



УКРАЇНА

(19) UA (11) 54579 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00  
A61B 19/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ НА ЕТАПІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

1

(21) u201008492

(22) 07.07.2010

(24) 10.11.2010

(46) 10.11.2010, Бюл.№ 21, 2010 р.

(72) ЩЕПОТІН ІГОР БОРИСОВИЧ, МОТУЗЮК ІГОР МИКОЛАЙОВИЧ, СИДОРЧУК ОЛЕГ ІГОРОВИЧ, ПАП ЛІЛІЯ СТАНІСЛАВІВНА, ЄГОРОВ ІВАН ВОЛОДИМИРОВИЧ, СИДОРЕНКО КОСТЯНТИН ДМИТРОВИЧ

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

(57) 1. Спосіб ведення хворих на рак молочної залози на етапі хірургічного лікування, що включає проведення загальноприйнятого обстеження хворих до операції, виконання фіброгастроскопії, обстеження супутньої патології за необхідності та проведення радикального оперативного втручання на молочних залозах із приводу раку, який **відрізняється** тим, що на доопераційному етапі здійснюють психологічну підготовку пацієнтки, проводять бесіди з поясненням необхідності виконання маніпуляцій, встановлення дренажів, у разі планування реконструкції молочної залози/залоз аутологічними тканинами, обов'язкового виконання доплерографії судин "ніжки" трансплантата для уточнення адекватності кровотоку, гоління та встановлення у разі необхідності сечового катете-

2

ра в день операції.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що оперування проводять двома бригадами, вводять антибіотики широкого спектра дії на початку операції, мінімізують операційну травму, замінюють дефекти черевної стінки штучними трансплантатами, використовують шовний матеріал, що розсмоктується, проводять адекватну мобілізацію клаптів (без натягу), знімають натяг з країв рани, за необхідності, з використанням біоматеріалу.

3. Спосіб за пп. 1, 2, який **відрізняється** тим, що в післяопераційному періоді забезпечують ранню активізацію пацієнтки (через 3-4 години після втручання), переводять пацієнтку на пероральний прийом антибактеріальних препаратів, знеболення виконують ненаркотичними анальгетиками, мінімізують призначення антибіотиків (тільки по суворих показаннях), використовують низьковакуумні дренажі на короткий термін (до 5 діб), одягають компресійну білизну одразу після операції, проводять прогрівання трансплантата при сталій температурі 37 °С одразу після закінчення операції та протягом першої доби; з наступного дня після операції призначають місцево гепарини на гелевій основі, сонографічний моніторинг рани, а після реконструкції залози TRAM-клаптем проводять стимуляцію перистальтики.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, а саме до хірургії і онкології, і може бути використана для ведення хворих на рак молочної залози на етапі хірургічного лікування.

Відомо, що при виконанні радикальних та реконструктивно-відновлювальних операцій на молочних залозах немає чіткої системи ведення хворих.

Проте, існуючі підходи до перед-, інтра- та після операційного ведення хворих [1] включають передопераційний голод, гоління напередодні операції, обов'язкове дренирування післяопераційної рани, призначення наркотичних анальгетиків та антибіотиків в післяопераційному періоді, тощо.

Недоліком наведеного способу є його недо-

статня фізіологічність, відносно великий відсоток ускладнень та тривалий післяопераційний період. Тому нами була розроблена та запропонована методика ведення хворих на рак молочної залози, яким виконуються радикальні та/або реконструктивно-пластичні операції.

Задачею заявленої корисної моделі є покращення безпосередніх результатів хірургічного лікування хворих, яким виконуються радикальні та/або реконструктивно-пластичні операції на молочних залозах.

Технічний результат полягає в зменшенні відсотка післяопераційних ускладнень, ранній активізації хворих, скорочення термінів перебування в стаціонарі, прискорення одужання та покращення

(13) U  
(11) 54579  
(19) UA

якості життя пацієнток.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі, що включає проведення загальноприйнятого обстеження хворих до операції, обстеження супутньої патології за необхідністю та проведення радикального оперативного втручання на молочних залозах із приводу раку, згідно корисної моделі на доопераційному етапі здійснюють психологічну підготовку пацієнтки, проводять бесіди з поясненням необхідності виконання маніпуляцій, встановлення дренажів; у разі планування реконструкції молочної залози/залоз аутологічними тканинами обов'язкового виконання доплерографії судин «ніжки» трансплантату для уточнення адекватності кровотоку, гоління та встановлення у разі необхідності сечового катетера в день операції; оперування проводять двома бригадами, вводять антибіотики широкого спектру дії на початку операції, мінімізують операційну травму, замінюють дефекти черевної стінки штучними трансплантатами, використовують шовний матеріал, що розсмоктується, проводять адекватну мобілізацію клаптів (без натягу), знімають натяг з країв рани, при необхідності з використанням біоматеріалу; в післяопераційному періоді забезпечують ранню активізацію пацієнтки (через 3-4 години після втручання), переводять пацієнтку на пероральний прийом антибактеріальних препаратів, знеболення виконують ненаркотичними анальгетиками, мінімізують призначення антибіотиків (тільки по суворим показанням), використовують низько-вакуумні дренажі на короткий термін (до 5 діб), одягають компресійну білизну одразу після операції, проводять прогрівання трансплантату при сталій температурі 37°C одразу після закінчення операції та протягом першої доби; з наступного дня після операції призначають місцево гепарини на гелевій основі, сонографічний моніторинг рани, а після реконструкції залози TRAM-клаптем проводять стимуляцію перистальтики.

Особливістю даного способу є можливість значно покращити безпосередні результати хірургічного лікування з приводу раку молочної залози

за рахунок правильного перед-, інтра- та післяопераційного ведення хворих на рак молочної залози.

Приклад конкретного виконання:

Хворій Г. Н.О., 53 років, в 2001 році виконано мастектомію за Пейті через рак правої молочної залози 2Б стадії T2N1M0 2 клінічна група та проведена післяопераційна хіміопроменева терапія, в 2009 році з приводу раку лівої молочної залози 2Б ст. T2N1M0 2 клінічна група отримала 2 курси неoad'ювантної поліхіміотерапії за схемою FAC, після чого виконана мастектомія за Мадденом зліва з післяопераційною хіміопроменевою терапією. 12.01.2009 року для оперативного лікування поступила до відділення пухлин молочної залози та її пластики і реконструкції Національного інституту раку. 14.01.2010, після попередньої психологічної підготовки та вибору оперативної тактики, хворій виконано двобічну реконструкцію молочних залоз поперечними абдомінальними клаптями на прямих м'язах живота з урахуванням принципів вказаної методики. В післяопераційному періоді протягом 24 годин виконувалось прогрівання алотрансплантатів електричним приладом beurer® НК-110 при сталій температурі 37-37,5°C. В післяопераційному періоді лікування проводилось згідно вище викладених підходів. Подальший перебіг післяопераційного періоду - неускладнений, рани загоїлись первинним натягом, ознак ішемії алотрансплантатів в подальшому не відмічалось. Хвора була виписана додому на 6 добу після операції.

Спосіб, що пропонується був апробований в клініці онкології НМУ на базі відділення пухлин молочної залози та її пластики і реконструкції Національного інституту раку протягом 2009-2010 років і показав себе як вискоєфективний, що дозволяє його рекомендувати для використання в практиці спеціалізованих відділень онкологічних установ.

Список літератури:

1. Шайн М. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии/ Пер. с англ. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2003. - 272с.