



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **63464** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЕСТЕТИЧНИХ ДЕФОРМАЦІЙ ВЕРХНЬОЇ ЧАСТИНИ ОБЛИЧЧЯ**

1

2

(21) u201102960

(22) 14.03.2011

(24) 10.10.2011

(46) 10.10.2011, Бюл.№ 19, 2011 р.

(72) ПІНЧУК ВАСИЛЬ ДМИТРОВИЧ, ТКАЧ ОЛЕГ
СЕРГІЙОВИЧ(73) НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІС-
ЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л.ШУПИКА

(57) Спосіб хірургічного лікування естетичних деформацій верхньої частини обличчя, що включає денервацію м'язів міжбровної ділянки, який **відрізняється** тим, що денервацію м'язів міжбровної ділянки та верхньолатеральних порцій кругових м'язів ока здійснюють шляхом ін'єкцій препарату ботулотоксин типу А за 2 тижні до операції.

Корисна модель відноситься до медицини, а конкретно до естетичної хірургії, і може бути використана при хірургічному лікуванні естетичних деформацій верхньої частини обличчя з попередньою хімічною денервацією м'язів міжбровної ділянки та верхньо-латеральних порцій кругових м'язів ока, що сприяє профілактиці птозу брів у ранньому післяопераційному періоді.

Ендоскопічна омолоджуюча хірургія обличчя починає свій відлік з 1993 року. Із впровадженням у клінічну практику ендоскопічної підтримки та контролю, наступив новий етап у розвитку техніки хірургічної корекції косметичних дефектів обличчя. Ендоскопічна підтяжка верхньої третини обличчя дає стабільні, прогнозовані результати, із малою кількістю ускладнень, коротким реабілітаційним періодом та непомітними рубцями.

При омолодженні верхньої частини обличчя особлива увага приділяється м'язам міжбровної ділянки, які є прямими антагоністами лобних м'язів. Деякі хірурги вважають хірургічну денервацію не обов'язковим елементом операції. Але більшість авторів додержуються думки, що під час операції необхідно робити хірургічну денервацію м'язів міжбровної ділянки. Хірургічна денервація м'язів дуже агресивна операція, яка може призводити до післяопераційних ускладнень у вигляді оніміння шкірних покривів, внаслідок пошкодження чутливих нервів, та давати контурні дефекти м'язових тканин у місцях видалених м'язів. Для профілактики можливих ускладнень та рецидиву птозу брів, а також зменшення часу оперативного втручання ми розробили спосіб ендоскопічного омолодження верхньої частини обличчя з попередньою хімічною денервацією м'язів.

Відомим та близьким по суті до запропонованого нами є спосіб хірургічного лікування естетичних деформацій верхньої частини обличчя запропонований американськими пластичними хірургами [1]. Спосіб виконується наступним чином: роблять розтини шкіри згідно попередньої розмітки. За допомогою ендоскопічної техніки виконують дисекцію тканин під окістям в ділянці чола, та субфасціально в скроневих ділянках. Пересікають окістя вздовж верхніх країв орбіт. Далі виконують резекцію м'язів, які зморщують брови та м'язу гордіїв. Відсепаровані тканини підтягують та фіксують. Це призводить до підняття брів.

Основним недоліком способу є хірургічне видалення фрагментів м'язів, яке є травматичним етапом операції, при цьому можливе зниження чутливості шкірних покривів внаслідок пошкодження чутливих нервів та контурні дефекти м'язових тканин, обумовлені видаленням м'язів. Також це збільшує час операції. Іншим недоліком є те що верхньо-латеральні порції кругових м'язів ока не послаблюються, що сприяє рецидиву птозу брів.

Задачею корисної моделі є розробка способу хірургічного лікування естетичних деформацій верхньої частини обличчя з попередньою хімічною денервацією м'язів міжбровної ділянки та верхньолатеральних порцій кругових м'язів ока, що сприяє профілактиці птозу брів у ранньому післяопераційному періоді, зменшує вірогідність виникнення післяопераційних ускладнень та скорочує час операції.

Вирішення поставленої задачі досягається тим, що у відомому способі хірургічного лікування естетичних деформацій верхньої частини обличчя роблять денервацію м'язів міжбровної ділянки. Згідно із запропонованим способом денервацію м'язів

(13) **U**
(11) **63464**
(19) **UA**

зів міжбровної ділянки та верхньо-латеральних порцій кругових м'язів ока здійснюють шляхом ін'єкцій препарату ботулотоксину типу А за 2 тижні до операції.

Спосіб пояснюється за допомогою ілюстрацій: Фіг. 1, фіг. 2, фіг. 3.

Фіг. 1 - Анатомія м'язів лобної та міжбровної області, фіг. 2 - пацієнтка до операції, фіг. 3 - пацієнтка через 1 рік після операції. На них зазначено: 1 - *m. corrugator supercilii* (м'яз який зморщує брови), 2 - *m. procerus* (м'яз гордіїв), 3 - *m. orbicularis oculi* (верхньо-латеральна порція кругового м'язу ока), 4 - *m. frontalis* (лобний м'яз).

Спосіб виконується наступним чином:

Першим етапом за два тижні до запланованої операції робиться хімічна денервація *mm. corrugator supercilii* (1 на фіг. 1) та *m. procerus* (2 на фіг. 1) а також верхньо-латеральних порцій *m. orbicularis oculi* (3 на фіг. 1) шляхом ін'єкцій в них препарату ботулотоксину типу А (Ботокс або Диспорт). Через 2 тижні, введений препарат набуває повної дії, яка заключається у тимчасовому до 8 місяців розслабленні мімічних м'язів. Завдяки хімічній денервації ботулотоксином переміщені та підтягнуті під час операції тканини ділянки чола знаходяться в «спокої», що сприяє міцному зрощенню в заданому положенні. Другим етапом робиться безпосередньо операція. Після обробки операційного поля та інфільтрації тканин, парасагітальними розрізами довжиною 1-2 см. в лобно-тім'яній ділянці голови і 4 см. в скроневій ділянці, під контролем ендоскопічної техніки, під окістами відсепаровують тканини лоба і субфасціальні скроневих ділянок, включаючи рівень надбрівних дуг, латеральних відділів очниці, до вилицевої

кістки. Проводиться пересічення окіста вздовж верхніх країв орбіт. Лобно-скроневі лоскути переміщують в цефалічному напрямку та фіксують трансосально швами через канали в зовнішній кортикальній пластинці, скроневі лоскути фіксують швами до глибокого листка скроневої фасції. Гемостаз по ходу операції. Накладають пошарові шви на рани. Встановлюють вакуумний дренаж. Операцію закінчують накладанням компресійної пов'язки.

Технічним результатом, який досягається за пропонуванним рішенням, є покращення результатів хірургічного лікування естетичних деформацій верхньої частини обличчя, завдяки профілактиці птозу брів у ранньому післяопераційному періоді, за рахунок попередньої хімічної денервації мімічних м'язів.

Клінічний приклад: Пацієнтка Т., 35 років, звернулася у «Київський міський центр пластичної мікрохірургії та естетичної медицини» із скаргами на низьке положення брів. Було проведено хірургічне лікування верхньої частини обличчя із підняттям брів та попередньою хімічною денервацією м'язів міжбровної ділянки та верхньо-латеральних порцій кругових м'язів ока згідно запропонованої моделі. (фіг. 2, фіг. 3). Досягнуто добрий результат, брови піднялися та займають більш високе положення в порівнянні із передопераційним станом.

Література:

1) Isse N. Endoscopic Facial Rejuvenation: Endoforehead, the Functional Lift. Case Reports // Aesthetic Plastic Surgery Journal. - 1994. - Volume 18, №1. - crop. 21-29.

**Fig. 1****Fig. 2****Fig. 3**