

Винахід відноситься до області медицини, а саме до пластичної реконструктивної та естетичної хірургії і може бути використаний при виконанні операцій естетичної пластики передньої черевної стінки та молочних залоз.

Відомі способи пластики передньої черевної стінки та молочних залоз за Cardoso de Castro С., (1978), Baroudi R., (1979), Baran N.K., (1984) включають одночасне виконання операцій естетичної пластики передньої черевної стінки та маммопластики. [1,2,3].

Недоліком цих способів є велика кількість ускладнень (гематоми, сероми, некрози шкіри) при необхідності виконати агресивну ліпоаспірацію. А у випадках значних надлишків шкіри у пупковій ділянці є необхідність виконувати резекцію шкірно-жирового клаптя впродовж середньої лінії живота, що зменшує естетичний результат операції.

Найближчим аналогом є спосіб пластики передньої черевної стінки та молочних залоз за Baran N.K., (1984), при якому одночасно виконують редукційну маммопластику за однією з методик, а потім естетичну абдомінопластику, яка включає ліпоаспірацію епігастральної, пупкової та бокових ділянок передньої черевної стінки, диссекцію шкірно-жирового клаптя до рівня реберної дуги, та резекцію його надлишків з транспозицією пупка [3].

Даний спосіб дозволяє отримати кращий естетичний результат, але при значних надлишках шкіри у пупковій ділянці та при необхідності виконати агресивну ліпоаспірацію, залишається високим рівень таких ускладнень, як: гематоми, сероми, некрози шкіри.

Задачею винаходу є розробка такого способу пластики передньої черевної стінки та молочних залоз, який забезпечував би зменшення кількості ускладнень та покращання естетичного результату операції за рахунок зменшення зони дирекції шкірно-жирового клаптя передньої черевної стінки.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі пластики передньої черевної стінки та молочних залоз, що включає одночасне виконання операцій естетичної пластики передньої черевної стінки та маммопластики, згідно з винаходом спочатку виконують маммопластику, під час якої проводять резекцію серпоподібних ділянок шкіри нижче підгрудних складок та переміщують підгрудні складки у краніальному напрямку, а потім виконують естетичну пластику передньої черевної стінки.

Виконання маммопластики з резекцією серпоподібних ділянок шкіри нижче підгрудних складок та переміщення підгрудних складок у краніальному напрямку, приводить до зменшення кількості ускладнень та покращання естетичного результату операції, оскільки зміщення підгрудних складок у краніальному напрямку приводить до переміщення у тому ж напрямку шкірно-жирового клаптя передньої черевної стінки, що усуває необхідність агресивно відшаровувати клапоть під час виконання естетичної абдомінопластики, тим самим зберігаючи живлення клаптя. Крім того зменшується площа зони резекції клаптя, що дозволяє уникнути вертикальних розрізів а іноді і переміщення пупка.

Винахід пояснюється кресленням, на якому схематично відображено ділянки резекції шкірно-жирового клаптя та напрямок переміщення підгрудних складок.

Спосіб здійснюють наступним чином. Першим етапом операції є маммопластика за однією з відомих методик в залежності від мети операції. При виконанні розрізів шкіри на молочних залозах відразу виконують резекцію серпоподібних ділянок шкіри нижче підгрудних складок максимальною шириною до 3см. (1) Після виконання всіх етапів маммопластики зашивання рани починають з фіксації підгрудних складок у новому положенні (зміщення у краніальному напрямку на відстань до 5см) (2). Фіксацію виконують за допомогою вузлових швів Нейлон або Пролон (3/0), які проводять між дермою та окістям. Після зашивання ран на молочних залозах виконують естетичну пластику передньої черевної стінки, яку починають з ліпоаспірації епігастральної, пупкової та бокових ділянок передньої черевної стінки. Після цього виконують розріз шкіри по типу "lasy W" у надлобковій ділянці та обмежено відшаровують шкірно-жировий клапоть вздовж прямих м'язів живота до рівня реберної дуги. По ходу операції виконують контроль гемостазу. Далі, при необхідності, виконують пластику білої лінії живота (накладають неперервний шов між передніми листками піхв контралатеральних прямих м'язів живота - пролон 1/0), або пластику апоневрозу зовнішнього косого м'язу живота (вузлові шви пролон 2/0). У порожнині розміщують вакуум дренажі.

Шкірно-жировий клапоть натягують у каудальному напрямі та виконують резекцію надлишку клаптя (3). Пупок виводять назовні через окремий отвір, та фіксують чотирма швами (Махон або PDS II 3/0). Рану пошарове зашивають, накладаючи вузлові шви на поверхневу фасцію (Махон або PDS II (2/0)), дерму (Махон або PDS II 3/0), та накладають неперервний внутрішньодермальний шов (Вікріл 4/0) на рану та пупок. Рани заклеюють пов'язкою "Epidem", та одягають на пацієнтку абдомінальний бандаж.

Приклад:

Хвора Кос-ко, вік 33 роки, № іст. хвороби 2975, поступила у клініку 02.07.2003 з діагнозом: ожиріння, ліподистрофія, надлишки шкіри передньої черевної стінки, стегон, інволюція молочних залоз, птоз обох молочних залоз 3 ступеню, після значної втрати ваги. Об'єктивно: молочні залози симетричні, без деформацій. Соски на одному рівні 7см нижче субмамарної складки. Значні надлишки шкіри передньої черевної стінки, стегон. Пацієнтка має бажання збільшити розмір грудей до рівня С (третій розмір) та покращити контури передньої черевної стінки. Шкіра в зоні молочних залоз та передньої черевної стінки розтягнута, еластичність її зменшена.

03.07.2003 нами виконана операція: пластика передньої черевної стінки та збільшувача маммопластика за вищеописаним способом, встановлено ендопротез McGhan 350cc MM. Підгрудні складки переміщені у краніальному напрямку на відстань 4см. Післяопераційний період без ускладнень. Через 2 доби (05.07.2003) видалені дренажі та хвора виписана на амбулаторне лікування. Рекомендовано носіння компресійного бюстгальтера на протязі 6 тижнів. Контрольні огляди через 6 тижнів, 3, 6, 12 місяців.

При контрольному огляді через 6 тижнів - п/о рани загоїлись первинним натягом. Молочні залози симетричні, однакових розмірів. Соски розташовані на рівні 3см вище субмамарної складки. Відмічається гарне наповнення верхнього полюсу залози. Післяопераційні рубці - малопомітні.

По запропонованому способу прооперовано 3 пацієнтки. Не зважаючи на значні надлишки шкіри передньої

черевної стінки у пацієнтки вдалося уникнути додаткового вертикального розрізу в проекції середньої лінії живота, що покращало естетичний результат (відсутність помітного вертикального рубця), та зіграло вирішальну роль у профілактиці ускладнень. В той же час, у всіх 4 подібних хворих прооперованих по способу найближчого аналогу де довелося виконувати вертикальне висічення надлишків шкірно-жирового клаптя відмічали ті чи інші ускладнення (сероми, крайові некрози шкіри), що погіршило загоєння ран та остаточний естетичний результат.

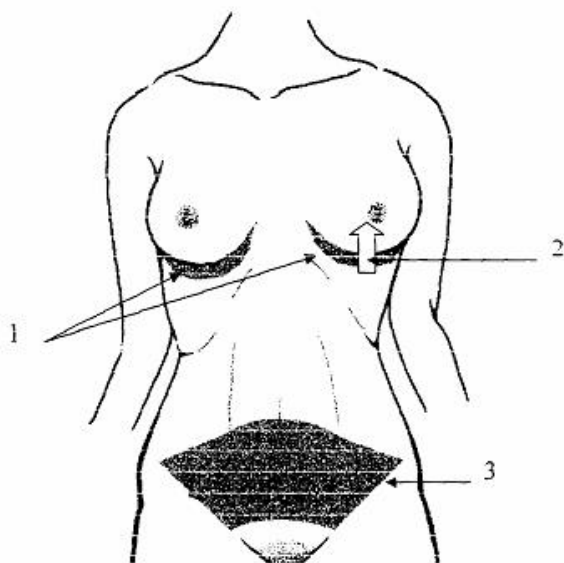
Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє знизити ризик ускладнень при виконанні пластики передньої черевної стінки та молочних залоз, уникнути вертикального розрізу при значних надлишках шкіри у лобковій та здухвинних ділянках, а у деяких випадках уникнути переносу пупка, і тим самим покращати естетичний результат операції.

Джерела інформації.

1.Cardoso de Castro C., Daher M. Simultaneous reduction mammoplasty and abdominoplasty // Plast. Reconstr. Surg. - 1978. - V.61, №1.-P.36-41.

2.Baroudi R., Kepke E.M., Carvalho C.G. Mammary reduction combined with reverse abdominoplasty// Ann. Plast. Surg. - 1979. - № 2. -P.368-371.

3.Baran N.K, Celebi C. A ten year experience with reduction mammoplasty and abdominoplasty. (What is happening in our part of the world?) // Clin. Plast.Surg. - 1984. - V.II. - P.479-482 - найближчий аналог.



Фиг. 1