



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(52) СПК

A61B 17/00 (2023.08)

(21)(22) Заявка: 2022135097, 29.12.2022

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
29.12.2022Дата регистрации:
28.11.2023

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 29.12.2022

(45) Опубликовано: 28.11.2023 Бюл. № 34

Адрес для переписки:

191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41,
ФГБОУ ВО "СЗГМУ им.И.И.Мечникова",
патентно-лицензионный отдел., зав. отделом
Иванову Ф.С.

(72) Автор(ы):

Барсаков Максим Александрович (RU)

(73) Патентообладатель(и):

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования "Северо-Западный
государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
(RU)

(56) Список документов, цитированных в отчете
о поиске: DENNIS HAMMOND The Short Scar
Periareolar Inferior Pedicle Reduction (SPAIR)
Mammoplasty. Hammond DC. Semin Plast Surg.
2004, N 18(3), P. 231-243. RU 2702142 C1,
04.10.2019. RU 2780368 C1, 21.09.2022.
КАРАПЕТЯН Г.Э. и др. Модифицированный
способ редукционной маммопластики при
гигантомастии. Вопросы реконструктивной
и пластической хирургии. 2017, (см. прод.)

(54) Способ хирургического лечения нормотрофического и гипертрофического птоза молочных желез 2 или 3 степени

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно, к пластической хирургии. Формируют нижнюю дермоглангулярную питающую ножку, резецируют аксиллярный хвост молочной железы. Далее фиксируют дермальный или дермоглангулярный листок супраареолярной области питающей ножки тремя швами к пекторальной фасции в области 10, 12 и 2 часов на уровне планируемого положения нового верхнего склона молочной железы. При этом выполняют предварительную отслойку верхнего кожного-железистого лоскута в надфасциальной

плоскости и наносят 2-3 сквозных радиальных разреза на железу данного лоскута. Затем выполняют дезэпидермизацию по разметке в области нижнего склона молочной железы, ушивают послойно раны с формированием инвертированного Т-образного шва или J-шва или L-шва. Способ позволяет повысить стабильность наполнения верхнего полюса молочной железы и стабильность формы нижнего склона в отдаленном послеоперационном периоде. 1 з.п. ф-лы, 2 пр.

(56) (продолжение):

N3 (62), С. 15-20. HUAYU HU et al. Inverted-T pattern reduction mammoplasty in bilateral breast ptosis: cosmetic and oncological outcomes. Gland Surg. 2021 Oct; 10(10): 2925-2934. WAMALWAI A. O. et al. Surgical anatomy of

R U 2 8 0 8 3 7 3 C 1

R U 2 8 0 8 3 7 3 C 1



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(52) CPC

A61B 17/00 (2023.08)(21)(22) Application: **2022135097, 29.12.2022**(24) Effective date for property rights:
29.12.2022Registration date:
28.11.2023

Priority:

(22) Date of filing: **29.12.2022**(45) Date of publication: **28.11.2023 Bull. № 34**

Mail address:

**191015, Sankt-Peterburg, ul. Kirochnaya, 41,
FGBOU VO "SZGMU im.I.I.Mechnikova",
patentno-litsenzionnyj otdel., zav. otdelom Ivanovu
F.S.**

(72) Inventor(s):

Barsakov Maksim Aleksandrovich (RU)

(73) Proprietor(s):

**Federalnoe gosudarstvennoe byudzhethoe
obrazovatelnoe uchrezhdenie vysshego
obrazovaniya "Severo-Zapadnyj gosudarstvennyj
meditsinskij universitet imeni I.I. Mechnikova"
Ministerstva zdravookhraneniya Rossijskoj
Federatsii (RU)**

(54) **METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF NORMOTROPHIC AND HYPERTROPHIC PTOSIS OF THE MAMMARY GLANDS OF 2 OR 3 DEGREE**

(57) Abstract:

FIELD: medicine; plastic surgery.

SUBSTANCE: lower dermoglandular feeding pedicle is formed, and the axillary tail of the mammary gland is resected. Next, the dermal or dermoglandular flap of the supraareolar region of the feeding pedicle is fixed with three sutures to the pectoral fascia in the area of 10, 12 and 2 o'clock position at the level of the planned position of the new upper slope of the mammary gland. A preliminary detachment of the upper skin-glandular flap is performed in the suprafascial plane and 2–3 through radial incisions are applied to

the gland of this flap. Then, deep-epidermization is performed along the markings in the area of the lower slope of the mammary gland, the wounds are sutured layer by layer to form an inverted T-shaped suture or a J-suture or an L-suture.

EFFECT: method makes it possible to increase the stability of the filling of the upper pole of the mammary gland and the stability of the shape of the lower slope in the long-term postoperative period.

2 cl, 2 ex

Изобретение относится к медицине, а именно к пластической хирургии, и может быть использовано при хирургическом лечении нормотрофического и гипертрофического птоза молочных желез 2-3 степени (по классификации Regnault).

Концепция уменьшающей пластики молочной железы развивается в течение последних 65 лет. В зависимости от источника кровоснабжения сосково-ареолярного комплекса различают методы его свободной пересадки, а также пересадки на паренхиматозных и дермальных питающих ножках.

Удаление нижних отделов молочной железы со свободной трансплантацией ареолы и соска было предложено Thorek в 1922 г. В модификации Rubin (1983) операция показана: а) женщинам пожилого возраста чтобы сократить время вмешательства; б) женщинам с избыточной массой тела и выраженным птозом; в) в ситуациях, когда требуется удаление более чем 1500-2000 г ткани каждой железы. Недостатком является трудность обеспечения двусторонней симметрии и устойчивую сбалансированность сосковоареолярных комплексов.

Редукционная маммопластика по методике «паренхиматозные ножки» включает широкую мобилизацию кожи над молочной железой, клиновидное иссечение ее избытков с последующими транспозицией сосково-ареолярного комплекса на паренхиматозной (обычно центральной) питающей ножке и ротацией оставшейся железистой ткани для придания органу более конической формы (Arie-Pitanguy, Penn, Hester). Методика показана при удалении не более 500 г ткани молочной железы. Транспозиция ареолы на паренхиматозной ножке служит основой для методик Dufourmentel-Mouly и В-техники по Regnault.

Редукционная маммопластика по методике «дермальные ножки» описана Strombeck. Она включает горизонтальную и вертикальную резекцию железистой ткани от нижнего полюса и транспозицию соска в новое положение на горизонтальном дермальном лоскуте с двумя питающими ножками. При избытке жировой ткани в молочных железах автор предложил пересекать латеральную ножку с сохранением одной медиальной дермальной ножки. T.Skoog, напротив, оставлял латеральную дермальную ножку. Недостатками этой техники являются неудобства, возникшие при правильном размещении ареолы и соска (без перекрутов и сдавлений ножки), а также с плохой реиннервацией соска.

Р. McKissock в 1976 г. разработал способ маммопластики с сохранением ареолы на вертикальном дермальном лоскуте с двумя питающими ножками. При этом нижняя ножка включает не только дерму, но и паренхиму. Сам автор указывал на безопасность для кровоснабжения такого лоскута при длине ножки менее 40 см (Цепколенко В.А., Грубник В.В., Пшениснов К.П. Пластическая эстетическая хирургия. Современные аспекты. Эндоскопические пластические вмешательства на лице. Киев, 2000. Глава V, с.78-101).

В пластической хирургии 21 века существует несколько видов маммопластики:

1. Аугментационная маммопластика - операция, целью которой является придание груди красивых форм и сохранение лактационной функции молочных желез;

2. Редукционная маммопластика - операция, заключающаяся в иссечении тканей, устранении образовавшегося избытка растянутой кожи и перемещении комплекса сосок-ареола;

3. Изолированная мастопексия - пластическая операция по подтяжке молочных желез при их опущении с коррекцией высоты и формы.

На сегодняшний день существует более 600 способов пластических операций на молочной железе, однако широкое распространение получили лишь 40-50 (Жариков

К.М., Нафиков А.В., Астафьев Б.В. К вопросу о пластике молочной железы Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2019. Том 9. № 4).

Известен способ удаления нижних отделов молочной железы со свободной трансплантацией ареолы и соска, который был предложен Thorek в 1922 г. В модификации Rubin (1983) операция показана: а) женщинам пожилого возраста, чтобы сократить время вмешательства; б) женщинам с избыточной массой тела и выраженным птозом; в) в ситуациях, когда требуется удаление более чем 1500 - 2000 г ткани каждой железы (Пластическая и эстетическая хирургия. Последние достижения: научное издание / пер. с англ. под ред. А.М. Боровикова. - М.: ПРАКТ. Медицина, 2011. - 448 с.).

Известен способ редукционной маммопластики при гигантомастии, включающий выполнение разреза по предварительной разметке, проведение дезэпидермизации по инвертированной Т-образной схеме, отличающийся тем, что ткань молочной железы резецируют в нижнем, в ниже-латеральных медиальных секторах, а в верхнем секторе - между фиброзной септой и дермальной ножкой, с транспозицией сосково-ареолярного комплекса, формируют новый объем молочной железы и послойно ушивают ареолу, латеральный и медиальный лоскуты в виде «якоря» (Карапетян Г. Э, Пахомова Р. А., Кочетова Л. В., Мавроди Т. В., Дикарев А. С, Ратушный Н. А. Модифицированный способ редукционной маммопластики при гигантомастии // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2017. № 3 (62)). При этой методике достаточно трудно обеспечить двустороннюю симметрию и устойчивую сбалансированность сосковоареолярных комплексов.

Известен способ пластики молочной железы Л.Л. Павлюк-Павлюченко (патент RU2116756, опубл. 10.08.1998), сущность которого заключается в том, что верхний лоскут выкраивают от кожи до фасции большой грудной мышцы, после чего разделяют его на две части, имеющие одну питательную ножку: плоскую кожно-подкожную и округлую железисто-жировую. Нижний адермизированный лоскут вводят между частями верхнего, формируя новую молочную железу. Положительными моментами данного способа является получение молочных желез правильной формы с выпуклым сосково-ареолярным комплексом на вершине, исключая западение соска. Недостатком данного метода является возможность образования дермоидной кисты (Осложнения после редукционной маммопластики Галина Е.В., Столярж А.Б., Берлев О.В., Фадин А.С.; Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2006. № 4. С. 63).

Известен способ пластики молочной железы, включающий разметку молочной железы в виде «замочной скважины», выкраивание молочной железы по этим линиям разметки с удалением лишней ткани из нижней части молочной железы, помещение ареолы в новую позицию. Способ позволяет обеспечить высокий косметический результат за счет приближения формы молочной железы к естественной (патент RU2087131, опубл. 20.08.1997). Недостатком являются возможность отсроченного заживления раны, некроз ареолы и соска (Осложнения после редукционной маммопластики. Галина Е.В., Столярж А.Б., Берлев О.В., Фадин А.С.; Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2006. № 4. С. 63).

Известен способ хирургической коррекции мастоптоза из периареолярного доступа по Тенчуриной (Тенчурина, Т. Г. Современные подходы в реконструктивно-пластической хирургии при гипертрофических рубцах: автореферат дис. доктора медицинских наук: 14.00.27, 03.00.04 / Тенчурина Татьяна Геннадьевна; Место защиты: Рос. ун-т дружбы народов]. Москва, 2007. - 25 с.). Способ включает формирование раскроя, нанесение оси молочной железы, обозначение нового контура ареолы, проведение дезэпидермизации вокруг сосково-ареолярного комплекса с последующим

наложением фиксирующих швов, проходящих через верхний край деэпидермизированной кожи, верхний край собственной ткани железы фасции грудных мышц в определенной последовательности. Способ позволяет повысить косметический эффект и сохранить функцию железистой ткани. Недостатками известного способа являются возможность

5 липонекроза, лигатурных абсцессов, расхождения швов, снижения чувствительности ареолы и соска (Осложнения после редукционной маммопластики. Галина Е.В., Столярж А.Б., Берлев О.В., Фадин А.С.; Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2006. № 4. С. 63).

Известен способ, при котором на коже молочной железы намечают параареолярный

10 разрез и границы параареолярной деэпителизации эллипсоидной формы, размеры которой подбираются индивидуально, что позволяет равномерно сгфрировать кожу молочной железы к ареоле. Достоинства: отпадает необходимость разрезов и наложения швов на кожу молочной железы, чем достигается максимальный косметический эффект, так как швы расположены в конечном итоге только по краю ареолы, а возможность

15 производства из этого доступа как секторальной резекции, так и погружения железистой ткани с сохранением объема молочной железы расширяет показания к данной операции, позволяя применять ее при 1 и 2 степенях мастоптоза (патент RU2007131, опубл. 15.02.1994; Апанасевич В.И. Оптимизация диагностики заболеваний молочной железы: Дис. д-ра мед. наук. Владивосток, 2001. - 350 с.] Недостатки: результат во многом

20 определяется наличием или отсутствием асимметрии молочных желез в исходе, которая в норме имеет место практически у всех женщин, а также наличием или отсутствием асимметрии после них.

Известен метод, предложенный Fino P et al (Breast reduction: personal technique. Fino P, Di Taranto G, Toscani M, Scuderi N. Clin Ter. 2016 NovDec;167(6): e167-e170. doi: 10.7417/

25 СТ.2016.1963. PMID: 2805183). Данный метод сочетает в себе преимущества круглого блока с вертикальным рубцом, используя кожный лоскут, который фиксируется на новой молочной складке. В результате кожный лоскут работает против веса остаточной ткани, поддерживая складку в желаемом положении. Преимуществами данного метода являются короткий шрам, возможность создания желательной формы молочной железы.

30 Метод может быть использован для легкой и тяжелой гипертрофии с различной степенью птоза.

Известен способ мастопексии, носящий условное название «Snowman» (A New Reduction Mastopexy Design for Young Women: Snowman Pattern. Cil Y, Kocman AE. World J Plast Surg. 2015 Jul;4(2):110-9. PMID: 26284179). Операцию проводят с использованием

35 модифицированной техники с превосходной ножкой и вертикальным рубцом. Недостатком является постоянное сморщивание из-за вертикального закрытия операционной раны.

Известен способ маммопластики с уменьшением массы железы более чем на 1000 г с использованием техники коротких рубцов. Процедура основана на следующем:

- 40 а) модифицированный метод маркировки молочных желез с консервативным размещением комплекса соска-ареолы, определяемый не только уровнем подвздошной складки, но и степенью потери объема верхнего полюса;
- б) использование липосакции для контурирования нижнего полюса;
- в) вертикальная конструкция дермоглангулярной резекции;
- 45 г) верхнемедиальная ножка;
- е) закрытие кожи без подрыва или сбора.

Достоинством данного метода является возможность значительного уменьшения молочной железы. Недостатки: задержка заживления, некроз жировой ткани,

возникновение гематомы (Short-Scar Mammoplasty in Severe Macromastia. Akyurek M, Chappell AG. Ann Plast Surg. 2016 Dec;77(6):609-614. PMID: 26678101).

Известен способ маммопластики «Short scar periareolar inferior pedicle reduction» (SPAIR)», который представляет собой методику уменьшения груди, которая основана на формировании нижней ножки, но моделирует кожу с помощью комбинированного перiareолярного и вертикального иссечения кожи. Метод сохраняет кровоснабжение соска и ареолы, при этом используется комбинированное перiareолярное и вертикальное иссечение кожи для уменьшения оболочки кожи. Агрессивное наложение швов на ножке и молочных железах используется для контроля формы. (The Short Scar Periareolar Inferior Pedicle Reduction (SPAIR) Mammoplasty. Hammond DC. Semin Plast Surg. 2004 Aug;18(3):231-43. doi: 10.1055/s-2004-831910. PMID: 20574479). Данный метод применим к широкому спектру проблем с молочной железой, от простого птоза до крайностей макромастии. Эстетически приятные результаты последовательно и надежно получены с небольшим количеством осложнений. Он предлагается в качестве эффективного метода уменьшения рубцов груди («The dermal internal brassiere flap,» a new modification of inferior pedicle breast reduction technic. Temel M, Karakas AO, Dokuyucu R, Turkmen A. Aesthetic Plast Surg. 2015 Jun;39(3):350-8. doi: 10.1007/s00266-015-0483-y. Epub 2015 Apr 17. PMID: 25894021). После операции остается след в виде запятой, нижняя часть которой направлена в область подмышки. В результате коррекции получается эстетичная грудь с естественной нижней сферой.

Известен способ модификации данного метода, заключающийся в изменении наложения шва. Для пациентов, которые подверглись среднему уменьшению (401-800 г), после удаления достаточного количества железистой и кожной ткани, вертикальный разрез закрывается следующим образом: свободные подкожные швы накладываются, начиная с верхней части разреза и продолжаясь к его нижней части. В дистальном углу разреза выполняют ушивание в противоположном направлении до того, как рана была стянута. Таким образом завершается шовная цепь. В верхней части разреза швы натягиваются, чтобы собрать кожу в короткий вертикальный рубец. Данный метод является улучшением по сравнению с существующим методом вертикального разреза, позволяя быстрее и проще закрывать и приводя к лучшей форме груди и длине рубца (Chain purse-string suture used to shorten the vertical incision in vertical breast reduction. Karaci S, Kose R, Baykan H, Ozkose M. Aesthetic Plast Surg. 2013 Feb;37(1):88-90. doi: 10.1007/s00266-012-0016-x. Epub 2013 Jan 4. PMID: 23288098).

Наиболее близким по технической сущности и выбранным в качестве прототипа является способ хирургического лечения гипертрофического и нормотрофического птоза молочных желез 2 и 3 степени (по классификации Regnault), включающий в себя формирование нижней дермоглангулярной питающей ножки, фиксации рассасываемыми швами паренхимы к пекторальной фасции или большой грудной мышцы на уровне 3 ребра и редукции кожного чехла цикрум-вертикальным кроем с вертикальным швом формы J, предложенный Dennis Hammond (The Short Scar Periareolar Inferior Pedicle Reduction (SPAIR) Mammoplasty. Hammond DC. Semin Plast Surg. 2004 Aug;18(3):231-43. doi: 10.1055/s-2004-831910. PMID: 20574479).

Представленный способ редукции и подтяжки молочных желез дает маловыраженную наполненность верхнего полюса молочных желез в отдаленном периоде в силу того, что фиксирующие ткань железы швы утрачивают силу и рубцовый процесс в данном случае нестабилен, край кожи нижнего склона в форме буквы J дает в послеоперационном периоде большее провисание по сравнению с Т-образными и якорными краями кожи.

Технической проблемой является создание способа хирургического лечения гипертрофического и нормотрофического птоза молочных желез 2 и 3 степени, способного повысить стабильность наполнения верхнего полюса молочной железы и стабильность формы нижнего склона в отдаленном послеоперационном периоде.

Технический результат заключается в сохранении более наполненного верхнего склона и стабилизации нижнего склона.

Технический результат достигается за счет того, что способ хирургического лечения гипертрофического и нормотрофического птоза молочных желез 2 и 3 степени, включающий формирование нижней дермоглангулярной питающей ножки, фиксацию выделенного аксиллярного хвоста железы к верхнему краю лоскута или резекцию аксиллярного хвоста и при необходимости части паренхимы верхней части лоскута, дальнейшую фиксацию дермального или дермоглангулярного листка супраареолярной области питающей ножки тремя швами к пекторальной фасции в области 10, 12 и 2 часов на уровне планируемого положения нового верхнего склона молочной железы с предварительной отслойкой верхнего кожного-железистого лоскута в надфасциальной плоскости, последующее рассечение поверхностной фасции и остатка железы данного лоскута тремя радиальными разрезами для его растяжимости, дальнейший крой кожи с предварительной деэпидермизацией по разметке в области нижнего склона, послойное ушивание раны с формированием инвертированного Т-образного шва или J-шва или L-шва. Выбор типа крой кожи зависит от исходной длины нижнего склона железы и направленности сосково-ареолярного комплекса

Технический результат обеспечивается тем, что фиксация дермоглангулярного лоскута к фасции грудной железы происходит за счет дермального компонента (прочность рубцового дермофасциального сочленения выше железисто-фасциального сочленения). Стабилизация нижнего склона достигается Т-образным кроем кожи, что позволяет сократить длину формируемого нижнего полюса молочной железы. Для уменьшения ширины (базы) молочной железы и дополнительного наполнения верхнего склона выделяется аксиллярный хвост и фиксируется к верхнему краю лоскута при пексии или резецируется при редукции совместно с латеральным краем выделенного железистого лоскута.

В случае короткого нижнего полюса птозированной молочной железы, данный способ реализуется вышеуказанными техническими приемами с кожным кроем в виде буквы J или буквы L. Для уменьшения ширины (базы) молочной железы выделяется аксиллярный хвост и фиксируется к верхнему краю лоскута при пексии или резецируется при редукции совместно с латеральным краем выделенного железистого лоскута.

Заявленное изобретение иллюстрируется следующими клиническими примерами.

Пример 1

Пациентка Е., 32 года, обратилась в клинику с жалобами на чрезмерный объем, тяжесть в области молочных желез, выраженную асимметрию. Под ЭТН выполнено оперативное лечение по заявленной методике: разрезом кожи по супраареолярной зоне деэпидермизации выполнено формирование нижней дермоглангулярной ножки с сохранением питающих сосудов септы Вюрингер и резекция аксиллярного хвоста с двух сторон и около 100 г паренхимы подковообразной формы по верхнему краю ножки справа для коррекции асимметрии. Формирование надфасциального кармана в области верхнего склона до уровня 3 ребра с нанесением радиальных насечек по задней поверхности культи железы верхнего склона. Формирование полоски дермального мостика шириной около 1,4 см в области верхнего края супраареолярной зоны деэпидермизации. Фиксация лоскута с пекторальной фасции на уровне 3 ребра узловыми

или матрачными швами нитью ПДС 2.0 или Викрил 2.0 в области 10, 12 и 2 часов. Установка дренажа Редон под лоскут. Наложение временных швов Лавсан 2/0 на вертикальный и горизонтальный компоненты для получения формы. Прорисовка линий будущей зоны дезэпидермизации. Снятие временных швов. Дезэпидермизация намеченной формы. Мобилизация медиального края указанной зоны не на всю толщину дермы и сквозная мобилизация латерального края. Наложение отдельных узловых нитью рассасываемой нитью 3.0 на дерму в вертикальном и горизонтальном положении для стабилизации нижнего склона молочной железы. Послойное ушивание вертикального и горизонтального компонентов кожных лоскутов (Викрил 3.0, Монокрил 3/0, Монокрил 5.0), ушивание периареолярной области (кисетный шов Пролон 3.0, Монокрил 3.0, 5.). Повязки. Компрессионное белье. Длительность операции 3 ч. 30 минут. На следующий день удаление дренажей (по дренажам следы отделяемого). Смена повязок. Дальнейшие перевязки в амбулатории на 4 и 8 сутки. Послеоперационный период без особенностей, болевой синдром слабовыраженный 3-5 дней. Наблюдение на сроке 1, 3, 6 и 12 мес., результат стабильный. Наполнение верхнего полюса адекватное, более выраженное по сравнению с исходным, подгрудная складка умеренно выражена, рубцы без признаков гипертрофии.

Пример 2

Пациентка А., 27 лет, обратилась в клинику с жалобами на избыточное провисание молочных желез и перерастянность ареол. Родов не было. Форма груди изменилась после массивного похудения. Объём груди устраивает, форма - нет. Под ЭТН выполнено оперативное лечение по заявленной методике: разрезом кожи по супрараеолярной зоне дезэпидермизации выполнено формирование нижней дермоглангулярной ножки с сохранением питающих сосудов септы Вюрингер, выделение и фиксация аксиллярного хвоста к верхнему краю железистого лоскута нитью Vycril 2.0 с двух сторон. Формирование надфасциального кармана в области верхнего склона до уровня 3 ребра с нанесением радиальных насечек по задней поверхности лоскута железы верхнего склона. Фиксация дермоглангулярного края лоскута к пекторальной фасции на уровне 3 ребра узловыми или матрачными швами рассасываемой нитью 2.0 в области 10 12 и 2 часов. Установка дренажа Редон под лоскут. Наложение временных швов Лавсан 2/0 на вертикальный и горизонтальный компоненты для получения формы. Прорисовка линий будущей зоны дезэпидермизации. Снятие временных швов. Дезэпидермизация намеченной формы. Мобилизация медиального края указанной зоны не на всю толщину дермы и сквозная мобилизация латерального края. Наложение отдельных узловых нитью рассасывающимся шовным материалом 3.0-4.0 на дерму в вертикальном и горизонтальном положении для стабилизации нижнего склона молочной железы. Послойное ушивание вертикального и горизонтального компонентов кожных лоскутов (рассасывающимся шовным материалом 3.0-4.0), ушивание периареолярной области (кисетный шов нерассасываемый шовный материал 2.0-3.0, рассасываемый шовный материал 3.0-4.0). Повязки. Компрессионное белье. Длительность операции 3 ч. 10 минут. На следующий день удаление дренажей (по дренажам следы отделяемого), смена повязок. Дальнейшие перевязки в амбулатории на 4 и 8 сутки. Послеоперационный период без особенностей. Болевой синдром слабовыраженный 3-5 дней. Наблюдение на сроке 1, 3, 6 и 12 мес., результат стабильный. Наполнение верхнего полюса адекватное, более выраженное по сравнению с исходным, подгрудная складка умеренно выражена, рубцы без признаков гипертрофии.

По заявленному способу было прооперировано 176 пациентов в возрасте от 23 до 51 года в период с марта 2016 г по июнь 2022 г. Количественное распределение

осложнений, выявленных в массиве пациентов, следующее:

- ухудшенное заживление места стыка вертикального и горизонтального швов на сроке 1-1,5 мес. после операции - 18 пациентов; при лечении мазевым способом наблюдалось заживление за 7-20 суток;

- 5 - перманентная потеря чувствительности САК - 2 пациента (справа);
- сосудистые нарушения в области САК/ некроз ареол - 0 (ноль) пациентов;
- ухудшение заживления вертикального шва - 7 пациентов, консервативное лечение обеспечило заживление с минимальными эстетическими дефектами;
- 10 - нестабильность формы в послеоперационном периоде (6-12 мес.) - 7 пациентов (жировой тип строения области молочных желез, перерастянность кожного чехла).

В позднем послеоперационном периоде 5 пациенток забеременели, родили, проблем с лактацией не наблюдалось.

(57) Формула изобретения

- 15 1. Способ хирургического лечения гипертрофического или нормотрофического птоза молочных желез 2 или 3 степени, характеризующийся тем, что формируют нижнюю дермоглангулярную питающую ножку, резецируют аксиллярный хвост молочной железы, далее фиксируют дермальный или дермоглангулярный листок супраареолярной области питающей ножки тремя швами к пекторальной фасции в области 10, 12 и 2
 - 20 часов на уровне планируемого положения нового верхнего склона молочной железы, при этом выполняют предварительную отслойку верхнего кожного-железистого лоскута в надфасциальной плоскости и наносят 2-3 сквозных радиальных разреза на железу данного лоскута, затем выполняют дезпидермизацию по разметке в области нижнего склона молочной железы, ушивают послойно раны с формированием инвертированного
 - 25 Т-образного шва или J-шва или L-шва.

2. Способ по п.1, отличающийся тем, что дополнительно к резекции аксиллярного хвоста молочной железы осуществляют резекцию паренхимы верхней части питающей ножки молочной железы.