



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **81983** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 02901	(72) Винахідник(и): Щепотін Ігор Борисович (UA), Мотузюк Ігор Миколайович (UA), Сидорчук Олег Ігорович (UA), Зайчук Віталій Володимирович (UA), Ляшенко Андрій Олександрович (UA), Молід Сергій Олексійович (UA)
(22) Дата подання заявки: 11.03.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.07.2013	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.07.2013, Бюл.№ 13	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бул. Шевченка, 13, м. Київ-4, 01601 (UA), НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ, вул. Ломоносова, 33/43, м. Київ, 03022 (UA)

(54) СПОСІБ УСТАНОВКИ ІМПЛАНТІВ ПРИ ВИКОНАННІ ПІДШКІРНОЇ МАСТЕКТОМІЇ

(57) Реферат:

Спосіб установки імплантів при виконанні підшкірної мастектомії включає виконання розтину шкіри, відсепарування шкірних лоскутів молочної залози, моноблочне видалення тканини залози (з пухлиною), підлеглою фасцією великого грудного м'яза та клітковину з регіонарними лімфатичними вузлами, формування субпекторальної кишені та встановлення імплантата та здійснення пластичного етапу операції. Виконують деєпідермізацію нижнього клаптя шкіри, який "накривають" верхнім клаптем, створюючи дуплікатуру нижнього клаптя.

U
UA 81983

Корисна модель належить до медицини, зокрема до онкології та пластичної хірургії, та може бути використана у хірургічному лікуванні хворих на рак молочної залози.

Хірургічний спосіб лікування хворих на рак грудної залози був і залишається основним. Еволюція даного способу налічує понад сторіччя. За цей час підхід до обсягу тканин, що видаляються змінювався від над- та суперрадикальних операцій до органозберігаючих. Однак естетичний та косметичний ефект таких втручань значною мірою залишається незадовільним. Це пов'язано з необхідністю дотримання принципів абластики, що зменшує можливості хірургів у збереженні об'єму та форми молочних залоз. Сучасний підхід до лікування онкологічних хворих передбачає не тільки збереження життя, а й забезпечення високих стандартів його якості. Радикальна операція з приводу раку грудної залози суттєво погіршує якість життя жінки, негативно впливає на фахові навички, значно ускладнює між особисті та сімейні стосунки, знижує самооцінку та самоповагу, викликає психічні розлади. Тому сучасний підхід щодо надання медичної допомоги хворим на рак грудної залози вимагає від хірургів не тільки навичок з онкохірургії, а й з пластичної хірургії грудної залози для проведення одномоментних реконструктивних та пластичних операцій.

Сучасний підхід до лікування хворих на рак молочної залози передбачає виконання органозберігаючих операцій або первинних реконструктивних операцій. Значні обмеження у застосуванні цих втручань мають місце при невідповідності розміру пухлини та молочної залози. Сучасні стандарти лікування потребують інтраопераційного досягнення чистоти країв резекції молочної залози. Результатом такого оперативного втручання можливе навіть повне видалення тканин молочної залози з можливим залишенням тільки шкіри та сосково-ареолярного комплексу, що призводить до деформації оперованої молочної залози, невідповідності розмірів молочних залоз, що свідчать про незадовільні косметичні результати [1, 2, 3].

Найбільш близьким аналогом, є спосіб, під час якого виконують підшкірну мастектомію з ендопротезуванням молочної залози імплантом (4).

Перед операцією виконується вибір імплантата на підставі наступних даних: форма молочної залози, бажання хворої каплевидну молочну залозу, ступінь когезивності наповнювача імплантата, розмір основи та проекції здорової молочної залози.

Під час цієї операції виконують циркулярний розтин шкіри молочної залози навколо пухлини з подовженням останнього до аксиллярної ділянки при необхідності (розташування пухлини в медіальних квадрантах). Другим етапом відсепаровують шкіру від тканини залози у всіх напрямках (медіальний край - грудина, верхній - ключиця, латеральний - передня аксиллярна лінія, нижній - субмамарна складка). Третій етап полягає в моноблочному видаленні тканини залози (з пухлиною), підлеглою фасцією великого грудного м'яза та клітковину з регіонарними лімфатичними вузлами тим же доступом. Виконується інтраопераційне експрес-гістологічне дослідження соскового края резекції: при інвазії пухлини в сосково-ареолярному комплексі, останній видаляється та формується новий. Четвертий етап передбачає формування субпекторальної кишені для встановлення круглого імплантата. Останній формується при розсіченні нижньо-медіальної порції великого грудного м'яза та відшаруванням останнього від передньої грудної стінки з можливим відсепаруванням переднього зубчатого м'яза та зшиванням останнього з медіальним краєм великого грудного м'яза для укріплення латеральної стінки субпекторальної кишені. П'ятий етап передбачає встановлення дренажу через контрапертуру в аксиллярну ділянку та підшивання шкірних клаптів в останній. В сформований карман встановлюють імплант та пошарово ушивають рану. Недоліками наведеного способу підшкірної мастектомії з ендопротезуванням є недостатнє "посилення" нижньої стінки кишені, що значно збільшує ризик "випадіння" імплантата.

Задача корисної моделі полягає в покращенні результатів ендопротезування грудних залоз без шкоди радикалізму та естетичному етапу операції.

Технічний результат полягає в розширенні показань до первинно-реконструкційних операцій при будь-якій локалізації раку молочної залози, без збільшення ризику післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, який включає виконання розтину шкіри, відсепарування шкірних лоскутів молочної залози, моноблочному видаленні тканини залози (з пухлиною), підлеглою фасцією великого грудного м'яза та клітковину з регіонарними лімфатичними вузлами, формуванні субпекторальної кишені та встановлення імплантата та здійсненні пластичного етапу операції, згідно з корисною моделлю виконують деєпідермізацію нижнього клаптя шкіри, який "накривають" верхнім клаптем, створюючи дуплікатуру нижнього клаптя.

Особливістю даного способу є можливість виконання оперативного втручання згідно стандартів лікування онкологічних хворих при локалізації пухлини в будь-якій частині молочної залози та зменшення частоти ускладнень без утворення косметичного дефекту.

Приклад конкретного виконання:

5 Хвора С. Т.О., 43 років з діагнозом рака правої молочної залози ІІА ст. T2N0M0 2 клінічна група 23.09.2009 госпіталізована для оперативного лікування до відділення пухлин молочної залози та її реконструктивної хірургії Національного інституту раку. Хворій 24.09.2009 виконано підшкірну мастектомію правої молочної залози з регіонарною лімфатичною дисекцією справа з ендопротезуванням молочної залози анатомічним імплантом з створенням дуплікатури

10 нижнього клаптя шкіри за вказаним способом.

Перебіг післяопераційного періоду неускладнений, рана загоїлась первинним натягом.

Спосіб, що пропонується був апробований в клініці онкології Національного медичного університету на базі республіканського мамологічного центру Національного інституту раку протягом 2009-2012 років і показав себе як високоефективний, що дозволяє його

15 рекомендувати для використання в практиці спеціалізованих відділень онкологічних установ.

Джерела інформації:

1. Baidam AD. Oncoplastic surgery of the breast. Br J Surg 2002; 89:532-3.

2. 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.

20

3. Simmons RM, Adamovich TL. Skin-sparing mastectomy. Surg Clin North Am. 2003;83:885-99.

4. Sotheran WJ, Rainsbury RM. Skin-sparing mastectomy in the UK-a review of current practice. Ann R Coll Surg Engl. 2004;86:82-6.

25

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб установки імплантів при виконанні підшкірної мастектомії, що включає виконання розтину шкіри, відсепарування шкірних лоскутів молочної залози, моноблочне видалення тканини залози (з пухлиною), підлеглою фасцією великого грудного м'яза та клітковину з

30

регіонарними лімфатичними вузлами, формування субпекторальної кишені та встановлення імплантата та здійснення пластичного етапу операції, який **відрізняється** тим, що виконують деєпідермізацію нижнього клаптя шкіри, який "накривають" верхнім клаптем, створюючи дуплікатуру нижнього клаптя.

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601