільшенням ваги пацієнтки. Недоліком даної методики є високий ризик розвитку ішемічних ускладнень через недостатній кровоток в перфорантних судинах у післяопераційному періоді, що призводить до втрати клаптя, крайового некрозу, жирового некрозу, які погіршують віддалений естетичний результат або ж викликати потребу повторного оперативного втручання з метою їх корекції.

Основним джерелом кровопостачання шкіри над прямими м'язами живота є перфорантні артерії з нижче розташованих м'язів; їх кровопостачають верхня та нижня парні надчеревні артерії, які входять в прямі м'язи позаду і, перфоруєючи їх, досягають шкіри. При проходженні ШМК через тунель частина перфорантів можуть бути пошкоджені, оскільки є складовою фіксуєного апарату,

(19) **UA** (11) **53276** (13) **U**

що підтримує шкірно-жирову частину клаптя з м'язом.

При вивченні доступної медичної літератури методів запобігання пошкодження перфорантів при переміщенні ШМК не виявлено.

Задачею заявленого способу є покращення естетичних результатів TRAM - реконструкції та зменшення ризику розвитку ішемічних ускладнень з боку ШМК за рахунок покращення кровотоку в перфорантних судинах у післяопераційному періоді.

Технічний результат, отриманий від вирішення задачі, полягає у зменшенні травматизації перфорантних судин прямого м'яза живота та досягненні гемостазу після пересічення м'язової ніжки. Адекватна васкуляризація трансплантата сприяє, в свою чергу, скороченню терміну загоєння рани, зменшенню кількості ранніх та пізніх ускладнень реконструкції, зокрема некрозів трансплантату, що викликають потребу проведення повторних операцій та збільшують кількість ліжко-днів одного пацієнта.

Поставлену задачу досягають тим, що у відомому способі, який передбачає переміщення клаптя, що складається з шкіри та підшкірно-жирової клітковини передньої черевної стінки на м'язовій ніжці через тунель, сформований між мечоподібним відростком та інфрамаммарною складкою в місце дефекту передньої грудної стінки згідно корисної моделі м'язову частину шкірно-м'язового клаптя зміцнюють шляхом накладання однорядного вузлового шва на прямий м'яз живота по лінії його пересічення паралельно ходу м'язових волокон.

Особливістю даного способу є зниження можливості утворення розривів та мікротравматизації судин при тракції та дислокації ШМК під час переміщення останнього.

Спосіб здійснюють наступним чином:

Після розтину шкіри передньої черевної стінки проводять мобілізацію шкіри та підшкірно-жирової клітковини до мечоподібного відростка груднини; мобілізацію вільної частини клаптя зі стінок піхви протилежного прямого м'яза живота. Проводять розсічення піхви прямого м'яза живота нижче ШМК з виділенням самого м'яза, пересічення останнього та перев'язку нижньої надчеревної артерії.

Перед переміщенням ШМК на край м'язової культі накладають 8-10 швів довжиною до 1 см паралельно ходу м'язових волокон шовним матеріалом (лавсаном), що наполовину розсмоктується, на відстані 0,5-0,8 см один від одного. Надалі

проводиться переміщенням ШМК тунелем між мечоподібним відростком та інфрамаммарною складкою на місце постмастектомічного дефекту та ушиванням дефекту передньої черевної стінки.

Приклад конкретного виконання:

Хвора М-ка, 1960 р. н. амб. к-ка № 7444/07 звернулася в КМОЛ зі скаргами на наявність утвору у правій молочній залозі. Після обстеження було встановлено діагноз: Рак правої молочної залози ст. I T1 N0 M0 (мультицентричний ріст), кл. гр. II. Отримала 1 курс неоад'ювантної поліхіміотерапії за програмою FAC. За даними сонографічного дослідження молочних залоз утвор зменшився з 12 мм до 9 мм. 13.07.07 - виконана радикальна мастектомія за Мадденом справа. ПГЗ № 22959-67/07: внутрішньопротоковий рак G2, Лімфатичні вузли - без метастазів. Пройшла повний курс ад'ювантної поліхіміотерапії за схемою FAC. 02.10.08 - виконана відстрочена реконструкція правої молочної залози TRAM - клаптем за запропонованою методикою. 15.04.09 - виконана реконструкція сосково-ареолярного комплексу. Перебіг післяопераційного періоду неускладнений, ішемічних ускладнень не спостерігалось. Безпосередній та віддалений результат оцінено як задовільний.

Спосіб, що пропонується був апробований в клініці онкології НМУ на базі хірургічного відділення міської онкологічної лікарні протягом 2007-2009 рр. (за методом прооперовано 18 хворих) і показав себе таким, що дозволяє його рекомендувати для використання в практиці реконструктивно-пластичного лікування спеціалізованих відділень онкологічних установ.

Представлений спосіб дозволяє зменшити частоту розвитку післяопераційних ішемічних ускладнень, що в свою чергу сприяє досягненню задовільних естетичних результатів та зменшенню економічних витрат.

Список літератури:

1. Mackay DR, Brtaun SA, Stott RS. Problems with the transverse rectus abdominis myocutaneous island flap in breast reconstruction. S Afr Med J. 1989; 16; 76(12): 654-6.
2. Kroll SS. The early management of flap necrosis in breast reconstruction. Plast Reconstr Surg. 1991; 87(5): 893-901.
3. Kanchwala SK, Bucky LP. Optimizing pedicled transverse rectus abdominis muscle flap breast reconstruction. Cancer J. 2008; 14(4): 236-40.
4. Hartrampf CR, Scheffan M, Black PW. Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. Plast Reconstr Surg. 1982; 69(2): 216-25.