



УКРАЇНА

(19) UA (11) 5863 (13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЕСТЕТИЧНОЇ МАМОПЛАСТИКИ

1

(21) 20040907708

(22) 22 09 2004

(24) 15 03 2005

(46) 15 03 2005, Бюл. № 3, 2005 р.

(72) Мішалов Володимир Григорович, Храпач Ва-  
силь Васильович, Балабан Олег Валерійович, Юр-  
ченко Денис Олександрович, Гонза Роман Воло-  
димирович, Булатова Юлія Ігорівна(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМ. О. О. БОГОМОЛЬЦЯ(57) Спосіб естетичної мамопластики, що включає  
деєпідермізацію шкіри молочної залози, висічення

2

шкірно-залозистого клаптя з нижнього центрально-  
го квадранта молочної залози на живлячий ніжці,  
препарування ретромамарного простору в краніа-  
льному напрямку з формуванням ложа, в яке пе-  
реміщують шкірно-залозистий клапоть з наступ-  
ною його фіксацією в 3-х місцях до поверхневої  
фасції великого грудного м'яза, який відрізняєть-  
ся тим, що після фіксації клаптя додатково розти-  
нають дерму по нижньому краю деєпідермізованої  
зони не менше як на одну третину товщини жив-  
лячої ніжки та мобілізують інфрамамарну складку  
на 15 мм в каудальному напрямку

Корисна модель, що заявляється, стосується  
медицини, точніше хірургії і такого її розділу, як  
пластична хірургія, і призначений для покращання  
результатів естетичної мамопластики, зменшення  
ускладнень при цій групі оперативних втручань

В останні 10 років в Україні спостерігається  
значне збільшення кількості виконуваних пластич-  
них естетичних операцій, метою яких є ліквідація,  
або корекція косметичного дефекту, зокрема мо-  
лочних залоз. Аналіз існуючих способів оператив-  
них втручань показує їх недостатню ефективність,  
відносно високий рівень ускладнень, пов'язаний з  
небажаним зміщенням інфрамамарної складки з  
часом

Так, відомий спосіб естетичної мамопластики,  
який передбачає використання вертикального де-  
рмально-залозистого клаптя, який висикається з  
молочної залози з двома (верхньою та нижньою)  
живлячими ніжками. Вказаний клапоть переміщу-  
ють під молочну залозу і фіксують до великого  
грудного м'яза [1]. Недоліками цього способу є  
відносно високий рівень ускладнень, пов'язаний з  
небажаним зміщенням інфрамамарної складки з  
часом, що можна пояснити поганим кровопоста-  
чанням сосочко-ареолярного комплексу, що у 15-  
24% випадків призводить до його некрозу, та не-  
виразна форма молочної залози

Найбільш близьким до способу, що заявляється,  
є спосіб естетичної мамопластики, за яким ви-  
користовують шкірно-залозистий клапоть на жив-  
лячий ніжці [2]. Попередньо виконують  
деєпідермізацію шкіри молочної залози в межах

майбутнього клаптя. Потім з нижнього центрально-  
го квадранту молочної залози висикають шкірно-  
залозистий клапоть на живлячий ніжці, проводять  
препарування ретромамарного простору краніа-  
льно з формуванням ложа, куди й переміщують шкі-  
рно-залозистий клапоть і фіксують в 3-х місцях до  
поверхневої фасції великого грудного м'яза. Спо-  
сіб-прототип має наступні недоліки. При такій ви-  
сокій фіксації шкірно-залозистого клаптя інфрама-  
марна складка небажано зміщується краніально в  
13% випадків, формуються келоїдні рубці, гемато-  
ми, часто розвивається рецидивний птоз молочної  
залози

Задача, яка вирішується способом, що з'явля-  
ється, полягає у підвищенні ефективності естетич-  
ної мамопластики за рахунок кращої стабілізації  
інфрамамарної складки

Технічний результат, що досягається, буде  
полягати у значному зменшенні частоти усклад-  
нень, що виникають при формуванні інфрамамар-  
ної складки

Поставлена задача вирішується тим, що у ви-  
домому способі естетичної мамопластики, що  
включає деєпідермізацію шкіри молочної залози в  
межах майбутнього клаптя, висічення з нижнього  
центрального квадранту молочної залози шкірно-  
залозистого клаптя з на живлячий ніжці, препару-  
вання ретромамарного простору в краніальному  
напрямку з формуванням ложа, куди й переміщу-  
ють шкірно-залозистий клапоть з наступною його  
фіксацією в 3-х місцях до поверхневої фасції ве-  
ликого грудного м'яза, згідно корисної моделі, піс-

(13) U

(11) 5863

(19) UA

ля фіксації клаптя розтинають дерму по нижньому краю деєпідермізованої зони не менше як на одну третину товщини живлячої ніжки

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є додаткове розтинання дерми по нижньому краю деєпідермізованої зони не менше як на одну третину товщини живлячої ніжки, яке виконують після фіксації шкірно-залозистого клаптя та мобілізація інфрамамарної складки на 15мм в каудальному напрямку. Завдяки цьому зменшується натяг інфрамамарної складки в краніальному напрямку (тобто інфрамамарну складку мобілізують каудально), чим попереджуються її небажане зміщення в післяопераційному періоді. За доступними літературними даними такий спосіб естетичної мамопластики невідомий.

Суть корисної моделі пояснюється схематичними малюнками, на яких представлено окремі моменти операції.

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

На Фіг 2 - Висічення шкірно-залозистого клаптя на живлячий ніжці за Ribeiro, препарування ретромаммарного простору.

На Фіг 3 - Переміщення шкірно-залозистого клаптя в сформовану у ретро-маммарному просторі порожнину.

На Фіг 4 - Фіксація шкірно-залозистого клаптя в трьох місцях до поверхневої фасції великого грудного м'яза. Розтинання дерми каудальної частини живлячої ніжки та мобілізація інфрамамарної складки в краніальному напрямку.

На Фіг 5 - Пошарове накладання швів на рану, встановлення силиконового дренажу в ретромаммарний простір.

Запропонований спосіб естетичної мамопластики здійснюють наступним чином.

Операцію починають з деєпідермізації ділянок шкіри 1 молочної залози за схемою Pitanqui-Ribeiro. Виконують висічення шкірно-залозистого клаптя 2 на живлячий ніжці за Ribeiro. Потім проводять препарування ретромаммарного простору в краніальному напрямку, формуючи ложе 3 для переміщення та фіксації шкірно-залозистого клаптя 2. Проводять ретельний гемостаз цієї ділянки та переносять шкірно-залозистий клапоть 2 в сформоване у ретромаммарному просторі ложе 3 і фіксують його в трьох місцях 4 до поверхневої фасції великого грудного м'яза. Далі виконують розтин дерми каудальної частини живлячої ніжки 5 шкірно-залозистого клаптя 2 та мобілізують інфрамамарну складку 6 на 15мм в краніальному напрямку. Глибина розтину не має бути меншою за третину товщини живлячої ніжки, щоб забезпечити надійну стабілізацію інфрамамарної складки. Опе-

рацію закінчують пошаровим накладанням швів на рану та встановленням силиконового дренажу в ретромаммарний простір.

Конкретний приклад застосування.

Хвора Ш. Вік - 40 років. Історія хвороби №2020668.

Поступила 10.05.2004 у відділення пластичної та реконструктивної хірургії центральної міської клінічної лікарні м. Києва у плановому порядку на оперативне лікування з діагнозом „Птоз молочних залоз 3 ступеня”.

Протокол операції №123-124 від 13.05.2004 р. Операція виконувалась під ендотрахеальним знеболюванням у положенні хворої на спині.

Після обробки операційного поля виконали деєпідермізацію ділянок шкіри молочної залози за схемою Pitanqui-Ribeiro.

Виконали висічення шкірно-залозистого клаптя на нижній живлячий ніжці по Ribeiro розмірами 80 x 100 мм. Потім провели препарування ретромаммарного простору краніально та сформували ложе для переміщення та фіксації шкірно-залозистого клаптя.

Провели ретельний гемостаз цієї ділянки, перенесли шкірно-залозистий клапоть в сформоване у ретромаммарному просторі ложе та зафіксували його в трьох місцях до поверхневої фасції великого грудного м'яза (фіксацію провели з використанням шовного матеріалу dermalon 4/0).

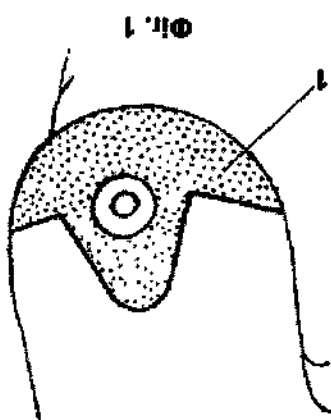
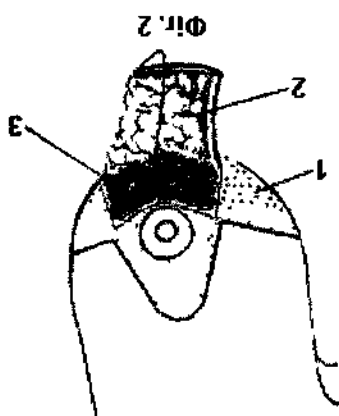
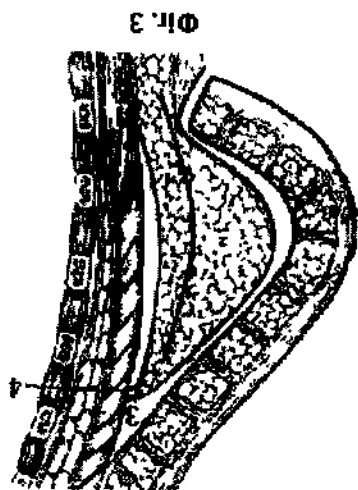
Виконали розтин дерми каудальної частини живлячої ніжки шкірно-залозистого клаптя на глибину однієї третини товщини живлячої ніжки та мобілізували інфрамамарну складку на 15мм каудально. Провели остаточний гемостаз. Пошарово наклали шви на рану. Силиконові дренажі ввели в ретромаммарний простір. Наклали асептичну пов'язку. Антибіотикопрофілактика - внутрішньовенне введення Зіноцефу 1,5 мг за 30 хвилин до початку операції, компресійна білізна - на протязі 4 місяців.

За період з 2001 по 2004 рік у клініці кафедри госпітальної хірургії №2 з курсом судинної та грудної хірургії було проліковано способом, що заявляється, 25 хворих з аналогічним діагнозом. За час спостереження ні у однієї пацієнтки не спостерігалось небажаного краніального зміщення інфрамамарної складки в післяопераційному періоді (0% даного ускладнення), рецидивний птоз молочної залози спостерігався лише у 1 хворой (4%).

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.



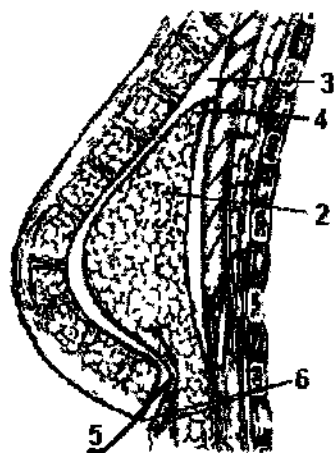


Fig. 4

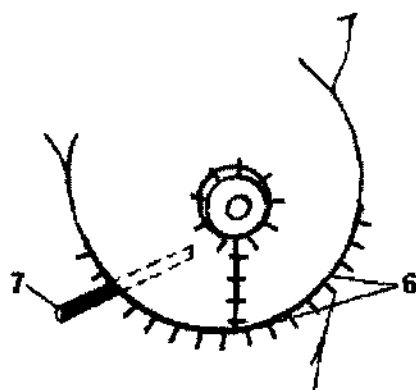


Fig. 5