

Винахід, що заявляється, стосується медицини, а саме - хірургії і такого її розділу, як пластична хірургія, і призначений для покращення результатів естетичної пластичної хірургії сідничної ділянки.

Проблема корекції сідничної ділянки виникає при існуванні її косметичного дефекту, який може бути вродженим або набутих - травми, опіки. Аналіз існуючих способів оперативних втручань показує їхню недостатню ефективність. Це проявляється відносно високим рівнем ускладнень, пов'язаних з використанням імплантатів, які з часом зменшуються у об'ємі або мігрують в оточуючі тканини, що не дає змогу зберегти адекватний розмір та форму сідничної ділянки.

Так, відомий спосіб корекції косметичного дефекту сідничної ділянки, в якому використовується дермально-жировий клапоть [1]. В донорській ділянці (навколопупкова ділянка) оперізуючими розрізами викроюють шкірно-жировий клапоть еліпсоїдної форми на живлячій судинній ніжці. Далі виконують деєпідермізацію шкіри цього клаптя. Потім виконують розріз шкіри по сідничній складці з препаровкою ложа надм'язово. Дермально-жировий клапоть встановлюють в підготовлене ложе з накладанням мікросудинного анастомозу. Недоліком способу є зменшення об'єму імплантованих тканин з часом (починаючи з 3-го тижня), що не дає змогу зберегти адекватний розмір та форму сідничної ділянки. Крім цього, наявність великих післяопераційних рубців створює неестетичний вигляд.

Відомий також спосіб корекції дефекту сідничної ділянки за рахунок ін'єкції біогелю [2]. При цьому способі в великій сідничній м'яз рівномірно по всій площині ін'єктують поліакриламідний гель в об'ємі, в середньому, 200мл. Недоліком цього способу є міграція гелю в оточуючі м'які тканини через 2-6 місяців після маніпуляції, тобто з часом об'єм коригованої ділянки зменшується, що не дає змогу зберегти адекватний розмір та форму сідничної ділянки.

Найбільш близьким до винаходу, що заявляється (прототипом), є спосіб корекції косметичного дефекту сідничної ділянки за рахунок субфасціального розміщення алотрансплантату [3]. Сутність його полягає в наступному: виконують розріз шкіри в куприковій ділянці довжиною 5см. Далі виконують підшкірну та підфасціальну надм'язову препаровку з формуванням кишені в проекції великого сідничного м'язу. В сформовану кишеню встановлюють силіконовий алотрансплантат. Рану ушивають пошарово.

Спосіб-прототип має наступні недоліки. Візуальне та пальпаторне контурування країв протезу надає неестетичного вигляду скоригованій ділянці. Крім цього, через близьке до поверхні шкіри розташування протезу виникає небезпека його інфікування та механічного пошкодження.

Задача, яка вирішується способом, що заявляється, полягає у підвищенні естетичного результату пластики сідничної ділянки за рахунок більш глибокого розміщення алотрансплантату і, відповідно, збільшення об'єму м'яких тканин над ним.

Технічний результат, що досягається, буде полягати у збереженні скоригованих розміру та форми сідничної ділянки, а також в значному зменшенні числа ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі корекції косметичного дефекту сідничної ділянки, що включає розрізування шкіри і підшкірної клітковини в ділянці куприка, препарування тканин підшкірно та субфасціально в місці дефекту з формуванням кишені в проекції великого сідничного м'язу та розміщення в сформованій кишені алотрансплантата відповідного розміру, згідно винаходу, препарування виконують на 5см латеральніше місця прикріплення волокон великого сідничного м'язу до кістки, тупим шляхом роз'єднують волокна м'язу на відстань 5см, а кишеню формують під великим сідничним м'язом.

Відмінною особливістю винаходу є розміщення алотрансплантату під великим сідничним м'язом, що дозволяє зберегти адекватний розмір та форму скоригованої сідничної ділянки.

За доступними літературними даними такий спосіб корекції косметичного дефекту сідничної ділянки не відомий.

Сутність винаходу ілюструється фіг., на якій схематично зображена скоригована сіднична ділянка з алотрансплантатом, розміщеним під великим сідничним м'язом.

Спосіб корекції косметичного дефекту сідничної області, що заявляється, виконується наступним чином. Виконують розріз шкіри та підшкірної клітковини 1 в ділянці куприка довжиною 5см. Препаровку виконують підшкірно та субфасціально в місці дефекту на 5см латеральніше місця прикріплення волокон великого сідничного м'язу до кістки (не порушуючи прикріплення м'язу до кістки). Тупим шляхом роз'єднують волокна м'язу на відстані 5см, та формують для алотрансплантата 2 кишеню під великим сідничним м'язом 3, відмежовану латерально-крижовою кісткою та куприком, зверху - *spina iliaca anterior*, знизу - сідничною складкою. Встановлюють алотрансплантат 2 (сідничний силіконовий ендопротез фірми Политек Силімед, Німеччина) відповідного розміру. Рану пошарово ушивають. Накладають асептичну пов'язку.

Конкретний приклад застосування.

Хвора Г. (історія хвороби №2002547) з діагнозом: Пост-травматичний дефект м'яких тканин правої сідниці, підтверджений достовірними даними та результатами фізикального обстеження. Хворій виконано ендопротезування правої сідничної області за допомогою способу, який пропонується.

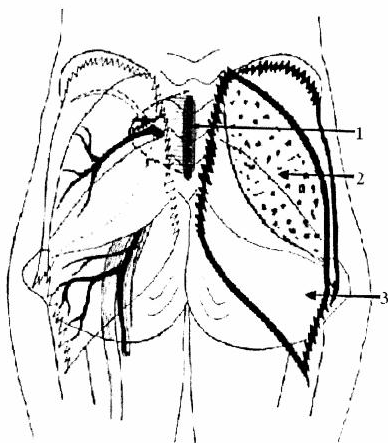
Виконали розріз шкіри та підшкірної клітковини в ділянці куприка довжиною 5см. Препаровку провели підшкірно та субфасціально в місці дефекту на 5см латеральніше місця прикріплення волокон великого сідничного м'язу до кістки, без порушення прикріплення м'язу до кістки. Тупим шляхом роз'єдали волокна м'язу на відстані 5см, та сформували кишеню під великим сідничним м'язом для алотрансплантата, відмежовану латерально-крижовою кісткою та куприком, зверху - *spina iliaca anterior*, знизу - сідничною складкою. Встановили алотрансплантат - сідничний силіконовий ендопротез фірми Политек Силімед, Німеччина, відповідного розміру. Рану пошарово ушили. Наклали асептичну пов'язку.

За час спостереження впродовж 2 років у пацієнтки не спостерігалось ускладнень з боку операційної рани. Збережені адекватний розмір та форма скоригованої сідничної ділянки. Естетичним результатом операції задоволена.

За період з 2000 по 2003рр. у відділенні пластичної та реконструктивної хірургії клініки кафедри госпітальної хірургії №2 з курсом судинної та грудної хірургії, способом, що заявляється, було проліковано чотирьох хворих з аналогічним діагнозом. За час спостереження у пацієнтів не спостерігалось ніяких ускладнень з боку операційної рани. У всіх випадках збережені адекватний розмір та форма скоригованої сідничної ділянки. Естетичним результатом операції пацієнти задоволені.

Література.

1. Georgiade, Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery, Williams and Vilkins. 1996, p.1111-1124.
2. Научно-практическая конференция «Десятилетний опыт широкого клинического применения гидрофильного полиакриламидного геля «Интерфалл» в пластической, эстетической, реконструктивно-восстановительной хирургии» с.13-16. 10.2000. Збірка робіт Кебуладзе І.М. «Опыт применения гидрофильного полиакриламидного геля ПААГ «Интерфалл» для контурной пластики мягких тканей» с.24-27.
3. R.Vergara and M.Marcos. Intramuscular gluteal implants in aesthetic plastic surgery 20(1996), p.259-262.



Фігура