

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования. КрасГМУ им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гильмана

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

Маммопластика. Виды маммопластики. Показания и противопоказания к проведению
оперативного вмешательства на молочной железе. Осложнения после маммопластики.

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Винник Юрий Семенович

Выполнил: Ординатор 1 года обучения Красноярского государственного медицинского
университета
Стенькин Роман Викторович

Оглавление:

1. Маммопластика.....	3
2. Виды маммопластики:.....	3
3. Аугментационная маммопластика.....	3
4. Редукционная маммопластика.....	3
5. Показания.....	4
6. Классификация опущения молочной железы (птоза).....	5
7. Противопоказания.....	6
8. Осложнения.....	7
9. Список литературы.....	9

Маммопластика— самая популярная среди пластических операций и заключается в изменении формы молочных желез, коррекции формы, увеличении или уменьшении их объёма.

Виды маммопластики:

- аугментационная маммопластика (увеличение груди);
- редукционная маммопластика (уменьшение груди);
- мастопексия (подтяжка груди).

Аугментационная маммопластика

Это операция, целью которой является увеличение размера молочных желез с помощью силиконовых имплантов, подбираемых индивидуально, либо с помощью собственной жировой ткани.

Редукционная маммопластика

Редукция молочных желез — это уменьшение размеров молочных желез при гипермастии, гигантомастии (чрезмерном увеличении объёма), как правило, проводится частичное удаление тканей МЖ с пексией (подтяжкой).

Реконструкция молочных желез после ее полного удаления — комплекс операций, по воссозданию их объёма и формы, формирование соска и коррекция контрлатеральной (противоположной) груди.

Показания:

КОСМЕТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ МАММОПЛАСТИКИ



Врожденное отсутствие или недоразвитие молочной железы

Эта индивидуальная особенность развития называется гипоплазия (микромастия, гипомастия) и проявляется в очень маленьком размере груди. Микромастия диагностируется не ранее 16-17 лет врачом-маммологом после комплексного обследования.



Слишком большая грудь (макромастия)

Эта особенность может приводить к возникновению у женщины хронических болевых ощущений в области шеи, плеч, позвоночника, а также стать причиной возникновения других патологий.



Разный размер молочных желез

Чаще всего хирургическое вмешательство необходимо женщинам после беременности и лактации, когда одна грудь может стать больше другой. Порой данная особенность является врожденной.



Обвисание груди (мастоптоз)

Со временем грудь обвисает практически у всех женщин, у некоторых это происходит быстрее из-за вскармливания нескольких детей, лишнего веса, наступления менопаузы и уменьшения эластичности кожи.



Изменение формы груди

Причин, которые могут к этому привести множество, например, перенесенная операция из-за запущенного гнойного мастита или травма молочной железы.



Замена имплантов

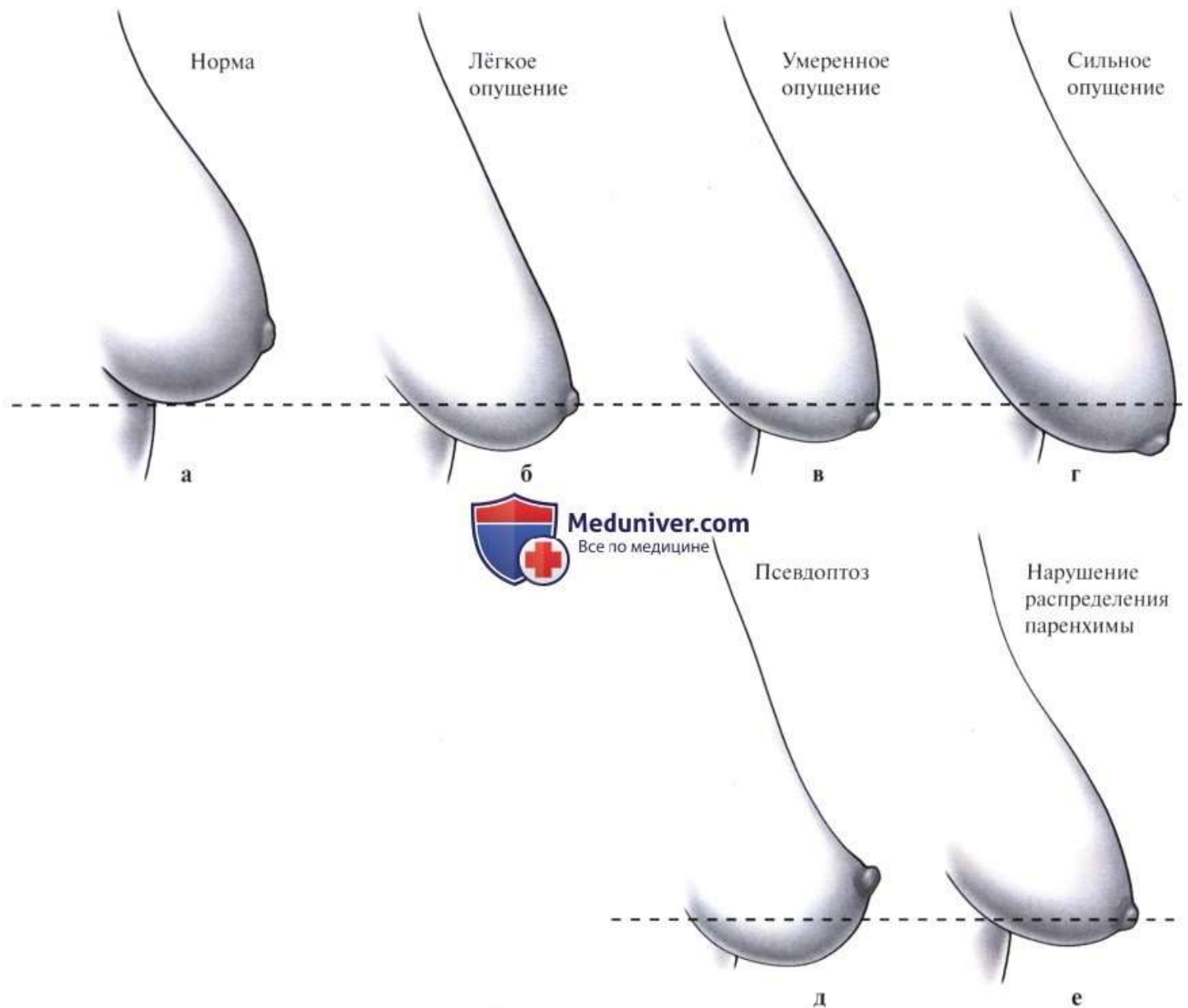
Не всегда результаты эндопротезирования соответствуют ожиданиям. Слишком большие или маленькие импланты, их смещение из-за растягивания тканей молочной железы, некачественная работа хирурга, дискомфорт – далеко не все причины, из-за которых женщины решаются на повторную операцию.

Классификация опущения молочной железы (птоза).

Опущение молочной железы (птоз) определяют по положению сосково-ареолярного комплекса относительно инфрамаммарной складки. Классификация птоза, разработанная Регнальтом (Regnault), схематически изображена на приведённых ниже рисунках.

При нормальном расположении вся железа, включая сосково-ареолярный комплекс, находится выше уровня инфрамаммарной складки (рис. а). У пациенток с лёгким птозом сосок расположен на уровне инфрамаммарной складки (рис. б).

Если сосок находится ниже уровня инфрамаммарной складки, но выше нижнего контура молочной железы, опущение рассматривают как умеренное (рис. в). У пациенток с тяжёлым птозом сосок расположен ниже инфрамаммарной складки по нижнему контуру молочной железы (рис. г). При псевдоптозе сосок находится выше уровня инфрамаммарной складки, несвободная кожа свисает ниже её уровня (рис. д). Нарушение распределения паренхимы молочной железы — расположение соска и нижнего края молочной железы ниже уровня инфрамаммарной складки (рис. е).



Противопоказания:

1. наличие острой патологии любого происхождения;
2. обострение хронических заболеваний;
3. психические заболевания;
4. аутоиммунные заболевания (системная красная волчанка, склеродермия и т.п.);
5. некоторые физиологические состояния (беременность в любом сроке и менструация);
6. возраст менее 18 лет;
7. не диагностированные заболевания молочной железы;
8. незавершенное лечение любых новообразований в молочных железах (в том числе доброкачественных);

9. незавершенная лактация или менее 6 месяцев после окончания грудного вскармливания;
10. аллергия на лекарства, которые используют для наркоза;
11. сахарный диабет в стадии декомпенсации или субкомпенсации;
12. нарушение свертываемости крови или длительный прием антикоагулянтов;
13. различные иммунодефициты.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Все осложнения, возникающие после эндопротезирования молочных желез, можно разделить на две группы:

- 1) общехирургические (нарушения чувствительности кожи, серома, гематома, нагноение раны, образование гипертрофических или келоидных рубцов);
- 2) специфические осложнения, характерные только для этого вида операций (фиброзная капсулярная контрактура, а также разрыв, дистопия и дефляция протеза).

Частота развития осложнений приведена ниже по данным анализа результатов 304 операций эндопротезирования молочных желез, выполненных в Центре пластической и реконструктивной хирургии у 271 пациентки в возрасте от 17 до 57 лет за период с 1992 по 1997 г.

Нарушения чувствительности. Нарушение чувствительности сосково-ареолярного комплекса встречается довольно часто (до 21%) и может проявляться в виде его анестезии, гипестезии и даже гиперпатии. Причиной этого является полное или частичное повреждение переднелатеральной и(или) переднемедиальной ветвей четвертого межреберного нерва.

Серома встречается примерно в 1% наблюдений. Причины ее возникновения могут зависеть как от хирурга, так и от пациента. Так, серома может образовываться при создании хирургом неоправданно большой полости для имплантата и отсутствии дренирования. Усиление экссудативной реакции в ране может быть следствием нарушения пациентом послеоперационного режима, ранней физической нагрузки, отказа от достаточно продолжительного (до 6 нед) бинтования эластичным бинтом и ношения бюстгальтера.

Гематома. Развитие послеоперационной гематомы (1% наблюдений) может привести к нагноению тканей вокруг имплантата и является одним из факторов, способствующих образованию капсулярной контрактуры. Значительную роль в профилактике этого осложнения играют тщательная остановка кровотечения и дренирование сформированных полостей при нормальных показателях свертывающей системы крови.

Нагноение раны вокруг протеза составило 0,6%. Оно требует удаления протеза и, как правило, приводит к неудовлетворительному результату. К профилактическим мероприятиям относятся строжайшее соблюдение асептики, тщательная остановка кровотечения, промывание сформированных полостей антисептиком и раствором антибиотиков, а также

однократное предоперационное введение антибиотиков широкого спектра действия в профилактических дозах.

Гипертрофические и келоидные рубцы. Образование гипертрофических и келоидных рубцов в большинстве случаев связано с индивидуальными особенностями реакции соединительной ткани на травму. Поэтому вероятность развития такого осложнения необходимо всегда обсуждать при беседе с пациенткой.

Пролежень. Ошибки хирургической техники при эндопротезировании молочных желез могут приводить к возникновению пролежня от давления протеза на ткани нижнего полюса железы. В частности, при размещении имплантата непосредственно под тканью молочной железы хирург должен формировать полость исключительно между фасциальным футляром молочной железы и собственной фасцией большой грудной мышцы. Поэтому тщательное послойное закрытие раны с наложением швов на фасцию — обязательное условие при выполнении данной операции.

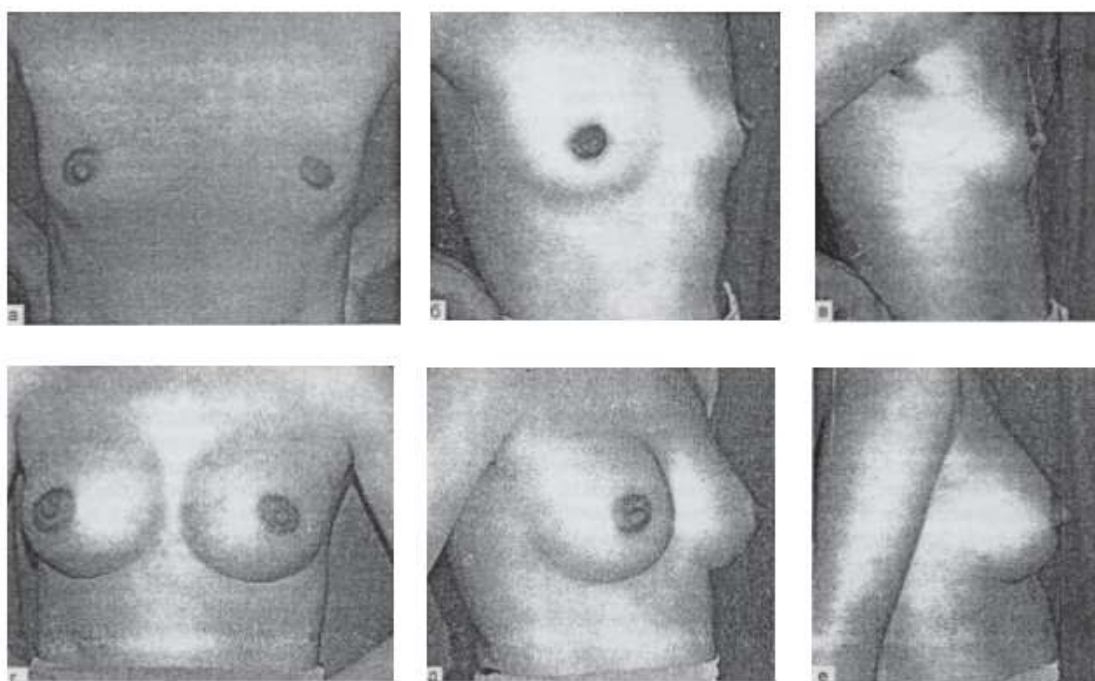


Рис. 37.2.3 Пациентка 28 лет с гипоплазией молочных желез до операции (а, б, в) и через 6 мес после эндопротезирования молочных желез протезами фирмы «McGhan», модель 410, объемом 240 мл (г, д, е).

Дистопия протеза. Всего выделяют пять типов дистопии протезов: расположение слишком высокое, слишком низкое, боковое смещение протеза кнаружи или кнутри, а также ротационная дистопия, характерная для имплантатов анатомической формы при смещении их вертикальной оси. Причинами дистопии имплантатов являются ошибки планирования формирования полости для протезов, а также недостаточный учет анатомических особенностей строения грудной клетки.

Послеоперационная деформация. Образование волнообразной деформации по верхневнутреннему краю протеза анатомической формы встречается до 10% случаев через 2—3 мес после операции у пациенток с тонким подкожным жировым слоем и хорошо развитыми большими грудными мышцами. Предположительный механизм развития данного феномена заключается в том, что после установки протеза значительно уменьшается площадь фиксации тканей молочной железы к грудной клетке. Смещение ткани железы вниз

под действием силы тяжести приводит к растяжению тонкого подкожного жирового слоя, покрывающего верхний и боковые края протеза. Этому способствует и вес самого имплантата. В результате постоянного растяжения фиброзных пучков, расположенных в подкожном жировом слое, происходит их гипертрофия. При вертикальном положении пациенток пучки натягиваются и создают по краям протеза волнообразные вдавления. Деформация эндопротеза по типу «песочных часов» или его смещение в краниальном направлении может возникать при размещении имплантата под большой грудной мышцей при ее сокращении. Это происходит в тех случаях, когда в ходе операции хирург не отсекает нижнюю порцию мышцы от места ее прикрепления к ребрам и груди. Разрыв протеза чаще всего возникает при выполнении закрытой капсулотомии, а также при травмах и без точно установленных причин (всего около 10%). Наиболее часто это происходит при использовании протезов с очень тонкой оболочкой или несостоятельным клапаном.

Истечение протеза (дефляция) Это осложнение характерно для наполняемых протезов или для протезов с двойной оболочкой. Потеря объема протеза может возникать за счет диффузии изотонического раствора натрия хлорида через его оболочку или через инъекционный порт имплантата.

Список литературы:

1. Адамян А.А. Атлас пластических операций на грудной стенке с использованием эндопротезов. М., 1994. С. 158.
2. Адамян Р.Т. Пластическая и реконструктивная микрохирургия в лечении транссексуализма. Дис. д-ра мед. наук. М.: 1995.
3. Айвазян Г. В., Кулначева В.Е., проф. Шехтер А.Б. Фиброзная капсулярная контрактура при имплантации эндопротезов молочной железы (обзор литературы). Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 1998. № 1 С. 53-62.
4. Белоусов А.Е. "Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия". СПб.: 1998.С. 661-673.
5. Бухановский А.О. О клинической картине и формировании транссексуализма. Журнал невропатологии и психиатрии. 1986. Т. 86.№2. С.270-276.
6. Вишневецкий А.А., Кузин М.И., Оленин В.П. Пластическая хирургия молочной железы.- М.: Медицина, 1987. С. 221.
7. Золтан Я. Реконструкция женской молочной железы.- Будапешт, 1989.С.237.
8. Калиниченко С.Ю. Гормональное лечение мужского транссексуализма и его побочные эффекты. Дис. канд. мед. наук. -М.: 1998.
9. Кирпатовский И. Д., Бочаров В. Я. Рельефная анатомия человека. М.: 1974. С.51.
10. Ю.Козлов Г.И., Калиниченко С.Ю. Эндокринологические аспекты транссексуализма. Статья в кн. Коррекция пола при транссексуализме. М.: 1999.
11. И.Миланов Н. О., Адамян Р. Т., Козлов Г. И. Коррекция пола при транссексуализме. М.: 1999. С Л6,26 - 36,120.
12. Миланов Н. О., Адамян Р. Т., Старцева О. И. Хирургическая смена пола при транссексуализме. Окончательное решение проблемы или ее начало? Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 1998. № 4 С. 44-53.

13. Павлюченко Л. Л. Возможные ошибки и осложнения при операциях эстетического увеличения молочных желез. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 1998. № 1 С. 48-52.
14. Пятов Г. В. Мускулинизирующая маммопластика у транссексуалов при Ж/М трансформации. Дис. канд. мед. наук. -М.: 1998.
15. Феличи А., Кавальери Л. Дополнительная маммопластика у пациентов с нарушением половой идентификации. Перевод с итал. М.: Эстетическая медицина. 2001. Презентационный номер.
16. Фришберг И. А. " Хирургическая коррекция косметических деформаций женской груди".- М.: Наука, 1997. С. 256.