

УДК 616

## МАММОПЛАСТИКА ТКАНЯМИ ЗДОРОВОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© 2007 г. А.В. Овсянников

It has been shown the features of surgery for reconstruction of breast by complex graft based on tissue of contralateral mammae.

Патология молочной железы является одной из наиболее часто встречаемой у женщин. Рак молочной железы у женщин занимает первое место по частоте в структуре новообразований, в среднем заболеваемость составляет 38,7 на 100 тыс. населения [1–4].

Решающим моментом в восстановлении формы молочной железы является ликвидация дефицита мягких тканей в области реконструкции. Для разрешения данной задачи хирургами применяются различные методики кожно-подкожной пластики [5]. Однако вследствие нарушения трофики после перенесенных операций или основного заболевания использование кожно-подкожных лоскутов на основе мышечных трансплантатов бывает затруднительным. В таких случаях хирург использует для реконструкции здоровую молочную железу.

Проведенными исследованиями по патентной и научно-медицинской литературе выявлен ряд способов пластики молочной железы тканями здоровой молочной железы.

Известен способ возмещения дефектов молочной железы, описанный De la Plaza [6]. Он состоит в том, что проводится сложный зигзагообразный разрез через нижнюю поверхность здоровой молочной железы, верхнюю часть передней брюшной стенки. Затем кожу передней брюшной стенки отпрепаровывают на обеих сторонах вплоть до пупка. С нижней поверхности здоровой молочной железы удаляют эпителий, а сформированный из оставшихся тканей лоскут отделяют от основания. Полученный таким образом лоскут используют для покрытия протеза.

Недостатками данного способа являются: 1) зигзагообразный разрез, затрудняющий в дальнейшем укрытие дефекта; 2) использование только кожной ткани, что препятствует полноценному формированию молочной железы как с использованием протеза, так и без него; 3) большой объем брюшной части кожной составляющей с ограниченным кровоснабжением, что в дальнейшем приводит к несостоятельности трансплантата.

Прототипом нашего способа является способ реконструкции молочной железы тканями здоровой молочной железы, описанный М. Pierre [7].

Он предусматривает вертикальный зигзагообразный кожный разрез здоровой молочной железы и пересадку железистой ткани, подкожной клетчатки и кожи. Лоскут «протаскивается» через подкожный тоннель на реципиентную зону и оставляется на краниальной сосудистой ножке. Однако при осуществлении этого способа имеются следующие недостатки:

1. Зигзагообразная форма разреза затрудняет фиксацию кожной составляющей трансплантата в реципиентной зоне.

2. Перемещение лоскута через подкожный тоннель обуславливает сдавление питающих сложный трансплантат сосудов, в связи с наличием интимной связи кожных покровов с надкостницей грудины, за счет мощных соединительнотканых перемычек и практически полным отсутствием подкожной клетчатки.

3. Оставление трансплантата на краниальной питающей ножке может привести к несостоятельности всех составных частей лоскута из-за недостаточности кровоснабжения, так как основные питающие сосуды молочной железы вступают в верхнелатеральный и нижнемедиальный квадранты железы, которые исключаются при данном способе трансплантации.

Целью данной работы является предупреждение послеоперационных осложнений, улучшение кровоснабжения трансплантируемой части железы.

Поставленная цель достигается тем, что трансплантат выкраивают из кожно-подкожно-железистой ткани двух нижних квадрантов здоровой молочной железы. Выделяют сосуды от внутренней грудной артерии, которые подходят к железистой части трансплантата, а затем кожно-подкожно-железистый трансплантат на мобильной сосудистой ножке подводят к воспринимающему ложу грудной стенки и послойно формируют молочную железу.

Способ осуществляется следующим образом. У больной с деформацией молочной железы производят горизонтальный эллипсоидный разрез здоровой молочной железы, подкожной клетчатки и паренхимы железы вплоть до фасции большой мышцы. При этом открытая часть разреза направлена в сторону грудины. Для придания разрезу указанной формы верхнюю его

часть проводят в поперечном направлении через ткань железы так, что он делит ее пополам с оставлением соска и ореола на донорской половине. Нижнюю часть разреза, параллельную верхней, проводят несколько ниже субмаммарной складки. Оба поперечных разреза соединяют полукружным продольным разрезом, который проходит по латеральному краю нижнелатерального квадранта железы.

Нижнюю половину молочной железы, включающую нижнемедиальный и нижнелатеральный квадранты, представляющую сложный трансплантат (кожу, подкожную клетчатку, железистую ткань), препарируют от фасции большой грудной мышцы. С целью профилактики перегиба лоскута его медиальная питающая ножка, представленная прорастающими ветвями от внутренней грудной артерии, глубоко препарируется. Сформированный трансплантат из здоровой молочной железы на мобильной сосудистой ножке, обращенной к груди, ротируют на 180°, перемещают на сторону воспринимающего ложа грудной стенки. Послойно фиксируют лоскут к краям раны передней грудной стенки контралатеральной стороны симметрично с оставшейся частью донорской железы. Таким образом, формируют единый поперечный кожно-подкожно-железистый комплекс без естественной складки между обеими молочными железами. Эту складку формируют на 20–30-е сут после приживления сложного трансплантата на контралатеральной стороне путем мобилизации и перемещения вверх участка тканей с передней брюшной стенки. С этой целью выполняют V-образный разрез над нижней третью грудины, открытый в сторону эпигастрия. Послойно ушивают раны на грудной и брюшной стенках.

Способ апробирован на 5 больных в отделении грудной хирургии института хирургии им. А.В. Вишневского и на 5 больных в отделении хирургии Ростовского НИИ онкологии.

Больная В., 50 лет, поступила в отделение хирургии с жалобами на психический и физический дискомфорт в связи с отсутствием правой молочной железы.

Из анамнеза следует, что молочная железа была потеряна 2 года назад в результате ожога. Сразу после лечения появились вышеперечисленные жалобы.

При поступлении ее в стационар состояние удовлетворительное. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Локально: правая молочная железа отсутствует. Имеется послеожоговая рубцовая деформация. Левая молочная железа крупная. Правая половина передней грудной стенки рубцово деформирована.

Большой была выполнена операция. Под общим наркозом в положении на спине произвели горизонтальный разрез кожи, подкожной клетчатки, паренхимы молочной железы вплоть до фасции большой грудной мышцы. Разрез делил железу на две части с оставлением соска и ореола на донорском участке. Параллельно верхнему разрезу произвели нижний разрез на 1 см ниже субмаммарной складки. Оба поперечных разреза соединили полукружным продольным, проходящим по латеральному краю квадранта железы.

Полученный трансплантат, включающий кожу, подкожную клетчатку, паренхиму нижнелатерального и нижнемедиального квадрантов железы, отпрепарировали от фасции большой грудной мышцы. В целях профилактики перегиба питающей ножки, представленной прорастающими ветвями внутренней грудной артерии, последнюю глубоко отпрепарировали.

Сформированный сложный трансплантат на мобильной сосудистой ножке развернули на 180° к реципиентной зоне, освобожденной от рубцовых деформаций. Составные части трансплантата фиксировали послойно к грудной стенке. Сформировали послойным ушиванием тканей молочную железу в донорской зоне. Отсасывающие дренажи поместили под лоскут. На 15-е сут после приживления трансплантата выполнили V-образный разрез над нижней третью грудины (открытый в сторону эпигастрия). Полученный участок ткани переместили вверх, формируя складку между молочными железами.

Послеоперационный период протекал гладко. Раны зажили первичным натяжением. При контрольном осмотре через 3 мес. состояние больной удовлетворительное. Состояние молочных желез хорошее. Форма желез правильная, симметричная. Ликвидирована деформация правой половины передней грудной стенки.

Таким образом, восстановительная маммопластика сложным кожно-подкожно-железистым лоскутом на мобильной сосудистой ножке из здоровой молочной железы обеспечила восстановление объема и симметрии передней грудной стенки. Вместе с тем не потребовалось использовать трансплантаты с мышечными составляющими, что приводит к функциональным потерям.

По сравнению с известными способами исключается рецидив заболевания, т.е. отторжение составляющих частей сложного трансплантата. Эллипсоидная форма разреза предотвращает периферический некроз кожной составляющей трансплантата. Использование кожно-подкожно-железистого трансплантата на нижнемедиальном сосудистом пучке позволяет не только обеспечить достаточный тканевой объем для формирования

молочной железы, но и активно участвовать в репаративной регенерации и биологической стимуляции оставшихся тканей воспринимающего лоскута. Оставление сложного лоскута на сосудистой ножке, в состав которой входят прободающие ветви от внутренней грудной артерии и вены, позволяет сохранить жизнеспособность и биологическую активность всех составных частей трансплантата как в ближайшие, так и отдаленные сроки послеоперационного периода. Полностью исключается сдавление, перегиб, натяжение питающей ножки за счет глубокого препарирования. Тем самым исключается нарушение кровоснабжения всех составных частей сложного трансплантата, а следовательно, атрофия в послеоперационном периоде.

#### Литература

1. Вишневецкий А.А. Пластическая хирургия молочной железы. М., 1987.
2. Владимиров Л.Ю. Неoadьювантная химиотерапия на естественных средах организма в применении пептида эпифиза эпиталомина в комплексном лечении местнораспространённого рака молочной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ростов н/Д, 2000.
3. Ковалёв Б.Н., Старинский В.В. // Актуальные вопросы онкологии. СПб., 2002. С. 40 – 42.
4. Сидоренко Ю.С., Холодный М.Д., Николаева Н.В. // Там же. С. 175 – 176.
5. Чиссов В.И. Избранные лекции по онкологии. М., 2000.
6. De la Plaza. // Cir. Plast. Ibero-lat. Amm. 1982. Vol. 217. P. 48 – 71.
7. Pierre M. // Plast. Reconstr. Surg. 1998. Vol. 146. P. 179 – 196.