

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

Рак молочної залози (РМЗ) займає перше місце в структурі онкологічних захворювань жіночого населення України, країн Європи, США, Канаді [1]. Захворюваність на цю патологію постійно зростає. Серед відомих способів лікування, основним вважають хірургічний, а саме радикальну мастектомію [2]. Навколо хірургічного методу вже базуються хіміотерапевтичне, променеве та гормональне лікування. Тому в цілому ця патологія на сучасному етапі лікується комплексно [3]. В зв'язку із комплексним підходом в лікуванні РМЗ, підвищенням рівня діагностики, зокрема на стадії T1 № 0 МО намітилась тенденція до органозберігаючих операцій в лікуванні. Такий підхід ще обумовлений ускладненнями після радикальної мастектомії - лімфостаз верхньої кінцівки, контрактура плечового суглобу. Але при стадіях T2-3 № 1-2 МО радикальна мастектомія, як і раніше залишається актуальною.

Відомий класичний варіант радикальної мастектомії за Холстедом, який передбачає моноблочне видалення молочної залози великого і малого грудного м'язів з клітковиною і лімфовузлами підключичної, пахової і підлопаткової областей [4]. Операція названа радикальною на базі концепції Холстеда, що до поетапного поширення РМЗ. Але не менш вагомою є концепція Фішера [1], що до раннього віддаленого метастазування РМЗ, тому любий варіант мастектомії є умовно радикальним. А враховуючи ускладнення після мастектомії за Холстедом - лімфостаз (60-70%), контрактура плечового суглобу (30%), поступово стали віддавати перевагу менш травматичним операціям, які не поступаються у радикальності [5]. Основним принципом їх є радикальне моноблочне видалення пухлини і регіонарних лімфатичних колекторів. Відомо, що великий і малий грудні м'язи не містять у собі метастази, метастазування в них не відбувається, тому збереження їх є важливим для зведення до мінімуму післяопераційних ускладнень.

Відомий спосіб мастектомії за Пейті [4], який вибраний нами за прототип. При цьому способі моноблочно видаляють молочну залозу із власною фасцією (f. pectoralis), малий грудний м'яз і клітковину підключичної, міжм'язової (субпекторальної) пахової і підлопаткової ділянок. Але цей спосіб має наступні недоліки: видалення малого грудного м'язу приводить до утворення порожнини між великим грудним м'язом і грудною стінкою, яка є причиною тривалих післяопераційних сером і лімфостазів. Крім того скелетизація великого грудного м'язу приводить в подальшому до атрофії його, тому контрактури плечового суглобу теж розвиваються після цієї операції у 20-30% випадків [5].

В основі винаходу лежить задача зниження післяопераційних ускладнень, відновлення функції верхньої кінцівки, при збереженні радикального об'єму оперативного втручання.

Досягасний технічний результат полягає в зниженні післяопераційних сером і лімфореї, що сприяє скороченню термінів перебування хворих у стаціонарі, а також зниженню інвалідизації хворих за рахунок відновлення функції верхньої кінцівки і зменшення ступеня лімфостазу.

Поставлену задачу досягають тим, що у відомому способі, який включає пересічення малого грудного м'язу, моноблочне видалення молочної залози з підключичною, міжм'язовою паховою і підлопатковою клітковиною, відповідно до винаходу малий грудний м'яз пересікають над паховою веною і підшивають його до внутрішньої поверхні великого грудного м'язу П-подібним швом. Завдяки збереженню малого грудного м'язу не утворюється порожнина в субпекторальному просторі, а підшивання до великого грудного м'язу сприяє відновленню кровопостачання та трофіки останнього.

Суть винаходу пояснюється малюнками.

На фіг. 1 представлено етап відсічення молочної залози від грудної стінки разом із підлеглою фасцією і оточуючою клітковиною; на фіг. 2 - етап виділення малого грудного м'язу; на фіг. 3 - етап пересічення малого грудного м'язу і підключично-пахової лімфаденектомії; на фіг. 4 - етап виділення препарату і підшивання малого грудного м'язу.

Спосіб виконується таким чином.

Положення хворої на операційному столі на спині. Після обробки операційного поля, під загальним знеболенням, виконують розріз шкіри в поперечному напрямку навколо молочної залози. Виконують сепарацію шкіри з підшкірною клітковиною в межах радикального об'єму навколо молочної залози. Відсікають молочну залозу разом із оточуючою клітковиною і підлеглою власною фасцією грудної стінки таким чином, що вона утримується на клітковині підлопаткової, підключичної і пахової груп. Гострим і тупим шляхом входять у субпекторальний простір по зовнішньому краю великого грудного м'язу. За допомогою пластинчатого гачка піднімають великий грудний м'яз і видаляють міжм'язову клітковину разом із а. iv. pectoralis (бажано збереження нерва). Оголюють малий грудний м'яз, виділяють його від оточуючих тканин за допомогою вказівного і середнього пальців, припіднімають над паховою веною. За допомогою електроножа пересікають малий грудний м'яз над паховою веною, так щоб культа м'язу із його прикріпленням була до 2-3 см. Піднімають малий грудний м'яз і видаляють клітковину, із збереженням підлопаткового судинно-нервового пучка, підключичної, пахової і підлопаткової груп.

Після видалення препарату, встановлення гемостазу, малий грудний м'яз підшивають П-подібним кетгуттоаим швом до внутрішньої поверхні великого грудного м'язу. Рану пошарово зашивають.

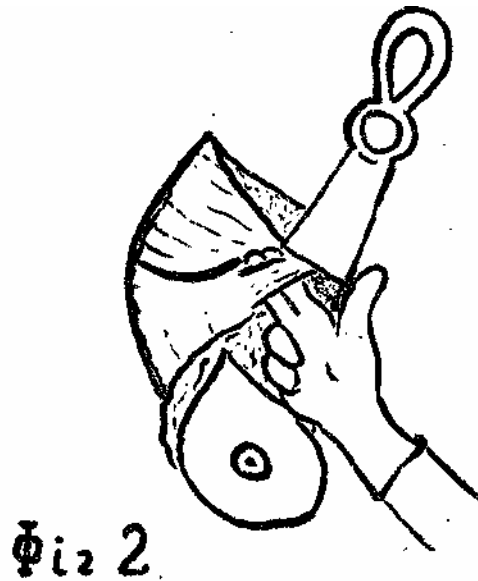
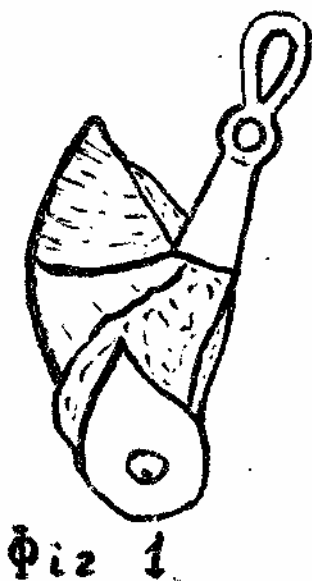
Приклади конкретного виконання. Хвора Деменченко П.І., 1949 р.н., поступила в хірургічне відділення міського онкологічного центру (Історія хвороби № 11320, 03.12.96), з приводу підозри на рак лівої молочної залози в плановому порядку. Маммографія - рак лівої молочної залози.

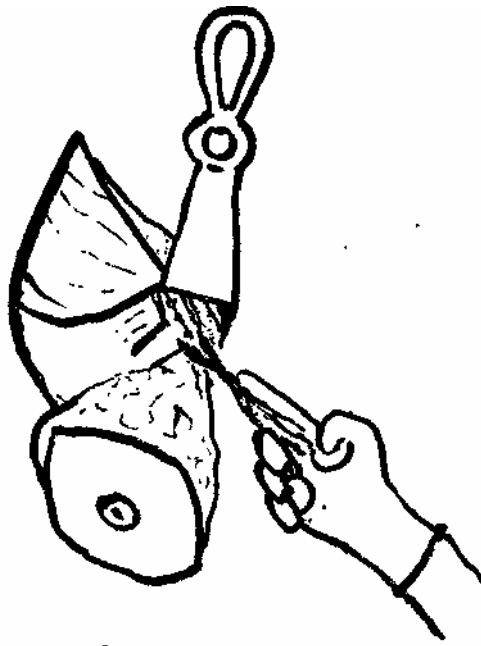
Пукодіяна біопсія пухлини не Інформативна - кров, капельний детрит. Тому вирішено було доопераційного опромінення і хіміотерапевтичного лікування не проводити. 05.12.96 операція в об'ємі секторальної резекції молочної залози. При експрес патогістологічному дослідженні пухлини виявили злоякісний процес - залозистий рак. Виконана радикальна мастектомія за даним способом. Післяопераційний період перебігав спокійно. Рана зажила первинним натягом пахвова серома на момент виписки була відсутня. Хвора виписана 28.01.97 р. Патогістологічне заключення - альвеолярно-солідний рак, метастази рака у вузлі Зоргіуса. був проведений післяопераційний курс променевої хіміотерапії (ЦМФ). Ускладнень не було. Лімфостаз лівої руки відсутній.

Хвора Яненко Л.І., 1953 р.н. № а/к 3422/97. поступила в хірургічне відділення 17.03.97 р. з приводу рака правої молочної залози 1 ст. Мамографія (11.03.97) на фоні вогнищового фіброзу правої молочної залози вогнище малігнізації. Пункційна біопсія не Інформативна. Вирішено було провести секторальну резекцію молочної залози із експрес біопсією пухлини. 18.03.97 Операція - секторальна резекція правої молочної залози, при експрес ПГД - залозистий рак. Продовжена операція, виконана мастектомія за даним способом.

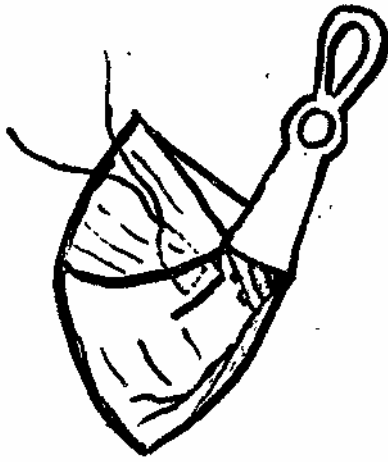
Хворі швидко, на протязі 3 місяців, практично повністю розробляли руку, Всього за 1996 рік було виконано 50 радикальних мастектомій за даним методом. В контрольній групі (теж 50 пацієнток) співставлений за віком І стадією оперативне лікування полягало у радикальній мастектомії за Пейті у типовому варіанті. Проведений аналіз показав, що після нашого способу частота лімфостазів становила 2%, ускладнення у вигляді сером в ранньому післяопераційному періоді спостерігали у 10% хворих. В контрольній групі лімфостаз розвивався у 5% хворих, а сероми спостерігали у 30%. випадків. У всіх хворих, оперованих за даним способом, термін лікування не перевершував 14 діб. В контрольній групі післяопераційний койко-день становив в середньому 17 діб.

Таким чином збереження малого грудного м'язу і підшивання його до великого грудного м'язу сприяє зменшенню субпекторальної порожнини, відновленню кровопостачання І трофіки великого грудного м'язу через малий грудний м'яз. В результаті цього значно зменшуються післяопераційні ускладнення: сероми, лімфорей, лімфостаз, контрактура плечового суглобу. Крім того збереження малого грудного м'язу є важливим для подальшої пластики молочної залози за допомогою ендопротеза, який розміщують в субпекторальному між'язевому футлярі.





ϕ_{i2} 3



ϕ_{i2} 4