



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42219 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ГРАВІТАЦІЙНОГО ПТОЗУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

1

2

(21) u200900903

(22) 06.02.2009

(24) 25.06.2009

(46) 25.06.2009, Бюл.№ 12, 2009 р.

(72) СЛЮСАРЄВ ІЛЛЯ ЮРІЙОВИЧ, КСЬОНЗ ІГОР  
ВОЛОДИМИРОВИЧ, СЛЮСАРЄВ МИКИТА ІЛЛІЧ(73) СЛЮСАРЄВ ІЛЛЯ ЮРІЙОВИЧ, КСЬОНЗ ІГОР  
ВОЛОДИМИРОВИЧ, СЛЮСАРЄВ МИКИТА ІЛЛІЧ

(57) Спосіб профілактики післяопераційного гравітаційного птозу молочної залози, що включає деепідермізацію періареолярної зони та ділянки окру-

глої форми на 2-8 см вище від попереднього положення сосково-альвеолярного комплексу, висічення тканин молочної залози, які формують птоз, який **відрізняється** тим, що додатково формують субмамарну складку шляхом повернення та вкладання нижнього полюса молочної залози в порожнину, утворену відшаруванням молочної залози від великого грудного м'яза на всьому можливному проміжку й підшиванням її до грудної фасції та великого грудного м'яза на рівні 2-3 ребер.

Запропонована корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до пластичної естетичної хірургії і може бути використана при лікуванні хворих з гравітаційним птозом, вродженою асиметрією молочних залоз, після-травматичними змінами положення молочної залози.

Відомі способи мастопексії були запропоновані багатьма авторами, зокрема: [E.F. Malbek 1948, H. Gillies, H. Marino, L Marchac 1982, T.M. Biggs 1977, D. Goulian 1971].

Золтан Я. Реконструкция женской молочной железы. – [Будапешт: Издательство академии наук Венгрии, 1989; Пер Хеден. Энциклопедия пластической хирургии. - М.: АСТ. Астрель, 2001; Добрякова О.Б., Ковынцев А.А. Аугментационная маммопластика силиконовыми эндопротезами. - Москва, 2000; Джексон И.Т. Последние достижения в пластической хирургии. - М.: Медицина, 1985; Мішалов В.Г., Храпач В.В. Основы пластичної та реконструктивної хірургії. Фіксація м'яких тканин - К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. - Т. 2; Мішалов В.Г., Гонза Р.В. Профілактика рецидиву гравітаційного птозу в ранній та віддалений післяопераційні періоди після хірургічного лікування косметичних дефектів молочних залоз // Хірургія України. - 2007. - № 4 (24)].

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб D.Goulian, описаний в монографії: [Золтан Я. Реконструкция женской молочной железы. - Будапешт: Издательство академии наук Венгрии, 1989]. Суть способу полягає в тому, що спершу виконується розріз шкіри навколо періареолярної зони.

Вище на 2-8см від попереднього розташування сосково-альвеолярного комплексу виконується розріз шкіри округлої форми, який відповідає діаметру ареоли. На цій ділянці виконується декортикація епідермісу - це місце, на яке планується переміщення періареолярного комплексу. Потім виконується розріз шкіри, підшкірної клітковини і власної тканини залози у напрямленні від періареолярного комплексу вниз до країв субмамарної складки та тупокінцевими ножицями виконується висічення шкіри, підшкірної клітковини і власної тканини залози, які формують птоз. Після виконання ретельного гемостазу накладаються попередні шви на сосково-альвеолярний комплекс зверху і на нижній край шкіри з декортикованої ділянки, під час якого періареолярний комплекс піднімається вгору на його заплановане положення. Накладаються попередні шви на бокові краї рани, які сформувалися в результаті висічення клаптя шкіри, підшкірної клітковини і тканини власної залози. Виконується накладання остаточних швів, які зводячи краї рани формують інвертний-Т рубець.

Але спосіб D. Goulian має недостатню ступінь ефективності, яка обумовлена тим, що після виконання мастопексії існує значна вірогідність рецидиву птозу молочної залози, залишається велика кількість післяопераційних рубців, а також залоза залишається низько фіксованою на передній грудній стінці, що дає відносний післяопераційний результат.

(19) UA (11) 42219 (13) U

В основу корисної моделі поставлена задача розробити спосіб профілактики післяопераційного гравітаційного птозу молочної залози удосконаленням відомого способу, шляхом додаткового формування та переміщення субмамарної складки відносно грудної клітки вгору, досягти підвищення ефективності лікування хворих, зниження післяопераційних ускладнень та гарного косметичного результату.

Поставлена задача вирішується створенням способу профілактики післяопераційного гравітаційного птозу, що включає деепідермізацію периареолярної зони та ділянки округлої форми на 2-8см вище від попереднього положення сосково-альвеолярного комплексу, висічення тканин молочної залози, які формують птоз, який, згідно корисної моделі, відрізняється додатковим формуванням субмамарної складки шляхом повернення та вкладання нижнього полюсу молочної залози в порожнину, сформовану шляхом відшарування молочної залози від великого грудного м'яза на всьому можливому проміжку й підшиванням її до грудної фасції та великого грудного м'яза на рівні 2-3 ребер.

Фіксація нижнього полюсу молочної залози до великого грудного м'яза та до грудної фасції забезпечує надійне зміцнення нової субмамарної складки і попереджує рецидив птозу молочної залози. Новосформована субмамарна складка фіксує молочну залозу на передній грудній клітці вище, створюючи вигляд молодої молочної залози.

Суть способу пояснюється схематичними матеріалами, де на Фіг. 1-6 зображено:

На Фіг. 1 - вид спереду:

- 1 - сосково-альвеолярний комплекс;
- 2 - декортикована ділянка округлої форми;

На Фіг. 2. - вид спереду:

- 1 - сосково-альвеолярний комплекс;
- 2 - декортикована ділянка округлої форми;

- 3 - розріз шкіри, у направленні від сосково-альвеолярного комплексу вниз до країв субмамарної складки;

- 4 - ділянка тканин, що висікаються;
- 9 - шов, який зводить сосково-ареолярний комплекс і декортиковану ділянку округлої форми;

На Фіг. 3. - вид збоку:

- 5 - великий грудний м'яз;
- 6 - каудальний напрямок відшарування молочної залози;
- 7 - нижній полюс молочної залози

На Фіг. 4. - вид збоку:

- 5 - великий грудний м'яз;
- 8 - шов, що зводить тканини відшарованої молочної залози і великого грудного м'яза;

На Фіг. 5. - вид збоку:

- 5 - великий грудний м'яз;
- 10 - остаточні шви;

На Фіг. 6. - вид спереду:

- 1 - сосково-альвеолярний комплекс;
- 10 - остаточні шви;
- 11 - інвертний рубець «У».

Запропонований спосіб здійснюється наступним чином:

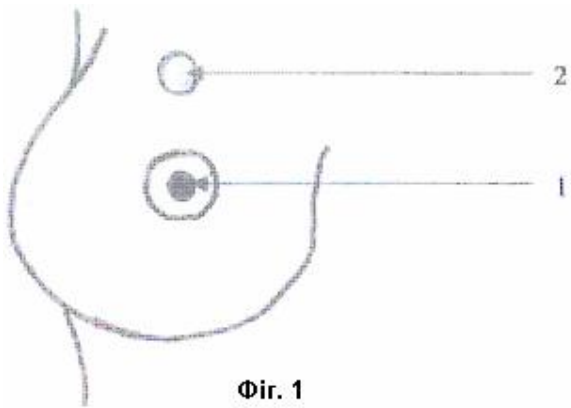
Після проведеної місцевої інфільтративної анестезії розчином анестетика виконується розріз шкіри навколо сосково-альвеолярного комплексу (1). Вище на 2-8см від попереднього розташування сосково-альвеолярного комплексу на ділянці округлої форми (2) виконується декортикація епідермісу - це місце, на яке планується перемістити сосково-альвеолярний комплекс. Потім виконується розріз (3) шкіри, підшкірної клітковини і власної тканини молочної залози у направленні від сосково-альвеолярного комплексу вниз до країв субмамарної складки та тупокінцевими ножицями здійснюється висічення тканин (4), які формують птоз. Відшаруванням молочної залози від великого грудного м'яза (5) у каудальному напрямку (6) на всьому можливому проміжку формується порожнина. Нижній полюс молочної залози (7) повертається та вкладається в сформовану порожнину й підшивається до великого грудного м'яза (5) на рівні 2-3 ребра, для чого накладається шов (8) на тканину відшарованої ділянки молочної залози та великий грудний м'яз (5). Накладаються попередній шов (9) на сосково-альвеолярний комплекс зверху і на верхній край декортикованої ділянки. При зав'язуванні цього шва, сосково-альвеолярний комплекс піднімається вверх на його заплановане положення. Виконується накладання остаточних швів (10), які зводять краї рани формують інвертний рубець «У» (11). Накладається неперервний внутрішньодермальний шов.

Приклад використання.

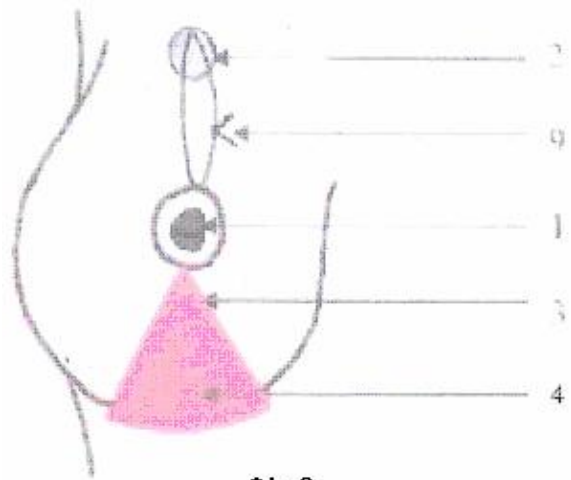
Хвора П. 41 років звернулася в клініку пластичної хірургії зі скаргами на птоз молочних залоз. Після проведеного обстеження встановлено діагноз: лактаційна інволюція молочних залоз 3-го ступеню. Молочні залози симетричні, без рубців та деформацій. Соски на одному рівні, шкіра розтягнута, еластичність її значно зменшена. Хвора має бажання підняти рівень молочних залоз відносно грудної клітини вгору. Проведено оперативне лікування - була здійснена мастопексія запропонованим способом. Отримано позитивний післяопераційний результат.

Запропонованим способом було прооперовано 12 хворих.

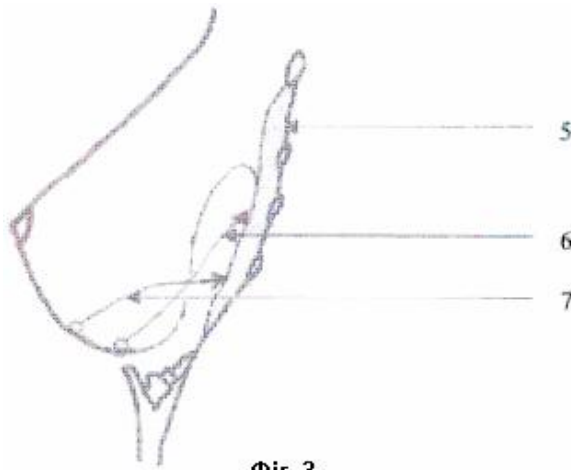
Таким чином, запропонований спосіб дозволяє забезпечити довготривалий ефект операції, знизити рівень післяопераційних ускладнень та досягти гарного косметичного ефекту. Може бути використаний для лікування хворих з післяопераційним гравітаційним птозом, вродженою асиметрією молочних залоз, післятравматичними змінами положення молочної залози.



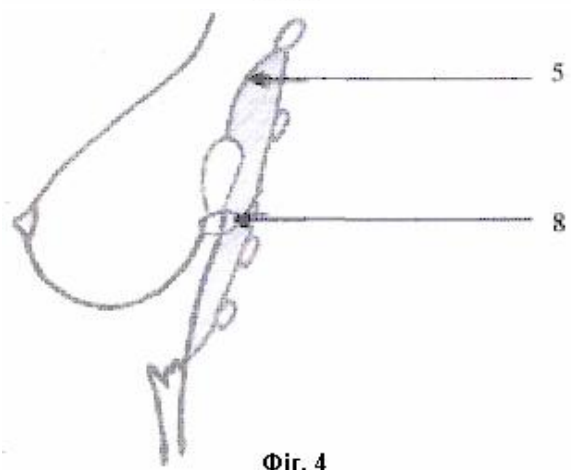
Фиг. 1



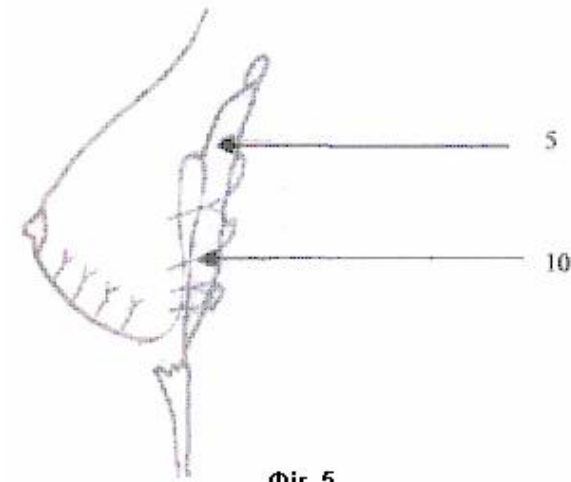
Фиг. 2



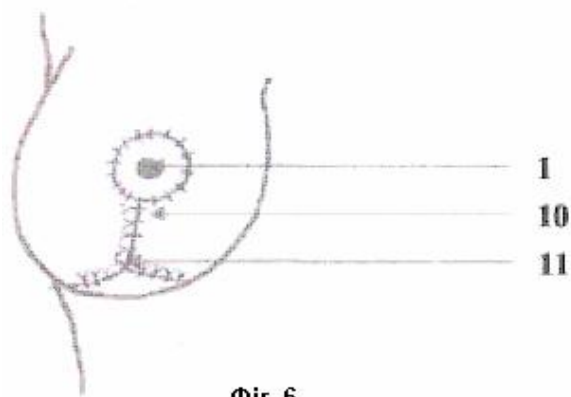
Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6