

УДК 616

СПОСОБ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТА ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ СЛОЖНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ

© 2007 г. А.В. Овсянников

The results of clinical use of a complex transplant on the big omentum basis

Нами проведен анализ реконструктивно-восстановительных операций, произведенным 16 пациенткам в возрасте от 19 до 55 лет, находившихся на лечении в клинике Ростовского научно-исследовательского института онкологии и торакальном отделении Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН в период с 1997 по 2005 г.

Способ пластики молочной железы осуществлялся разработанным нами способом путем формирования лоскута из большого сальника на сосудистой ножке с перемещением его в зону дефекта передней грудной стенки и последующей фиксацией. Лоскут большого сальника подводят в подкожную клетчатку передней брюшной стенки, его сосудистую ножку и внутреннюю поверхность отделяют от апоневроза мышц передней брюшной стенки полихлорвиниловой плен-

кой, которую впоследствии удаляют с поверхности апоневроза, затем через 10 – 15 дней после приживления лоскута сальника к слоям брюшной стенки кожно-подкожно-сальниковый лоскут на сосудистой ножке подводят к дефекту грудной стенки и осуществляют послойную фиксацию.

По возрасту больные распределялись следующим образом: до 20 лет – 3 больных, от 21 до 30 лет – 5, от 31 до 40 лет – 4, от 41 до 50 лет – 2 и от 51 до 60 лет – 2. Обращает на себя внимание тот факт, что основную группу составили пациентки самого активного в трудовом плане возраста – от 20 до 40 лет (75 %).

Как видно из таблицы, основная группа больных (68,7 %) поступила в стационар в сроки от 2 до 5 лет после полного окончания лечения по поводу основного заболевания.

Распределение больных в зависимости от вида предшествующего основного заболевания и сроков поступления в клинику для выполнения пластической операции

Основное заболевание	Число больных	Давность процесса с момента устранения основного заболевания, г.						
		0,5–1	1–2	2–3	3–4	4–5	5–6	6–7
Рак T ₁₋₂ N ₀₋₁ M ₀	9	–	–	2	2	3	1	1
Фиброаденоматоз	3	–	–	1	2	–	–	–
Мастит	4	–	3	1	–	–	–	–
Всего	16	3	4	4	3	1	–	1

Основную группу (9 пациентов – 56,3 %) составили женщины, ранее перенесшие оперативное лечение по поводу злокачественного новообразования. Всем им была произведена радикальная мастэктомия: 6 – по Холстеду, 3 – по Пети. У 7 больных оперативное лечение производилось в комплексе с лучевой терапией в пред- и послеоперационном периоде. Стадия заболевания T₁N₀M₀ была у 6 пациенток и T₂N₁M₀ – у 3. По поводу фиброаденоматоза ранее было оперировано 3 пациентки, по поводу мастита – 4.

Объем предшествующей операции у этих больных заключался в простой мастэктомии. Показаниями для выполнения пластической реконструкции объема и формы молочной железы в наших наблюдениях были выраженные дефекты, деформации или полное отсутствие железы в результате оперативного лечения. Динамическое наблюдение за состоянием сложного трансплантата проводили методом ультразвуковой эхолокации в сочетании с маммографией. Исследования проводили в разные сроки послеоперационного

периода. Они применялись как единственно возможные методы объективной оценки состояния сложного лоскута. Большое значение при оценке результатов реконструктивно-восстановительных операций имеет изучение состояния кровотока сложного трансплантата на основе большого сальника. Для объективной оценки состояния периферического кровотока широко использовали методы реовазографии, кожной термометрии и полярографии. У четырех из девяти пациентов 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).

Первоначально определение объема здоровой молочной железы производилась нами на глаз. В последнее время мы снимаем форму молочной железы, обклеивая ее марлевыми лоскутами с помощью клея

ПВА. В полученный слепок можно налить любую жидкость и довольно точно определить объем оставшейся молочной железы. От величины объема во многом зависит и последующая тактика.

Далее мы изучали форму молочной железы. В ряде случаев исходная форма такова, что может возникнуть сама по себе необходимость в ее коррекции, в частности, в подтяжке или уменьшающей пластике. Проводили ряд измерений: по среднеключичной линии через сосок до субмаммарной складки, ширину и периметр основания молочной железы. При изучении области удаленной молочной железы оценивали состояние тканей в области операции, в частности, наличие большой грудной железы, 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 см^2 . 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.

Для формирования кожно-подкожно-сальникового лоскута и последующей пластики молочной железы, большой сальник в качестве основы был использован у всех 16 больных. В 9 случаях сложный трансплантат был использован после радикальной мастэктомии. Во всех наблюдениях после удаления опухоли образовался обширный дефект с дефицитом мягких тканей и кожи. В 7 наблюдениях сложный трансплантат был использован после выполнения простой мастэктомии. Во всех 16 случаях выполнение маммопластики было разделено на два этапа. На первом этапе осуществляли мобилизацию лоскута большого сальника. Так, в 7 случаях лоскут большого сальника был мобилизован с сохранением обеих питающих ножек. В 6 наблюдениях лоскут был мобилизован на правой и в двух случаях – на левой сосудистой ножке. Во всех случаях производили мобилизацию большого сальника от поперечно-ободочной кишки. У двух больных мобилизацию лоскута от большой кривизны желудка не проводили, так как длина и объем лоскута при его перемещении на брюшную стенку, а затем в область дефекта грудной стенки (зона пластики молочной железы) были признаны достаточными, и смещения желудка не наблюдалось. В 6 случаях с целью удлинения лоскута и предотвращения перегиба и смещения желудка мобилизовали лоскут большого сальника от средней трети большой кривизны желудка, сохранив обе питающие ножки. Этот метод мобилизации использовали у больных с многолопастной формой большого сальника, а особенности кровоснабжения большого сальника не позволяли без риска ишемии лоскута мобилизовать его на одной сосудистой ножке. К таким особенностям ангиоархитектоники относятся слабо выраженный или непрслеживаемый анастомоз между правой и левыми саль-

никовыми артериями (2 случая); отсутствие нижней артериальной дуги (4 случая).

Операцию проводили под эндотрахеальным наркозом в положении больной на спине с отведенными руками в стороны на 90° . Наиболее удобным доступом к большому сальнику является срединная лапаротомия. До мобилизации большого сальника проводили тщательную ревизию органов брюшной полости с целью исключения сопутствующих заболеваний и возможностью метастазирования. Оценивали форму, размеры сальника, его ангиоархитектонику. Поднимали кверху дистальный край, открывая линию прикрепления его к нижнему брыжеечному краю поперечно-ободочной кишки в ее средней порции, пользуясь ножницами и тупферами. Продолжали отделение от брыжейки поперечно-ободочной кишки преимущественно тупфером вплоть до большой кривизны желудка. При наличии спаек с париетальной брюшиной разделяли их остро, кровоточащие сосуды лигировали. При необходимости мобилизации большого сальника на обоих сосудистых ножках начинали мобилизацию от средней трети большой кривизны желудка. Парно накладывали зажимы на желудочные ветви верхней артериальной дуги, пересекали их между зажимами и лигировали, в обоих направлениях, сохранив по 4–5 желудочных ветвей с каждой стороны. При формировании лоскута на одной из сосудистых ножек предпочтение отдавали правой, так как правая желудочно-сальниковая артерия обычно большого калибра. Кроме того, справа сальник прикрепляется к головке поджелудочной железы. Начинали мобилизацию также от средней трети большой кривизны желудка в обе стороны по вышеуказанной методике. Убедившись в адекватном кровоснабжении лоскута большого сальника с помощью метода пережатия мягким зажимом, пересекали и лигировали верхнюю артериальную дугу справа или слева, также сохранив 4–5 желудочных ветвей. Мобилизованный лоскут большого сальника и обернутый во влажную салфетку проводили через верхний угол лапаротомной раны. При этом не допускали натяжения лоскута, что могло привести к смещению желудка, и поворот его вокруг оси. Лоскут фиксировали к апоневрозу к брюшине в верхнем углу раны двумя кетгутовыми швами. Брюшную полость обычно не дренировали. Лапаротомную рану ушивали по направлению снизу вверх. Последний шов на апоневроз накладывали так, чтобы сосудистая ножка большого сальника не ущемлялась. Лоскут большого сальника укладывали слева или справа от белой линии живота в слой подкожной клетчатки на апоневроз наружной косой мышцы живота. Предварительно с помощью ножниц и тупфера создавали подкожный тоннель, соответствующий размерам дистальной части большого сальника. Между большим сальником и апоневрозом наружной косой мышцы живота помещали полихлорвиниловую пленку, которая предотвращала срастание сосудистой ножки с окружающими тканями. Подлоскутное пространство дренировали. Кожную рану на брюшной стенке ушивали. Через 10–15 дней после первого этапа операции выполняли второй этап. Двумя окаймляющими разрезами выкраивали кожно-подкожно-сальниковый лоскут с сохранением сосудистой ножки большого сальника.

Удаляли полихлорвиниловую пленку из-под большого сальника. Для перемещения сложного лоскута на грудную стенку под кожей формировали тоннель, через который лоскут перемещали в область дефекта. Сложный лоскут укладывали на реципиентном участке, фиксировали к краям дефекта грудной стенки отдель-

ными кетгутовыми швами, прикрывая тканью большого сальника протез грудной железы.

Осложнений на отдаленных сроках в группе больных после реконструктивной маммопластики не отмечено.