

МЕДИЦИНА

УДК 616

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЛОЖНОГО ТРАНСПЛАНТАТА НА ОСНОВЕ ПРЯМОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА В МАММОПЛАСТИКЕ

© 2008 г. А.В. Овсянников

It has been shown the features of surgery for reconstruction of breast by complex graft on rectus abdomen's muscle basis.

Последние годы характеризуются широким распространением маммопластики в России. В связи с этим возникла необходимость в выявлении положительных и отрицательных сторон этих небезопасных операций, изучить осложнения и разработать новые методы и технические приёмы вмешательства [1–4].

С целью реконструкции молочной железы в ряде случаев используются кожно-мышечные лоскуты на основе прямой мышцы живота. Однако примерно в 20–35 % случаев в послеоперационном периоде наступает гибель трансплантата вследствие его атрофии, что приводит к рецидиву заболевания. Таким образом, дальнейшая разработка этих операций, направленная не только на восстановление объема молочной железы, но и на сохранение жизнеспособности трансплантата, является актуальной задачей хирургии.

Нами предложен способ формирования сложных кожно-подкожно-фасциально-мышечных трансплантатов на основе прямой мышцы живота.

Формирование вертикального кожно-подкожно-фасциально-мышечного лоскута. Перед операцией прорисовывали линии разрезов для выкраивания кожно-подкожной части сложного трансплантата. Разрез имеет эллипсовидную форму, вытянутую вдоль прямой мышцы живота. Верхушка разреза находится на расстоянии 4–6 см от мечевидного отростка. Нижняя точка разреза расположена на уровне пупка или ниже его на 1–2 см. По намеченным линиям рассекают кожу, подкожную клетчатку и поверхностную фасцию вплоть до собственной фасции прямой мышцы живота. Латеральные края кожно-подкожного лоскута отслаивают от фасции наружной косой мышцы живота и от белой линии живота. Вертикальный участок кожи и подкожной клетчатки, который может быть использован для маммопластики, имеет следующие размеры. При долихоморфном типе телосложения (длинная, узкая грудная клетка) длиной $14,09 \pm 1,62$ см и шириной $11,32 \pm 2,51$ см, при мезоморфном типе телосложения (переходная форма) – длиной $13,54 \pm 1,09$ см и шириной $12,73 \pm 2,11$ см и при брахиморфном типе телосложения (короткая, широкая грудная клетка) длиной $10,34 \pm 1,17$ см и шириной $11,57 \pm 1,26$ см.

С целью выкраивания мышечной части трансплантата, отступая на 1 см от белой линии живота, по латеральному краю прямой мышцы двумя продольными разрезами выкраивают переднюю стенку ее фасциального футляра. Пальцем тупо отделяют мышцу от зад-

него листка фасциального футляра на протяжении от реберной дуги до точки, расположенной на 2–3 см ниже сформированной кожно-подкожной части трансплантата. На этом уровне мышцу отсекают от остальной ее порции. При этом лигируют нижние надчревные сосуды и ветви от задних, нижних межреберных артерий. Мышечную часть трансплантата с расположенной над ней кожей и подкожной клетчаткой выделяют тупым путем в направлении снизу вверх. Препаровку лоскута прекращали на уровне хряща VII ребра и мечевидного отростка, поскольку здесь в мышцу внедряется верхний основной сосудистый пучок, представленный верхними надчревными артерией и веной. На этом же уровне в мышцу внедряются ветви от VI–VII задних межреберных нервов, которые образуют в толще мышцы густую анастомотическую сеть с ветвями от VIII–XI межреберных нервов.

Формирование горизонтального кожно-подкожно-фасциально-мышечного лоскута. Перед операцией на брюшной стенке прорисовывают границы сложного трансплантата, который имеет эллипсовидную форму с длинником, расположенным в поперечном направлении к брюшной стенке. Согласно результатам наших анатомических исследований, преобладающая часть кожно-подкожной составляющей трансплантата должна быть на стороне операции. На противоположной стороне у лиц брахиморфного и мезоморфного типов телосложения граница лоскута может доходить до среднеключичной линии, а у лиц долихоморфного типа – до передней подмышечной линии. По намеченным линиям формирования трансплантата рассекают кожу, подкожную клетчатку и поверхностную фасцию. Препаровку кожно-подкожной части трансплантата начинают от периферии к центру путём отслаивания её от фасции наружной косой мышцы живота вплоть до обоих краёв прямой мышцы живота. При надпупочном способе у лиц долихоморфного типа телосложения кожно-подкожная часть лоскута имеет длину $23,45 \pm 4,08$ см и ширину $11,88 \pm 2,19$ см, у лиц мезоморфного типа – длина $25,18 \pm 2,36$ см и ширина $12,43 \pm 1,14$ см, у лиц брахиморфного типа – длина $27,02 \pm 3,11$ см и ширина $9,25 \pm 2,41$ см. При подпупочном способе формирования кожно-подкожной части трансплантата размеры его определяются следующим образом. У лиц долихоморфного типа телосложения длина $20,31 \pm 2,56$ см и ширина $11,04 \pm 1,42$ см, мезоморфного типа телосло-

жения – длина $22,74 \pm 2,08$ см и ширина $11,83 \pm 1,72$ см, брахиморфного типа длина $24,58 \pm 1,25$ см – и ширина $8,14 \pm 0,66$ см. Дальнейший ход выкраивания трансплантата аналогичен вертикальному способу.

Кожно-подкожно-фасциально-мышечный лоскут на основе прямой мышцы живота поднимают до реберной дуги. Визуализируют верхние надчревные артерию и вену, а также ветви от межреберных нервов. Ориентиром служил сагиттальный фасциальный отросток задней стенки футляра прямой мышцы живота к реберной дуге. С целью удлинения сосудистой ножки, предупреждения ее сдавления и натяжения верхний край мышцы отделяли от места прикрепления к ребрам, а также поднадкостнично резецировали хрящи V1II–XI ребер на протяжении 5–6 см. Диапазон перемещений зависит от высоты надчревия. Наибольшая высота надчревия имеется у лиц долихоморфного типа телосложения. Для удлинения сосудистой ножки можно резецировать хрящевую реберную дугу в проекции сосудов или прецизионным методом выделить внутреннюю грудную артерию и вену после срединной стернотомии. В этих условиях длина сосудистой ножки может увеличиться до 15 см, и кожно-подкожно-фасциально-мышечный лоскут можно перемещать не только на верхней надчревной, но и на внутренней грудной артерии в любую область контрлатеральной молочной железы. Сформированный таким образом кожно-подкожно-фасциально-мышечный лоскут на основе прямой мышцы живота и на мобилизованной сосудистой ножке разворачивают во фронтальной плоскости и подводят через тоннель в мягких тканях грудной стенки к воспринимавшему ложу. Лоскут складывают вдвое и сшивают его края между собой отдельными швами. Затем фиксируют края образовавшейся дубликатуры к краям раны грудной стенки. Послойно ушивали рану на брюшной стенке.

Способ апробирован на 8 больных в отделении грудной хирургии Института хирургии им. А.В. Вишневского и на 4 больных в клинике хирургических болезней ФПК и ППС Ростовского медицинского университета.

Применение предлагаемого способа по сравнению с прототипом полностью устраняет возможность атрофии кожно-подкожно-фасциально-мышечного трансплантата на основе прямой мышцы живота и рецидив заболевания. Выкроенный трансплантат с сохранением питающей ножки создает благоприятные условия для васкуляризации и приживления на грудной стенке всех его составляющих частей, что особенно важно в условиях рубцово измененных тканей грудной стенки. Кожно-подкожно-фасциально-мышечный трансплантат на основе прямой мышцы живота обладает большой мобильностью. Полностью исключается сдавление и перегиб его питающей ножки. Это достигается путем отсечения проксимальной части питающей ножки от места фиксации к ребрам. Восстановление целостности фасциального футляра мышечной части лоскута из прямой мышцы живота повышает устойчивость трансплантата к инфекции. Резко увеличиваются диапазоны перемещения трансплантата в любую область грудной стенки.

Литература

1. Адамян А.А. Атлас пластических операций на грудной стенке. М., 1994.
2. Павлюченко Л.Л. // *Анналы пласт. реконстр. эстет. хирургии*. 1998. № 1. С. 48–52.
3. Ashley F.L. // *Plast. Reconstr. Surg.* 2001. Vol. 45. № 4. P. 421–425.
4. Vinnik C.A. // *Plast. Reconstr. Surg.* 1997. Vol. 58. № 6. P. 555–560.