



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **83954** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

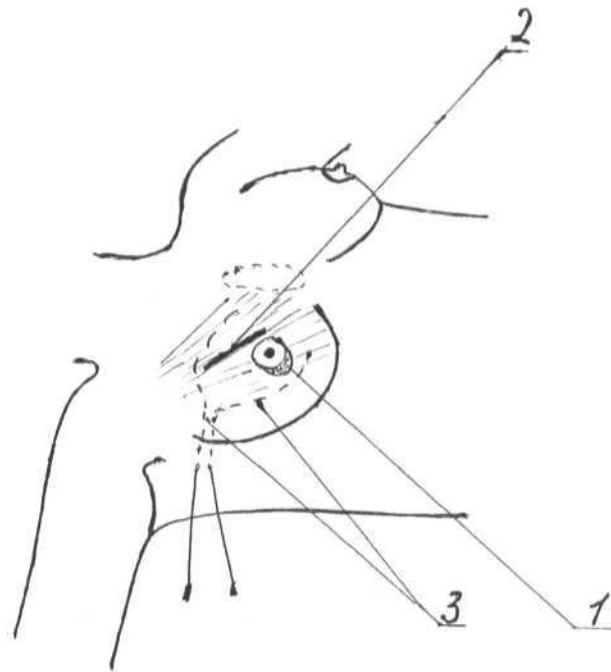
(21) Номер заявки: u 2013 03006	(72) Винахідник(и): Андрущенко Володимир Вікторович (UA), Язиков Олександр Валерійович (UA), Лукавенко Іван Михайлович (UA)
(22) Дата подання заявки: 11.03.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.10.2013	(73) Власник(и): СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.10.2013, Бюл.№ 19	

(54) СПОСІБ ПІДШКІРНОЇ МАСТЕКТОМІЇ З ОДНОМОМЕНТНИМ СУБМУСКУЛЯРНИМ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯМ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ СИЛІКОНОВИМИ ІМПЛАНТАТАМИ

(57) Реферат:

Спосіб підшкірної мастектомії з одномоментним субмускулярним ендопротезуванням молочних залоз силіконовими імплантатами, що включає операційний доступ до молочної залози з послідуною підшкірною радикальною мастектомією і розміщенням силіконових імплантатів для створення форми молочної залози, причому перед операційним доступом проводять вибір імплантата необхідного об'єму, типу та проекції, операційний доступ здійснюють, виконуючи нижній періареолярний розтин у вигляді півмісяця, а виконання підшкірної мастектомії проводять шляхом видалення лише залозистої паренхіми органу і зі збереженням сосково-ареолярного комплексу, потім шляхом поздовжнього розтину і розтягнення вздовж волокон великого грудного м'язу в середній його частині формують м'язовий карман і розміщення силіконового імплантата здійснюють, встановлюючи його у сформоване ложе м'язового карману сумісно із профільним силіконовим дренажем, потім ушивають карман П-подібними вузловими швами з послідуною виконанням мастопексії.

UA 83954 U



Корисна модель стосується медицини, а саме пластичної хірургії, онкології, і може бути використана в хірургічному лікуванні проліферативних форм мастопатії, полікістозу молочних залоз.

Незважаючи на бурхливий розвиток гормонотерапії, хірургічне лікування доброякісних захворювань молочних залоз продовжує займати основне місце в комплексній профілактиці раку молочної залози. Стандартом оперативних втручань при новоутвореннях молочної залози на сьогодні є секторальна резекція в різних модифікаціях від лампектомії до виконання мініінвазивного видалення новоутворення. Проте багаточисельні операції на молочних залозах при їх тотальному полікістозному ураженні в значній мірі спотворюють зовнішній вигляд органу, що призводить до виникнення ряду психоемоційних комплексів у пролікованих жінок [1]. Виникнення сучасних алопластичних матеріалів, поява технік виконання органозберігаючих операцій при раку молочної залози з одночасним та відстроченим ендопротезуванням дозволили використовувати ці методи в лікуванні пацієнок з доброякісними передраковими захворюваннями молочних залоз [2, 3].

Відомий спосіб одномоментного ендопротезування молочної залози після мастектомії. [4]. Ця методика полягає в виконанні підшкірної мастектомії з видаленням лімфатичних вузлів підпахвинної ямки, підлопаткової області при раку молочної залози з одномоментним ендопротезуванням. Причому імплантат розміщують над великим грудним м'язом, шкіру та підшкірну клітковину зшивають двома рядами швів, цей спосіб і був вибраний нами за прототип.

Недолік такого способу полягає в тому, що імплантат розташовується безпосередньо під підшкірно-жировою клітковиною і таким чином може мігрувати в різні боки в залежності від дії направленої на нього сили. Це може призвести до появи ефекту птозу імплантата, а в окремих випадках призводити до стоншення підшкірно-жирового шару і розвитку пролежня шкіри в місці контакту [5]. Всі ці можливі ускладнення можуть повністю нівелювати естетичний напрямок оперативного втручання.

Задачею заявленої корисної моделі є виконання оптимального радикального хірургічного лікування тотального полікістозного ураження молочної залози зі збереженням максимальної природної форми органу.

Технічний результат полягає в виконанні підшкірної мастектомії з двох доступів зі збереженням сосково-ареолярного комплексу, та форми молочної залози, що дозволяють прооперованим жінкам запобігти виникненню психологічних розладів, пов'язаних з втратою органу. Збереження цілісності великого грудного м'язу, не порушує функцію верхньої кінцівки, зменшує вірогідність виникнення контрактур, що полегшує соціальну та психологічну реабілітацію пацієнок.

Поставлену задачу досягають тим, що у відомому способі, що включає операційний доступ до молочної залози з послідуною підшкірною радикальною мастектомією і встановленням імплантата для створення форми молочної залози, згідно із корисною моделлю, перед операційним доступом проводять вибір імплантата необхідного об'єму, типу та проекції, здійснюють операційний доступ шляхом виконання нижнього періареолярного розрізу у вигляді півмісяця, а підшкірну мастектомію виконують шляхом видалення лише залозистої паренхіми органу зі збереженням сосково-ареолярного комплексу, формують м'язовий карман шляхом поздовжнього розтину і розтягнення вздовж волокон великого грудного м'язу в середній його частині і встановлюють імплантат разом з силіконовим дренажем в сформоване ложе, потім ушивають м'язовий карман П-подібними вузловими швами з послідуною виконанням мастопексії.

Відмінними особливостями методу, що заявляється, є те, що перед виконанням операції разом з пацієнткою проводиться вибір імплантата, зважаючи на об'єм молочних залоз, їх проекцію. Виконується нижній періареолярний доступ для підшкірної мастектомії в вигляді півмісяця. Видаляється лише залозиста паренхіма молочної залози без жирового прошарку, виконується формування цілісного м'язового карману для імплантата.

Особливістю даного способу є можливість створити виключно м'язовий карман для розташування силіконового імплантата з мінімальною травматизацією анатомічних структур грудної стінки. Залишений в повному об'ємі життєздатний жировий прошарок створює гарні умови для наповнення залишкового об'єму молочної залози. Можливість провести мастопексію дозволяє сформувати оптимальну проекцію реконструйованого органу.

Суть способу, що заявляється пояснюється графічно, де на фіг. зображено:

- 1 - нижній періареолярний доступ в вигляді півмісяця;
- 2 - поздовжній розтин великого грудного м'язу на рівні середини її товщі;
- 3 - проекція профільних силіконових дренажів.

Спосіб виконують наступним чином.

Проводять вибір силіконового імплантата разом з пацієнткою перед операцією. В положенні на спині на операційному столі, під загальним знеболенням виконують попередню передопераційну розмітку, нижній пераареолярний доступ виконують в вигляді півмісяця 1 з висіченням шкіри та частковою деєпідермізацією. Виконують підшкірну мастектомію зі збереженням сосково-ареолярного комплексу шляхом видалення тканини молочної залози без жирового прошарку. Ретромамарну клітковину разом з фасцією великого грудного м'язу залишають. Великий грудний м'яз розділяють тупим шляхом вздовж волокон в його середній частині 2. Формують м'язовий карман для імплантата, що зверху та медіально обмежений великим грудним м'язом, латерально-переднім зубчатим м'язом, та широким м'язом спини, знизу реберною порцією прямого м'язу живота. В сформовану порожнину імплантата розміщують профільний силіконовий дренаж 3 діаметром 4 мм, який виводять назовні через контрапертуру по передній підпахвовій складці, далі проводять постановку імплантата в м'язовий карман. Зшивають краї м'язового карману атравматичним шовним матеріалом "Вікріл 1/0" П-подібними швами. Встановлюють дренаж такого ж типу в підшкірну клітковину, виводять через контрапертуру поряд з попереднім. Виконують мастопексію молочної залози атравматичним не розсмоктуючим синтетичним шовним матеріалом "Polamid 3/0".

Приклад конкретного виконання

Хвора Л., 1965 р. н., діагноз Фіброзно-кістозна мастопатія. Полікістоз обох молочних залоз. Була виконана білатеральна підшкірна мастектомія з одномоментним субм'язовим ендопротезуванням силіконовими імплантатами "Mentor 354 см³". Період перебування в стаціонарі 4 дні. Пацієнтка задоволена результатами лікування, скарг не висловлює.

Спосіб, що пропонується, був апробований в приватній хірургічній клініці ЛДЦ ДП "Сілмед" м. Суми, показав себе як ефективний метод лікування хворих з поширеними доброякісними змінами молочних залоз з гарними естетичними наслідками, що дозволяє рекомендувати його для використання в практиці спеціалізованих відділень онкологічних установ та в хірургічних відділеннях реконструктивно-пластичного профілю.

Представлений спосіб дозволяє уникнути косметичного дефекту після травматичних секторальних резекцій молочних залоз. Видалення всієї ураженої патологічним процесом паренхіми молочної залози відповідає принципам радикалізму подібних оперативних втручань. Залишений жировий прошарок разом з профілем силіконового імплантата і одночасною мастопексією, відсутність видимих післяопераційних рубців створює природній вигляд органу, що сприяє психологічній реабілітації пацієнток після операцій на молочних залозах.

Джерела інформації:

1. Петровский Д.А. Хирургические аспекты лечения доброкачественных заболеваний молочной железы (дис. канд. мед. н., автореферат) / Петровский. - Ярославль.-2012. - С. 3.

2. W.P. Audretsch, M. Rezaï, C. Kolotas, N. Zamboglou, T. Schnabel, H. Bojar Tumor-specific immediate reconstruction in breast cancer patients / Perspectives in Plastic Surgery.-1998. - Vol. 11. - P. 71-106.

3. R. Masetti, P.G. Pirulli, S. Magno, G. Franceschini, F. Chiesa, A. Antinori Oncoplastic techniques in the conservative surgical treatment of breast cancer / Breast Cancer.-2000. - Vol. 7. - № 4-P. 276-280.

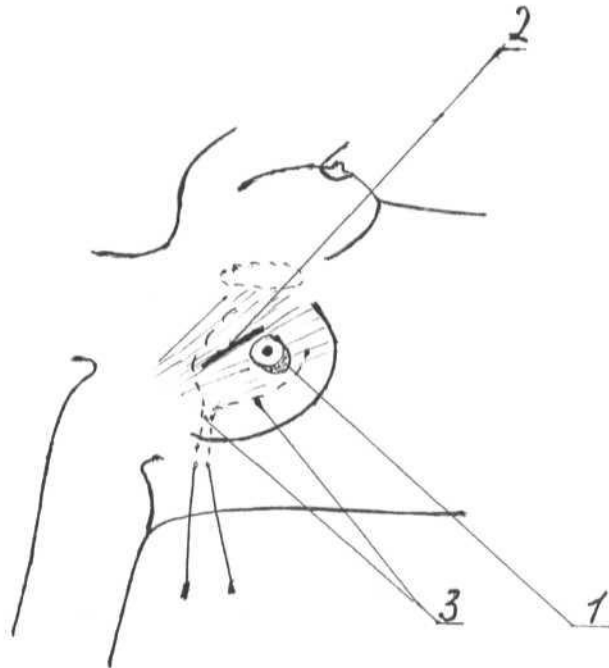
4. Патент № 68132А "Спосіб одномоментного ендопротезування молочної залози після мастектомії" Чешук В.С., Зайчук В.В., Сидорчук О.І., Носко М.М., опублікований 15 07.2004, - Бюл № 7. (прототип).

5. Галич С.П. Реконструктивная хирургия груди / Галич С.П., Пинчук В.Д. - К.: Книга-плюс, 2011. - С. 85.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб підшкірної мастектомії з одномоментним субм'язовим ендопротезуванням молочних залоз силіконовими імплантатами, що включає операційний доступ до молочної залози з послідуною підшкірною радикальною мастектомією і розміщенням силіконових імплантатів для створення форми молочної залози, який **відрізняється** тим, що перед операційним доступом проводять вибір імплантата необхідного об'єму, типу та проекції, операційний доступ здійснюють, виконуючи нижній періареолярний розтин у вигляді півмісяця, а виконання підшкірної мастектомії проводять шляхом видалення лише залозистої паренхіми органу і зі збереженням сосково-ареолярного комплексу, потім шляхом поздовжнього розтину і розтягнення вздовж волокон великого грудного м'язу в середній його частині формують м'язовий карман і розміщення силіконового імплантата здійснюють, встановлюючи його у

сформоване ложе м'язового карману сумісно із профільним силіконовим дренажем, потім ушивають карман П-подібними вузловими швами з послідовним виконанням мастопексії.



Комп'ютерна верстка Д. Шеверун

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