



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38330 (13) U

(51) МПК (2006)

A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

1

2

(21) u200814080

(22) 08.12.2008

(24) 12.01.2009

(46) 12.01.2009, Бюл.№ 1, 2009 р.

(72) ЗАПОРОЖАН ВАЛЕРІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, UA,
БУГАЙЦОВ СЕРГІЙ ГЕОРГІЙОВИЧ, UA, БОНДАР
СЕРГІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA, БОНДАР ІРИНА
СЕРГІЇВНА, UA, ЛУК'ЯНЕНКО ІВАН ІВАНОВИЧ,
UA, ТОВШТЕЙН ЛЕОНІД АРНОЛЬДОВИЧ, UA,
СУПРУН АНДРІЙ ЄВГЕНОВИЧ, UA, АТАНАСОВ
ВАДИМ ДМИТРОВИЧ, UA

(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-

ВЕРСИТЕТ, UA

(57) Спосіб хірургічного лікування раку молочної залози, що включає видалення уражених злоякісним новоутворенням тканин, який відрізняється тим, що виконують резекцію уражених злоякісним новоутворенням тканин молочної залози та судин діаметром до 5 мм шляхом використання біполярної височастотної електрокоагуляції при температурі на електродах 60-70 °С, після цього післяопераційний дефект заміщують шкірно-жировим клаптом на ніжці із широчезного м'яза спини пацієнтки.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до онкології, і може бути використана для хірургічного лікування раку молочної залози.

Відомий спосіб хірургічного лікування раку молочної залози [1], в якому виконувалася операція Маддена. Вказана операція - радикальна мастектомія, за якою у єдиному блоці видаляється уся молочна залоза, підключично-пахвово-підлопаткові лімфовузли з регіонарною клітковиною звичайним хірургічним інструментарієм.

Відомий також спосіб хірургічного лікування раку молочної залози шляхом виконання радикальної секторальної резекції за акад. М.М. Блохіним (радикальна квадрантектomia) [2]. Операція полягає у тому, що в єдиному блоці видаляється верхньо-зовнішній квадрант молочної залози, малий грудний м'яз, підключично-пахвово-підлопаткові лімфовузли з регіонарною клітковиною.

Але вказані аналоги мають суттєві недоліки: лімфостаз верхньої кінцівки, контрактура плечового суглобу, плечовий плексит, деформація хребта внаслідок вагової асиметрії.

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є метод хірургічного лікування раку молочної залози шляхом реконструкції її шляхом підшкірної мастектомії [3]. Реконструкція молочної залози з імплантацією силіконового протезу проводиться наступними способами: під шкіру молочної залози грудною фасцією і м'язами або імплан-

тація протезу під м'язи грудної стінки.

Так, при підшкірній імплантації протезу, яка частіше виконується із субмаммарного доступу, шкіра повинна мати задовільне кровопостачання, щоби вона не постраждала від тиску на неї протезу, необхідно досягти надійного гемостазу та встановити відсмоктуючий автоматичний дренаж після закінчення операції.

Але виконання імплантації силіконового протезу за цим способом має суттєві недоліки: створення гематоми і сероми навколо протезу, відторгнення силіконового протезу, зміщення його з можливістю у наступному перфорації покривної шкіри, гематогенна інфекція, запалення та некроз шкіри над протезом, розходження косметичних швів, капсулярна контрактура, випинання протезу крізь шкіру. Тому значна більшість зарубіжних пластичних хірургів рекомендують імплантацію силіконового протезу під грудні м'язи, аргументуючи це тим, що при цьому способі імплантації протезу значно рідше виникає таке серйозне ускладнення, як капсулярна контрактура.

Реконструкція молочної залози з імплантацією силіконового протезу під великий грудний м'яз проводиться наступним чином: тупо розділяють волокна великого грудного м'язу, тупою препаровкою формують під м'язовим шаром порожнину потрібних розмірів і розміщують в ній протез. Після імплантації залишають у субпекторальній порож-

(13) U

(11) 38330

(19) UA

нині або у підшкірній раневій порожнині дренаж на 24-28 годин, або закривають рану, не дренуючи її.

Однак і перший і другий наведені методи лікування раку молочної залози шляхом підшкірної мастектомії мають також значні недоліки: відторгнення силіконового протезу, розрив оболонки протезу, гематоми і сероми навколо протезу, гемогенна інфекція, капсулярна контрактура.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення хірургічного лікування раку молочної залози, в якому шляхом біполярної високочастотної електрокоагуляції для резекції уражених новоутворенням тканин та судин молочної залози, які залишаються, та заміщення післяопераційного дефекту шкірно-жировим клаптом на ніжці з широчезного м'язу спини, що дозволяє значно покращити фізичний і психоемоційний стан, тобто якість життя хворої.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно корисної моделі, виконують резекцію уражених злоякісним новоутворенням тканин молочної залози та судин діаметром до 5мм шляхом використання біполярної високочастотної електрокоагуляції при температурі на електродах 60-70°C, після чого післяопераційний дефект заміщають шкірно-жировим клаптом на ніжці з широчезного м'язу спини пацієнтки.

Спосіб виконується наступним чином: під час операції застосовують біполярну високочастотну електрокоагуляцію при температурі 60-70°C для резекції уражених злоякісною пухлиною м'яких тканин, а також для електрокоагуляції судин до 5мм у діаметрі. Вказану операцію виконують, наприклад, електрокоагулятором ЕК-300 М1, що є фактично електроскальпелем, який дозволяє скоротити інтраопераційну крововтрату та термін операції. Заміщення післяопераційного дефекту молочної залози виконується двома бригадами пластичних хірургів: одна готує ложе, що приймає, а друга викроює шкірно-жировий клапоть; після закінчення операції кожна бригада закриває виниклий дефект на своїй ділянці. Операцію на донорській ділянці починають з висічення шкірного островка, відповідно намальованому контуру, а потім від краніального краю розрізу уверх підпрепаровують шкіру над м'язом. Досягнувши під час препаровки місця відходження м'язу, під шкірою роблять тунель у напрямку ложа, що приймає, такого розміру, щоби крізь нього вільно проходив клапоть. Більш каудально від шкірного островка шкіру від м'яза відпрепаровують тільки відповідно тій кількості м'язів, які необхідно пересадити. Потім, після вивільнення переднього краю м'яза, його відділяють від основи тупим шляхом. Нарешті, гострим шляхом відсікають дорсальний край широчезного м'язу спини у місці його прикріплення. Після виконання гемостазу піднятий над основою шкірно-жировий клапоть протягують під шкірою на ложе, що приймає, при цьому слід переконаватися, що клапоть не натягнутий і не здавлений. Використання електрокоагулятора ЕК-300 М1 під час операції дало можливість оперувати жінок, хворих на рак молочної залози, при відсутності отруйних випарювань, що також позитивно впливає на стан здоров'я і якість життя пацієнток.

Запропонованим способом проліковано 12 жінок, хворих на рак молочної залози; усі виписані із стаціонару у задовільному стані з рекомендаціями подальшого диспансерного нагляду.

Приклад клінічного виконання заявленого способу.

Хвора Д., 36 років, історія хвороби №6056. Діагноз: рак правої молочної залози T₂N₀M₀, IIa стадія. Скарги на виявлення пухлини, яка локалізується у правій молочній залозі. Клінічне обстеження (status localis): у верхньо-зовнішньому квадранті правої молочної залози пальпаторно виявляється пухлина d ≈ 2,5см, з нечіткими контурами, з нерівною поверхнею, округлої форми, щільної консистенції. Регіонарні (підпахвові) і надключичні лімфовузли не збільшені.

Мамографія: у верхньо-внутрішньому квадранті правої молочної залози виявляється пухлина з нечіткими контурами, неоднорідна за структурою, з наявністю мікрокальцинатів, розмірами 2х2,5см.

Цитологічний висновок №14474/08 за пункцією пухлини: цитограма помірно диференційованої залізистої карциноми.

Хворій виконано операцію: радикальна гемімастектомія з підключично-пахово-підлопатковою лімфаденектомією правої молочної залози за допомогою електрокоагулятора ЕК-300 М1 шляхом біполярної високочастотної електрокоагуляції при температурі на електродах 70°C, далі післяопераційний дефект заміщують шкірно-жировим клаптом на ніжці з широчезного м'язу спини.

Гістологічний висновок №16924-27 (після операції): інфільтруючий дольково-протоковий рак молочної залози помірно диференційований, II ст. злоякісності. В регіонарних лімфовузлах - реактивна гіперплазія.

На підставі перебігу післяопераційного періоду у даному випадку показано, що застосування запропонованого способу хірургічного лікування раку молочної залози шляхом застосування біполярної високочастотної електрокоагуляції м'яких тканин, є високоефективним: значно знизилася інтраопераційна крововтрата, скоротився час проведення операції, що сприяло більш гладкому перебігу післяопераційного періоду, післяопераційна рана загоїлася первинним натягом, скоротився час перебування хворої у стаціонарі, тобто покращився психоемоційний та фізичний статус пацієнтки. Сформована з аутоканин нова молочна залоза, що покращить якість її життя.

Таким чином, в порівнянні з найближчим аналогом, запропонований спосіб хірургічного лікування раку молочної залози дозволяє досягти значно кращих результатів за рахунок застосування під час операції високочастотної електрокоагуляції для резекції м'яких тканин, що дозволить скоротити крововтрату, термін операції, підвищити рівень психоемоційного та фізичного статусу і взагалі - рівень якості життя пацієнток.

Література:

1. Онкология / Под. ред. Д. Касчиато. - М.: Практика, 2008. - 1040 с.
2. Клиническая маммология (современное состояние проблемы)/ Под ред. Е.Б. Камповой-

Полевой, С.С. Чистякова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 511с.

3. Золтан Я. Реконструкция женской молочной

железы. - Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1989. - 238 с.