



Республика Таджикистан
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(19) **TJ** (11) **879**

(51) **МПК A61 B17/00**

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 1701126

(22) 19.06.2017

(46) Бюл.133, 2017

(71) Саидов И.С.(ТJ).

(72) Курбон У.А. (ТJ); Давлатов А.А.,(ТJ);
Джанобилова С.М. (ТJ); Джононов Дж.Д.(ТJ);
Саидов И.С.(ТJ); Холов Ш.И.(ТJ);

Дадоджонов Дж.Ю (ТJ).

(73) Курбон Убайдулло Абдулло.(ТJ).

(54) **СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПОСЛЕОЖОГОВОЙ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ
ЖЕНСКОЙ ГРУДИ.**

(56) 1. Меньшенина Е.Г. / Хирургическое лечение
послеожоговых деформаций грудных желёз /
диссер. к.м.н., Н. Новгород – 2005.

2.Вишневский А.А. Пластическая хирургия
молочной железы / Вишневский А.А. и соавт., М.,
1987, стр.73-76.

3. Патент РФ № 2380043.

4.Патент РФ № 2367370.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно
к реконструктивной и пластической хирургии и
может быть использовано для лечения

послеожоговых рубцовых деформаций женской
груди.

Задачей предлагаемого изобретения является
создание более естественной формы женской
груди и исключение рецидива деформации, а
также максимальное сокращение этапов и
длительности лечения.

Поставленная задача достигается устранением
деформации сосково-ареолярного комплекса
путём подкожного краниального поворота
мобилизованной молочной железы вместе с
сосково-ареолярным комплексом.

Лечения послеожоговой рубцовой
деформации женской груди с сохранившимся
соском, производят подкожную мобилизацию
железы с формированием островка сосково-
ареолярного комплекса на верхушке
мобилизованной железы, краниальным
подкожным поворотом мобилизованной железы с
перемещением сосково-ареолярного комплекса на
новую, соответствующей здоровой стороне
который выполняется в один этап.

Изобретение относится к медицине, а именно к реконструктивной и пластической хирургии и может быть использовано для лечения послеожоговых рубцовых деформаций женской груди.

При устранении послеожоговых деформаций грудных желез известен способ реконструкции с использованием сложных кожно-фасциальных лоскутов. Дефект на грудной клетке закрывается свободным трансплантатом [1].

Известен способ формирования ареолы при оперативном лечении послеожоговых деформаций грудных желез заключающийся в выкраивании расщепленного трансплантата из контралатеральной здоровой молочной железы [2].

Известен способ устранения рубцовой деформации молочной железы после ожога, который выполняется путём пластики местными тканями. Перемещение тканей выполняют выкраиванием створчатых лоскутов из неизмененных тканей с боковыми основаниями, сшивая их между собой вершинами и располагая верхний их край по линии субмаммарной складки [3].

Недостатками перечисленных аналогов являются риск последующей рубцовой деформации пересаженных и местных тканей из-за значительного количества разрезов и швов, а также травматичность и уплощение возвышения соска в послеоперационном периоде, нарушение естественных контуров тканей в донорской зоне, недостаточно эстетический вид реконструированной молочной железы.

В качестве прототипа выбран способ формирования ареолы при оперативном лечении послеожоговых деформаций грудных желез, заключающийся в замещение поврежденной ареолы, предварительно растянутыми рубцовыми тканями при помощи тканевого экспандера, перемещая созданную ареолу в позицию, соответствующей здоровой ареоле, фиксируя кожными швами [6].

Недостатком данного способа является то, что растяжение рубцовой ткани чревато её некрозом, при этом в случае удачного растяжения требуется длительный период экспансии, а использование рубцовой ткани в качестве ареолы является эстетически неприемлемым и частота рецидива после такой операции высока.

Задачей предлагаемого изобретения является создание более естественной формы женской груди и исключение рецидива деформации, а также максимальное сокращение этапов и длительности лечения.

Поставленная задача достигается устранением рубцово-деформированного сосково-ареолярного комплекса путём подкожного краниального поворота

мобилизованной молочной железы вместе с сосково-ареолярным комплексом.

Сущность способа поясняется следующими **фигурами**: фигура 1,2 - вид рубцовой деформации грудной железы до операции; фигура 3- схема выполнения разрезов и новое место ареолы; фигура 4 - подкожный краниальный поворот мобилизованной молочной железы вместе с сосково-ареолярным комплексом на новую позицию; фигура 5,6 -вид молочных желез в отдалённом послеоперационном периоде через 6 месяцев.

Предлагаемый способ осуществляется следующим образом: предварительно определяется проекция линии разреза вокруг эктопированной ареолы, а также схема разреза на планируемое место перемещения сосково-ареолярного комплекса. Выполняется инфильтрация тканей вокруг ареолы и линии разрезов раствором, содержащий 2% раствор лидокаина – 20,0+NaCl 0,9% – 30,0+адреналин (1:200000). С использованием оптического увеличения и прецизионной техники производится разрез по начерченной линии, сначала вокруг ареолы, освобождая её от рубцовых тяжей. После этого острым и тупым путём мобилизуется по краям ареола в пределах 0,5см. Далее ткань железы от подкожной жировой клетчатки мобилизуется вниз до инфрамаммарной складки, вверх, латерально и медиально до основания молочной железы. При этом необходимо сохранить перфорантные сосуды, проходящие в железу через грудную фасцию. После этого по намеченной схеме, которая определяет новое место для ареолы и соска, делают круглый разрез (окно на здоровой коже). Мобилизованную от кожи и подкожной клетчатки грудную железу в своем подкожном кармане поворачивают краниально, выводя оставленного в виде островка сосково-ареолярного комплекса через круглое отверстие кожи на новом месте (окно на здоровом месте). Этим сосково-ареолярный комплекс перемещается вверх к новому месту (соответствующему симметрично контралатеральному здоровому сосково-ареолярному комплексу и фиксируется подкожными швами атравматической нитью викрил 3/0. Внутрикожные непрерывные швы на кожу. Рана на нижних квадрантах молочной железы (прежнее место эктопированного сосково-ареолярного комплекса) ушивается первичной наложением подкожных и кожных швов. Полость в подкожном пространстве дренируется Редон-дренажом до прекращения выделений из раны.

Таким образом устраняется дистопия сосково-ареолярного комплекса грудной железы путём подкожного краниального перемещения мобилизованной железы в месте с сосково-ареолярным комплексом.

Клинический пример. Больная Н., 24 лет, И/Б № 1170, поступила 21.04.2015 г. с диагнозом: обширные послеожоговые деформирующие рубцы грудной железы слева с краниальной дистопией сосково-ареолярного комплекса. Из анамнеза больная в детстве получила ожог электроплиткой. По поводу ожога получила лечение в условиях Ожогового центра города Душанбе. Раны зажили в течение 3 месяцев. После выздоровления на месте ожоговых ран образовались стягивающие рубцы левой половины грудной клетки и живота. В октябре 2014 г. в условиях отделения реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии как первый этап хирургического лечения больной произведено устранение стягивающего рубца грудной стенки. Послеоперационный период протекало гладко. Раны зажили первичным натяжением. Стягивающий рубец устранен.

Местно при осмотре грудной клетки отмечается значительная деформация левой грудной железы стягивающими рубцами в нижних квадрантах. Сосково-ареолярный комплекс резко деформирован и стянут вниз, то есть отмечается её краниальная дистопия. Также отмечается обширные послеожоговые рубцы левой боковой стенки грудной клетки и левой боковой стенки живота. После соответствующей подготовки в плановом порядке под общим эндотрахеальным наркозом выполнена операция с использованием оптического увеличения. После предварительного определения проекция линии разреза вокруг ареолы и разметки схемы

разреза и перемещения сосково-ареолярного комплекса выполнена инфильтрация тканей вокруг ареолы и линии разрезов раствором, содержащий 2% раствор лидокаина 20,0+NaCl 0,9%-30,0+адреналин (1:200000). С использованием оптического увеличения и прецизионной техники произведен разрез по начертанным линиям, сначала вокруг ареолы. После этого острым и тупым путём ареола мобилизована по краям эксцентрично в пределах 0,5 см вместе с тканью грудной железы. Далее ткань железы от подкожной жировой клетчатки мобилизована. После этого по начертанной схеме формировано окно на новом месте для ареолы. Произведен подкожный краниальный поворот мобилизованной грудной железы с перемещением сосково-ареолярного комплекса на новую позицию и ушиванием к краям кожи подкожными швами атравматикой нитью викрил 3/0. Следует отметить, что после перемещения сосково-ареолярный комплекс на 2,5 см приподнят кверху и установлен на одном уровне с противоположной здоровой ареолой грудной железы.

Предложенный способ имеет ряд преимуществ:

Способ является простым при техническом выполнении.

Не требуется использование дополнительных лоскутов, что исключает развитие тяжёлых осложнений как некроз.

При этом сохраняется функции протоков грудной железы.

Исключается рецидив деформации молочной железы.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ хирургического лечения послеожоговой рубцовой деформации женской груди с сохранившимся соском и ареолой, включающий перемещения дистопированного сосково – ареолярного комплекса, **отличающийся тем, что** производят подкожную мобилизацию молочной железы с формированием островка

сосково-ареолярного комплекса на верхушке мобилизованной молочной железы, краниальным подкожным поворотом мобилизованной молочной железы с перемещением сосково-ареолярного комплекса на новую, соответствующей здоровой стороне, который выполняется в один этап.

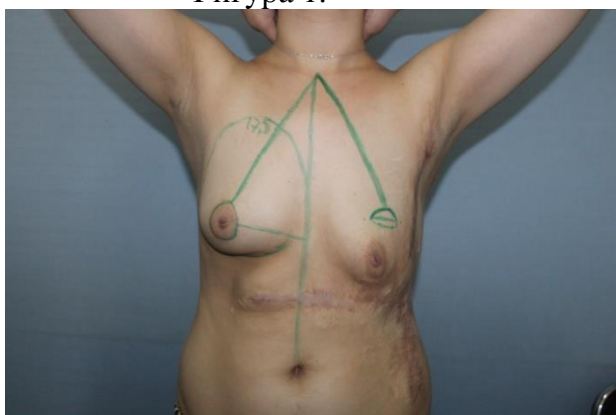
СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖОГОВОЙ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЖЕНСКОЙ ГРУДИ



Фигура 1.



Фигура 2.



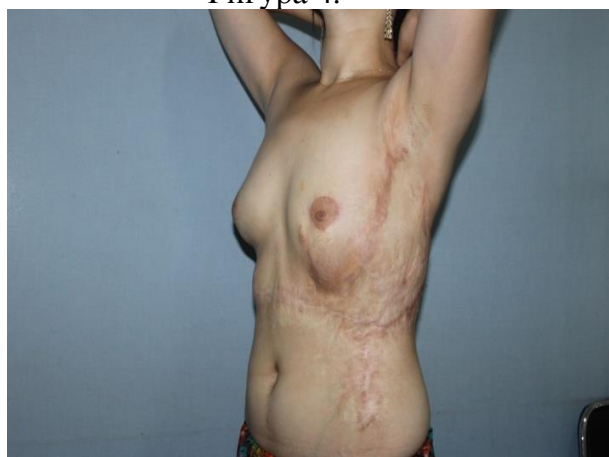
Фигура 3.



Фигура 4.



Фигура 5.



Фигура 6.

Компьютерный набор: Фатхуллаева М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а