



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **119122** (13) **U**
(51) МПК (2017.01)

A61B 8/00

A61B 17/42 (2006.01)

A61K 35/48 (2015.01)

G01N 33/48 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2017 03465**

(22) Дата подання заявки: **10.04.2017**

(24) Дата, з якої є чинними
права на корисну
модель: **11.09.2017**

(46) Публікація відомостей
про видачу патенту: **11.09.2017, Бюл.№ 17**

(72) Винахідник(и):

**Галайчук Ігор Йосифович (UA),
Нітефор Лариса Василівна (UA)**

(73) Власник(и):

**ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ
ЗАКЛАД "ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО" МОЗ
УКРАЇНИ,
вул. Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001
(UA)**

(54) СПОСІБ РЕЗЕКЦІЇ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ З МАКРОМАСТІЄЮ

(57) Реферат:

Спосіб резекції злоякісної пухлини молочної залози включає радикальну секторальну резекцію молочної залози з лімфаденектомією, причому у жінок з макромастією, при відсутності ураження регіонарних лімфатичних вузлів, виконують широку резекцію молочної залози на відстані 2-3 см від пухлини без пахвової лімфаденектомії.

UA 119122 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема клінічної онкології, і може бути використана при хірургічному лікуванні злоякісних пухлин (в т.ч. сарком) молочних залоз у жінок з макромастією.

Відомий спосіб резекції злоякісних пухлин молочної залози, що включає радикальну секторальну резекцію молочної залози і пахову лімфаденектомію [1]. За відомим способом операція складається з двох послідовних етапів: спочатку злоякісну пухлину видаляють шляхом секторальної резекції молочної залози, після чого з іншого розрізу виконують пахову лімфаденектомію або біопсію сторожового лімфатичного вузла [1].

Недоліками відомого способу, особливо у жінок з макромастією, є значний відсоток ускладнень пов'язаних із виконанням лімфаденектомії: лімфостаз, набряк верхньої кінцівки, порушення її функції.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалити відомий спосіб, у якому шляхом застосування у жінок з макромастією радикальної органозбережної операції без пахової лімфаденектомії досягають збереження

Поставлену задачу вирішують тим, що у даному способі онкопластичної резекції молочних залоз у жінок з макромастією, відповідно до корисної моделі, розріз шкіри та м'яких тканин обох молочних залоз здійснюють у вигляді двох півовальних ліній, між якими знаходиться проекція пухлини, починаючи від краю ареоли, виконують широку секторальну резекцію, відступивши щонайменше 2-3 см від краю пухлини, виконують субопераційне дослідження країв резекції, а після завершення операції, рани зшивають вздовж траєкторії розрізу. Пахову лімфаденектомію не виконують.

Перелік фігур.

Фіг. 1. Хвора В. - загальний вигляд молочних залоз (макромастія). Фіг. 2. Розмітка пухлин молочних залоз перед операцією. Фіг. 3. Операційні макропрепарати - фібрисаркоми молочних залоз. Фіг. 4. Загальний вигляд молочних залоз через 5 років після органозбережних операцій, задовільний косметичний результат.

Конкретно спосіб здійснюють наступним чином.

На етапі передопераційної підготовки визначають розмір і місце знаходження пухлини в молочної залозі. У вертикальному положенні пацієнтки виконують розмітку траєкторії розрізу на шкірі молочної залози: від краю ареоли проводять дві півовальні лінії, між якими знаходиться проекція пухлини, відступивши щонайменше 3 см від краю пухлини. Після завершення операції і встановлення "чистих" країв резекції макропрепарату рани пошарово зшивають уздовж траєкторії розрізу.

Клінічний приклад. Хворій В. з макромастією у віці 39 років було діагностовано у правій молочної залозі на межі нижніх квадрантів пухлину 55×40 мм, у лівій молочної залозі в ділянці інфрамамарної складки пухлину 40×30 мм, що фіксована до підлеглих м'яких тканин. Ультразвукове дослідження: в обох молочних залозах тканинні конгломерати з розширеною судинною сіткою і активним кровообігом; пахові лімфатичні вузли не збільшені.

Враховуючи велике співвідношення між об'ємом тканин молочної залози (макромастія) і об'ємом пухлини, а також значну відстань (27-30 см) від пухлини до регіонарного лімфатичного колектора й відсутність ураження лімфатичних вузлів, хворій запропоновано органозбережні операції - широку секторальну резекцію нижньо-зовнішнього квадранта правої молочної залози та висічення "en block" пухлини лівої молочної залози з резекцією інфрамамарної складки і м'яких тканин грудної клітки.

Згідно з проведеною розміткою виконано розрізи на правій молочної залозі у вигляді двох півовальних ліній, між якими знаходилась проекція пухлини, починаючи від краю ареоли, в межах 3 см від краю пухлини. Зліва в одному блоці видалено сектор молочної залози, інфрамамарну складку і м'які тканини передньої стінки лівої половини грудної клітки з дотриманням принципів радикальності, абластики і антиабластики. Обидві операції виконані без пахових лімфаденектомій.

Описання макропрепаратів: пухлина правої молочної залози діаметром 45 мм, пухлина лівої молочної залози діаметром 40 мм; краї резекції на достатній віддалі від пухлин. Під час субопераційного цитологічного дослідження країв резекції макропрепарату злоякісних клітин не було виявлено. Пошарово ушиті м'які тканини, шкіра.

Результат гістологічного дослідження: 1) фібрисаркома правої молочної залози, G-3; 2) фібрисаркома лівої молочної залози з вираженим міксоматозом, G-3.

Заключний діагноз за TNM-6: 1) Фібрисаркома правої молочної залози (нижньо-зовнішній квадрант), pT2aN0M0G3, III стадія; 2) Фібрисаркома лівої молочної залози, pT1bN0M0G3, IIA стадія.

Післяопераційний період пройшов без ускладнень, рани загоїлись первинним натягом. В післяопераційному періоді пацієнтка отримала дистанційну гамма-терапію на ложе пухлин правої і лівої молочної залози, СВД по 36,1 Гр., а також 4 цикли ад'ювантної поліхіміотерапії (доксорубіцин, цисплатин, циклофосфан).

Післяопераційний косметичний ефект оцінений пацієнткою на "добре". Застосований спосіб дозволив зберегти фізіологічні контури прооперованих молочних залоз. Лімфостазу немає, функція верхніх кінцівок збережена в повному об'ємі. За час диспансерного спостереження (7 років) рецидивів пухлини в молочних залозах не було, регіонарні лімфатичні колектори без патологічних змін за даними ультразвукового сканування.

Таким чином, застосування широкої секторальної резекції без лімфаденектомії у жінок з макромастією при злоякісних пухлинах молочних залоз (рак молочної залози, саркома молочної залози) запобігає виникненню післяопераційного лімфостазу, дозволяє уникнути порушення функції верхньої кінцівки та зберегти фізіологічні контури і симетричність грудей, не порушуючи принципу онкологічного радикалізму. Отже, запропонований спосіб забезпечує вищу, ніж за відомим способом-прототипом, клінічну ефективність і може бути використаний в клінічній онкології.

Джерела інформації:

1. Tinterri C, Gatzemeier W., Costa A. et al. Breast-conservative surgery with and without radiotherapy in patients aged 55-75 years with early-stage breast cancer: a prospective, randomized, multicenter trial analysis after 108 months of median follow-up (2014) Annals of Surgical Oncology, 21 (2): 408-415.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб резекції злоякісної пухлини молочної залози, що включає радикальну секторальну резекцію молочної залози з лімфаденектомією, який **відрізняється** тим, що у жінок з макромастією, при відсутності ураження регіонарних лімфатичних вузлів, виконують широку резекцію молочної залози на відстані 2-3 см від пухлини без пахвової лімфаденектомії.



Fig. 1



Fig. 2

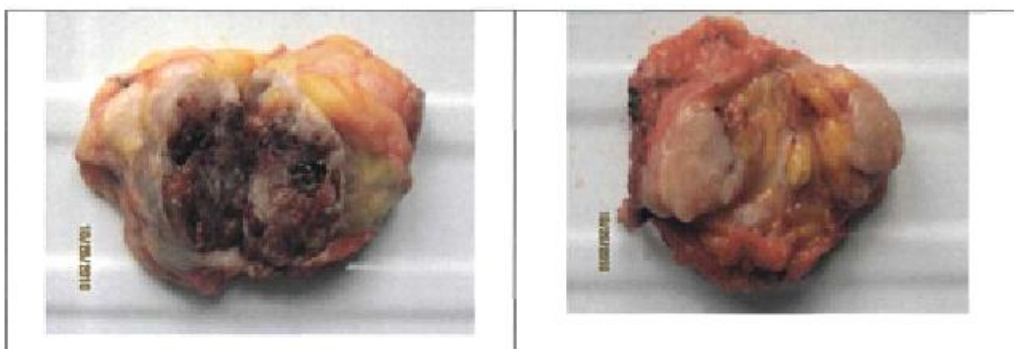


Fig. 3



Fig. 4

Комп'ютерна верстка О. Гергіль

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

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