

ЛИТЕРАТУРА

1. Айсанов З.Р. // Consilium medicum - 2003. - №3. - С.8-9.
2. Вихирева О.В. // Профил. заболев. и укрепл. здоровья. - 2002. - № 3. - С. 35-42.
3. Камардина Т.В., Глазунов И.С. // Профил. заболев. и укрепл. здоровья. - 2002. - № 3. - С. 28-31.
4. Кокосов А.Н. // Тер. арх. - 2000. - № 3. - С.75-77.
5. Красовский К., Андреева Т., Крисанов Д. и др. Экономика контроля над табаком в Украине с точки зрения общественного здравоохранения. - Киев, 2002.
6. Смирнова И.П., Кваша Е.А., Горбась И.М. и др. // Укр. кардіол. журн. - 2002. - № 4. - С. 97-102.
7. Федосеев Г.Б. // Новости фармакотер.- 2000.- № 7.- С.11-19.
8. Холмогорова Г.Т. // Профил. заболев. и укрепл. здоровья. - 2002. - № 5. - С. 46-47.
9. Хронические обструктивные болезни легких. Федеральная программа. - М., 1999.
10. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации по хронической обструктивной болезни легких - М., 2001.
11. Шмелев Е.И. // Consilium medicum. - 2002. - Приложение. - С.23-26.

12. Hurt R.D., Sachs D.P., Glover E.D. et al. // New Engl. J. Med. - 1997. - Vol. 37. - P. 1195-1202.

13. Ne.Avoy B.H., Kaner E.F., Lock C.A. et al. // Brit. J. Gen. Pract. - 1999. - Vol. 49. - P. 187-190.

Поступила 11.09.06.

PECULIARITIES OF NICOTINIC DEPENDENCY DEVELOPMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

A.V. Dzyubailo

S u m m a r y

140 patients (smokers and non-smokers) with chronic obstructive respiratory disease were under observation. Patients were taken selective M-cholinoblocker ipratropium bromide (Atrovent H) for treatment of chronic obstructive respiratory disease and Nicorette for their nicotinic dependency. Clinical signs of chronic obstructive respiratory disease (cough, quantity and quality of sputum, breathlessness) were reduced and velocity indexes of external respiration were increased as results of treatment. After the treatment nicotinic dependency vanished in 17,1% of patients, reduced – in 68,4%, did not changed – in 7,9% and increased – in 2,6%.

УДК 612. 664 : 616 - 089. 844

ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ ТРАНСАКСИЛЛЯРНАЯ СУБПЕКТОРАЛЬНАЯ АУГМЕНТАЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА

А.Х. Исмагилов, Р.Ш. Хасанов, Х.М. Губайдуллин, А.М. Гимранов, Е.В. Абдуллина

Отделение маммологии Клинического онкологического центра (главврач - проф. Р.Ш. Хасанов) МЗ РТ, г. Казань

В настоящее время аугментационная маммопластика наряду с липосакцией является наиболее популярной операцией в пластической хирургии. Использование имплантатов в пластике по увеличению груди было впервые описано Т. Cronin, F. Ge-gow [1]. Имплантаты могут иметь круглую или анатомическую форму, гладкую или текстурированную поверхность и заполняться физиологическим раствором или силиконовым гелем. Преимущества силиконовых имплантатов заключаются в минимальной растворимости силикона и превосходной вязкости этого материала, обеспечивающей идентичность по отношению к ткани молочной железы.

В зависимости от способа установки имплантат может располагаться прямо за молочной железой или в пространстве позади большой грудной мышцы. Преимуществами расположения имплантата за железой являются легкость диссекции, меньшая болезненность в послеоперационном периоде и возможность установки имплантатов больших размеров. Способ расположения имплантатов за большой грудной мышцей получил свое развитие вследствие

недостатков, наблюдающихся при субгландулярном расположении вживляемых материалов, – капсулярной контрактуры, контурирования краев и толщины покровных тканей. Преимуществами расположения имплантата за большой грудной мышцей являются снижение частоты возникновения капсулярной контрактуры, меньшая заметность краев имплантата под кожей, а также минимальная вероятность возникновения гематом, поскольку субпекторальное пространство представляет собой бессосудистую зону. Недостатки данного расположения – возможное ограничение выбора размера имплантата, выраженный болевой синдром, возможность смещения имплантата при сокращении мышцы в послеоперационном периоде. Кроме того, существует и двухплоскостная установка, при которой имплантат устанавливается частично за мышцей и частично за железой. Правильный выбор формы и объема, а также места расположения имплантата позволяют в большинстве случаев добиться хорошего эстетического результата. Но требование женщин к аугментационной маммопластике в последнее время выросло, и пациентки

желают получить не только большую и красивую грудь, но и нивелировать по возможности следы этих изменений. Послеоперационные же рубцы – это не что иное как операционный доступ. Поэтому хирурги стали стремиться сместить его в эстетически более приемлемые зоны. В настоящее время при выполнении аугментационной маммопластики используются 4 основных доступа, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки.

1. Инфрамаммарный доступ – это самый распространенный способ установки имплантатов. Преимуществами его являются простота исполнения, хорошая визуализация раны, асептичность, сохранение чувствительности сосково-ареолярного комплекса, недостатками – видимый рубец, а также сложность маркировки, так как рубец должен быть на уровне новой субмаммарной складки. Показаниями к операции этим доступом в нашей клинике служат хорошая субмаммарная складка (в которой скрыт рубец), наличие старого рубца в этой зоне и реоперация.

2. Периареолярный доступ характеризуется установкой имплантата через разрез на пигментированной части ареолы и преимущество его заключается в менее заметном рубце. Однако размер ареолы не всегда позволяет провести через него имплантат; при нем неизбежно повреждается ткань молочной железы, в результате доступ менее асептичен. Кроме того, после периареолярной имплантации возможны возникновение микроциркуляции в молочных протоках и образование кист. Доступ к нижнему краю железы может осуществляться путем формирования подкожного тоннеля, что нередко приводит в конечном итоге к неоднородности поверхности железы, сероме и воспалению в этой зоне. Рекомендовать такой разрез можно пациенткам с ареолой диаметром не менее 5 см, со склонностью к образованию келоидных рубцов, так как на пигментированном участке ареолы минимальна вероятность формирования келоида или гипертрофических рубцов, а также в тех случаях, когда имеется необходимость уменьшить периареолярный избыток кожи. Этот же доступ может использоваться и при устранении аномалии основания железы (тубулярной груди), когда требуются рассечение зоны констрикции и равномерное распределение молочной железы. Периареолярный доступ мы используем и при установке анатомических имплантатов, так как при трансаксиллярном доступе ставим только круглые имплантаты ввиду невозмож-

ности их правильной ориентации.

3. Периумбиликальный доступ предполагает установку имплантатов через пупок. Месторасположение имплантата ограничено препекторальным пространством. При данном методе затруднен визуальный контроль за диссекцией в процессе формирования кармана и, как следствие, возникают трудности в достижении симметричности при установке имплантатов. Кроме того, доступ ограничен использованием только сагиновых имплантатов.

В последнее время все более популярным становится трансаксиллярный доступ, осуществляемый путем разреза в подмышечной впадине [2, 5]. Было выявлено очевидное преимущество скрытого разреза; кроме того, доступ позволяет довольно просто проникнуть в ретропекторальное пространство. Но недостатком было отсутствие визуального контроля в процессе формирования кармана для имплантата. Ограниченность доступа не позволяла сформировать ретропекторальную полость в достаточном объеме, в результате имплантат смещался вверх или в области субмаммарной складки формировался двойной пузырь. Отрицательным моментом трансаксиллярного доступа является возможность возникновения осложнений в виде кровотечения, капсулярной контрактуры, при которых предполагаются вмешательства через другие доступы.

Развитие эндоскопической хирургии в 1990 г. позволило применить эндоскопию и при увеличивающейся маммопластике. Впервые трансаксиллярную аугментационную маммопластику с эндоскопической ассистенцией представили С. I. Price et al. [4]. Авторами было обращено внимание на значительное преимущество визуального контроля в процессе диссекции перед ранее используемым трансаксиллярным методом, выполнявшимся вслепую. P. S. Howard [3] продемонстрировал уменьшение частоты таких осложнений, как смещение имплантата с 8,6 до 2%, что связано с началом применения эндоскопической ассистенции в аугментационной маммопластике.

Основным показанием к установке имплантата трансаксиллярным доступом служит отсутствие хорошо выраженной субмаммарной складки, в которой можно было бы скрыть рубец. Противопоказание – констрикция нижнего полюса, короткая дистанция от ареолы до субмаммарной складки, требующая радиарного отделения ткани железы в зоне констрикции, тубулярная



а



б



в



г

Пациентка А. 26 лет, состояние до и через один месяц после трансаксиллярной видеоассистированной субпекторальной аугментационной маммопластики с применением имплантов фирмы «Mentor» (Siltex Round Moderate Plus Profile CohesiveII), объемом 175 cc справа и 200 cc: а) до операции: слева – в прямой проекции, справа – в проекции 45°; б) после операции: слева – в прямой проекции, справа – в проекции 45°; в) до операции: слева – в проекции 45°, справа – в боковой проекции; г) после операции: слева – в проекции 45°, справа – в боковой проекции.

грудь, птоз. При птозе 1 степени и псевдоптозе возможно применение этой техники, но тогда лучшими считаются инфрамаммарный или периареолярный доступы.

Наша клиника имеет 3-летний опыт установки имплантатов трансаксиллярным способом. При традиционном способе в результате слепой диссекции большой грудной мышцы часто имели место неадекватное понижение складки с гематомами в послеоперационном периоде в области боковой поверхности груди, постоянный страх перед возможностью развития более выраженного кровотечения во время операции. Попытка использования видеоподдержки с помощью обычных эндоскопических инструментов успеха не имела в виду того, что обычные крючки не поднимали большую грудную мышцу на всем протяжении. В результате все равно оставались слепые зоны; кроме того, обычные прямые инструменты имели ограниченный угол для манипуляций. Ситуация резко изменилась при появлении набора инструментов, разработанных фирмой "МЕДФАРМСЕРВИС" (Казань) для искусственно созданных полостей. Эндоретрактор со встроенной гильзой для 10 мм эндоскопа позволяет открывать полость на всем ее протяжении с полным визуальным контролем всего кармана, с возможностью одномоментного удаления задымленности, что актуально при использовании электроножа в небольших по объему полостях. Специальные изогнутые инструменты дают возможность легко ими манипулировать.

Техника операции. Линия разреза проходит в подмышечной складке по 2,5 см по обе стороны от среднеаксиллярной линии. Пациентка располагается на операционном столе с отведенными руками под углом 90 градусов. Далее проводится обкалывание ткани в месте предполагаемого разреза и миотомии раствором адреналина. После разреза кожи и подкожной клетчатки с помощью пальца определяют край большой грудной мышцы и, перфорируя фасцию, осуществляют доступ в субпекторальное пространство с последующим дигитальным формированием первичной оптической полости. Вводят эндоретрактор, имеющий длину клинка 190 мм с введенным в него эндоскопом. С этого момента начинается формирование полости для имплантата, бужами выполняют верхнюю ретракцию с постепенным расширением кармана. Преимуществом внутреннего расположения ретрактора и эндоскопа является возможность осуществления трансиллюминации,

что позволяет следить за движением тканей в процессе диссекции. Формирование кармана для имплантата, в том числе нижней диссекции большой мышцы, производится острым путем – с помощью L-образного электрода с внутренним каналом и тупым путем – для тупого препарирования клетчатки с помощью грудного изогнутого диссектора. Для коагуляции используется шаровидный электрод. После окончания формирования кармана производится визуальный контроль гемостаза с последующей установкой имплантата.

Имея небольшой опыт из 28 трансаксиллярных аугментационных маммопластик с видеоэндоскопической ассистенцией, мы перестали отмечать такие осложнения, как смещение протезов краниально и послеоперационные гематомы. На наш взгляд, трансаксиллярная аугментационная маммопластика является оптимальным способом увеличения молочной железы (см. рис.), а видеоассистенция позволяет "слепую", по сути, операцию производить под полным визуальным контролем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cronin T., Gerow F. Augmentation mammoplasty: A new "natural feel" prosthesis. In: Broadbent T.R., ed. Transactions of the Third International Congress of Plastic surgery.- Amsterdam: Excerrpta Medica Foundation, 1964.
2. Hoehler H. // Br. J. Plast. Surg.- 1973. - Vol. 26(4). - P. 373-376.
3. Howard P.S. // Ann. Plast. Surg. - 1999. - Vol. 42(3). - P. 245-248.
4. Price C.I., Eaves F.F., Nahai F. et al. // Plast. Reconstr. Surg. - 1993. - Vol. 94(5). - P. 612-619.
5. Troques R. // Nouv Presse Med. - 1972. - Vol. 14. - Vol. 1(36). - P. 2409-2410.

Поступила 16.02.06.

VIDEOASSISTED TRANSAXILLARY SUBPECTORAL AUGMENTED BREAST RECONSTRUCTION

A.Kh. Ismagilov, R.Sh. Khasanov, Kh.M. Gubaidullin,
A.M. Gimranov, E.V. Abdullina

S u m m a r y

Four major types of operational incision approaches in augmented breast reconstruction have been described. The set of instruments developed by the company "Medpharmservice" for artificially created cavities was used with transcapillary incision approach. Transcapillary augmented mammoplasty is the optimal method for augmentation of a breast, while video-assistance allows full visual control over operation procedure. Moreover, this allows exclusion of cranial displacement of artificial implants and post-operation hemorrhages.