



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42360 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ОДНОЧАСНОЇ КОРЕКЦІЇ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНІЙ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ПУХЛИНИ ПІСЛЯ ВИКОНАННЯ ЛАМПЕКТОМІЇ З РЕГІОНАРНОЮ ЛІМФАТИЧНОЮ ДИСЕКЦІЄЮ

1

(21) u200903790

(22) 17.04.2009

(24) 25.06.2009

(46) 25.06.2009, Бюл.№ 12, 2009 р.

(72) ЩЕПОТІН ІГОР БОРИСОВИЧ, МОТУЗЮК ІГОР МИКОЛАЙОВИЧ, СИДОРЧУК ОЛЕГ ІГОРЕВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) 1. Спосіб одночасної корекції молочних залоз у хворих на рак молочної залози при центральній локалізації пухлини після виконання лампектомії з регіонарною лімфатичною дисекцією, що включає виконання розтину шкіри, відсепарування тканини молочної залози, видалення ураженої пухлиною ділянки та здійснення пластичного етапу операції, який **відрізняється** тим, що виконують два дугоподібних розтини вище та нижче ареоли, видаляють квадрант молочної залози з пухлиною та моноблочно з сосково-ареолярним комплексом, а окремим розрізом в аксиллярній ділянці по зовніш-

2

ньому краю великого грудного м'яза виконують регіонарну лімфатичну дисекцію.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що при здійсненні пластичного етапу операції виконують відсепарування шкіри над залишеним нижнім квадрантом молочної залози (товщина шкірного клаптя до 0,5 см), мобілізацію останнього від великого грудного м'яза, потім мобілізований квадрант молочної залози завертають догори по нижньому краю молочної залози та фіксують ретромамарно до великого грудного м'яза на рівні другого міжреб'я, формують нову субмамарну складку та пошарово ушивають післяопераційну рану, а на вершині сформованого конуса молочної залози формують новий сосково-ареолярний комплекс.

3. Спосіб за п. 2, який **відрізняється** тим, що корекцію контрлатеральної молочної залози виконують на підставі сформованої молочної залози з виконанням вертикальної редукційної мамопластики.

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

Сучасний підхід до лікування хворих на ранній РМЗ (T1-2N0M0) передбачає виконання органозберігаючих операцій (ОЗО). Значні обмеження у застосуванні цього втручання мають місце при локалізації пухлини у центральній частині залози та в ділянці соска. Сучасні стандарти лікування потребують інколи видалення більшої частини тканини залози моноблочно з сосково-ареолярним комплексом. Результатом такого оперативного втручання є деформація оперованої молочної залози, відсутність сосково-ареолярного комплексу, невідповідність розмірів молочних залоз, що свідчать про незадовільні косметичні результати [1]. Через це в переважній більшості випадків хворим виконується мастектомія.

Спробою ліквідувати ці недоліки лампектомії є операція, яка здійснюється подібно до вертикальної редукційної мастопексії та була обрана за прототип [2].

Під час цієї операції виконують дугоподібний розтин по субмамарній складці, а також циркулярний розтин по краю ареоли, які з'єднують двома вертикальними розтинами. Другим етапом відсепаровують тканину залози у напрямку від горизонтального розрізу до соска. Третій етап полягає в видаленні ділянки залози (з пухлиною), яка обмежена знизу горизонтальним розтином, по боках - вертикальними розтинами, зверху - концентричним параареолярним розтином. Четвертий етап передбачає переміщення соска вгору та його підшивання до краю шкіри, а також зшивання тканини залози по лініям резекції. Лімфодисекція виконується з окремого розтину. Недоліками наведеного способу лампектомії є те, що вона може бути застосована без шкоди для радикалізму та космети-

(13) U

(11) 42360

(19) UA