



УКРАЇНА

(19) UA (11) 20506 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/22МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОСТЛАКТАЦІЙНОЇ ІНВОЛЮЦІЇ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

1

2

(21) u200609441

(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 квадранту молочної залози шкірно-залозистого клаптя на живлячій ніжці, препарування та формування ложа, куди після проведення ретельного гемостазу

встановлюють силіконовий ендопротез, переміщують шкірно-залозистий клапоть, покриваючи ним ендопротез 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, в сформоване ложе встановлюють силіконовий ендопротез, а шкірно-залозистий клапоть після покриття ним ендопротеза 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, в тому числі і шляхом використання мамопластики чи ендопротезування. Аналіз існуючих способів оперативних втручань показує їх недостатню ефективність, про що свідчить відносно висока частота міграції силіконового ендопротезу, що з часом призводить до рецидивного птозу молочної залози.

Так, відомий спосіб хірургічного лікування постлактаційної інволюції молочних залоз, який передбачає використання мамопластики шляхом формування 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 молочних залоз, 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 ретромамарного простору краніальне з формуванням ложа, куди встановлюють силіконовий ендопротез, потім шкірно-залозистий клапоть переміщують, покриваючи ним ендопротез та фіксуючи його до поверхневої фасції великого грудного м'яза. Спосіб-аналог має наступні недоліки. При такій фіксації шкірно-залозистого клаптя у пізньому післяопераційному періоді в 50-60% випадків виникає небажана міграція ендопротеза і, як наслідок, розвивається рецидивний птоз молочної залози з формуванням келоїдних рубців, гематоми.

(19) UA (11) 20506 (13) U

Задача, яка вирішується способом, що з'являється, полягає у підвищенні ефективності хірургічного лікування постлактаційної інволюції молочних залоз за рахунок більш надійної фіксації шкірно-залозистого клаптя, а значить і силіконового ендопротеза.

Технічний результат, що досягається, буде полягати у значному зменшенні частоти ускладнень, що виникають при хірургічному лікуванні постлактаційної інволюції молочних залоз.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування постлактаційної інволюції молочних залоз, 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 встановлюють силіконовий ендопротез, переміщують шкірно-залозистий клапоть, покриваючи ним ендопротез 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, в сформоване ложе встановлюють силіконовий ендопротез, а шкірно-залозистий клапоть після покриття ним ендопротезу 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 й встановлюють силіконовий ендопротез, який покривають шкірно-залозистим клаптем з наступною фіксацією останнього 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 небажана міграція силіконового ендопротезу і, як наслідок, розвиток рецидивного птозу молочної залози в післяопераційному періоді. За доступними літературними даними такий спосіб хірургічного лікування постлактаційної 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 - Встановлення силіконового ендопротеза в ложе, сформоване у ретромаскулярному просторі, покриття силіконового ендопротеза шкірно-залозистим клаптем. 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 та формуючи ретромаскулярне ложе 3 (під великим грудним м'язом 4), куди після ретельного гемостазу встановлюють силіконовий ендопротез 5, який покривають шкірно-залозистим клаптем 2 з наступною фіксацією останнього до великого грудного м'яза 4 та його фасції (формуючи замок 6 за типом „деєпідермізована шкіра-великий грудний м'яз-фасція великого грудного м'яза”). Операцію закінчують пошаровим накладанням швів 7 на рану та встановленням силіконового дренажу 8 в ретромаскулярний простір.

Конкретний приклад застосування

Хвора Л. Вік - 40 років. Історія хвороби №2030755.

Поступила 10.08.2001 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 11.08.2001р. Операція виконувалась під ендотрахеальним знеболюванням у положенні хворої на спині.

Після обробки операційного поля виконано маркування шкіри за типом типової „замкової свєрдлови””, 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 80×100мм. 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 встановили силіконовий ендопротез, який покрили шкірно-залозистим клаптем з наступною фіксацією клаптя до великого грудного м'яза та його фасції, сформувавши 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. Антибіотикопрофілактика - внутрішньовенне введення Зіноце-

фу 1,5мг за 30 хвилин до початку операції, компресійна білизна - на протязі 4 місяців. За час спостереження (5 років) рецидивного птозу молочної залози не спостерігалось.

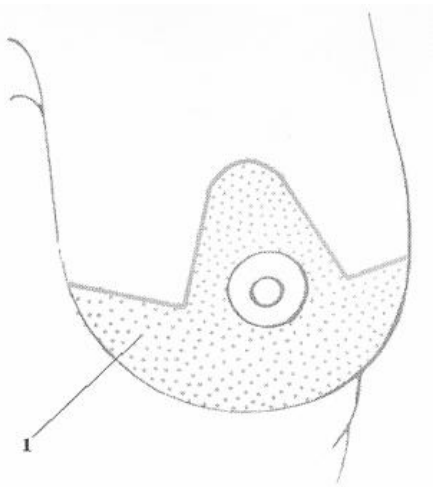
За період з 2001 по 2006 роки у клініці кафедри госпітальної хірургії №2 з курсом судинної та грудної хірургії НМУ ім.О.О.Богомольця способом, що заявляється, було проліковано 25 хворих з діагнозом постлактаційна інволюція молочної залози. За час спостереження у жодної пацієнтки не спостерігалось ні небажаної міграції силіконового ендопротеза, ні рецидивного птозу молочної залози (0%). Як вже вказувалось, при використанні способу-прототипу відповідна цифра становить 50-60% (за літературними даними). Таким чином, запропонований спосіб хірургічного лікування постлактаційної інволюції молочних залоз забезпе-

чує суттєве поліпшення результатів операції, що можна віднести на рахунок більш надійної фіксації шкірно-залозистого клаптя, що покриває силіконовий ендопротез, встановлений в ретромаскулярний простір, до великого грудного м'яза та його фасції, що забезпечує притискання шкірно-залозистого клаптя та силіконового ендопротеза великим грудним м'язом до реберних дуг.

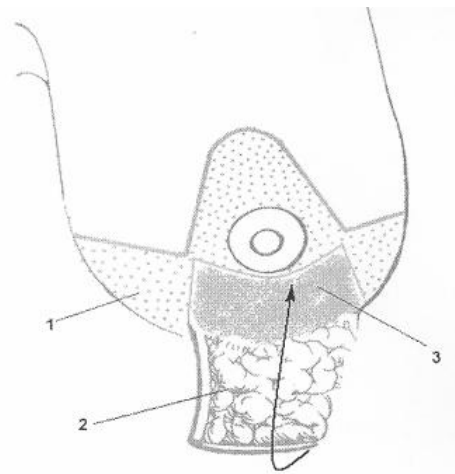
#### Література

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

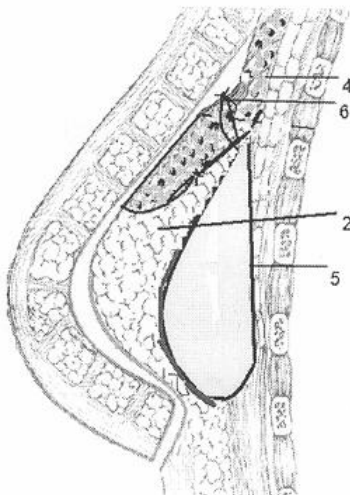
2. Адамян А.А. Мамопластика при постлактаційній інволюції // Анналі пластичної, реконструктивної та естетичної хірургії. - 2004. - №1. - С.23-31.



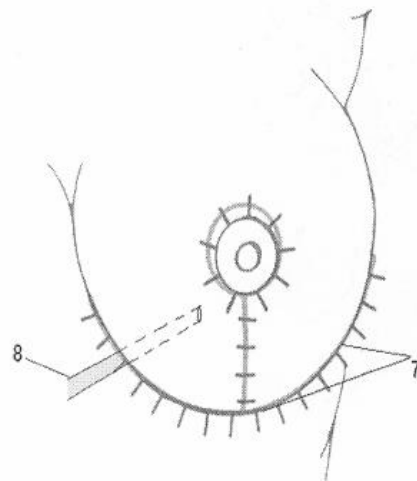
Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4