



УКРАЇНА

(19) UA (11) 30877 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ВИКОНАННЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОЇ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНІЙ (ПАРААРЕОЛЯРНІЙ) ЛОКАЛІЗАЦІЇ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

1

2

(21) u200714041

(22) 14.12.2007

(24) 11.03.2008

(72) ЩЕПОТІН ІГОР БОРИСОВИЧ, UA, ЗОТОВ  
ОЛЕКСІЙ СЕРГІЙОВИЧ, UA, ОЛІЙНИЧЕНКО  
ГЕННАДІЙ ПЕТРОВИЧ, UA, АНІКУСЬКО МИКОЛА  
ФЕДОРОВИЧ, UA(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, UA

(56)

(57) Спосіб виконання органозберігаючої операції  
при центральній (параареоллярній) локалізації раку  
молочної залози, що включає виконання розтину

шкіри, видалення ураженої пухлиною ділянки  
молочної залози та здійснення пластичного етапу  
операції, який **відрізняється** тим, що виконують  
три дугоподібних розтини вище та нижче ареоли;  
два верхніх з'єднують двома лінійними  
вертикальними розтинами, два нижніх - двома  
лінійними розтинами, що їх виконано під кутом,  
видаляють ділянку молочної залози з пухлиною та  
частину тканини між верхнім дугоподібним  
розтином та верхнім краєм ареоли, при цьому  
зберігають перфорантні судини, що прямують до  
ареоли, а пластичний етап здійснюють відповідно  
до виконаних фігурних розтинів.

Корисна модель, що заявляється, відноситься  
до медицини, зокрема до онкології та хірургії та  
може бути використана у хірургічному лікуванні  
раку молочної залози (РМЗ).

З початку ХХст. стандартом оперативного  
лікування раку молочної залози стала радикальна  
мастектомія за Холстедом-Майєром, яка  
передбачає видалення молочної залози, малого  
та великого грудних м'язів, клітковини з  
лімфатичними вузлами з підключичної, пахової  
та підлопаткової ділянок. Згодом, з розвитком  
методів комплексного лікування (променевої,  
хіміо- та імунотерапії) сформувалась тенденція до  
скорочення обсягу втручання. З 70-80 років ХХст.  
при локалізованих формах РМЗ почали  
застосовуватися органозберігаючі операції (ОЗО) -  
квадрантектomia та лампектомія, запропоновані  
дослідниками з Міланського інституту раку [1, 2].  
Після отримання даних, що ці втручання в  
поєднанні з хіміо-променевою терапією не  
поступаються результатами (зокрема 20-річною  
виживаністю) радикальної мастектомії, ОЗО стали  
стандартом хірургічного лікування при  
локалізованих формах РМЗ. Отже, лампектомія  
була вибрана вами за. аналог.

Проте лампектомія не вільна від недоліків.  
Значні обмеження у застосуванні цього втручання  
мають місце при локалізації пухлини у центральній  
частині залози і в ділянці соска. Принципи

онкологічного радикалізму потребують інколи  
видалення більшої частини тканини залози, після  
чого при ушиванні рани утворюється значний  
косметичний дефект: "втягнення" тканини залози,  
її деформація, а також зміщення у бік  
післяопераційного рубця [3, 4]. Інколи дефект  
настільки виражений, що доводиться вдаватися до  
мастектомії. Таким чином, головна мета ОЗО -  
косметичний ефект виявляється недосягнутою.  
Зменшення обсягу тканини, що видаляється,  
призводить до незадовільних результатів  
лікування раку - виникненню місцевих рецидивів.

Спробою ліквідувати ці недоліки лампектомії є  
запропонована авторами з Інституту Кюрі  
операція, яка здійснюється подібно до редукційної  
мастопексії (reduction mastopexy lumpectomy) і  
була обрана за прототип [5]. Під час цієї операції  
виконують дугоподібний розтин по субмамарній  
складці, а також циркулярний розтин по краю  
ареоли, які з'єднують двома вертикальними  
розтинами. Другим етапом відсепаровують  
тканину залози у напрямку від горизонтального  
розрізу до соска. Третій етап полягає в видаленні  
ділянки залози (з пухлиною), яка обмежена знизу  
горизонтальним розтином, по боках -  
вертикальними розтинами, зверху -  
концентричним параареоллярним розтином.  
Четвертий етап передбачає переміщення соски  
вгору та його підшивання до краю шкіри, а також

(19) UA (11) 30877 (13) U

зшивання тканини залози по лініям резекції. Лімфодисекція виконується з окремого розтину. Недоліками наведеного способу лампектомії є відносно невеликий розмір пухлин, при якому вона може бути застосована без шкоди для радикалізму та косметичних результатів.

Задачею заявленої корисної моделі є покращення косметичних результатів операції та зменшення кількості рецидивів раку при локалізації у центральній (параареоллярній) частині молочної залози.

Технічний результат полягає в розширенні показань до органозберігаючих операцій при центральній локалізації раку молочної залози, які забезпечують достатній рівень онкологічного радикалізму при задовільному косметичному результаті. Застосування органозберігаючої операції в запропонованій модифікації дозволяє уникнути виконання мастектомії у пацієнток з відносно великими пухлинами молочної залози центральної локалізації, і таким чином уникнути виникнення психологічних розладів, пов'язаних з відчуттям фізичного дефекту та втрати жіночої привабливості, прискорює одужання та соціальну реабілітацію.

Поставлену задачу досягають тим, що у відомому способі що включає виконання розтину шкіри, відсепарування тканини молочної залози, видалення ураженої пухлиною ділянки та здійснення пластичного етапу операції, згідно корисної моделі виконують 3 дугоподібних розтини вище та нижче ареоли; два верхніх з'єднують двома лінійними вертикальними розтинами, два нижніх - двома лінійними розтинами, що їх виконано під кутом, видаляють ділянку молочної залози з пухлиною та частину тканини між верхнім дугоподібним розтином та верхнім краєм ареоли, при цьому зберігають перфорантні судини, що прямують до ареоли, а пластичний етап здійснюють відповідно виконаних фігурних розтинів.

Відмінними особливостями способу, що заявляється є те, що ми використовували фігурний розріз, після видалення ураженої ділянки та гістологічного підтвердження відсутності пухлинних клітин вздовж лінії резекції, здійснювали пластичний етап переміщенням сосково-ареоллярного комплексу та ушивання рани атравматичним шовним матеріалом відповідно виконаним фігурним розтинам.

Особливістю даного способу є можливість видалити потрібну для досягнення радикалізму ділянку центральної частини молочної залози, уражену пухлиною, без утворення косметичного дефекту.

Сутність способу, що заявляється, пояснюється графічно, де на Фіг.1:

1 - три дугоподібних розтини вище та нижче ареоли,

2 - два лінійних вертикальними розтини,

3 - два лінійних розтини, що їх виконано під кутом,

4 - ділянка тканини залози з пухлиною, яку видаляють,

5 - ділянка тканини залози, яку видаляють у ділянці репозиції сосково-ареоллярного комплексу.

Фіг.2 - пластичний етап операції, де:

1 - сосково-ареоллярний комплекс,

2 - зшиті краї нижніх «лапок» розрізу.

Спосіб виконують наступним чином (на прикладі операції при локалізації пухлини параареоллярно на межі нижніх квадрантів молочної залози).

Проводять фігурний розріз: вище та нижче ареоли виконують 3 дугоподібних розтини (1) - Фіг.1; два верхніх з'єднують двома лінійними вертикальними розтинами (2) - Фіг.1, два нижніх - двома лінійними розтинами, що їх виконано під кутом (3) - Фіг.1. Видаляють ділянку молочної залози з пухлиною (4) - Фіг.1, а також частину тканини між верхнім дугоподібним розтином та верхнім краєм ареоли (5) - Фіг.1. При цьому звертають увагу на бережливе препарування із збереженням перфорантних судин, що прямують до ареоли. Після отримання висновку експрес-біопсії про відсутність пухлинних клітин по лініям резекції, переходять до відновлювального етапу операції.

Сосково-ареоллярний комплекс (1) - Фіг.2 переміщують вгору та підшивають до тканини залози, з'єднуючи верхній край ареоли з верхнім дугоподібним розтином. Краї нижніх «лапок» розрізу зшивають між собою з утворенням шва вигляді перевернутої літери «Т» (2) - Фіг.2. Шов здійснюють внутрішньошкірно із застосуванням атравматичного шовного матеріалу, що розсмоктується (напр. «Вікріл» розміру 2-0 або 3-0). Із додаткового розрізу в аксиллярній ділянці виконують регіонарну лімфодисекцію.

Приклад конкретного виконання:

Хвора К. Н.П., 51 року, надійшла до хірургічного відділення Київської міської онкологічної лікарні 12.11.2006р. зі скаргами на утворення в правій молочній залозі. При об'єктивному обстеженні: на межі нижніх квадрантів правої молочної залози, параареоллярно, визначається щільна, горбкувата, малорухома пухлина з частково нечіткими контурами., розміром 3×4см, верхній край якої відстоїть на 2см від нижнього краю ареоли. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Виділень з сосків немає. При рентгенологічному, сонографічному дослідженнях встановлено діагноз: рак молочної правої залози 2А ст. T2N0M0, який верифікований цитологічно. Оперована 14.11.06р. - виконано лампектомію з переміщенням сосково-ареоллярного комплексу за запропонованою методикою з регіонарною лімфодисекцією. Перебіг післяопераційного періоду неускладнений, рана загоїлась первинним натягом. Косметичний ефект оцінено як відмінний, від редукційного пластики протилежної залози хвора тимчасово утрималась.

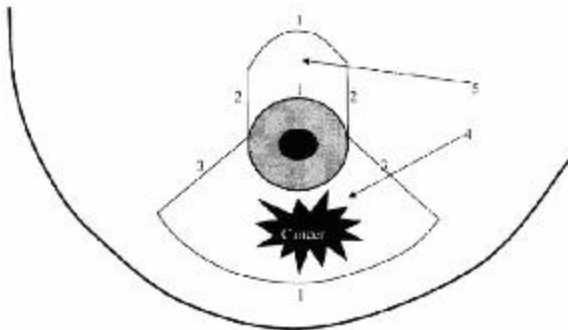
Спосіб, що пропонується був апробований в клініці онкології НМУ на базі хірургічного відділення міської онкологічної лікарні протягом 2006-2007рр. (за методом прооперовано 26 хворих) і показав себе як високоефективний, що дозволяє його рекомендувати для використання в

практиці спеціалізованих відділень онкологічних установ.

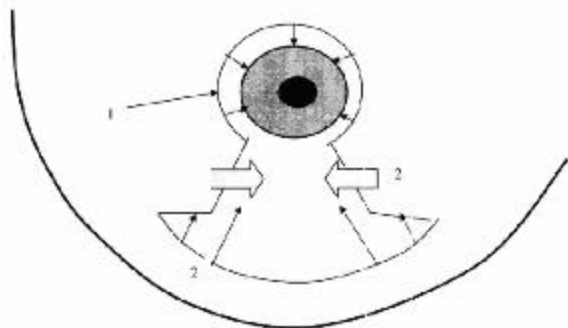
Представлений спосіб дозволяє уникнути косметичного дефекту та зменшити небезпеку утворення рецидиву раку в молочній залозі. Крім того, відпадає необхідність повторної госпіталізації для операції корекції косметичних вад, що має і економічні переваги: відсутність витрат по лікуванню, зайняттю койко-місця в стаціонарі та виплат по листку непрацездатності.

Список літератури:

1. Veronesi U, Saccozzi R, Del Vecchio M et al. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *N Engl J Med* 1991; 305:6-11.
2. Veronesi U, Salvadori B, Luini A et al. Breast conservation is a safe method in patients with small cancer of the breast. Long term results of three randomized trials on 1,973 patients. *Eur J Cancer* 1995; 31:1574-1579.
3. Baillam AD. Oncoplastic surgery of the breast. *Br J Surg* 2002; 89:532-3.
4. Clough KB, Lewis JS, Couturand B, Fitoussi A, Nac S, Falcou MC. Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast-conserving therapy of breast carcinomas. *Ann Surg* 2003; 237:26-34.
5. Noguchi M, Saito Y, Mizukami Y, et al. Breast deformity, its correction and assessment of breast-conserving surgery. *Breast Cancer Res Treat* 1991; 18:111-8.



Фиг. 1



Фиг. 2