

ОПИС ВИНАХОДУ

СПОСІБ ВНУТРІШНЬОГО ВІДВЕДЕННЯ ЛІМФИ ПРИ МАСТЕКТОМІЇ

Сенютович Роман Васильович

Гусак Володимир Вікторович

Харюк Тарас Григорович

Галузь техніки, до якої належить винахід. Винахід відноситься до медицини, а, зокрема, хірургічного лікування раку молочної залози. **Рівень техніки.** Проводячи операцію мастектомії, хірург неминує пошкоджує лімфатичні судини, що відводять тканинні соки від молочної залози, грудних м'язів, що формують пахвову ямину.

Ці лімфатичні судини впадають в плечову частину плечоголового лімфатичного протоку та залишаються відкритими після операції. Лімфа, що проходить з верхньої кінцівки по відкритих колатералях, зруйнованих хірургічним шляхом, частково виливається в тканини, що утворюють пахвову ямку в різні місця післяопераційної рани.

Кількість лімфи, що зібралася у міжм'язевих просторах буває досить значною (до 300 мл), а час лімфореї - дуже довгий (декілька місяців). Тканинні соки, які збираються, хірург вимушений видаляти шляхом щоденних пункцій, при цьому подовжуються терміни перебування хворих у стаціонарі, можливе інфікування ділянок лімфи, що накопичилась. З лімфою, яку видаляють, хворі втрачають велику кількість білків. **Аналогів та прототипів** нашого винаходу нема.

Суть винаходу. В основу винаходу була поставлена задача вдосконалити методику радикальної мастектомії при раку молочної залози шляхом відведення лімфи, яка після операції збирається в пахвовій ямці, в товщі м'язів, забезпечивши зменшення лімфореї в післяопераційному періоді і скорочення строків лікування.

Суттєві ознаки, які характеризують наш винахід є відведення лімфи з допомогою дренажа в прямий м'яз живота. Ця ознака є достатня в усіх випадках і на неї поширюється обсяг правової охорони. Технічний результат виражається в зменшенні об'єму і строків лімфи, яка накопичується в пахвовій ділянці. Технічний результат є причинно-наслідковим зв'язком між новими відзнаками - виведенням лімфи в прямий м'яз живота і всмоктування її м'язом, який має повністю збережений лімфовідтік.

Перелік фігур креслення. Схема запропонованої нами операції представлена в фігурі 1.

ВІДОМОСТІ, ЯКІ ПІДТВЕРДЖУЮТЬ МОЖЛИВІСТЬ ЗДІЙСНЕННЯ ВІНАХОДУ

Наводимо відомості, які підтверджують можливість реалізації винаходу і саме послідовність дій в операції. Операція починається з видалення молочної залози, пахвової клітковини. Проводиться ретельний гемостаз. Потім тупим шляхом з нижнього розрізу операційної рани в підшкірній клітковині створюють тунель у напрямку до прямого м'язу живота. Розтинається шкіра та підшкірна клітковина у місці наступного розтину м'яза, довжиною не більше 5 см. Розтинається апоневроз прямого м'язу черева. З пахвової ділянки, через утворений тунель у прямий м'яз проводиться товста дренажна трубка до 5 см в діаметрі. Зашивається рана в ділянці живота і грудної клітки. Трубка виводиться назовні через окремий розріз грудної стінки. У пахвовій ділянці в трубці роблять одне бокове вічко для відведення лімфи назовні в перші дні після операції. Трубка залишається у каналі протягом 6 днів.

Наводимо приклад хірургічного виконання цієї операції.

Хвора К.Н.І., 1918 р.н. (№іст.хв. 276) знаходилась в хірургічному відділенні Чернівецького обласного онкодиспансеру з діагнозом: рак правої молочної залози II-Б ст. з 4.02.92р.

Рак молочної залози виявлений наприкінці листопада 1991р. З 21.11.91р. до 4.01.92р. хвора знаходилась на лікуванні у радіологічному

відділенні. Отримала курс доопераційної променевої терапії на молочну залозу в дозі 60 Гр.

В анамнезі - спастичний коліт, з приводу якого у 1991р. Хвора лікувалася в районній лікарні. Стан хворої при поступленні - задовільний. На межі верхніх квадрантів правої молочної залози пухлиноподібне утворення у вигляді тяжу 5 x 3, без чітких контурів.

Органи грудної клітки (вікові зміни). Череву дещо болюче при глибокій пальпації за ходом товстого кишківника.

11.02.91р. хвора прооперована. Окаймляючий розріз навколо молочної залози, відступаючий від краю пухлини на 6-7 см відсепаровані шкірні клапті. Молочна залоза видалена з фасцією від великого грудного м'язу. Видалена клітковина пахвиної та підлопаткової ділянок. Довгим "торакальним" затискачем зроблено тунель від нижнього краю рани до прямого м'язу черева.

Нижче реберної дуги, над прямим м'язом живота розсічена шкіра та підшкірна клітковина, апоневроз прямого м'язу черева. У товщу м'язу введена дренажна трубка товщиною 5 мм, вона виведена через рану грудної клітки, проведена в пахвинну ділянку, звідти виведена через окремий прокол в медіальному шкірному шматку. На рану передньої стінки черева накладені 3 шви. Зашита рана стінки грудної клітки. Дренажна трубка під'єднана до дренажу Редона.

На третю добу після операції вміст, що виділявся з рани, набув світло-жовтого кольору. Трубка видалена через 7 днів. Накопичення рідини у пахвинній ділянці не спостерігалось. Пункцій цієї ділянки не виконували.

27.02.92р. хвора повторно оперована в зв'язку з гангренозним калькульозним холециститом (холецистектомія, апендектомія, видалення жирових підвісок сліпої кишки). Післяопераційний період не ускладнений.

Гістологічне заключення №1255-67: Рак правої молочної залози з помірними променевими пошкодженнями. В обстежених лімфовузлах метастази раку - відсутні.

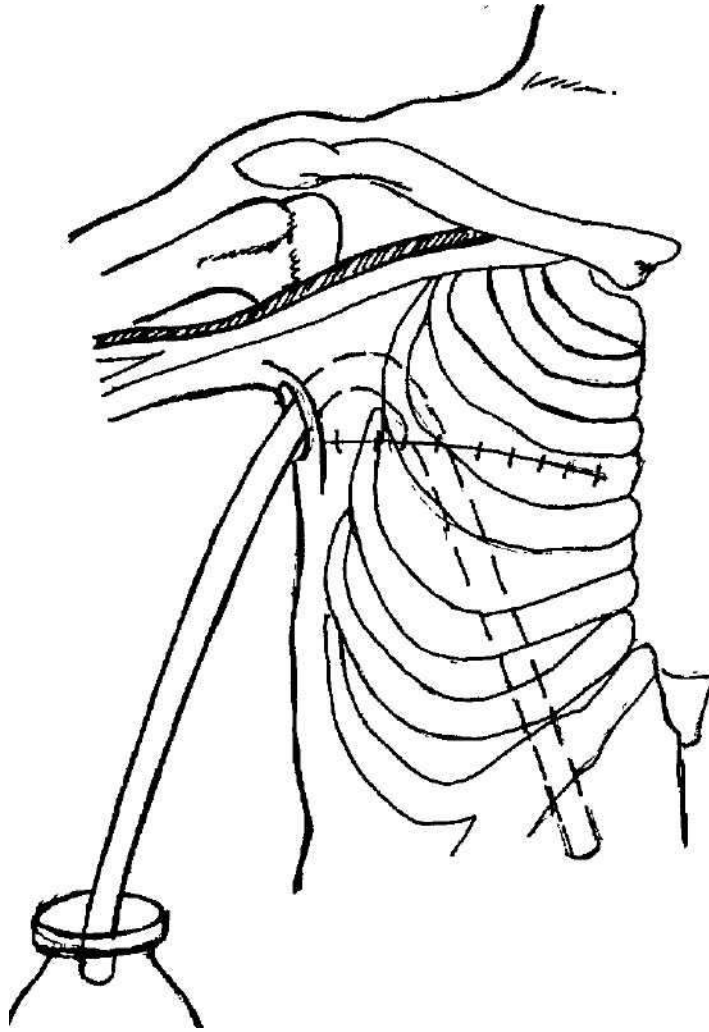


Fig.1

Лімфотриб дренаж при щсте/стомії