



УКРАЇНА

(19) UA (11) 20504 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОСТЛАКТАЦІЙНОЇ ІНВОЛЮЦІЇ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

1

(21) u200609439

(22) 30.08.2006

(24) 15.01.2007

(46) 15.01.2007, Бюл. №1, 2007р.

(72) Мішалов Володимир Григорович, Храпач Василь Васильович, Балабан Олег Валерійович, Гонза Роман Володимирович

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

(57) Спосіб хірургічного лікування постлактаційної інволюції молочних залоз, що включає деєпідермізацію шкіри молочної залози в межах майбутнього клаптя, висічення з нижнього центрального квадранта молочної залози шкірно-залозистого клаптя на живлячій ніжці, препарування та формування

2

ложа, куди після проведення ретельного гемостазу й переміщують шкірно-залозистий клапоть з наступною його фіксацією, пошарове накладання швів на рану та встановлення дренажу, який **відрізняється** тим, що після висічення шкірно-залозистого клаптя на живлячій ніжці, гострим та тупим шляхом проводять препарування ретромаскулярного простору від місця прикріплення великого грудного м'яза до ребер, ложе формують під великим грудним м'язом, шкірно-залозистий клапоть фіксують деєпідермізованою поверхнею послідовно до великого грудного м'яза та його фасції, а дренаж встановлюють в ретромаскулярний простір.

Корисна модель, що заявляється, стосується медицини, точніше хірургії і такого її розділу, як пластична хірургія, та призначена для покращання результатів хірургічного лікування постлактаційної інволюції молочної залози, зокрема зниження частоти ускладнень при цій групі оперативних втручань.

В останні 10 років в Україні спостерігається значне збільшення кількості виконуваних пластичних естетичних операцій, метою яких є ліквідація, або лікування косметичного дефекту, зокрема молочних залоз. Аналіз існуючих способів оперативних втручань показує їх недостатню ефективність, про що свідчить відносно висока частота рецидивного птозу молочної залози з часом.

Так, відомий спосіб хірургічного лікування постлактаційної інволюції молочної залози, який передбачає використання вертикального шкірно-залозистого клаптя, який висікається з молочної залози з двома (верхньою та нижньою) живлячими ніжками. Вказаний клапоть переміщують під молочну залозу і фіксують до великого грудного м'яза [1]. Недоліками цього способу є відносно високий рівень ускладнень, пов'язаний з небажаним рецидивним птозом молочної залози з часом, що можна пояснити недостатньо надійною фіксацією шкірно-залозистого клаптя, що у 100% випадків

призводить до рецидивного птозу з часом та до невиразної форми молочної залози.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування постлактаційної інволюції молочної залози, за яким використовують шкірно-залозистий клапоть на живлячій ніжці [2]. Попередньо виконують деєпідермізацію шкіри молочної залози в межах майбутнього клаптя. Потім з нижнього центрального квадранту молочної залози висікають шкірно-залозистий клапоть на живлячій ніжці і проводять препаровку ретромаскулярного простору краніально з формуванням ложа, куди й переміщують шкірно-залозистий клапоть, фіксуючи його в 3-х місцях до поверхневої фасції великого грудного м'яза. Спосіб-аналог має наступні недоліки. При такій фіксації шкірно-залозистого клаптя у пізньому післяопераційному періоді в 80-87% випадків настає рецидивний птоз молочної залози і як наслідок формуються келоїдні рубці, гематоми.

Задача, яка вирішується способом, що з'являється, полягає у підвищенні ефективності хірургічного лікування постлактаційної інволюції молочної залози за рахунок більш надійної фіксації шкірно-залозистого клаптя.

Технічний результат, що досягається, буде полягати у значному зменшенні частоти усклад-

UA (19)
UA (11) 20504 (13) U

нень, що виникають при хірургічному лікуванні постлактаційної інволюції молочної залози.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування постлактаційної інволюції молочної залози, що включає деєпідермізацію шкіри молочної залози в межах майбутнього клаптя, висічення з нижнього центрального квадранту молочної залози шкірно-залозистого клаптя на живлячій ніжці, препаровку та формування ложа, куди після проведення ретельного гемостазу й переміщують шкірно-залозистий клапоть з наступною його фіксацією, пошарове накладання швів на рану та встановлення дренажу, згідно корисної моделі, після висічення шкірно-залозистого клаптя на живлячій ніжці, гострим та тупим шляхом проводять препаровку ретромаскулярного простору від місця прикріплення великого грудного м'яза до ребер, ложе формують під великим грудним м'язом, шкірно-залозистий клапоть фіксують деєпідермізованою поверхнею послідовно до великого грудного м'яза та його фасції, а дренаж встановлюють в ретромаскулярний простір.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є проведення препаровки не в ретроамарному, а в ретромаскулярному напрямку, куди переміщують шкірно-залозистий клапоть з наступною фіксацією до великого грудного м'яза та фасції цього м'яза. Завдяки формуванню замка за типом „деєпідермізована шкіра-великий грудний м'яз-фасція великого грудного м'яза" забезпечується більш надійна фіксація шкірно-залозистого клаптя та попереджується рецидивний птоз молочної залози в післяопераційному періоді. За доступними літературними даними такий спосіб хірургічного лікування пост-лактаційної інволюції молочної залози невідомий.

Сутність корисної моделі пояснюється схематичними малюнками, на яких представлено окремі етапи операції:

На Фіг.1 - Деєпідермізація шкіри молочної залози в межах майбутнього шкірно-залозистого клаптя.

На Фіг.2 - Висічення шкірно-залозистого клаптя на живлячій ніжці за Ribeiro, препаровка ретромаскулярного простору.

На Фіг.3 - Переміщення шкірно-залозистого клаптя в порожнину, сформовану у ретромаскулярному просторі. Фіксація шкірно-залозистого клаптя до великого грудного м'яза та його фасції.

На Фіг.4 - Пошарове накладання швів на рану, встановлення силіконового дренажу в ретромаскулярний простір.

Запропонований спосіб хірургічного лікування постлактаційної інволюції молочної залози здійснюють наступним чином.

Операцію починають з деєпідермізації ділянки 1 шкіри молочної залози за схемою Pitanqui-Ribeiro. Далі виконують висічення шкірно-залозистого клаптя 2 на живлячій ніжці за Ribeiro. Гострим та тупим шляхом проводять препаровку, починаючи від місця прикріплення великого грудного м'яза до ребер, формуючи ретромаскулярне ложе 3 (під великим грудним м'язом 4), куди після ретельного гемостазу переміщують шкірно-

залозистий клапоть 2 з наступною фіксацією до великого грудного м'яза 4 та його фасції, формуючи замок 5 (за типом „деєпідермізована шкіра-великий грудний м'яз-фасція великого грудного м'яза"). Операцію закінчують пошаровим накладанням швів 6 на рану та встановленням силіконового дренажу 7 в ретромаскулярний простір.

Конкретний приклад застосування:

Хвора М. Вік - 36 років. Історія хвороби №2030654. Поступила 5.06.2001 у відділення пластичної та реконструктивної хірургії центральної міської клінічної лікарні м.Києва у плановому порядку на оперативне лікування з діагнозом: „Постлактаційна інволюція молочних залоз".

Протокол операції №103-104 від 6.06.2001р. Операція виконувалась під ендотрахеальним знеболюванням у положенні хворої на спині.

Після обробки операційного поля виконано маркування шкіри за типом типової „замкової свердловини", розтин по контуру розмітки та деєпідермізацію шкіри у формі трикутника з розташованим в його середині сосково-ареолярним комплексом. З залозистої тканини, деєпідермізованої шкіри та підшкірної жирової клітковини викроїли нижній центральний шкірно-залозистий клапоть для формування верхнього контуру молочної залози.

Виконали висічення шкірно-залозистого клаптя на живлячій ніжці за Ribeiro розмірами 80х100мм. Гострим та тупим шляхом провели препаровку, починаючи від місця прикріплення великого грудного м'яза до ребер, з формуванням у ретромаскулярному просторі ложа (під великим грудним м'язом). Виконали ретельний гемостаз.

В сформовану ретромаскулярну кишеню перемістили шкірно-залозистий клапоть з наступною фіксацією до великого грудного м'яза та його фасції та сформували замок за типом „деєпідермізована шкіра-великий грудний м'яз-фасція великого грудного м'яза". Нове місце ареоли визначили вже під час операції. Проведена фіксація сосково-ареолярного комплексу, пошарове накладені шви на рану. У ретромаскулярний простір встановлено силіконові трубчаті активні дренажі.

Накладено асептичну пов'язку. Антибіотиком профілактика - внутрішньовенне введення Зіноцефу 1,5мг за 30 хвилин до початку операції, компресійна білизна - на протязі 4 місяців. За час спостереження (5 роки) рецидивного птозу молочної залози не спостерігалось.

За період з 2000 по 2006 роки у клініці кафедри госпітальної хірургії №2 з курсом судинної та грудної хірургії НМУ ім.О.О.Богомольця способом, що заявляється, було проліковано 25 хворих з діагнозом постлактаційна інволюція молочної залози. За час спостереження у жодної пацієнтки не спостерігалось рецидивного птозу молочної залози (0%). Як вже вказувалось, при використанні способу-прототипу відповідна цифра становить 80-87% (за літературними даними). Таким чином, запропонований спосіб хірургічного лікування постлактаційної інволюції молочних залоз забезпечує суттєве поліпшення результатів операції, що можна віднести на рахунок більш надійної фіксації шкірно-залозистого клаптя, встановленого в рет-

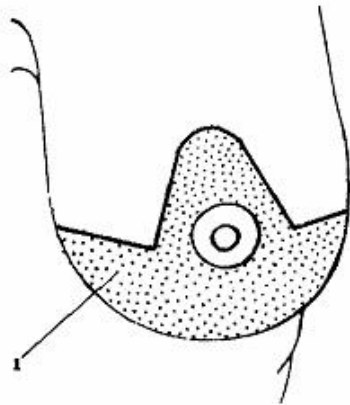
ромаскулярний простір, до великого грудного м'яза та його фасції, яка забезпечує притискання шкірно-залозистого клаптя великим грудним м'язом до реберних дуг.

Література:

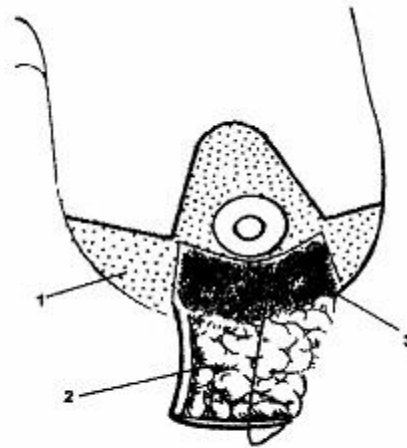
1. McKissock P.K. Reduction mammoplasty with

a vertical dermal flap. – Pl. Rec. Surg., 1972, v.49, n.3, p.245-252.

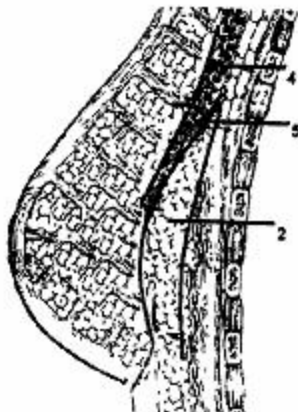
2. Ribeiro L. A new technique for reduction mammoplasty. – Pl. Rec. Surg., 1975, v.55, n.3, p.330-334.



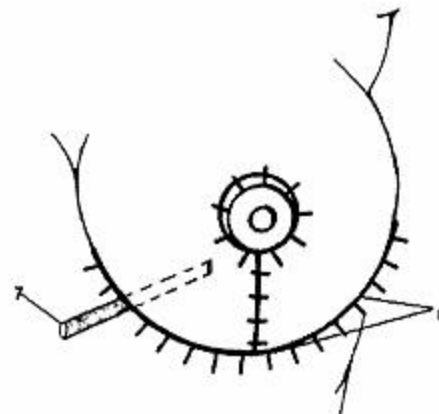
Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4