



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **84741** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 06787	(72) Винахідник(и): Щепотін Ігор Борисович (UA), Мотузюк Ігор Миколайович (UA), Сидорчук Олег Ігорович (UA)
(22) Дата подання заявки: 31.05.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.10.2013	(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)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.10.2013, Бюл.№ 20	

(54) СПОСІБ РЕКОНСТРУКЦІЇ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

(57) Реферат:

Спосіб реконструкції молочної залози після мастектомії у хворих на рак молочної залози включає виконання мастектомії з моноблочною лімфатичною дисекцією, мобілізацію нижнього поперечного клаптя живота на прямому м'язі, переміщення в ложе видаленої молочної залози. Переміщений клапоть розташовують в ложе видаленої грудної залози у найбільш фізіологічному положенні, надлишкові зони по периферії клаптя перпендикулярно до поверхні шкіри розсікають до поверхневої фасції Томсона та вздовж останньої в бік периферії видаляють, тим самим залишають по периферії клаптя прошарок жирової тканини, який фіксують під шкірними клаптями видаленої молочної залози та пошарово ушивають рану без натягу шкірних клаптів.

UA 84741 U

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

На теперішній час віддається перевага реконструкції молочної залози алотканинам, що пов'язано з технічною простотою виконання таких оперативних втручань, коротким часом операції та меншою кількістю ранніх післяопераційних ускладнень у порівнянні з реконструкцією аутологічними тканинами. Проте віддалені результати реконструктивних оперативних втручань кращі у випадках реконструкції аутологічними тканинами особливо у жінок з надлишком маси тіла.

При виконанні реконструктивного етапу лікування хворих на рак молочної залози після мастектомії, передбачається мобілізація складних комплексів тканин з передньої черевної стінки, спини, з яких формується грудна залоза. Проте під час вище наведених оперативних втручань можливе виникнення дефіциту тканин у реконструйованій молочній залозі, а саме на межі сформованого клаптя та "місцевих" тканин, тим самим виникає третинна асиметрія молочних залоз, невідповідність останніх за формою та розмірами, що в подальшому, погіршує косметичні результати операції та якість життя хворих.

Спробою ліквідувати ці недоліки, при виконанні реконструкції молочної залози нижнім поперечним клаптем живота, є спосіб деєпідермізації донорського клаптя та накриття цієї зони "місцевими" тканинами, який було обрано за прототип [1].

Операція передбачає виконання розрізів шкіри за Герценом, широке сепарування шкірних клаптів шкіри, моноблочного видалення молочної залози з пухлиною та клітковиною з регіонарними лімфатичними вузлами, під час реконструктивного етапу оперативного втручання мобілізується нижній поперечний клапоть живота на прямому м'язі та останній переміщується в ложе видаленої молочної залози, в подальшому з переміщеного клаптя формується грудна залоза шляхом резекції ішемічних ділянок клаптя по периферії та зшивають "місцеві" шкірні клапті з переміщеним клаптем.

Недоліками наведеного способу реконструкції молочної залози нижнім поперечним клаптем живота є формування молочної залози низької проекції невідповідної за формою та об'ємом до іншої молочної залози, формування втягувань шкіри або дублікатор по типу "водоспаду" по периферії лоскута особливо у випадках, коли невиражений шар підшкірно-жирової клітковини в клаптях після мастектомії, тим самим виникає третинна асиметрія молочних залоз та незадовільні косметичні результати операції.

Задача корисної моделі є реконструкція грудної залози нижнім поперечним клаптем живота ідентичною до контрлатеральної молочної залози у хворих на рак молочної, що сприяє покращенню естетичних результатів операції та якості життя.

Технічний результат полягає в досягненні симетрії молочних залоз.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, який включає виконання мастектомії з моноблочною лімфатичною дисекцією, мобілізацію нижнього поперечного клаптя живота на прямому м'язі та переміщення в ложе видаленої молочної залози, згідно з корисною моделлю, формують молочну залозу наступним чином, переміщений клапоть розташовують в ложе видаленої грудної залози у найбільш фізіологічному положенні, надлишкові зони по периферії клаптя, що зазвичай деєпермізують або видаляють, перпендикулярно до поверхні шкіри розсікають до поверхневої фасції Томсона та вздовж останньої в бік периферії видаляють, тим самим залишають по периферії клаптя прошарок жирової тканини, який фіксується під шкірними клаптями видаленої молочної залози та пошарово ушивають рану без натягу шкірних клаптів.

Особливістю даного способу є можливість реконструкції молочної залози нижнім поперечним клаптем живота ідентичною до контрлатеральної груді після мастектомії у хворих на РМЗ, уникаючи виникнення третинної асиметрії молочних залоз.

Спосіб здійснюють наступним чином:

Виконують мастектомію з моноблочною лімфатичною дисекцією, мобілізують нижній поперечний клапоть живота на прямому м'язі, який переміщують в ложе видаленої молочної залози у найбільш фізіологічному положенні, надлишкові зони по периферії клаптя, що зазвичай деєпермізують або видаляють, перпендикулярно до поверхні шкіри розсікають до поверхневої фасції Томсона та вздовж останньої в бік периферії видаляють, тим самим залишають по периферії клаптя прошарок жирової тканини, який фіксують під шкірними клаптями видаленої молочної залози та пошарово ушивають рану без натягу шкірних клаптів.

Приклад конкретного виконання:

Хворій Д. Н.І., 52 роки з діагнозом рака лівої молочної залози ПІА ст. T2N2M0, після 3-х курсів неоад'ювантної поліхіміотерапії 2 клінічна група 24.01.2013 виконано радикальну

мастектомію за Мадденом з одномоментною реконструкцією нижнім поперечним клаптом живота на іпсілатеральному прямому м'язі за наведеною методикою. Перебіг післяопераційного періоду неускладнений, рана загоїлась первинним натягом. При контрольному огляді через 2 місяці молочні залози симетричні, післяопераційні рубці атрофічні не виражені.

5 Спосіб, що пропонується був випробуваний в клініці онкології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця на базі республіканського мамологічного центру Національного інституту рака протягом 2012-2013 років та показав себе як високоефективний, що дозволяє його рекомендувати для використання в практиці спеціалізованих відділень онкологічних установ.

10 Джерела інформації:

1. С.І. Gabca, Н. Bohmert. Plastic and Reconstructive Surgery of the Breast /перевод с английского под редакцией Н.О. Миланова/ Москва. "МЕДпресс-информ" 2010.-359 с.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

15

Спосіб реконструкції молочної залози після мастектомії у хворих на рак молочної залози, що включає виконання мастектомії з моноблочною лімфатичною дисекцією, мобілізацію нижнього поперечного клаптя живота на прямому м'язі, переміщення в ложе видаленої молочної залози, який **відрізняється** тим, що переміщений клапоть розташовують в ложе видаленої грудної залози у найбільш фізіологічному положенні, надлишкові зони по периферії клаптя перпендикулярно до поверхні шкіри розсікають до поверхневої фасції Томсона та вздовж останньої в бік периферії видаляють, тим самим залишають по периферії клаптя прошарок жирової тканини, який фіксують під шкірними клаптями видаленої молочної залози та пошарово ушивають рану без натягу шкірних клаптів.

25

Комп'ютерна верстка Л. Бурлак

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