



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 60291

(13) U

(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНОГО ПТОЗУ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

1

2

(21) u201015870

(22) 29.12.2010

(24) 10.06.2011

(46) 10.06.2011, Бюл.№ 11, 2011 р.

(72) МІШАЛОВ ВОЛОДИМИР ГРИГОРОВИЧ, ХРА-
ПАЧ ВАСИЛЬ ВАСИЛЬОВИЧ, НАЗАРЕНКО ІННА
АНДРІЙВНА, ГОНЗА РОМАН ВОЛОДИМИРОВИЧ(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ(57) Спосіб хірургічного лікування рецидивного
птозу молочних залоз, що включає проведення
попередньої розмітки з визначенням нового місця

розташування ареоли, деєпідермізацію перiareо-
лярного кільця необхідного діаметра, який **відріз-
няється** тим, що після деєпідермізації перiareо-
лярного кільця субареолярним доступом через
тканину молочної залози виділяють капсулу на-
вколо імплантата, виконують горизонтальний роз-
різ і формують дуплікатуру капсули П-подібними
швами, операційну рану ушивають пошарово, де-
єпідермізоване перiareолярне кільце занурюють
під шкіру молочної залози циркумареолярним ки-
сетним швом за Benelli і накладають асептичну
пов'язку.

Корисна модель, що заявляється, стосується
медицини, точніше – хірургії і такого її розділу, як
пластична хірургія, та призначена для хірургічного
лікування косметичного дефекту, а саме – реци-
дивного птозу молочних залоз після естетичної
мамопластики.

В останні 10 років в Україні спостерігається
значне збільшення кількості виконуваних пластич-
них естетичних операцій, метою яких є ліквідація
або лікування косметичного дефекту, зокрема,
молочних залоз. Однак, більш ніж 50% від усіх
пластичних операцій - повторні, що пов'язано, го-
ловним чином, з розвитком у ранньому та відда-
леному післяопераційних періодах ускладнень.
Аналіз існуючих способів оперативних втручань
показує їх недостатню ефективність, про що свід-
чить відносно висока частота рецидивного птозу
молочної залози з часом. Так, відомий спосіб хіру-
ргічного лікування птозу молочних залоз, який пе-
редбачає висічення шкіри навколо ареоли. За R.G.
Bartels висікають циркулярно стрічку шкіри навко-
ло ареоли (1).

Недоліками цього способу є високий ризик
ішемічних ускладнень та відносно високий рівень
ускладнень, пов'язаних з виникненням натягу шкі-
ри в усіх напрямках, що призводить до формуван-
ня патологічних рубців навколо ареоли, та виник-
нення вторинного птозу.

Найбільш близьким до способу, що заявляється,
є спосіб хірургічного лікування косметичного
дефекту молочної залози за Benelli (2), при якому
для отримання менш помітного рубця після попе-
редньої розмітки та визначення нового місця роз-

ташування ареоли виконують деєпідермізацію
шкіри навколо ареоли. Ретельний гемостаз дося-
гають діатермокоагуляцією, після чого накладають
кисетний шов для зшивання рани. Спосіб-прототип
має наступні недоліки. При такому способі масто-
пексії не можна досягнути стійкої фіксації тканин,
тому він не усуває виникнення патологічних рубців
та рецидивного птозу молочних залоз.

Задача, яка вирішується способом, що з'явля-
ється, полягає у підвищенні ефективності хірургіч-
ного лікування косметичного дефекту молочних
залоз, а саме - рецидивного птозу за рахунок
більш надійної фіксації шляхом створення дупліка-
тури капсули, що формується навколо імплантата і
служе підвішуючим гамаком для імплантата.

Технічний результат, що досягається, буде
полягати у значному зменшенні частоти усклад-
нень, що виникають при хірургічному лікуванні
рецидивного птозу молочної залози.

Поставлена задача вирішується тим, що у ві-
домому способі хірургічного лікування рецидивно-
го птозу молочних залоз, який включає проведен-
ня попередньої розмітки з визначенням нового
місця розташування ареоли, деєпідермізацію пе-
риареолярного кільця необхідного діаметра, згідно
корисної моделі, після деєпідермізації перiareо-
лярного кільця субареолярним доступом через
тканину молочної залози виділяють капсулу на-
вколо імплантата, виконують горизонтальний роз-
різ і формують дуплікатуру капсули П-подібними
швами, що зменшує напругу на перiareолярний
шов та протидіє гравітаційному птозу завдяки
створенню стабільної міцної структури, операційну

(13) U
(11) 60291
(19) UA

рану ушивають пошарово, деєпідермізоване периареолярне кільце занурюють під шкіру молочної залози циркумареолярним кисетним швом за Бенеллі і накладають асептичну пов'язку.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є створення дуплікатури капсули, що формується навколо імплантата, що забезпечує більш надійну фіксацію тканин та попереджує розвиток рецидивного птозу в післяопераційному періоді.

За доступними літературними даними такий спосіб хірургічного лікування рецидивного птозу молочної залози невідомий.

Сутність корисної моделі пояснюється схематичним малюнком, на якому представлено окремі етапи операції.

Запропонований спосіб хірургічного лікування рецидивного птозу молочної залози здійснюють наступним чином. Перед операцією в положенні стоячи проводять розмітку з визначенням нового місця розташування ареоли. Потім виконують деєпідермізацію периареолярного кільця необхідного діаметра. Ретельний гемостаз досягають діатермокоагуляцією. Після деєпідермізації периареолярного кільця субареолярним доступом через тканину молочної залози виділяють капсулу навколо імплантата, виконують її горизонтальний розріз і формують дуплікатуру капсули П-подібними швами, "підвішуючи" таким чином імплантат, як у гамаку, що зменшує напругу на периареолярний шов та протидіє гравітаційному птозу завдяки створенню стабільної міцної структури. Операційна рана ушивається пошарово. Деєпідермізоване периареолярне кільце занурюють під шкіру молочної залози циркумареолярним кисетним швом за Benelli.

Конкретний приклад застосування

Хвора М. Вік - 40 років. Історія хвороби №2023914. Поступила 03.12.04. у відділення пластичної та реконструктивної хірургії Олександрівської клінічної лікарні м. Києва у плановому порядку на оперативне лікування з діагнозом: Рецидивний птоз молочних залоз 1 ст.

Протокол операції № 270-271 від 03.12.04. р. Операція виконувалась під ендотрахеальним знеболюванням у положенні хворої на спині.

Перед операцією в положенні стоячи проведено розмітку з визначенням нового місця розташування ареоли. Потім виконано деєпідермізацію периареолярного кільця необхідного діаметра. Ретельний гемостаз досягнуто діатермокоагуляцією. Після деєпідермізації периареолярного кільця субареолярним доступом через тканину молочної залози виділено капсулу навколо імплантата, проведено горизонтальний розріз і сформовано дуплікатуру капсули П-подібними швами. Операційна рана ушита пошарово. Деєпідермізоване периареолярне кільце занурено під шкіру молочної залози циркумареолярним кисетним швом за Benelli. Асептична пов'язка.

Антибіотикопрофілактика - внутрішньовенне введення Зіноцефу 1,5 мг за 60 хвилин до початку операції, та по 750 мг двічі на добу в першу добу після операції, компресійна білизна - протягом 3 місяців. При необхідності для знеболення призначаємо ненаркотичні препарати. На 7-10 добу знімаємо внутрішньошкірний шов. За час спостереження (5 років) рецидивного птозу молочної залози не спостерігалось.

За період з 2004 по 2010 роки у клініці кафедри хірургії №4 НМУ ім. О.О. Богомольця способом, що заявляється, було проліковано 24 хворих з діагнозом рецидивний птоз молочних залоз. За час спостереження у жодної пацієнтки не спостерігалось рецидивного птозу молочної залози (0%). Таким чином, запропонований спосіб хірургічного лікування косметичного дефекту молочних залоз забезпечує суттєве поліпшення результатів операції, що можна віднести на рахунок більш надійної фіксації стабільних структур і створення підвішуючого гамака для імплантата.

Література

1. Aries G. Nova tecnica em mammaplastia // Rev. Latin Amer. Cir. Plast. - 1957. -V. 3.-P. 28.

2. Міланов Н.О. Одномоментна мастопексія та ендопротезування молочних залоз. Аналіз досвіду / Актуальні питання естетичної та реконструктивної хірургії молочної залози // Перша Всеукраїнська Науково практична конференція з участю закордонних спеціалістів: Матеріали. - Київ 2004. С. 69-71.