



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **83922** (13) **U**  
(51) МПК (2013.01)  
**A61B 17/00**

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

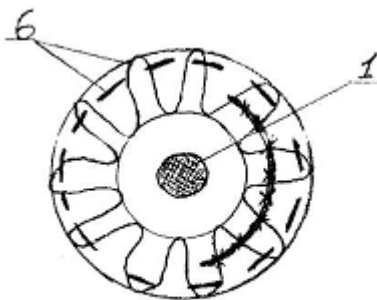
## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

|  |   |
|--|---|
| (21) Номер заявки: <b>u 2013 01853</b>                                     | (72) Винахідник(и):<br><b>Андрющенко Володимир Вікторович (UA),<br/>Язиков Олександр Валерійович (UA),<br/>Лукавенко Іван Михайлович (UA)</b> |
| (22) Дата подання заявки: <b>15.02.2013</b>                                |   |
| (24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>10.10.2013</b>     | (73) Власник(и):<br><b>СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ,<br/>вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми,<br/>40007 (UA)</b>                           |
| (46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.10.2013, Бюл.№ 19</b> |   |

## (54) СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРЯЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПРОТОВОКОВОЇ СИСТЕМИ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

### (57) Реферат:

Спосіб оперативного лікування доброякісних захворювань протокової системи молочної залози включає періареолярний доступ з боку ураженої протоки молочної залози шляхом її резекції, видалення новоутворення разом з протокою молочної залози та сектором ураженої тканини до фасції великого грудного м'яза. До виконання періареолярного доступу проводять передопераційну розмітку з маркуванням зони циркулярної деепідермізації шкіри та ареоли. Потім виконують циркулярну деепідермізацію запланованої ділянки ареоли та шкіри з наступним розтином тканин до залозистої паренхіми необхідної довжини в зоні деепідермізованої ділянки ареоли та шкіри. Розтягують операційну рану до оптимальної для роботи довжини, з видаленням попередньо промаркованої протоки чи декількох проток молочної залози та простежуванням їх напрямку. Видалення новоутворення разом з протоками молочної залози та сектором ураженої тканини до фасції великого грудного м'яза виконують шляхом резекції паренхіми залози необхідного об'єму у вигляді конуса, вершиною оберненого до соска, з наступною мастопексією.



Фіг. 3

UA 83922 U



Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, пластичної хірургії і онкології, і може бути використаною в оперативному лікуванні хворих на внутрішньопротокові папіломи молочної залози, проліферативні форми фіброзно-кістозної хвороби.

5 Встановлення діагнозу внутрішньопротокової папіломи молочної залози є показанням до проведення хірургічного втручання. За допомогою контрастування ураженої протоки молочної залози проводиться видалення новоутворення разом з протокою залози та сектором ураженої тканини до фасції великого грудного м'яза [1].

10 Для виконання оперативного втручання хірурги найчастіше використовують періареолярний доступ з метою маскування післяопераційного рубця та оптимальної зручності для дисекції тканини залози. Описаний спосіб мікродуктектомії з резекцією тканини залози був прийнятий нами за прототип [1]. Ця методика полягає в тому, що виконується періареолярний доступ з боку ураженої протоки, дисекція ареоли з візуалізацією контрастованої протоки, далі широко видаляють сектор молочної залози з розширенням області резекції до фасції великого грудного м'яза. Після видалення запланованого об'єму тканини і забезпечення гемостазу краї рани зшиваються окремими вузловими швами матеріалом, що розсмоктується. Відсепарований сосково-ареолярний комплекс (САК) встановлюється на своє місце. Рану на шкірі зшивають безперервним швом ниткою "Монокрил 3/0".

20 Відомий спосіб мікродуктектомії з резекцією тканини залози має недолік, який полягає в тому, що довжина періареолярного розрізу часто не може бути достатньою для резекції значної за об'ємом тканини молочної залози. Розтягнення рани для збільшення довжини операційного доступу можливо в такому випадку лише з боку ареолярної частини рани, оскільки шкіра не має шару гладком'язових волокон [2, 3]. Продовження параареолярного розтину далі вздовж ареоли з метою розширення операційного доступу може призвести до ішемії ділянки ареоли і навіть некрозу елементів САК [4]. До того ж видалення тканини залози призводить до змінення її природного вигляду органу, що потребує естетичної корекції.

25 Задачею заявленої корисної моделі є вибір адекватного доступу з видаленням ураженої протокової системи з тканиною молочної залози в повному обсязі з маскуванням післяопераційного рубця.

30 Технічний результат полягає у виконанні резекції молочної залози з ураженими протоками з мінімальною травмою органу, забезпечивши при цьому достатній рівень радикалізму оперативного втручання. Застосування даної методики дозволяє виконати хірургічне лікування через невеликий розріз на поверхні молочної залози, при цьому видалити необхідний об'єм залозистої паренхіми. Всі ці заходи дозволяють пацієнткам запобігти виникненню психологічних розладів, пов'язаних з наявністю рубців на молочній залозі, що прискорює одужання та соціальну реабілітацію.

35 Поставлену задачу вирішують тим, що у відомому способі, що включає періареолярний доступ з боку ураженої протоки молочної залози шляхом її резекції, видалення новоутворення разом з протоками молочної залози та сектором ураженої тканини до фасції великого грудного м'яза, згідно із корисною моделлю, до виконання періареолярного доступу проводять передопераційну розмітку з маркуванням зони циркулярної деєпідермізації шкіри та ареоли, потім виконують циркулярну деєпідермізацію запланованої ділянки шкіри та ареоли, проводять розтин тканини в місці деєпідермізації необхідної довжини, розтягують операційну рану гачками, з видаленням попередньо промаркованої барвником протоки чи декілька проток молочної залози та простежуванням їх напрямку, а видалення новоутворення разом з протокою молочної залози та сектором ураженої тканини до фасції великого грудного м'яза виконують шляхом резекції паренхіми залози необхідного об'єму у вигляді конуса, вершиною оберненого до соска, з наступною мастопексією.

45 Відмінними особливостями способу, що заявляється, є те, що проводиться доопераційна розмітка з маркуванням зони циркулярної деєпідермізації шкіри та ареоли, не відсепаровується субареолярна частина залозистої тканини, виконується конусовидна резекція молочної залози з наступною мастопексією.

Особливістю даного способу є можливість видалити уражену ділянку молочної залози з досягненням необхідного радикалізму без утворення косметичного дефекту.

55 Суть способу, що заявляється, пояснюється графічно на фіг. 1-3, де:

- 1 - сосок молочної залози;
- 2 - зона циркулярної деєпідермізації шкіри та ареоли;
- 3 - розтин тканин до залозистої паренхіми необхідної довжини;
- 4 - ділянка молочної залози з патологією протокової системи, яку видаляють;
- 5 - зведення країв резекції вузловими швами;

6 - два ряди швів: нерозсмоктуючим матеріалом ниткою 3/0 кисетний шов на глибокі шари дерми по зовнішньому колу краю рани для зіставлення його з краєм ареоли, 2-й шов внутрішньодермальний ниткою 4/0, що розсмоктується.

Спосіб виконують наступним чином.

5 Проводять попередню передопераційну розмітку з маркуванням ділянки циркулярної деєпідермізації шкіри та ареоли шириною від 5 до 15 мм. Під місцевим знеболенням виконують циркулярну деєпідермізацію запланованої ділянки ареоли і шкіри (фіг. 1, поз. 2); виконують розтин тканин до залозистої паренхіми необхідної довжини в зоні деєпідермізованої ділянки шкіри і ареоли (фіг. 1, поз. 3); за допомогою гачків-ретракторів проводять розтягнення операційної рани до оптимальної для роботи довжини. Виділяють попередньо профарбовану протоку чи декілька проток молочної залози, простежують її напрямок, проводять резекцію паренхіми залози необхідного об'єму у вигляді конуса до фасції великого грудного м'яза (фіг. 2, поз. 4). При цьому звертають увагу на бережливе препарування із збереженням здорових проток та інтактної паренхіми молочної залози. Зводять краї утвореної після резекції порожнини окремими вузловими швами з синтетичного розсмоктуючого шовного матеріалу (фіг. 2, поз. 5). Жирова клітковина залишається після резекції залози в повному обсязі та не фіксується швами. На завершення проводять пластичний етап з накладанням двох рядів швів на край шкірного дефекту. По зовнішньому колу краю рани накладається кисетний шов на глибокі шари дерми атравматичним нерозсмоктуючим матеріалом "Polamid 3/0" для зіставлення його з краєм ареоли. Кисетний шов зтягають. Внутрішньодермальний шов атравматичним матеріалом "Монокрил 4/0" моделює остаточний вигляд сосковоареолярного комплексу (фіг. 3, поз. 6). При потребі дрениують рану через контрапертуру за допомогою профільного силіконового дренажу діаметром 4 мм.

25 Приклад конкретного виконання. Хвора З.О.Н., 1975 р. н., діагноз сецернуючий сосок лівої молочної залози. Внутрішньопотокова папілома лівої молочної залози. Була виконана конусовидна резекція протокової системи залози за розробленою методикою. Період перебування в стаціонарі 2 дні. Хвора перебуває на динамічному спостереженні кожні півроку, УЗ контроль та огляд хірурга-маммолога. Естетичні результати операції задовольняють пацієнтку.

30 Спосіб, що пропонується, був апробований в приватній хірургічній клініці ЛДЦ ДП "Сілмед" м. Суми і показав себе як ефективний метод лікування хворих на доброякісні захворювання протокової системи молочних залоз з гарними естетичними наслідками, що дозволяє рекомендувати його для використання в практиці спеціалізованих відділень онкологічних установ та хірургічних стаціонарах.

35 Представлений спосіб дозволяє уникнути косметичного дефекту після резекції значної частини молочної залози. Зменшення травматизації та оперування в межах здорових тканин відповідає принципам радикалізму та сприяє загоєнню післяопераційної рани в короткий строк. Відсутність видимих рубців після операції сприяє психологічній реабілітації пацієнток після хірургічних втручань на молочних залозах.

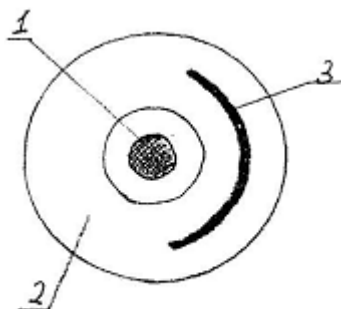
40 Джерела інформації:

1. Атлас хирургии молочной железы / И. Джатой, М. Кауфманн, Ж. Ив Пети; пер. с англ. под ред. Н.И. Рожковой, В.Д. Чхиквадзе. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - С. 44.
2. Минаева О.Л. Клиническая анатомия сосково-ареолярного комплекса (дис. Канд. Мед наук) / Минаева О.Л. - Красноярск. - 2008. - 79 с.
- 45 3. Сотников А.А. Клиническая анатомия сосково-ареолярного комплекса / А. А. Сотников, В. Ф. Байтингер // Вопр. реконструктивной и пластической хирургии. - 2006. - № 2. - С. 22-27.
4. Тиммербулатов А.Ю. Миниинвазивные методы хирургического лечения узловых форм мастопатии и гинекомастии (дис. канд мед. Наук) / Тиммербулатов А.Ю. - Уфа, 2010. - 106 с.

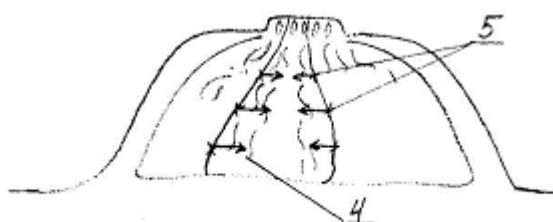
## 50 ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб оперативного лікування доброякісних захворювань протокової системи молочної залози, що включає періареолярний доступ з боку ураженої протоки молочної залози шляхом її резекції, видалення новоутворення разом з протокою молочної залози та сектором ураженої тканини до фасції великого грудного м'яза, який **відрізняється** тим, що до виконання періареолярного доступу проводять передопераційну розмітку з маркуванням зони циркулярної деєпідермізації шкіри та ареоли, потім виконують циркулярну деєпідермізацію запланованої ділянки ареоли та шкіри з наступним розтинном тканин до залозистої паренхіми необхідної довжини в зоні деєпідермізованої ділянки ареоли та шкіри, розтягують операційну рану до оптимальної для роботи довжини, з видаленням попередньо промаркованої протоки чи декількох проток

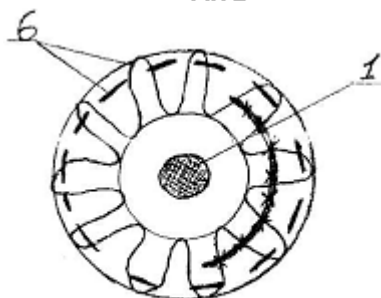
молочної залози та простежуванням їх напрямку, а видалення новоутворення разом з протоками молочної залози та сектором ураженої тканини до фасції великого грудного м'яза виконують шляхом резекції паренхіми залози необхідного об'єму у вигляді конуса, вершиною оберненого до соска, з наступною мастопексією.



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3

---

Комп'ютерна верстка В. 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