

Предлагаемое изобретение относится к области медицины, а именно к хирургии.

Известен способ пластики молочной железы при ее птозе по H.BIESENBERGER. В положении сидя или стоя определяют уровень будущего сосково-ареолярного комплекса. Периареолярный циркулярный разрез кожи диаметром от 3,5 до 5 см. Далее линию разреза продолжают по нижней поверхности молочной железы до подгрудной складки. Ножницами производят широкое отделение кожи вместе с клетчаткой от молочной железы. После этого резерцируют латеральную половину железы в аксиллярном направлении по линии, которая напоминает букву S. Форму создают соединением во фронтальной плоскости оставшейся части молочной железы, фиксируя к фасции большой грудной мышцы. Избытки кожи отсекают. Фиксируют сосок с ареолой на новом месте. Далее создают складку под молочной железой путем иссечения избытка кожи по ходу всей субмаммарной складки. Данный способ имеет ряд существенных недостатков: уровень будущего сосково-ареолярного комплекса определяется чисто визуально без четких критериев. Операция очень травматична за счет того, что производится очень широкая мобилизация кожи, возникают сложные условия сращения тканей железы, остается очень длинный и грубый рубец на всем протяжении субмаммарной складки [H.BIERSENBERGER. De-fomitatien und kosmetische Operationen bei Weiblichen Brust Maudrich Vden, 1931].

Наиболее близкий к заявляемому является способ лечения птоза по Г. Пешковой. Уровень будущего сосково-ареолярного комплекса предложено располагать на уровне середины плечевой кости. Медиальная граница околососкового кружка должна быть удалена, от средней грудной линии на 8-10 см. Затем делают окаймляющий разрез поверхностного слоя кожи вокруг околососкового кружка и на расстоянии 1 см от него и по ходу радиальных линий, опускающихся к субмаммарной складке, которые определяют избыток кожи. С этого поля срезают эпидермис. На внешней границе поля, покрытого кориумом, рассекают кожу до подкожного жира и ножницами отделяют кожу с тонким слоем жировой клетчатки от поверхности железы. Опустившуюся железу укрепляют путем двух- или трехслойного прошивания кетгутowymi швами, которые накладывают в радиальном направлении книзу от околососкового кружка. Путем наложения швов погружают вглубь и оставленный кориум, который содействует укреплению железы. Сформированную таким образом железу пришивают у верхнего края к фасции грудной мышцы. Дальнейшее укрепление железы осуществляют путем натягивания вверх железистой ткани полосы кориума, оставленного вокруг околососкового кружка. Иссечение избытка кожи производят в вертикальном направлении книзу от околососкового кружка и по ходу складки под молочной железой [Пешкова Г. Пластические операции при косметических дефектах. ПРАГА, 1871, - 317 с {с. 278-284}].

Однако данный способ имеет ряд существенных недостатков:

- не позволяет приподнять субмаммарную складку вверх для более высокой фиксации железы на грудной стенке;

- укрепление ткани железы швами, расположенными в радиальном направлении, уплотняют железу;

- операция очень травматична вследствие обширной отслойки кожи над всей молочной железой;

- после операции остается длинный Т-образный рубец.

В основу изобретения поставлена задача создания способа хирургического лечения мастоптоза, которая определением локализации сосково-ареолярного комплекса с помощью таблицы, выполнением разреза кожи в виде ромба, отслаиванием кожи по периферии от разрезов на 2-5 см, укреплением железы посредством инвагинации кориона с последующим наложением швов, по ходу концентрических линий обеспечивается приподнимание железы и ее фиксация на грудной стенке в более высоком положении, отсутствие длинного разреза по ходу субмаммарной складки, что значительно улучшает косметический эффект операции.

Поставленная задача решается тем, что в способ хирургического лечения мастоптоза, включающий предоперационную разметку на железе с обозначением на коже новой локализации сосково-ареолярного комплекса и площади иссекаемой поверхности кожи, разрез и декорткацию кожи с последующей ее отслойкой по периферии от разрезов, перенос сосково-ареолярного комплекса и фиксацию на новом месте на питающей ножке, укрепление железы и окончательную кожную пластику согласно изобретению вводится определение сосково-ареолярного комплекса на коже с помощью специфической разметки на железе и разработанной таблицы, выполнение разреза кожи под соском в виде ромба с основанием на субмаммарной складке, отслоение кожи по периферии от разрезов на 2-5 см, отделение молочной железы от фасции большой грудной мышцы вверх на 3-6 см и укрепление посредством инвагинации кориона и наложение швов на паренхиму железы по ходу концентрических линий.

Способ осуществляется следующим образом.

Очень важным этапом является разметка на железе непосредственно перед операцией, которая обязательно выполняется в вертикальном положении пациентки. Первым делом отмечаем субмаммарную складку и продляем эту дугу до замыкания окружности. Таким образом определяют основание железы и место фиксации ее на грудной стенке.

Разработанная таблица предусматривает идеальное соотношение между диаметром основания железы и длиной дуги, проведенной через сосок от верхнего до нижнего ее полюсов.

Диаметр основания	8 см	9 см	10 см	11 см	12 см	13 см	14 см	15 см	16 см
Длина дуги, проведенной через сосок от верхнего до нижнего полюсов железы	13–14 см	15–16 см	17–18 см	19–20 см	20–21 см	22–23 см	24–25 см	26–27 см	28–29 см

Далее измеряют диаметр основания железы и находят по таблице пропорциональную длину дуги между полюсами железы. От верхней части дуги откладывают это расстояние вниз и отмечают краской. В идеале оно должно не доходить до субмаммарной складки на 2-4 см.

Учитывая то, что в норме сосок и ареола должны находиться на вершине возвышения полусферы, то есть расстояние от соска до верхнего и нижнего полюсов должно быть одинаковым, делят проведенную линию пополам. Это и есть точка проекции соска на кожу. Обводят эту точку окружностью с диаметром 4-5 см, и таким образом отмечают место фиксации ареолы на новом месте,

Затем левой рукой приподнимают железу, а правой берут ее по обе стороны от вертикальной линии ниже отмеченного места фиксации ареолы и, сдавливая, инвагинируют ее на максимально возможную глубину. Таким образом определяют необходимый объем резекции кожи и опять же отмечают эту границу. Эти две расходящиеся к основанию железы линии закругляют на уровне обозначенной первой вертикальной линией и сводят между собой в одну точку на уровне субмаммарной складки.

В случае, если вертикальная линия заканчивается значительно выше субмаммарной складки, операцию необходимо проводить с резекцией ткани железы и кожи в горизонтальном уровне над субмаммарной складкой.

В третьем варианте, когда длина линии, определенная по таблице и отложенная от верхнего полюса железы опускается ниже субмаммарной складки, производят усечение боковых границ резекции кожи на 2-3 см выше субмаммарной складки и сводят их в одну точку на уровне нижнего полюса железы. Сосково-ареолярный комплекс переносят на место, расположенное непосредственно над истинным его расположением. В этом случае даже после операции железа будет несколько уплощена.

Операцию начинают с рассечения кожи по намеченному контуру. По всей обозначенной внутренней площади выполняют декортикацию кожи. Очень важным этапом является мобилизация сосково-ареолярно-го комплекса. Для этой цели по периферии от разрезов выполняют отслойку кожи на 2-5 см. А в нижнем участке на уровне субмаммарной складки капсулу железы рассекают и выполняют отслойку ее от фасции большой грудной мышцы вверх на 3-6 см. Это обеспечивает возможность приподнять ареолу и фиксировать ее на новом месте без порочной нагрузки на кожу.

Далее приступают к укреплению и приподниманию нижнего полюса железы. Этого достигают наложением циркулярных швов, которые инвагинируют корион. В результате образуется столбик из завернутой декортицированной кожи, идущей от основания железы к соску, который впоследствии трансформируется в рубцовую ткань, и является довольно стойкой опорой для железы. Окончательным этапом является кожная пластика, которая предусматривает наложение провизорных швов и сопоставления краев ран двухрядным внутрикожным швом.

В результате прооперированная железа приобретает красивый эстетический вид, имеет достаточный тургор. При надавливании на нее сверху определяется пружинистость, которую придает свернутый и инвагинированный корион. Субмаммарная складка приподнимается на 2-4 см вверх.

Пример 1. Пациентка Т., 1959 г. р. Обратилась в клинику по поводу птоза молочных желез. В анамнезе 2-е роды (последние 4 года назад), кормила грудью по 6 мес, после окончания второй лактации появился выраженный птоз молочных желез.

При осмотре - железы одинаковой формы по размерам, мягкие, выделений из соска нет.

Анатомические параметры, снятые до операции:

Рост: 165 см.

Расстояние от соска до шейно-грудной впадины: 18 см.

Расстояние от соска до пупка: 19 см.

Диаметр основания железы: 13 см.

Диагноз: птоз молочных желез 3 ст.

Низкая фиксация железы на грудной стенке. ,

01.12.95. выполнена операция: пластическая коррекция молочных желез по устранению птоза по собственной методике.

08.12.95. сняты швы вокруг ареолы.

20.12.95. снят вертикальный внутрикожный шов. Раны зажили первичным натяжением. При визуальном осмотре железы имеют красивый внешний вид. Субмаммарная складка приподнята на 4 см вверх. Тургор железы достаточный. Пациентка результатом операции удовлетворена.

При осмотре через 1 мес. после операции визуальное состояние железы не изменилось, тургор остался прежним.

Через 3 мес. после операции рубцы практически сформировались, выглядят в виде разлитого просветления от ареолы вниз.

Замеры, а именно расстояние от соска до шейно-грудной впадины и от субмаммарной складки до

пупка, выполненные в раннем послеоперационном периоде и в настоящий момент не изменились.

Пример 2. Пациентка Б., 1967 г.р. История болезни № 28. Обратилась в клинику по поводуптоза молочных желез. В анамнезе 1-й роды 3 года назад. Лактация продолжалась 2 мес. При осмотре - железы одинаковые, мягкие.

Анатомические параметры, снятые до операции; *

Рост: 162 см.

Расстояние от соска до шейно-грудной впадины: 16 см.

Расстояние от соска до пупка: 17 см.

Диаметр основания железы: 11 см.

Ds: Птоз молочных желез 3 ст. Низкая фиксация железы на грудной стенке.

13.03.96. Операция: Пластическая коррекция по устранениюптоза по собственной методике.

20.03.96. Снятие швов вокруг ареолы, 21.03.96. Снят вертикальный внутри-кожный шов. Раны зажили первичным натяжением. При осмотре молочные железы имеют красивый внешний вид. Тургор их достаточный. Пациентка результатами операции удовлетворена.