



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 5900

(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 ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПТОЗУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

1

(21) 20041008292

(22) 13.10.2004

(24) 15.03.2005

(46) 15.03.2005, Бюл. № 3, 2005 р.

(72) Мішалов Володимир Григорович, Храпач Василь Васильович, Балабан Олег Валерійович, Юрченко Денис Олександрович, Гонза Роман Володимирович, Булатова Юлія Ігорівна

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

(57) Спосіб хірургічної корекції птозу молочної залози, що включає деєпідермізацію шкіри молочної залози, висічення шкірно-залозистого клаптя з молочної залози на живильній ніжці, препарування ретромамарного простору в краніальному напрям-

2

ку з формуванням ложа, куди й переміщують шкірно-залозистий клапоть з наступною його фіксацією в трьох місцях до поверхневої фасції великого грудного м'яза, який відрізняється тим, що після препарування ретромамарного простору в краніальному напрямку і формування ложа додатково фіксують проленову сітку до фасції великого грудного м'яза на місце майбутньої фіксації шкірно-залозистого клаптя, після переміщення шкірно-залозистого клаптя в сформоване для нього ложе його фіксують до вже зафіксованої проленової сітки, формуючи замок за типом деєпідермізована шкіра-проленова сітка-фасція великого грудного м'яза".

Корисна модель, що заявляється, стосується медицини, точніше хірургії і такого її розділу, як пластична хірургія, та призначена для покращання результатів хірургічного лікування птозу 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 корекція 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 птозу молочної залози, який передбачає використання вертикального шкірно-залозистого клаптя, який висікається з молочної залози з двома (верхньою та нижньою) живильними 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 його рецидивного птозу з часом, та невиразна форма молочної залози.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування птозу молочної залози, за яким використовують шкірно-залозистий клапоть на живильній ніжці [2]. Попередньо виконують деєпідермізацію шкіри молочної залози в межах майбутнього клаптя. Потім з нижнього центрального квадранту молочної залози висікають шкірно-залозистий клапоть на живильній ніжці і проводять препарування ретромамарного 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-найближчий аналог має наступні недоліки. При такій фіксації шкірно-залозистого клаптя у пізньому післяопераційному періоді в 80-87% випадків настає рецидивний птоз молочної залози, формуються келоїдні рубці, гематоми.

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

Технічний результат, що досягається, буде полягати у значному зменшенні частоти ускладнень, що виникають при хірургічному лікуванні птозу молочної залози.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічної корекції птозу молочної

(13) U

(11) 5900

(19) UA

залози, що включає деєпідермізацію шкіри молочної залози в межах майбутнього клаптя, висічення з нижнього центрального квадранту молочної залози шкірно-залозистого клаптя на живильній ніжці, препарування ретромамарного простору в краніальному напрямку з формуванням ложа, куди й переміщують шкірно-залозистий клапоть з наступною його фіксацією в 3-х місцях до поверхневої фасції великого грудного м'яза, згідно корисної моделі, що після препарування ретромамарного простору в краніальному напрямку і формування ложа додатково фіксують проленову сітку до фасції великого грудного м'яза на місце майбутньої фіксації шкірно-залозистого клаптя, після переміщення шкірно-залозистого клаптя в сформоване для нього ложе його фіксують до вже зафіксованої проленової сітки, формуючи замок за типом „деєпідермізована шкіра-проленова сітка-фасція великого грудного м'яза“.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є додаткова фіксація проленової сітки до фасції великого грудного м'яза на місце майбутньої фіксації шкірно-залозистого клаптя, куди підшивають шкірно-залозистий клапоть на живильній ніжці, фіксуючи його до вже зафіксованої проленової сітки. Завдяки формуванню замка за типом „деєпідермізована шкіра-проленова сітка-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 птозу 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 живильній ніжці за Ribeiro, препарування ретромамарного простору.

На Фіг.3 - Переміщення шкірно-залозистого клаптя в порожнину, сформовану у ретромамарному просторі. Фіксація шкірно-залозистого клаптя до вже зафіксованої до фасції великого грудного м'яза проленової сітки.

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

Запропонований спосіб хірургічного лікування птозу 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 живильній ніжці за Ribeiro. Потім проводять препарування ретромамарного простору в краніальному напрямку, формуючи ложе 3 для наступного переміщення та фіксації шкірно-залозистого клаптя 2. Проводять ретельний гемостаз цієї ділянки та фіксують проленову (поліпропіленову) сітку 4 розміром 3х3см до фасції великого грудного м'яза на місце майбутньої фіксації шкірно-залозистого клаптя 2, переносять шкірно-залозистий клапоть 2 в сформоване у ретро-

мамарному просторі ложе 3 і фіксують клапоть 2 до вже зафіксованої проленової сітки 4, формуючи фіксуючий замок 5 (за типом „деєпідермізована шкіра-проленова сітка-фасція великого грудного м'яза“). Операцію закінчують пошаровим накладанням швів 6 на рану та встановленням силіконового дренажу 7 в ретромамарний простір.

Конкретний приклад застосування

Хвора К. Вік - 42 роки. Історія хвороби № 2030655.

Поступила 5.06.2001 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 №153-154 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 розташуванням 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 живильній ніжці за Ribeiro розмірами 80х100мм. Потім провели препарування ретромамарного простору краніально та сформували ложе. Виконали ретельний гемостаз.

Фіксують проленову сітку розмірами 3х3см до фасції великого грудного м'яза на місце майбутньої фіксації шкірно залозистого клаптя. Шкірно-залозистий клапоть зафіксували до вже зафіксованої на фасції великого грудного м'яза проленової сітки з формуванням фіксуючого замка за типом „деєпідермізована шкіра-проленова сітка-фасція великого грудного м'яза“. Нове місце ареоли визначили вже під час операції. Проведена фіксація сосково-ареолярного комплексу, пошарово накладені шви на рану. У субмамарний простір встановлено силіконові трубчаті активні дренажі.

Накладено асептичну пов'язку. Антибіотикопрофілактика - внутрішньовенне введення Зіноцефу 1,5мг за 30 хвилин до початку операції, компресійна білизна - на протязі 4 місяців. За час спостереження (3 роки) рецидивного птозу молочної залози не спостерігалось.

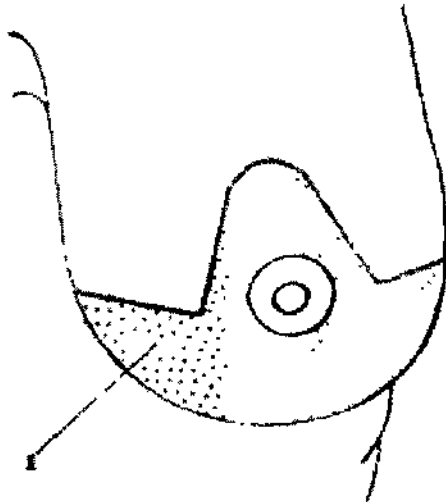
За період з 2000 по 2002 роки у клініці кафедри госпітальної хірургії №2 з курсом судинної та грудної хірургії способом, що заявляється, було проліковано 25 хворих з діагнозом птоз молочної залози III ступеня. За час спостереження ні у однієї пацієнтки не спостерігалось рецидивного птозу молочної залози (0%). Як вже вказувалось, при використанні способу-найближчого аналогу відповідна цифра становить 80-87% (за літературними даними). Таким чином, запропонований спосіб хірургічного лікування птозу молочної залози забезпечує суттєве поліпшення результатів операції, що можна віднести на рахунок більш надійної фіксації шкірно-залозистого клаптя до вже зафіксова-

ної проленової сітки до фасції великого грудного м'яза.

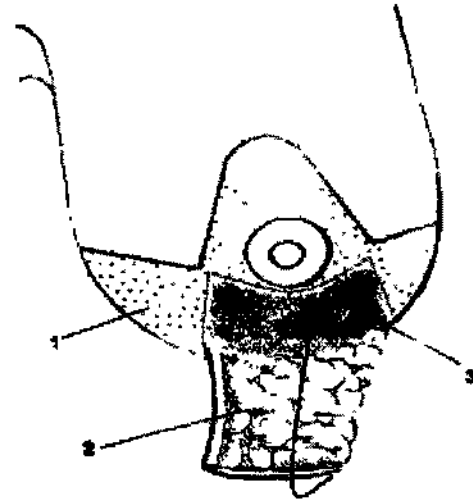
Література

1. McKissock P.K. Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. -Pl. Rec. Surg, 1972, v.49, n.3, p.245-252.

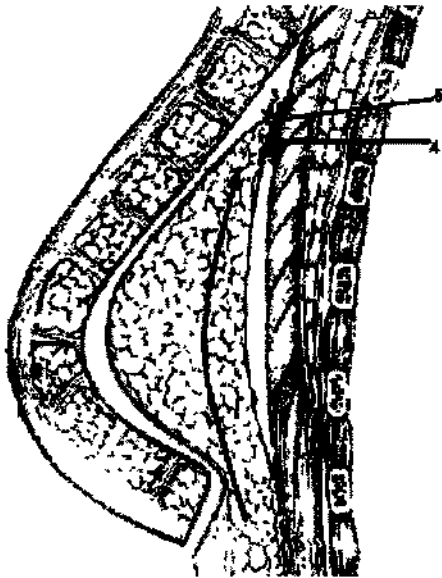
2. Ribeiro L. A new technique for reduction mammoplasty. -Pl. Rec. Surg., 1975, v.55, n.3, p.330-334.



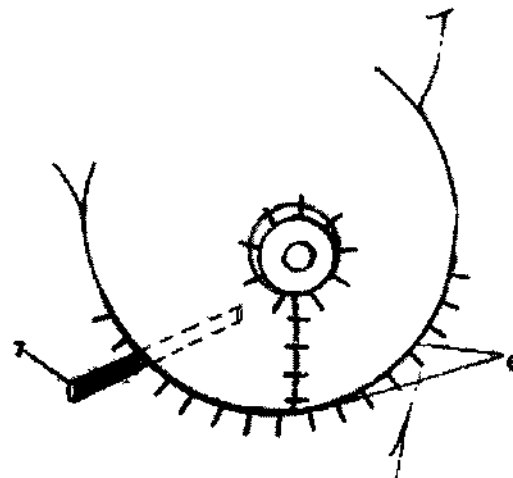
Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4

