



УКРАЇНА

(19) UA (11) 52599 (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 ВИБОРУ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ТА ПЛАСТИЧНОГО ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

1

2

(21) u201006079

(22) 20.05.2010

(24) 25.08.2010

(46) 25.08.2010, Бюл.№ 16, 2010 р.

(72) ЩЕПОТІН ІГОР БОРИСОВИЧ, МОТУЗЮК ІГОР МИКОЛАЙОВИЧ, СИДОРЧУК ОЛЕГ ІГОРОВИЧ, СМОЛАНКА ІВАН ІВАНОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ

(57) 1. Спосіб вибору реконструктивно-відновлювального та пластичного оперативного втручання у хворих на рак молочної залози, що включає виконання наступних дій: якщо обсяг тканин молочної залози, що підлягає видаленню, не перевищує 25 % обсягу залози, виконують квадрантектомію або лампектомію з регіонарною лімфодисекцією, а при обсязі тканин, які підлягають видаленню, що перевищує 25 % загального обсягу молочної залози, інвазії пухлини в сосково-ареолярний комплекс або мультицентричних пухлинах залози виконують радикальну мастектомію (в модифікаціях Пейті або Маддена), який **відрізняється** тим, що у випадку, коли обсяг тканин, що

підлягають видаленню, не перевищує 25 % обсягу залози, додатково виконують репозицію сосково-ареолярного комплексу, а у випадку, коли обсяг тканин, що підлягають видаленню, перевищує 25 % загального обсягу молочної залози, інвазії пухлини в сосково-ареолярний комплекс або мультицентричних пухлинах залози, при наявності вираженої жирової клітковини на передній черевній стінці або спині, виконують мастектомію з одномоментною реконструкцією залози донорськими клаптями з найширшого м'яза спини або поперечного клаптя живота, а у випадку відсутності достатньої кількості жирової клітковини на передній черевній стінці або спині виконують підшкірну мастектомію з збереженням або без збереження сосково-ареолярного комплексу та одномоментним ендопротезуванням молочної залози.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що у випадку, коли різниця обсягів молочних залоз після оперативного втручання з боку ураження перевищує 15 %, виконують репозицію сосково-ареолярного комплексу та одномоментну редукційну мамопластику інтактної залози.

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 РМЗ передбачає досягнення не тільки продовження тривалості життя, а й покращення його якості. Існуючі стандарти лікування онкологічних хворих, які обрані нами за прототип, не включають реконструктивного етапу і в той же час пластичний підхід не завжди узгоджується з онкологічними принципами. Стандарними онкологічними операціями при ранньому раку молочної залози являються: квадрантектомія або лампектомія з регіонарною лімфатичною дисекцією та мастектомія за Мадденом, Пейті, рідше за Холстедом [1]. Виконують наступні дії: якщо обсяг тканин молочної залози, що підлягає видаленню не перевищує 25% обсягу залози,

виконують квадрантектомію або лампектомію з регіонарною лімфодисекцією, а при обсязі тканин, які підлягають видаленню, що перевищує 25% загального обсягу молочної залози, інвазії пухлини в сосково-ареолярний комплекс або мультицентричних пухлинах залози виконують радикальну мастектомію (в модифікаціях Пейті або Маддена).

Задачею заявленої корисної моделі є оптимальний вибір оперативного втручання для покращення косметичних результатів операції без шкоди радикалізму.

Технічний результат полягає в розширенні показань до органозберігаючих та первинно реконструкційних операцій, які забезпечують видалення пухлини в межах здорових тканин при локалізації пухлини в будь якому квадранті молочної залози та отриманні симетричних, оптимальних за розміром та формою молочних залоз.

UA (13) U

UA (11) 52599

UA (19) UA