



УКРАЇНА

(19) UA (11) 51084 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ РАДИКАЛЬНОЇ МАСТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА

1

2

(21) u201002379

(22) 03.03.2010

(24) 25.06.2010

(46) 25.06.2010, Бюл.№ 12, 2010 р.

(72) ЩЕПОТІН ІГОР БОРИСОВИЧ, ЗОТОВ ОЛЕКСИЙ СЕРГІЙОВИЧ, ОЛІЙНИЧЕНКО ГЕННАДІЙ ПЕТРОВИЧ, ДРОЗДОВ ВАСИЛЬ МИХАЙЛОВИЧ, КАТЕРИНИЧ ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСАНДРОВИЧ, НЕЙМАН АНДРІЙ МЕЧИСЛАВОВИЧ, ЛЮБОТА РОМАН ВІКТОРОВИЧ

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

(57) Спосіб радикальної мастектомії у хворих на рак молочної залози з надмірною масою тіла, що

включає виконання клюшкоподібного розрізу шкіри, видалення молочної залози, лімфодисекцію I-III порядку і ушивання післяопераційної рани, який **відрізняється** тим, що горизонтальні дугоподібні розрізи шкіри навколо молочної залози починають з парастернальної ділянки і на перетині з передньою аксиллярною лінією, дугоподібно згинають їх під кутом 60° в напрямку до верхівки пахової ямки, молочну залозу разом з клітковиною аксиллярної ділянки видаляють моноблочно, поширено ушивають рану з формуванням аксиллярної ділянки за рахунок пластики шкірними клаптями.

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

Довгий час стандартом хірургічного лікування хворих на рак молочної залози була радикальна мастектомія, запропонована в 1882р. W. Halsted (4), а в 1894р. незалежно від нього Meyer (6). Радикальна мастектомія за Холстедом - Майєром мала вкрай травматичний характер та велику кількість ускладнень. Тому наступною віхою розвитку в хірургічному лікуванні хворих на РМЗ була РМЕ за Пейті - Дайсоном (5), при якій зберігається великий грудний м'яз та запропонована модифікована (обмежена) радикальна мастектомія зі збереженням грудних м'язів. З 70-80рр. XXст. пріоритетним напрямком в хірургічному лікуванні РМЗ на ранніх стадіях стають органозберігаючі операції, які відповідаючи принципам онкологічного радикалізму, забезпечують кращі косметичні результати. Однак, радикальна мастектомія не втратила свого практичного значення в сучасній онкохірургії. Вона залишається актуальною при великих розмірах та/або центральній локалізації пухлини, при її мультифокальному та мультицентричному рості, при неможливості проведення післяопераційної променевої терапії або при бажанні самої хворої (2, 3, 4).

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до способу, що заявляється, є спосіб радикальної мастектомії за Мадденом обраний нами за прототип, який передбачає збереження грудних м'язів, що забезпечує швидке загоєння післяопераційної рани, меншу частоту розвитку лімфостазу верхньої кінцівки, збереження функції кінцівки, можливість проведення відстроченої пластики молочної залози як аутологічними тканинами, так і ендопротезом (1).

Однак цей спосіб має свої недоліки, зокрема, необхідність широкого сепарування шкірних клаптів для видалення тканини молочної залози та виконання лімфодисекції, тому однією з задач при ушиванні післяопераційної рани є формування пахової ділянки заново. Великі складності при цьому виникають у хворих з надмірною масою тіла та ожирінням. При традиційному розтині шкіри (двома дугоподібними розрізами за П.А. Герцею) та ушиванні післяопераційної рани у таких хворих утворюється надлишок шкіри. Надлишковий шкірно-жировий клапоть утворює в аксиллярній ділянці мішкоподібне вип'ячування. Даний дефект є патологічним резервуаром для накопичення серозної рідини та посилює больовий синдром, може бути джерелом вторинної інфекції у хворих після лімфодисекції, призводить до мацерації шкіри, особливо в спекотну погоду, зменшення об'єму

UA (11) 51084 (13) U

рухів в плечовому суглобі. При використанні екзопротеза вказаний дефект значно зменшує косметичний ефект останнього.

Задачею корисної моделі, що заявляється є профілактика післяопераційних ускладнень та покращення функціональних і косметичних результатів операції.

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі полягає в скороченні терміну загоєння післяопераційної рани, профілактиці ускладнень (тривала лімфорея, серома, контрактура плечового суглоба, вторинне інфікування), зменшенні вираженості післяопераційного болю, можливості проведення відстроченої пластики молочної залози як аутологічними тканинами, так і ендопротезом, досягненні кращого косметичного результату. Відновлення нормальної анатомічної форми пахової ямки в поєднанні з екзопротезом дозволяє уникнути психічних розладів, пов'язаних з втратою жіночої привабливості, прискорити психічну та соціальну реабілітацію жінок.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі радикальної мастектомії за Мадденом, який передбачає збереження грудних м'язів, згідно корисної моделі виконують два горизонтальні дугоподібні розрізи шкіри навколо молочної залози, які починаються з парастеральної ділянки і на перетині з передньою аксилярною лінією, дугоподібно згинають їх під кутом 60° в напрямку до верхівки пахової ямки, молочну залозу разом з клітковиною аксилярної ділянки видаляють моноблочно, пошарово ушивають рану з формуванням аксилярної ділянки за рахунок пластики шкірних клаптів, ділянка. Особливістю даного способу є можливість відновлення анатомічної форми пахової ямки.

Спосіб здійснюється наступним чином: два горизонтальні дугоподібні розрізи шкіри навколо молочної залози за П.А. Герценом, які починаються з парастеральної ділянки і на перетині з передньою аксилярною лінією дугоподібно згинають під кутом 60° в напрямку до верхівки пахової ямки, молочну залозу разом з клітковиною аксилярної ділянки видаляють моно блочно. Після завершення основного етапу операції здійснюють контроль гемостазу, дренування пахової ділянки через контрапертуру ПВХ-трубкою з вакуум-аспірацією, пошарово ушивають рану з формуванням аксилярної ділянки за рахунок пластики шкірних клаптів. Шкірний шов.

Приклад конкретного виконання:

Хвора Б-юк Г.Г., 70 років, надійшла до хірургічного відділення Київської міської онкологічної лікарні 02.02.2010р. зі скаргами на утворення в лівій молочній залозі. При об'єктивному обстеженні: на межі верхніх квадрантів (1,0см від ареоли) лівої молочної залози, визначається щільна, горбувата, малорухома пухлина з частково нечіткими контурами, розміром 2х2см. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Виділень з сосків не-

має. При рентгенологічному, сонографічному дослідженнях встановлено діагноз: рак лівої молочної залози 1 ст. T1N0M0, який верифікований цитологічно. Оперована 03.02.10р. - за способом, що заявляється. Довжина шкірного розтину складала 28см. Перебіг післяопераційного періоду неускладнений, рана загоїлася первинним натягом. Протягом першого післяопераційного дня хвора потребувала знеболення внутрішньом'язовим введенням 2мл кетолонгу двічі на добу; протягом 2-3 діб після операції - пероральним застосуванням кетанову по 1 табл. двічі на добу; з 4 доби після операції потреби у анальгетиках не було. Кількість серозної рідини, яку евакуювали при перев'язках у середньому складала 25мл; лімфорея припинилася на 12 добу післяопераційного періоду. Косметичний ефект з екзопротезуванням оцінено як відмінний.

Спосіб, що заявляється був апробований у клініці онкології Національного медичного університету на базі хірургічного відділення міської онкологічної лікарні в 2009 р. (за методом прооперовано 15 хворих) і показав себе високоєфективним, безпечним в онкологічному плані, що дозволяє його рекомендувати для використання в практиці спеціалізованих відділень онкологічних установ.

Спосіб, що заявляється, дозволяє уникнути зайвого косметичного дефекту (мішкоподібне вип'ячування в аксилярній ділянці), зменшити небезпеку виникнення ускладнень (тривала лімфорея, серома, контрактура плечового суглоба з боку операції, вторинне інфікування), скоротити тривалість післяопераційного періоду та зменшити потребу в анальгетиках, досягти кращого косметичного результату, а також забезпечує можливість проведення відстроченої пластики молочної залози як аутологічними тканинами, так і ендопротезом.

Список літератури:

1. Семглазов В.Ф., Канаев С.В., Пожарисский К.М. и др. Органосохраняющее лечение ранних стадий инвазивного рака молочной железы. Методические указания. - СПб, 2001.
2. Семглазов В.Ф., Нургазиев К.Ш., Арзуманов А.С. Опухоли молочной железы (лечение и профилактика). - Алматы, 2001. - 345с.
3. Холдин С.А., Дымарский Л.Ю. Расширенные радикальные операции при раке молочной железы. - Л.: Медицина, 1975. - 232с.
4. Halsted W.S. A clinical and histological study of certain adenocarcinoma of the breast // Ann Surg. - 1898. - Vol. 28. - P. 557.
5. Patey D.H., Dyson W.H. The prognosis of carcinoma of the breast in relation to the type of operation performed // Brit. J. Cancer. - 1948. - Vol. 2. - P. 7-13.
6. Urban J.A., Baker H.W. Radical mastectomy in continuity with en block resection of the internal mammary lymph chain // Cancer (Philad.). - 1952. - Vol. 5. - P. 992-1008.

