



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **44015** (13) **U**
(51) МПК (2009)
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 КОСМЕТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПРИРОДЖЕНИХ І НАБУТИХ ДЕФЕКТІВ І ДЕФОРМАЦІЙ ОБЛИЧЧЯ І ТІЛА, А ТАКОЖ ВІКОВИХ ІНВОЛЮЦІЙНИХ ЗМІН ОБЛИЧЧЯ І ТІЛА

1

2

(21) u200904503

(22) 06.05.2009

(24) 10.09.2009

(46) 10.09.2009, Бюл.№ 17, 2009 р.

(72) ЗЛЕНКО АРТУР БОРИСОВИЧ

(73) ЗЛЕНКО АРТУР БОРИСОВИЧ

(57) 1. Спосіб косметичної корекції природжених і набутих дефектів, деформацій обличчя і тіла, а також вікових інволюційних змін обличчя і тіла, що включає формування в м'яких тканинах штучних порожнин, виходячи з топографії виявлених у пацієнта природжених або набутих дефектів, і розміщення в цих штучних порожнинах засобів заповнення дефектів, який **відрізняється** тим, що порожнини формують проколом імплантаційно-ін'єкційною голкою на глибину знаходження шару косметичної пластики і вводять 0,025-200,0мл гідрофільного гелю на основі лінійного поліаміду, просторова конфігурація структури якого заснована на водневих зв'язках.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що порожнини формують у вигляді групи каналів, проводячи вколи по дну всієї лінії поверхневої деформації м'яких тканин, з кроком 5-13мм на глибину 1-2мм, при цьому вводять 0,025-0,2мл гідрофільного гелю на основі лінійного поліаміду, просторова конфігурація структури якого заснована на вод-

невих зв'язках, потім паралельно лінії деформації м'яких тканин з кроком 5-13мм, з двох боків від вказаної лінії деформації, відступаючи від її краю 2-3мм, проводять вколи на глибину 2-3мм під гострим кутом у напрямку до лінії дна деформації м'яких тканин і вводять 0,025-0,2мл гідрофільного гелю на основі лінійного поліаміду, просторова конфігурація структури якого заснована на водневих зв'язках.

3. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що при проведенні поверхневої шкірної пластики формують додаткові канали, завглибшки до 20мм, із заповненням їх ін'єкційним шляхом 0,025-0,2мл гідрофільного гелю на основі лінійного поліаміду, просторова конфігурація структури якого заснована на водневих зв'язках, при цьому додаткові канали виконують пересіченими в точках формування аутофібрил, а вибір місць розміщення точок перетину каналів здійснюють, виходячи з необхідності формування сіткоподібної структури каркаса аутофібрил в зоні очікуваного птозу м'яких тканин.

4. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що як гідрофільний гель на основі лінійного поліаміду, просторова конфігурація структури якого заснована на водневих зв'язках, застосовують гель AQUALIFT.

Розробка відноситься до не хірургічних способів корекції і може бути застосовна для естетичної корекції дефектів і деформацій обличчя і тіла, згладжування втягнутих рубців різної етіології, усунення косметичних дефектів м'яких тканин, надання нових форм губам, щокам, підборіддю, корекції форм і асиметрії грудей, сідниць, стегон, гомілок, естетичної корекції вікових дегенеративних змін м'яких тканин обличчя, ліфтинга шкіри обличчя і/або тіла пацієнта.

Проблема корекції дефектів і деформацій тіла є дуже актуальною. Сучасний стан косметології передбачає використання різнобічних методів і способів корекції дефектів і деформацій тіла, дуже часто, пов'язаних з особливостями протікання природних біологічних процесів, що відбуваються в зоні дефектів і деформацій обличчя і тіла.

В даний час традиційним способом, наприклад збільшення грудей є постановка оболонкових силіконових імплантів. Кожен хірург знає, що реально існує ризик незадовільних результатів, небажаних наслідків або ускладнень при будь-якій операції по протезуванню грудей силіконовими імплантами.

Всі сучасні напрями пластичної хірургії працюють над тим, як зробити операцію по збільшенню об'єму м'яких тканин (груди, сідниці, гомілка, зони природженої і придбаної атрофії) малотравматичною і безпечною, з коротким післяопераційним періодом. Мінімальна травма, якої прагнуть хірурги, можлива лише при виконанні малоінвазивної операції і за умови використання відповідного матеріалу імплантації для пластики. Медична наука намагається знайти його протягом багатьох років.

(19) **UA** (11) **44015** (13) **U**

Численні спроби використовувати різні матеріали, в цілях збільшення грудей, потерпіли невдачу. В даний час намагаються відродити застосування жирової тканини. Sydney Coleman, USA (1986) запропонував використовувати для аугментаційної пластики МЖ жирову тканину отриману при ліпосакції. Проте і ця методика, нині відома як ліпофілінг, рано чи пізно приводила до розвитку кальцинатів, фіброзної капсулярної контрактури, нерівномірному розсмоктуванню трансплантованого жиру, появи видимих деформацій і не вирішувала естетичної проблеми, не говорячи вже про серйозніші ускладнення. У 2005 році Michele Zocchi доповів про нову методику ліпофілінга молочної залози з метою її збільшення, або корекції форми із задовільними найближчими результатами, "Breast Bi-compartmental Lipostructuring", проте в даний час викликає сумнів перспективність використання жирової тканини у будь-якому вигляді, як матеріал для аугментаційної пластики молочної залози.

Останнім часом в пластичній хірургії з'явилися тенденції до застосування комплексу малоінвазивних способів корекції, що передбачають застосування різної природи штучних наповнювачів, які використовуються в косметологічній практиці. Як наповнювачі використовуються: синтетичні (силікон, ПААГ), природні (Collagen, Резопласт, new fill), препаратів на основі гіалуронової кислоти (Рестілайн, Рестілайн-файн-лайн, Перлайн), комбінованих препаратів (Артекколл, Дермолайф). Проте відомі способи корекції, що використовують вказані препарати могли забезпечити додатковий об'єм в місцях його введення з певними обмеженнями.

У 90-х роках стали широко застосовуватися способи корекції, що використовують імпланти "Интерфалл", "Формаприл" в Росії і країнах Європи для контурної і об'ємної пластики м'яких тканин. Гель "Интерфалл" ("Interfall Gel") - гелевий матеріал для збільшення м'яких тканин, випущений в Україні (АТ "Київмедпрепарат"). (Неробеев А.И. и др.). Ін'єкційні імпланти для збільшення об'єму м'яких тканин - реальність і перспективи // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии №1. - 2003. - С.41-46).

У відомих способах корекції з використанням вказаних імплантів першого покоління, вказані імпланти - це желеподібні речовини з тіксотропними властивостями. Ці перші продукти були не розчинними у воді. Особливості властивостей цього покоління імплантів визначали способи їх введення і пов'язані з ними проблеми. Вводяться тільки товстими голками. При додаванні невеликого тиску такі гелі легко фрагментуються на дрібні частинки, а після зняття напруги фрагменти знову об'єднуються (фрагментація, інфекційні ускладнення, свищі і т.д.) описано в джерелі Адамян А.А., Светухин А.М., Скуба Н.Д., Поліакриламідний маммарний синдром: клініка, діагностика й лікування // Анналы пластичной, реконструктивной и эстетической хирургии. 2001. №4. с.20-32). В даному випадку недоліком є те, що заповнення об'єму певним чином досягається, проте отримувана кінцева зовнішня форма обмежена супутніми до цих способів процесами фрагментації на дрібні частинки, а піс-

ля зняття напруги процесами об'єднання фрагментів, що знижує гармонійність виразу обличчя після дії. При цьому такий процес не вирішує проблему інволюційних змін обличчя, оскільки застосовний лише до окремо взятої зморшки, а не до м'яких тканин обличчя і тіла в цілому. Окрім цього, як відмічено у вказаних незалежних джерелах, процеси супутні цим способом супроводжуються великим відсотком ускладнень.

Відомий спосіб пластичної операції на шкірі, по якому вводять в підшкірну жирову клітковину анестетик або іншу рідину методом повзучого інфільтрату. Після гідропрепаровки тканини поверхню шкіри по лініях розслаблення в окремих точках опромінюють плазмовим потоком інертного газу. При необхідності мануально змінюють напрям натягнення шкіри (RU 2143858, МПК А 61 В 17/322, опубл.10.01.2000р.). Даний метод направлений на утворення нових якірних точок, що фіксують шкіру і що перешкоджають птозу. Механізм виникнення нового каркаса викликає сумніви. Він важко відтворюється, вимагає спеціальних навиків мануальної зміни напрямку натягнення шкіри, застосування додаткового плазмового устаткування.

Відомий спосіб підтяжки шкіри обличчя шляхом розміщення в м'яких тканинах поліпропіленових ниток "Аптос", що може бути вживаний при помірних інволюційних змінах м'яких тканин або при необхідності виконання локального ліфтингу окремих зон обличчя (Адамян А.А. Морфологическое обоснование подтяжки кожи лица нитями "Аптос" //Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии №3. - 2002г. - С.19-26). Недоліком відомого способу є наступне: морфологічно навколо ниток утворюються сполучнотканинні капсули, від яких відходять сполучнотканинні тяжі. З часом відмічається міцне упаювання фіброзної капсули в місце впровадження. Це веде до наслідків, описаних вище: до порушення гармонійності виразу обличчя у зв'язку з його муміфікацією. Крім того, з часом капсула випирає з шкіри як чужорідна тканина. Спосіб направлений на виникнення нових якірних крапок і нової матричної сітки проте приводить до гіперреактивного фіброзного процесу. Недоліком даного способу є виникнення асиметрії унаслідок відриву ниток. Крім того, за певних умов в тканинах обличчя можуть виникати аутоімунні процеси, що приводять до відторгнення цих чужорідних для організму структур.

Відомі способи формування нових якірних точок і нового каркаса за допомогою спеціальних голок, які вводять в шкіру для утворення аутофібірілл (RU2341210 А61В17/00; А61В17/32; дата публікації 2008-12-20), формування нових якірних точок і нового каркаса за допомогою аллосухожильних ниток і стимулятора регенерації "Аллоплант" (RU 2288644, МПК А61В17/00, дата публікації 2006.12.10). Для подібних способів характерні ті ж проблеми, як і при застосуванні вищезгаданих ниток. Окрім цього введення і подальше видалення спеціальних голок вимагає анестезії і істотного збільшення часу хірургічного втручання. Його наслідками є симетричні рубцюваті деформації з утворенням келлоїдів, запалення із загоєнням швів вторинним натягненням,

утворенням гематом. При вказаних способах немає заповнення об'єму води, підвищена травматичність, і достатньо віддалений результат.

Відомий спосіб відновлення шкіри людини шляхом введення аутофіброblastів, разом з гіалуроновою кислотою (RU2007123460, МПК А61К31/00, дата публікації 2008.12.27). Даний спосіб досить привабливий, оскільки на думку автора зачіпає патогенетичний компонент старіння і одночасно заповнює об'єм води. Недоліком способу є складність його відтворення і дорожнеча. Окрім цього цей спосіб не вирішує питання вже надбаних структурних змін, вже придбаної вікової деформації м'яких тканин (зморшок, складок), та істотного заповнення навіть зморшок, не враховуючи випадків необхідності більш значних обсягів корекції.

Відомий спосіб корекції структурно - функціональних змін сполучної тканини шляхом ін'єкційного введення в сполучну тканину суспензії, що містить до 500 тис. фіброblastів, що вводяться у мікросферах з діаметром від 50 до 400мкм. (RU2277423, А61К35/28; А61К35/36, дата публікації 2006-06-10). Недоліком способу є трудність його здійснення і дорожнеча. Його реалізація вимагає створення банків клітинних трансплантатів. Як і в попередньому аналозі, спосіб не вирішує питання істотної корекції вже надбаних структурних змін, вже придбаної вікової деформації м'яких тканин. Спосіб направлений на припинення біохімічних змін міжклітинної речовини дермального шару шкіри, тобто по суті на збереження вже надбаної вікової деформації м'яких тканин на тому самому рівні. Застосування способу вимагає істотних об'ємів суспензії, що проблематично враховуючи існуючі об'єми зберігання в існуючих банках клітинних трансплантатів. Дії способу не передбачають формування нового каркасу структур, що перешкоджають птозу.

У основу даної корисної моделі поставлено завдання удосконалення Способу косметичної корекції природжених і набутих дефектів і деформацій обличчя і тіла, а також вікових інволюційних змін обличчя і тіла, в якому шляхом застосування сукупності нових дій, порядку їх виконання, умов здійснення дій; режимів, і використаних речовин забезпечується зниження травматичності корекції, підвищуються можливі об'єми корекції, які вирішують проблему істотних об'ємів придбаних вікових структурних змін, забезпечується формування штучного каркасу аутофібрілл і мережоподібних структур.

Для вирішення цього завдання Спосіб косметичної корекції природжених і набутих дефектів і деформацій обличчя і тіла, а також вікових інволюційних змін обличчя і тіла включає формування в м'яких тканинах штучних порожнин виходячи з топографії виявленої у пацієнта природжених або придбаних дефектів і розміщення в цих штучних порожнинах, засобів заповнення дефектів

Новим у способі є те, що порожнини, формують проколом імплантатійно - ін'єкційною голкою на глибину знаходження шару косметичної пластини і вводять 0,025-200,0мл. Гідрофільного гелю на основі лінійного поліаміду, просторова конфігу-

рація структури якого заснована на водневих зв'язках.

Унаслідок застосування вказаних дій, виконання процедур способу можливе без анестезії. Здійснювані дії та вживані речовини дозволяють здійснювати корекцію з використанням найтонших голок. Ніяких шрамів і пошкоджень шкіри, помітних для навколишніх людей, не утворюються. Практично не утворюються синці, а якщо при великих об'ємах дії і виникають, то незначні і зникають протягом 5-10 днів.

В результаті формування порожнин і заповнення їх Гідрофільним гелем на основі лінійного поліаміду, просторова конфігурація структури якого заснована на водневих зв'язках, на периферії зон заповнення відбувається активація фіброblastів, і формування слоя аутофібрілл, що певним чином перешкоджають птозу. Цей процес проявляється відразу, а потім протягом подальших двох місяців посилюється.

У окремих варіантах здійснення Способу для випадків косметичної корекції природжених і набутих дефектів і деформацій шкіри обличчя і тіла, а також вікових інволюційних змін шкіри обличчя і тіла, порожнини формують у вигляді групи каналів проводячи вколи по дну всієї лінії поверхневої деформації м'яких тканин, з кроком 5-13мм. на глибину 1-2мм., при цьому вводять 0,025-0,2мл. Гідрофільного гелю на основі лінійного поліаміду, просторова конфігурація структури якого заснована на водневих зв'язках, потім паралельно лінії деформації м'яких тканин з кроком 5-13мм., з двох боків від вказаної лінії деформації відступаючи від її краю 2-3мм., проводять вколи на глибину 2-3мм. під гострим кутом у напрямку до лінії дна деформації м'яких тканин і вводять 0,025-0,2мл. Гідрофільного гелю на основі лінійного поліаміду, просторова конфігурація структури якого заснована на водневих зв'язках.

В результаті формування каналів і заповнення їх вказаними кількостями Гідрофільного гелю на основі лінійного поліаміду, просторова конфігурація структури якого заснована на водневих зв'язках, відбувається активація фіброblastів, з наступним формуванням каркаса аутофібрілл, що перешкоджають птозу (опущенню шкіри). Каркас проявляється відразу, а потім протягом подальших двох місяців посилюється і впродовж 2-х років зберігається.

У окремих варіантах здійснення Способу формують додаткові канали, завглибшки до 20мм, із заповненням їх ін'єкційним шляхом 0,025-0,2мл. Гідрофільного гелю на основі лінійного поліаміду, просторова конфігурація структури якого заснована на водневих зв'язках, при цьому додаткові канали виконують пересіченими в точках формування аутофібрілл, а вибір місць розміщення точок перетину каналів здійснюють виходячи з необхідності формування сіткоподібної структури каркасу аутофібрілл в зоні очікуваного птозу м'яких тканин.

Внаслідок застосування вказаних додаткових дій способу істотно посилюються вказані вище ефекти, відбувається істотніша активація фіброblastов, і формування каркасу аутофібрілл, і штучних мережоподібних структур, що перешкоджають

птозу (опущенню шкіри). На поверхні сформованих каналів що пересікаються відбувається активізація метаболічних і регенераційних процесів і утворюється матричне мереживо з аутофібрілл. За рахунок місць перетинів каркас, який набуває об'ємну просторову структуру істотно посилюється і відповідно триваліший період зберігається.

У конкретних варіантах здійснення Способу як Гідрофільний гель на основі лінійного поліаміду, просторова конфігурація структури якого заснована на водневих зв'язках, застосовують гель AQUALIFT.

Застосування гелю AQUALIFT - спеціального наповнювача м'яких тканин, є на сьогоднішній день оптимальним для застосування в способі. Вказаний гель в умовах способу діє за принципом створення депо фізіологічного 0,9% розчину натрію хлориду, ув'язненого в матрицю 3-х мірної просторової надмолекулярної структури синтетичного лінійного поліаміду, заснованої на множинних водневих Н-зв'язках, що виникають між карбоніль-

ними і аміногрупами $\text{>C=O} \cdots \text{H-N}<$. Наявність більшої кількості активних карбоксильних груп додає позитивний заряд молекулі полімеру, забезпечуючи високу гідрофільність і водорозчинність. Слід відмітити, що просторова будова білків, як і інших природних біополімерів також здійснюється за рахунок водневих Н- зв'язків, які укладають білки в спіраль.

Повільне розсмоктування застосованого водорозчинного гелю викликає додатковий приток крові, тканини збагачуються киснем і живильними речовинами. Відбувається помірна активація фібробластів. Унаслідок здійснення операцій способу поліамідний гель Aqualift залишається в тканинах пацієнта до певного рівня розсмоктування і заміщення новою сполучною тканиною з формуванням аутофібрілл, а виконання каналів взаємно перехресними забезпечує формування штучних якірних точок фіксації та утворення матричного мережива з аутофібрілл, яке має об'ємну просто-

рову структуру. Створений сукупністю ознак способу штучний каркас, надає додаткову пружність шкірі. Застосування вищевикладеного для корегування вікових інволюційних змін обличчя сприяє забезпеченню структурної єдності абриса обличчя, та гармонійності виразу обличчя.

Вказаний спосіб ілюструється прикладами його здійснення.

На Фіг.1 зображено лінії розмітки операційного поля для прикладу корекції сідниць (Приклад № 6), зокрема Лінію А - це Середня лінія що проходить по середній лінії криж, між сідницями, Лінію В - це Лінія сидіння що проходить горизонтально через нижню точку криж, Лінію С що Проходить між точками, що сполучають великі вертели стегнової кістки, Лінію D - це Лінія безпечної зони (це похила лінія що сполучає серединну точку лінії сидіння і латеральне - виступаючу точку клубового гребеня), Лінію Е - це горизонтальна лінія, що проходить через верхню крапку складки між сідницями, яка в місці перетину з Лінією D визначає середню точку проекції безпечної зони, яка служить місцем головного об'ємного наповнення при збільшуючої (підйомно- підвищуючої) пластики сідниць, - Точку F проекції максимальній пластики сідниць, точка на перетині безпечної Лінії D і Лінії Е.

У зазначених нижче прикладах реалізації способу в якості гелю був використаний гідрофільний гель AQUALIFT. Вказаний гель дозволений до застосування в медичній практиці. Реєстраційне Свідоцтво Міністерства охорони здоров'я України: №5869/2006.

Спосіб застосовувався для косметичної корекції різних видів природжених і набутих дефектів і деформацій обличчя і тіла людини. Маніпуляції здійснювалися в умовах операційної і не вимагали перебування пацієнта в стані медикаментозного сну. Розподіл пацієнтів по групах видів природжених і набутих дефектів і деформацій обличчя і тіла наведений у Таблиці 1

Таблиця 1

	Місця проведення корекції	Кількість пацієнтів
1.	Носогубні складки	124
2.	Навкологубні складки	120
3.	Губи	118
4.	Міжбрівні складки	106
5.	Пері орбітальні складки	119
6.	Скули	80
7.	Щоки	54
8.	Стегна	2
9.	Гомілки	3
10.	Груди	112
11.	Несиметричні зони	22

Приклад №1

Пацієнтка С. 38 років, звернулася в клініку з скаргами на інволюційне зменшення грудей з проханням їх збільшити. У анамнезі пологи 15 років тому. Анамнез не обтяжений. Об'єктивно - здорова, наявна постлактаційна атрофія, що супрово-

джується залістим і шкірним птозом 1 стадії. Планове обстеження Лабораторні дослідження включали: розгорнений загальний аналіз крові, коагулограма, ВІЧ, Hbs, Ag, Anti HVC, RW, загальний аналіз сечі.

Етапи операції: Операційне поле оброблено бетадіном 10%, 0,5% спиртовим розчином хлоргексидіна. Знеболення - місцева анестезія (лідокан 10% - 8мл +250,0мл. 0,9% розчину натрію хлориду.), 20,0мл. шприцом, голкою G-21., з двох боків трьома послідовними етапами (від початку операції до її закінчення) з кожного боку. Aqualift заздалегідь підготували з розрахунку 200мл. з кожного боку. (всього 4 контейнери по 100гр.). Після першого етапу анестезії з субмаммарної складки введена одноразова голка ін'єкційної імплантації G-18, з кожного боку. Гідрофільний гель Aqualift набирали 10,0мл. шприцом і послідовно вводили по 200мл. з кожного боку. Після закінчення операції асептична обробка місць уколів бетадіном 10% та бактерицидна наклейка. Компресійна білізна протягом 2х тижнів. Щоденна зміна асептичного пластиру протягом 6 днів. Рекомендації - не спати на животі протягом 1 місяця.

Результатом дуже задоволена. Контрольні огляди через 3 міс., 6 міс. 12 міс. і 2 роки - результатом дуже задоволені, як пацієнтка, так і хірург. Контрольне обстеження 18.03.2009. - Цифрова мамографія (ЕД-0,2 мзв) з проведенням додаткових методик прямого і прицільного збільшення зображення. 18.03.09. - ультразвукова мамографія з доплерівським кольоровим картуванням, (див. прикладні дані обстеження). Дані обстеження - без патології.

Приклад №2

Пацієнтка Т. 34 років. Звернулася в клініку з скаргами на природжене недорозвинення лівих грудей. З анамнезу відзначає дитячу травму в 3-річному віці, після чого груди не розвивалися. 10 років тому хірурги зробили спробу провести пластику шкіряно-жировим клаптом. Невдало. Залишилися рубці в області недорозвиненої лівої груди.

Об'єктивно - здорова, праві груди розвинені добре, заліста тканина без особливостей. Зліва - в області лівих грудей шкіра має післяопераційні шрами в області субмаммарної складки і соска, заліста тканина практично не визначається.

Здійснено поетапну корекцію асиметрії залоз - формування грудей зліва.

Планове обстеження. Лабораторні дослідження включали: розгорнений загальний аналіз крові, коагулограма, ВІЧ, Hbs, Ag, Anti HVC, RW, загальний аналіз сечі.

Етапи операції: Операційне поле оброблене бетадіном 10%, 0,5% спиртним розчином. Хлоргексидіна. Знеболення місцева анестезія (лідокан 10% - 8мл +250,0мл. 0,9% розчину натрію хлориду.), 20,0мл. шприцом, голкою G-21., зліва інфільтраційний - способом, що розшаровує, проведена анестезія з формуванням порожнини в проекції лівої молочної залози. Aqualift заздалегідь підготували з розрахунку 100мл. Об'єм імпланта обмежений із-за недорозвинення шкірного покриву і рубцюватої деформації. Після анестезії по передній аксиллярній лінії в проекції субмаммарної складки введена одноразова голка ін'єкційної імплантації G-18, з кожного боку. Гідрофільний гель Aqualift набирали 10,0мл. шприцом і послідовно вводили 100мл. у сформовану порожнину. Після закінчення операції асептична обробка місця вколу бетадіном 10%, і бактерицидна наклейка. Компресійна білізна протягом 2х тижнів. Щоденна зміна асептичного пластиру протягом 6 днів. Результат першого етапу операції - зліва сформовані груди, проте хоча асиметрія значно зменшилася, різниця в об'ємі залишається. Рекомендації - не спати на животі 1 місяць. Результатом задоволена. Контрольний огляд через 2 міс. Після оцінки об'єктивного стану вирішено зробити другий етап операції. Вищеописаним методом проведена імплантація зліва в об'ємі 100мл. Aqualift в сформовану порожнину - результатом дуже задоволені, як пацієнтка, так і хірург. Контрольний огляд через 2 роки результат - зберігається.

У клініці «Медікап» за способом проведена пластика грудей 112 пацієнтам - жінкам у віці від 18 до 55 років. Вікові групи представлені в Таблиці 2.

Таблиця 2

Групи	Вік	Кількість пацієнтів	%
1.	До 20 років	9	8,1
2.	До 30 років	51	45,5
3.	До 40 років	38	33,9
4.	Понад 50 років	14	12,5

Корекція форми і об'ємів жіночих грудей проводилася при постлактаційній атрофії, що супроводжувалася залістим, шкіряним, комбінованим мастоптозом, при аплазії і гіпоплазії, посттравматичній гіпотрофії і деформації, а також при спадковій гіпотрофії, асиметрії. Наслідки проведеної пластики грудей показали наступні переваги:

- легкий післяопераційний перебіг короткого післяопераційного періоду, відсутність болю, відсутність втрати працездатності, і комфортний стан на 7-у добу;
- відсутність інфільтратів в зоні введення;
- відсутність ознак запалення і алергічних проявів в зоні введення препарату;

- відсутність міграції із зони введення;
- відсутність фрагментації імпланта, натуральність консистенції м'яких тканин як в ранньому післяопераційному періоді, так і в тривалих термінах спостереження.

Відповідно до способу при косметичних недоліках проводилася корекція форм стегон, гомілки, сідниць. Вік пацієнтів знаходився в межах від 18 до 68 років.

Косметичні дефекти стегон, гомілок, сідниць усували ін'єкційним введенням за способом Aqualift субфасціалью, в м'язи іноді підшкірно. Імплантацію проводили також одноразовим шприцом (10,0мл.) через голку G-18, і одноразовим

шприцом (4,0мл.) через голку G-21. Гіперкорекції уникали. При недостатній корекції застосовувалася повторна процедура в терміни від 4-х тижнів до 2-х місяців після первинного втручання.

При використанні способу в пластиці м'яких тканин відмічали наступні особливості:

1. Введення гідрофільного гелю AQUALIFT при об'ємній пластичності не зв'язане з великими фізичними зусиллями і легко виконується 10,0мл. шприцами.

2. Короткий післяопераційний період, що не супроводжується набряком, з незначним больовим синдромом, що проходить на 2-гу добу.

3. У післяопераційному періоді антибіотикотерапія не призначається, а проводиться тільки за показниками.

4. При пластичності м'яких тканин обличчя можливе використання голок маленького діаметру, як правило без знеболення і без залишення асептичних накладок.

Післяопераційний період після корекції за способом характеризується наступними особливостями:

- сприятливе протікання післяопераційного періоду;
- відсутність інфільтратів в зоні введення;
- відсутність ознак запалення і алергічних проявів в зоні введення препарату;
- відсутність міграції із зони введення;
- відсутність фрагментації імплантата, натуральності консистенції м'яких тканин, як в ранньому післяопераційному періоді, так і через 2 роки спостережень;

Віддалені результати прослідкували в терміни від 1 до 2 років у 52 пацієнтів, в терміни до 3 років у 18 пацієнтів. Ускладнень, а також незадовільних результатів хірургічного втручання не спостерігалось. Всі пацієнти висловили задоволення результатами косметичної корекції.

Приклади корекції природжених і набутих (вікових) естетичних недоліків обличчя.

Гідрогель Aqualift відповідно до вказаних вище умов способу вводився по певних лініях згідно попередньої маркіровки, по дну зморшок або глибоких складок. Мікроканали формувалися такими що пересікалися, утворюючи надалі каркас, який приводив до формування і зміцнення якірних точок з метою запобігання птозу. Дія способом на дрібні зморшки виконувала як найближче завдання по підйому зморшок, так у відстроченому періоді приводило до активації фібробластів і приводило до тривалого клінічного ефекту і еластичності шкірного покриву поблизу зони дії в цілому.

Перед початком процедури була складена карта прослаблених якірних точок (фасціальних вузлів) шкіри і здійснювалося маркування операційного поля.

Виконання процедури проводилося без анестезії. Використовувався інсуліновий шприц і голки G-30.

Перед процедурою, шкіру в зоні дії піддавали дезінфекції з подальшою кріообробкою (кріомасаж рідким азотом).

При корекції зморшок використовували одноразові інсулінові шприци BD, із знімною голкою G-30 (0,3 x 13мм).

Приклад 3.

Пацієнтка А., 55 років, звернулася в клініку з приводу в'ялого обличчя, глибоких носогубних складок, провисаючих щік, привушних складок і зморшок обличчя. У пацієнтки були виражені косметичні вікові зміни. Пацієнтка неодноразово зверталася до фахівців різних клінік з проханням провести їй хірургічну підтяжку обличчя. У операції пацієнтці відмовляли із-за супутніх хронічних серцево-легеневих захворювань і тривалого анамнезу непереносимості багатьох препаратів, зокрема антибіотиків.

Об'єктивно: шкіра атонічна, тургор понижений. Є глибокі носогубні складки, опущені кути рота, провисання в шийно-щелепній зоні, привушні складки, зморшки навколо очей, міжбровні зморшки.

Перед застосуванням способу на обличчі виконали маркування зон введення у вигляді сітки в щоківній-скуластій зоні на підставі векторів зсуву провисаючих зон. Операційне поле обробили водним розчином 10% бетадіна.

Провели обробку рідким азотом зону розмітки, за допомогою кріорозпилювача стоматологічного КАС-01.

Провели корекцію носогубних складок, корекцію міжбровних складок, корекцію привушних складок, внутріочно (нижній шар дерми) корекцію зморшок у зовнішніх кутах очей.

При цьому проводили вколи по дну всієї лінії придбаної вікової деформації м'яких тканин, з кроком 5-13мм. на глибину 1-2мм, при цьому вводили 0,025-0,2мл гідрофільного гелю AQUALIFT, потім паралельно лінії придбаної вікової деформації м'яких тканин з кроком 5-13мм, з двох боків від вказаної лінії деформації відступаючи від її краю 2-3мм., проводили вколи на глибину 2-3мм під гострим кутом у напрямку до лінії дна придбаної вікової деформації м'яких тканин і вводили 0,025-0,2мл. гідрофільного гелю AQUALIFT. Також при корекції щоківних-скуластих зон формували додаткові канали, заглубивши 10-20мм, із заповненням їх ін'єкційним способом 0,025-0,2мл. гідрофільного гелю AQUALIFT, при цьому додаткові канали виконували пересікаючими в намічених точках формування аутофібрил.

Після маніпуляцій провели антисептичну обробку зон втручання 3% розчином перекису водню і 0,5% спиртовим розчином хлоргексидину.

Особливих рекомендацій і обмежень в післяопераційному періоді не було. Ускладнень і алергічних реакцій не відмічалось.

Пацієнтка дуже задоволена отриманим результатом - прибрані косметичні проблеми безпечним і малотравматичним способом. Пацієнтка не піддавалася операційному ризику, отриманий монументальний косметичний результат.

Огляд через місяць - виконаність зморшок достатня, підвищився тургор шкіри в області щік.

Огляд пацієнтки через 6 місяців - результатом задоволена.

Огляд через рік - пацієнтка задоволена, результат зберігається. Шкіра стала виглядати молодшою і здоровішою.

Огляд через 2 роки - результат зберігається, структура тургор шкіри в області щік зберігається.

Приклад 4.

Пацієнтка А., 45 років, знаходилася в клініці з приводу в'ялого обличчя, глибоких складок і зморшок обличчя.

Об'єктивно: шкіра суха, млява, атонічна. Знижені тургор і еластичність шкіри. Є зморшки на лобі, перенісці, у зовнішніх кутах очей ("гусячі лапки"), носо-губні складки, обвислості в шийно-щелепній зоні.

Виконали маркування на обличчі у вигляді сітки в щокрово-скуластій зоні на підставі векторів зсуву провисаючих зон. Операційне поле обробили водним розчином 10% бетадіна.

Провели обробку рідким азотом зону розмітки, за допомогою криорозпилювача стоматологічного КАС-01.

Провели корекцію носогубних складок, корекцію міжбровної складки, корекцію зморшок у зовнішніх кутах очей.

При цьому проводили вколи по дну всіх ліній придбаної вікової деформації м'яких тканин, з кроком 5-13мм. на глибину 1-2мм, при цьому вводили 0,025-0,2мл. гідрофільного гелю AQUALIFT, потім паралельно лінії придбаної вікової деформації м'яких тканин з кроком 5-13мм., з двох боків від вказаної лінії деформації відступаючи від її краю 2-3мм., проводили вколи на глибину 2-3мм. під гострим кутом у напрямку до лінії дна придбаної вікової деформації м'яких тканин і вводили 0,025-0,2мл. гідрофільного гелю AQUALIFT. Також формували додаткові канали, глибиною до 10-20мм, із заповненням їх ін'єкційним способом 0,025-0,2мл. гідрофільного гелю AQUALIFT, при цьому додаткові канали виконували пересікаючими в намічених точках формування аутофібрил.

Після маніпуляцій провели антисептичну обробку зон втручання 3% розчином перекису водню і 0,5% спиртовим розчином хлоргексидіна.

Особливих рекомендацій і обмежень в післяопераційному періоді немає. Три доби макіяж не наносити.

Наступного дня огляд - пацієнтка задоволена результатом - достатня виконаність зморшок, є дрібні точкові внутрішньошкірні синці в декількох місцях після ін'єкцій.

Огляд через місяць - виконаність зморшок достатня.

Огляд пацієнтки через 6 місяців. Тургор і еластичність шкіри помітно підвищилися, згладилися зморшки на лобі, підтяглася шкіра в шийний-щелепній зоні.

Огляд через рік - пацієнтка задоволена, результат зберігається. Шкіра стала виглядати молодшою і здоровішою.

Огляд через 2 роки - результат зберігається, тургор шкіри в області щік зберігається.

Приклад №5.

Пацієнтка 18 років. Звернулася з проханням згладити природжений естетичний недолік обличчя. Об'єктивно: Права половина обличчя має за-

палый вигляд, недолік м'яких тканин в області правої щоки, нижнього віка справа, пальпаторно визначається також недорозвинення скуластої кістки.

Діагноз: Природжена правостороння геміатрофія обличчя.

Планове обстеження Лабораторні дослідження включали: розгорнений загальний аналіз крові, коагулограму, ВІЧ, Hbs, Ag, Anti HVC, RW, загальний аналіз сечі.

Після обробки операційного поля бетадіном 10%, під місцевою анестезією 2% лідокаїна гідрохлорид, виконана корекція за способом. Гель вводився в область скуластої кістки справа- наднадкостнично в об'ємі 4,0мл. Після чого була виконана корекція за способом м'яких тканин правої щоки, в загальному об'ємі - 6,0мл. Потім підшкірна пластика в області нижнього віка справа. При цьому використовувалися 2,0мл. шприц, 1,0мл. інсуліновий шприц, голки G27 -G29.

Ефектом операції задоволені і пацієнт і хірург. Асиметрія тканин обличчя майже непомітна. Огляд через рік повторна корекція об'єму щоки - 4,0мл. за способом з гідрогелем Aqualift.

Приклад №6.

Пацієнтка Л., 32 років. Звернулася в клініку з проханням збільшити сідниці. Об'єктивно:

Є недостаток м'яких тканин в області верхньої частини сідниць, вигляд збоку - плоска верхня частина сідниць. Анамнез не обтяжений. Планове обстеження Лабораторні дослідження включали: розгорнений загальний аналіз крові, коагулограму, ВІЧ, Hbs, Ад, Anti HVC, RW, загальний аналіз сечі.

Етапи операції: Проведена розмітка операційного поля згідно Фіг.1.

Операційне поле оброблено бетадіном 10%, 0,5% спиртовим розчином Хлоргексидіна. Знеболення - місцева анестезія (лідокаїн 10% - 8мл +250,0мл. 0,9% розчину натрію хлориду.), 20,0мл. шприцом, голкою G-21., з двох боків трьома послідовними етапами (від початку операції до її закінчення) з кожного боку. Aqualift заздалегідь підготували з розрахунку 100мл. з кожного боку. (всього 2 контейнери по 100гр.). Після першого етапу анестезії з верхньої зовнішньої точки зони втручання, введена одноразова голка ін'єкційної імплантатції венозного катетера Venacat 14G, з кожного боку. Гідрофільний гель Aqualift набирали 10,0мл. шприцом і послідовно вводили по 100мл. з кожного боку. Після закінчення операції асептична обробка місць вколів бетадіном 10% і бактерицидна наклейка. Компресійна білизна протягом 2-х тижнів. Щоденна зміна асептичного пластиру протягом 6 днів. Рекомендації - не спати на спині 1 місяць. Результатом дуже задоволена.

Наслідки корекції тканин сідниць:

- сприятливе протікання короткого післяопераційного періоду, відсутність болю, відсутність втрати працездатності, комфортний стан на 7-у добу;

- відсутність інфільтратів в зоні введення;

- відсутність ознак запалення і алергічних проявів в зоні введення препарату;

- відсутність міграції із зони введення;

- відсутність фрагментації імпланта, натуральність консистенції м'яких тканин як у ранньому післяопераційному періоді, так і у тривалих термінах спостереження.

ляопераційному періоді, так і у тривалих термінах спостереження.

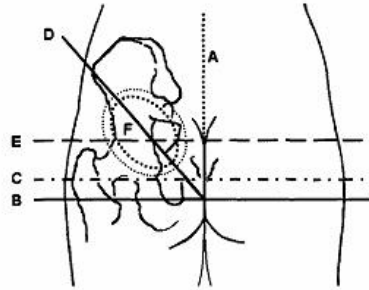


Fig. 1