

УДК 618.19-007.24-007.42-089.844
DOI: 10.26435/UC.V014(41).790

М.И. Жуков, О.В. Стефкивская

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВТОРИЧНОГО ПТОЗА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ «SNOOPY BREAST»

Проблема повторных хирургических вмешательств особенно актуальна для эстетической коррекции молочных желез [1-3]. Увеличение количества вторичных вмешательств обусловлено различными факторами, как объективными осложнениями (различные виды деформаций, гематомы, серомы и т.д.), так и субъективной оценкой эстетических результатов со стороны пациенток [4-7]. Дополнительными аспектами для прогнозируемых результатов операций является особая подвижность и лабильность молочной железы по сравнению с другими органами, что обусловлено различными физиологическими процессами в организме женщины (инволюционные изменения, постлактационные, гормональные и т.д.), влияющие на трансформацию пятна груди по отношению к грудной клетке. Особое влияние на железу оказывает установленный имплантат. Мы можем оценить вторичные изменения в молочных железах после первичной увеличивающей маммопластики и подобрать возможные варианты вторичной хирургической коррекции, исходя из причины возникновения деформаций. Проанализировав наш опыт и результаты первичных операций других лечебных учреждений, мы разработали технику хирургической коррекции вторичных птозов молочных желез после первичных аугментационных маммопластик.

Целью данной работы было предложить новую методику коррекции вторичного птоза молочных желез.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами были изучены результаты лечения 59 пациенток со вторичным птозом молочных желез, возникшим вследствие аугментационной маммопластики, которые находились на стационарном лечении на клинической базе кафедры комбустиологии и пластической хирургии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО с 2011 по 2021 год. Все пациентки были разделены на две группы. Группу сравнения составили женщины, которым хирургическая коррекция вторичного

птоза молочных желез производилась традиционными способами. В основную группу вошли пациентки, которым вторичный птоз корректировался по предлагаемой методике. Группу сравнения сформировали 22 (37,3±6,3%) пациентки, основную – 37 (62,7±6,3%) пациенток.

Эффективность методики оценивалась по наличию осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде, частоте и степени выраженности послеоперационного птоза, психоэмоциональному состоянию пациентки.

Методология исследования построена на основе модели «случай-контроль». Этот метод предполагает сравнение двух относительно однородных выборок. В данном исследовании группы различались по частоте осложнений в послеоперационном периоде, полученному эстетическому эффекте.

Оценка результатов хирургической коррекции вторичного птоза проводилась по трехбалльной системе и была ориентирована на два аспекта: субъективное восприятие (эстетическая оценка) и объективные критерии (наличие осложнений). Система состояла из следующих параметров:

1. Хороший результат:

- полное удовлетворение эстетическим результатом операции со стороны пациентки и хирурга;

- отсутствие осложнений.

2. Удовлетворительный результат:

- частичное/неполное удовлетворение эстетическим результатом операции со стороны пациентки и хирурга;

- незначительные эстетические осложнения: минимальное смещение имплантата (до 1 см), минимальная асимметрия, пальпация имплантата, остаточный минимальный птоз, капсулярная контрактура I и II степени по Baker.

3. Неудовлетворительный результат:

- неудовлетворенность эстетическим результатом операции как со стороны пациентки, так и со стороны хирурга;

- наличие осложнений, сопровождающихся последующим хирургическим вмешательством (гематома, серома, капсулярная контрактура III и IV степени по Baker, инфекционные осложнения, лимфорея, расхождение швов, соматическая симптоматика и др.).

При расхождении эстетической оценки пациентки и хирурга приоритетной считали оценку пациентки.

Оценка результатов хирургической коррекции вторичного птоза проводилась по срокам послеоперационного периода:

- ранний – до 8 месяцев после операции;
- отдаленный – через 8 месяцев и при достижении конечных точек исследования.

По возрасту, наличию сопутствующей патологии, виду вторичного птоза, применяемым имплантам, группы пациенток были идентичны.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

С целью восстановления исходной локализации и укрепления опорного аппарата (поддерживающая связочная система Купера) молочной железы нами был разработан метод хирургической коррекции вторичного птоза «snoору breast» в виде ретромаммарной вертикальной мастопексии с использованием собственной соединительнотканной капсулы ранее установленного имплантата и проленового сетчатого трансплантата. Модернизация техники зависела от локализации установки имплантата (субгландулярного – SG, субмускулярного – SP); разделялась по хирургическому доступу на инфрамаммарный и пери- (циркум-) ареолярный. Через периареолярный доступ сквозь ткань молочной железы, либо через инфрамаммарный доступ в пространство Шанссеньяка, производилось удаление имплантата при его установке субгландулярно (SG). Далее формировался субпекторальный карман под имплантат с его установкой, после чего на первичной собственной субгландулярной соединительнотканной капсуле имплантата проводилась ретромаммарная вертикальная мастопексия с установкой сетчатого трансплантата размером 4×4 см на уровне

II-III ребра, с фиксацией его к заднему листу фиброзной капсулы и подшиванием к нему верхнего края молочной железы за передний листок фиброзной капсулы старого кармана. Краниальная тракция молочной железы дополнительно фиксировалась несколькими швами на уровне II ребра между задним и передним листком фиброзной оболочки. У пациенток с исходной субпекторальной (SP) установкой имплантата после обнажения оболочки без удаления имплантата формировался двухплоскостной карман по типу J.Tebbetts-2 в пространстве Шанссеньяка и сетчатый трансплантат фиксировался к фасции большой грудной мышцы дорсально и на глубокий листок поверхностной фасции молочной железы фронтально. Операцию завершали периареолярной мастопексией, что позволяло дополнительно сократить избыток кожного чехла в случае его значительного избытка и циркуляреолярного доступа, либо инфрамаммарным швом в случае первичного инфрамаммарного доступа.

В основной группе пациентов количество осложнений составило 5,5±2,3%, в группе сравнения – 9,2±3,9%. Хороший и удовлетворительный результат коррекции в основной группе был достигнут в 97,8±1,5% случаев, тогда как в группе сравнения этот показатель составил 94,4±3,1%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование с целью фиксации плотной проленовой сетки за соединительнотканную оболочку либо фасции как стабильной структуры при вертикальной ретромаммарной мастопексии дает более жесткие реперные точки фиксации тканей с долговременной стабилизацией установленной формы. При этом достижение коррекции компенсации данной вторичной деформации дополняется периареолярной мастопексией в случаях необходимости. Устранение каудального птоза железы с поверхности имплантата за счет вертикальной ретромаммарной мастопексии при использовании соединительнотканной оболочки старого в сочетании с фиксацией ее проленовой сеткой позволило добиться в 97,8±1,5% случаев стабильной ликвидации вторичной деформации по типу «snoору breast».

М.И. Жуков, О.В. Стефкивская

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВТОРИЧНОГО ПТОЗА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ «SNOOPY BREAST»

Увеличение количества вторичных вмешательств при вторичном птозе молочных желез обусловлено различными факторами, как объективными осложнениями, так и субъективной оценкой эстетических результатов со стороны пациенток. Целью данной работы было предложить новую методику коррекции вторичного птоза молочных желез. Нами были изучены результаты лечения 59 пациенток со вторичным птозом молочных желез. Использование с целью фиксации плотной проленовой сетки при вертикальной ретромаммарной мастопексии дает более жесткие ре-

перные точки фиксации тканей с долговременной стабилизацией установленной формы. Устранение каудального птоза железы с поверхности имплантата за счет вертикальной ретромаммарной мастопексии при использовании соединительнотканной оболочки старого в сочетании с фиксацией ее проленовой сеткой позволило добиться в 97,8±1,5% случаев стабильной ликвидации вторичной деформации по типу «snoopy breast».

Ключевые слова: вторичный птоз молочных желез, «snoopy breast», хирургическая коррекция.

M.I. Zhukov, O.V. Stefkivskaya

SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

SURGICAL CORRECTION OF SECONDARY PTOSIS OF THE MAMMARY GLANDS «SNOOPY BREAST»

The increase in the number of secondary interventions for secondary ptosis of the mammary glands is due to various factors, both objective complications and the subjective assessment of aesthetic results on the part of patients. The aim of this work was to propose a new technique for correcting secondary ptosis of the mammary glands. We studied the results of treatment of 59 patients with secondary ptosis of the mammary glands. The use of a dense prolene mesh for fixation during vertical retromammary mastopexy gives more rigid reference points

for tissue fixation with long-term stabilization of the established shape. Elimination of caudal gland ptosis from the implant surface due to vertical retromammary mastopexy using the old connective tissue sheath in combination with its fixation with a prolene mesh made it possible to achieve stable elimination of secondary deformity of the “snoopy breast” type in 97.8±1.5% of cases.

Key words: secondary ptosis of the mammary glands, “snoopy breast”, surgical correction.

ЛИТЕРАТУРА

1. Габка К.Дж., Бомерт Х. Пластическая и реконструктивная хирургия молочных желез. Пер. с англ. под общ. ред. Миланова Н.О. М.: МЕДпресс-информ; 2010. 360.
2. Галич С.П., Пинчук В.Д. Эстетическая хирургия груди: Руководство для врачей. К.; 2009. 450.
3. Камповая-Полевая Е.Б., Чистяков С.С. Клиническая маммология. Современное состояние проблемы. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012. 512.
4. Кузьминых С.А. Энциклопедия пластической хирургии. Минск: Издательство Астрель; 2011. 328.
5. Рожкова Н.И., Чхиквадзе В.Д. Атлас хирургии молочной железы. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 144.
6. Саруханов Г.М. Одномоментная мастопексия с частично субмускулярным эндопротезированием молочных желез: метод профилактики вторичного птоза. Пластическая хирургия и косметология. 2010; 4: 577-586.
7. Фисталь Э.Я., Мишалов В.Г. Пластична хірургія: Підручник. К.: Медицина; 2010. 376.

REFERENCES

1. Gabka K.Dzh., Bomert Kh. Plasticheskaya i rekonstruktivnaya khirurgiya molochnykh zhelez. Per. s angl. pod obshch. red. Milanova N.O. M.: MEDpress-inform; 2010. 360 (in Russian).
2. Galich S.P., Pinchuk V.D. Esteticheskaya khirurgiya grudi: Rukovodstvo dlya vrachei. K.; 2009. 450 (in Russian).
3. Kampoivaya-Polevaya E.B., Chistyakov S.S. Klinicheskaya mammologiya. Sovremennoe sostoyanie problemy. M.: GEOTAR-Media; 2012. 512 (in Russian).
4. Kuz'minykh S.A. Entsiklopediya plasticheskoi khirurgii. Minsk: Izdatel'stvo Astrel'; 2011. 328 (in Russian).
5. Rozhkova N.I., Chkhikvadze V.D. Atlas khirurgii molochnoi zhelezy. M.: GEOTAR-Media; 2010. 144 (in Russian).
6. Sarukhanov G.M. Odnomomentnaya mastopeksiya s chastichno submuskulyarnym endoprotezirovaniem molochnykh zhelez: metod profilaktiki vtornichnogo ptoza. Plasticheskaya khirurgiya i kosmetologiya. 2010; 4: 577-586 (in Russian).
7. Fystal' E.Ya., Mishalov V.G. Plastichna khirurgiya: Pidruchnik. K.: Meditsina; 2010. 376 (in Ukrainian).