

УДК 616

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

© 2007 г. **А.В. Овсянников**

The results of clinical use of a complex transplant on the muscle latissimus dorsi basis.

Дефицит мягких тканей и отсутствие достаточного кожного покрова в области передней грудной стенки после радикальных операций на молочной железе создают в ходе реконструктивной операции ряд сложных проблем. Использование современных тех-

нологий позволяет иссечь рубцовоизмененные ткани и установить синтетический имплантат. Но применение данного способа практически неосуществимо. Это обусловлено контурированием протеза, что значительно ухудшает эстетический результат; возмож-

ным отторжением имплантата, который помещается под растянутую кожу. Очевидно, что восстановление размера и эстетической формы утраченной молочной железы требует установления синтетического имплантата, надежно укрытого мягкими тканями.

Нами выполнялись пластические реконструкции груди с использованием кожно-подкожно-фасциально-мышечного трансплантата на основе широчайшей мышцы спины и мобильной сосудисто-нервной ножки после предварительного планирования с учетом таких моментов, как характер и объем деформации груди, а также особенностей телосложения пациенток. Был проведен анализ реконструктивно-восстановительных операций, произведенных 20 пациенткам в возрасте от 19 до 55 лет.

Основная группа больных (68,7 %) поступила в стационар в сроки от 2 до 5 лет после полного окончания лечения по поводу основного заболевания (таблица).

Как видно из таблицы, основную группу (13 пациенток – 56,3 %) составили женщины, ранее перенесшие оперативное лечение по поводу злокачественного новообразования. Всем им была произведена радикальная мастэктомия: у 10 – по Холстеду, у 3 – по Пети. У 9 больных оперативное лечение производилось в комплексе с лучевой терапией, в пред- и послеоперационном периоде. Стадия заболевания $T_1N_0M_0$ была у 9 пациенток и $T_2N_1M_0$ – у 4 пациенток. По поводу фиброаденоматоза ранее было оперировано 3 пациентки, по поводу мастита – 4. Объем предшествующей операции у этих больных заключался в простой мастэктомии.

Отмечается, что все 20 больных обратились по поводу реконструктивно-восстановительной операции первично. Установлено, что радикальное удаление молочной железы приводит к тому, что у больных большую значимость приобретают психологические проблемы, в первую очередь связанные с косметическими последствиями операции. Появляется новое чувство собственной неполноценности, ущербности, потере женственности. Определяемая по методике МНО тревога у больных, соответствующая до операции 6,45 усл. ед., после операции возрастает до 8,00 усл. ед. Подобная тенденция отмечается и по показателю депрессии (3,4 усл. ед. до операции и 5,1 усл. ед. после нее). Показатель невротизма – 14,72 усл. ед. при норме 9,2. У больных, перенесших пластическую операцию на молочной железе за счет сложного трансплантата на основе широчайшей мышцы спины, уровень тревоги становится нормальным, как и показатели депрессии. Значительного снижения достигает уровень невротизма (10,2 усл. ед. при норме 9,2).

Динамическое наблюдение за состоянием имплантированного текстурированного силиконового протеза

и окружающего его соединительнотканной капсулы проводили методом ультразвуковой эхолокации в сочетании с маммографией (в разные сроки послеоперационного периода). Они применялись как единственно возможные методы объективной оценки состояния протезированной груди. Большое значение при оценке результатов реконструктивно-восстановительных операций имеет изучение состояния кровотока сложного трансплантата на основе широчайшей мышцы спины. Для объективной оценки состояния периферического кровотока использовали методы реовазографии, кожной термометрии и полярографии. У 6 из 13 пациенток мы применяли радионуклидную методику.

Планирование начинается с общего осмотра, оценки общей конституции, далее осматривается здоровая молочная железа и определяется ее форма, размеры, степень птоза. При определении степени птоза мы пользовались классификацией по Regnault (I–III степень птоза). Проводили ряд измерений: по среднечленичной линии через сосок до субмаммарной складки, ширину и периметр основания молочной железы. У двух пациенток мы наблюдали птоз III степени. Для получения максимально возможного эстетического результата трем пациенткам была выполнена редукционная маммопластика вторым этапом, а еще одной мастопексия здоровой молочной железы. При изучении области удаленной молочной железы оценивали состояние тканей в области операции, в частности, состояние кожных покровов и клетчатки, направление послеоперационных рубцов, характер деформации молочной железы. Площадь и форму дефекта определяли по отработанной методике с использованием трафарета, изготовленного из прозрачного материала и разграфленного на квадранты площадью 1 см². Трафарет накладывали на дефект в области удаленной молочной железы и обрисовывали контур, затем форму и площадь дефекта соизмеряли с возможными донорскими зонами для установления достаточности кожных резервов, необходимых для реконструкции. Перед перемещением тканей мы также учитывали пожелания пациентки, оценивали состояние мышечных резервов, объем кожи и клетчатки, возможность нарушения кровообращения предыдущими операциями. После принятия решения определяли количество этапов, их задачи, интервалы времени между этапами.

Операцию проводили под эндотрахеальным наркозом в положении больной на боку, а затем на спине следующим способом. У больной скальпелем иссекают рубцово-измененные ткани на грудной стенке. Иссекают рубцово-измененную кожу, подкожную клетчатку и ткани железы, при этом при наличии признаков нарушения трофики тканей границу увеличивали. Обнажали мышцы грудной стенки. Препарирование выполняли до размеров предполагаемого эндопротеза. Определяли площадь и форму дефекта трафаретом.

Больную перекладывали на противоположный бок с отведением верхней конечности на 90°. На спине прорисовывали контуры кожно-подкожной части трансплантата, имеющий форму эллипса. Как правило, верхний край эллипсоидного разреза располагается на 2–3 см ниже угла лопатки. По намеченному контуру рассекали кожу, подкожную клетчатку и по-

Распределение больных в зависимости от вида предшествующего основного заболевания и сроков поступления в клинику

Основное заболевание	Число больных	Давность процесса с момента устранения основного заболевания, лет						
		0,5–1	1–2	2–3	3–4	4–5	5–6	6–7
Рак $T_{1-2}N_0M_0$	13	–	–	6	2	3	1	1
Фиброаденоматоз	3	–	–	1	2	–	–	–
Мастит	4	–	3	1	–	–	–	–
Всего	20	–	3	8	4	3	1	1

верхностную фасцию до собственной фасции, образующей футляр для широчайшей мышцы спины. Тем самым создавали кожно-подкожную часть сложного трансплантата. С целью формирования мышечной части сложного трансплантата проводят два продольных разреза по ходу мышечных пучков широчайшей мышцы спины. Один – вдоль латерального края мускула, а другой – отступая на 4–5 см от верхнего края ранее сформированной кожно-подкожной пластинки эллипсовидной формы. Внизу оба продольных разреза соединяют. Тупым путем отслаивают в направлении снизу вверх мышечную часть сложного трансплантата, включающего латеральный отдел широчайшей мышцы спины с расположенным над ним участком кожи с подкожной клетчаткой. При этом лигируют ветви от задних нижних межреберных артерий. Препаровку лоскута проводят до верхней трети, поскольку здесь в него внедряется основной питающий сосудисто-нервный пучок, представленный грудоспинными артерией, веной и нервом. Для увеличения мобильности сложного трансплантата, удлинения его питающей ножки, предупреждения ее сдавления и натяжения, лоскут отсекают в проксимальном отделе от места прикрепления к малому бугорку плечевой кости. Отдельными узловыми швами восстанавливают целостность фасциального футляра мышечной части лоскута по всему длиннику. Из донорской раны по направлению к ране на грудной стенке

под кожей делают тоннель такого размера, чтобы через него свободно проходил лоскут. Кожно-подкожно-фасциально-мышечный лоскут на основе латерального отдела широчайшей мышцы спины и на мобилизованной сосудисто-нервной ножке, путем его ротации на 45^0 во фронтальной плоскости, проводят через тоннель к воспринимающему ложу на передней грудной стенке. Отсеченный от кости проксимальный конец широчайшей мышцы спины фиксируют П-образными швами к оставшейся медиальной порции этой же мышцы. Тем самым создают новую точку опоры. После тщательного гемостаза ушивают рану в донорской зоне, при необходимости дренируют. Лоскут послойно фиксируют на грудной стенке над эндопротезом или экспандером к краям раны.

Дифференцированный подход к формированию сложного трансплантата на основе широчайшей мышцы спины с учетом конституциональных особенностей пациенток способствует оптимизации реконструктивно-восстановительной маммопластики. Полученные данные в исследовании наглядно свидетельствуют о достигнутых положительных результатах лечения (88,9 %) предложенным методом при соблюдении соответствующих показаний и противопоказаний, а в целом способствуют повышению эффективности и качества комплексного реабилитационного лечения пациенток с аномалиями молочной железы или после мастэктомии.