



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **82376** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 02906	(72) Винахідник(и): Щепотін Ігор Борисович (UA), Мотузюк Ігор Миколайович (UA), Сидорчук Олег Ігорович (UA), Зайчук Віталій Володимирович (UA), Молід Сергій Олексійович (UA), Ляшенко Андрій Олександрович (UA)
(22) Дата подання заявки: 11.03.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.07.2013	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.07.2013, Бюл.№ 14	(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 ВИКОНАННЯ ОНКОПЛАСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

(57) Реферат:

Спосіб виконання онкопластичної операції у хворих на рак молочної залози включає виконання розрізів молочної залози навколо пухлини в межах R0 резекції та моноблочної лімфатичної дисекції, виконання двох циркумареоларних розрізів шкіри в бік, протилежний видаленій частині грудної залози, з виконанням деєпідермізації між лініями розрізів. Продовжують розріз до сосково-ареоларного комплексу, виконують мобілізацію судинної ніжки останнього перпендикулярно великому грудному м'язу, мобілізують молочну залозу від великого грудного м'яза, переміщують тканини залози в бік зони "резекції" та зшивають їх, ротують та переміщують сосково-ареоларний комплекс в місце максимальної проекції грудної залози по серединно-ключичній лінії і пошарово ушивають рану без натягу шкірних клаптів.

UA 82376 U

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, зокрема до онкології та реконструктивно-пластичної хірургії, та може бути використана у хірургічному лікуванні хворих на рак молочної залози (РМЗ).

При виконанні органозберігаючих операцій необхідно виконувати вторинний пластичний етап, який передбачає відновлення форми молочної залози за рахунок місцевих тканин та репозиції ареоли. Проте під час вище наведених оперативних втручань можливе виникнення ускладнень, пов'язаних з дефіцитом тканин в зоні резекції та компенсаторним натягом шкіри молочної залози. Ці ускладнення проявляються наступним чином, а саме третинною асиметрією молочних залоз, зміщення сосково-ареолярного комплексу в бік післяопераційного рубця, тим самим погіршує косметичні результати операції та якість життя хворих.

Спробою ліквідувати ці недоліки є операції квадрант- або лампектомія з репозицією сосково-ареолярного комплексу, які були вибрані за найближчий аналог [1].

Операція передбачає виконання розрізів навколо пухлини з моноблочним видаленням останньої в межах "здорових тканин", пошарово ушивають рану, наступним етапом виконують мобілізацію сосково-ареолярного комплексу, шляхом виконання двох циркумареолярних розрізів шкіри, в бік, протилежний видаленій частині грудної залози, з виконанням деєпідермізації між лініями розрізів, накладання кисетного шва на дерму для зближення країв рани та переміщення сосково-ареолярного комплексу в бік середньо-ключичної лінії з накладанням швів на шкіру.

Недоліками наведеного способу виконання онкопластичних операцій у випадках, коли існує дефіцит залози та шкіри молочної залози при накладанні кисетного шва зменшується проекція грудної залози, погіршується мікроциркуляція в сосково-ареолярному комплексі внаслідок його компресії, що призводить до ішемічних порушень, подовження періоду загоєння, формування гіпертрофічних рубців.

В основу корисної моделі поставлена задача відновлення форми та централізація сосково-ареолярного комплексу під час виконання органозберігаючих операцій у хворих на рак молочної залози, що сприяє покращенню естетичних результатів операції.

Технічний результат полягає в досягненні симетрії молочних залоз.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, який включає виконання розрізів молочної залози навколо пухлини в межах R0 резекції та моноблочної лімфатичної дисекції, виконання двох циркумареолярних розрізів шкіри в бік, протилежний видаленій частині грудної залози, з виконанням деєпідермізації між лініями розрізів, згідно з корисною моделлю продовжують розріз до сосково-ареолярного комплексу, виконують мобілізацію судинної ніжки останнього перпендикулярно великому грудному м'язу, мобілізують молочну залозу від великого грудного м'яза, переміщують тканини залози в бік зони "резекції" та зшивають їх, ротують та переміщують сосково-ареолярний комплекс в місце максимальної проекції грудної залози по серединно-ключичній лінії і пошарово ушивають рану без натягу шкірних клаптів.

Особливістю даного способу є можливість відновлення форми грудної залози після виконання органозберігаючих операцій у хворих на РМЗ, уникаючи виникнення третинної асиметрії груді.

Спосіб здійснюють наступним чином:

Виконують фігурні розрізи молочної залози навколо пухлини в межах R0 резекції та моноблочною лімфатичною дисекцією, виконують два циркумареолярних розрізи шкіри в бік, протилежний видаленій частині грудної залози, деєпідермізують шкіру між лініями розрізів, продовжують розріз до сосково-ареолярного комплексу, мобілізують судинну ніжку останнього перпендикулярно великого грудного м'яза, мобілізують молочну залозу від великого грудного м'яза, переміщують тканини залози в бік зони "резекції" та їх зшивають, ротують та переміщують сосково-ареолярний комплекс в місце максимальної проекції грудної залози по серединно-ключичній лінії і пошарово ушивають рану без натягу шкірних клаптів.

Приклад конкретного виконання:

Хвора Д. В.С., 57 років з діагнозом рака правої молочної залози І ст. T1N0M0 2 клінічна група 03.10.2012 виконано квадрантектомію з регіонарною лімфатичною дисекцією та репозицією сосково-ареолярного комплексу за наведеною методикою. Перебіг післяопераційного періоду неускладнений, рана загоїлась первинним натягом. При контрольному огляді через 6 місяців молочні залози симетричні, післяопераційні рубці атрофічні не виражені.

Спосіб, що пропонується, був апробований в клініці онкології Національного медичного університету на базі республіканського мамологічного центру Національного інституту рака

протягом 2011-2012 років та показав себе як вискоєфективний, що дозволяє його рекомендувати для використання в практиці спеціалізованих відділень онкологічних установ.

Джерело інформації:

- 5 1. Ismail Jatoi, Manfred Kaufmann, Jean Y. Petit. Atlas of Breast Surgery: Перевод с английского под редакцией Н.И. Рожковой, В.Ч. Чхивадзе. – Москва: издательская группа "ГЕОТАР-Медиа", 2009.-137 с.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

10

Спосіб виконання онкопластичної операції у хворих на рак молочної залози, що включає виконання розрізів молочної залози навколо пухлини в межах R0 резекції та моноблочної лімфатичної дисекції, виконання двох циркумареолярних розрізів шкіри в бік, протилежний видаленій частині грудної залози, з виконанням деєпідермізації між лініями розрізів, який

15 **відрізняється** тим, що продовжують розріз до сосково-ареолярного комплексу, виконують мобілізацію судинної ніжки останнього перпендикулярно великому грудному м'язу, мобілізують молочну залозу від великого грудного м'яза, переміщують тканини залози в бік зони "резекції" та зшивають їх, ротують та переміщують сосково-ареолярний комплекс в місце максимальної проекції грудної залози по серединно-ключичній лінії і пошарово ушивають рану без натягу

20 шкірних клаптів.

Комп'ютерна верстка М. Мацело

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