

*В.Г. Мишалов, И.А. Назаренко,
В.В. Храпач, Л.Ю. Маркулан,
А.Н. Грабовой, О.И. Сивченко,
В.М. Иванцок, О.И. Захарцева,
В.В. Сулик*

*Национальный
медицинский университет
им. А.А. Богомольца, г. Киев*

УКРЕПЛЕНИЕ ЗАДНЕГО ЛИСТКА ФАСЦИИ СКАРПА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕЦИДИВНОГО ПТОЗА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Резюме

В статье рассматривается проблема улучшения отдаленных результатов хирургической коррекции послеоперационного птоза молочной железы за счет использования методик, включающих сетчатый аллотрансплантат. Показано, что использование полипропиленовой сетки не вызывает клинически значимых местных и общих реакций и создает более надежную фиксационную структуру, которая обеспечивает меньшую трехлетнюю частоту рецидива птоза и его степень по сравнению со стандартными реконструктивными операциями.

Ключевые слова

Мастоптоз, рецидив птоза, фасция Скарпа, мастопексия.

Вторичный птоз молочной железы (МЖ) является одним из основных осложнений аугментационной маммопластики, который встречается после всех существующих методик операции [1]. Основными его причинами являются исходная индивидуальная слабость фиксирующих МЖ структур, несовершенство существующих методик и стремление хирургов сбалансировать нарушенное соотношение между чрезмерной вместительностью кожного чехла и небольшим объемом glandулярного наполнителя только за счет увеличения его объема, без надлежащего укрепления и без мастопексии [4, 5].

Частота рецидива птоза после наиболее распространенных методик мастопексии и аугментационной маммопластики как в изолированном виде, так и в их сочетании значительно варьирует (от 9,5% до 36,3%) [7, 10]. Для профилактики и лечения птоза МЖ все чаще в последнее время предлагается использование сетчатых аллотрансплантатов с целью укрепления швов и собственных фасциальных структур МЖ [2, 3, 6, 8, 9].

Однако проспективные исследования эффективности такого подхода практически отсутствуют.

Цель работы. Улучшить отдаленные результаты хирургической коррекции послеоперационного птоза МЖ за счет использования методик, включающих сетчатый аллотрансплантат.

Материалы и методы

Работа выполнена на базе Александровской больницы г. Киева в период с 1999 по 2011 гг. В работу вошло 116 пациенток, прооперированных

по поводу птоза МЖ, возникшего после различных видов маммопластики.

Пациентки поделены на две группы. Группу сравнения (группа С) составили женщины, которым выполнены общепринятые операции по коррекции послеоперационного птоза (52 пациентки, в том числе 29 – после операций, выполненных в клинике, 23 – в других лечебных учреждениях). В основную группу (группа О) вошли женщины, которым выполнены разработанные нами операции с использованием сетчатых аллотрансплантатов (64 пациентки, в том числе 36 – после операций, выполненных в клинике, 28 – в других лечебных учреждениях).

Распределение больных по степени послеоперационного птоза в группах представлено в табл. 1.

После реконструктивных операций женщины наблюдались в течение трех лет. Конечной точкой исследования была частота рецидива птоза МЖ.

Средний возраст пациенток составил $28,6 \pm 0,6$ лет – от 19 лет до 48 лет: в группе С – $28,5 \pm 0,8$ лет (от 18 до 48 лет), в группе О – $28,8 \pm 0,9$ лет (от 19 до 48 лет), $p = 0,86$.

Среди первичных маммопластик было 55 (47,4%) женщин после протезирования МЖ; 41 (35,3%) – после Т-образной мастопексии по Pitangiy-Ribeiro (у 37 – с протезированием МЖ); 20 – после периареолярной мастопексии с про-

Таблица 1. Распределение больных по степени послеоперационного птоза в группах

Группа	Степень птоза						Всего	
	Первая		Вторая		Третья			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная	11	17,2	31	48,4	22	34,4	64	100,0
Сравнения	8	15,4	28	53,8	16	30,8	52	100,0
Всего	19	16,4	59	50,9	38	32,8	116	100,0

Таблица 2. Характер первичной эстетической маммопластики и степень послеоперационного птоза молочной железы в группах пациенток

Вид операции	Степень птоза						Всего	
	Первая		Вторая		Третья			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Pitangiy-Ribeiro	3	7,3	14	34,1	24	58,6	41	100,0
Протезирование МЖ	9	16,4	32	58,2	14	25,4	55	100,0
Периареолярная мастопексия с протезированием МЖ	7	35,0	13	65	0	0	20	100,0
Всего	19	16,4	59	50,9	38	32,8	116	100,0

Таблица 3. Распределение больных в группах в зависимости от характера первичной маммопластики

Вид операции	Группа больных				Всего	
	Сравнения		Основная			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Pitangiy-Ribeiro	18	34,6	23	35,9	41	35,3
Протезирование МЖ	25	48,1	30	46,9	55	47,4
Периареолярная мастопексия с протезированием МЖ	9	17,3	11	17,2	20	17,3
Всего	52	100,0	64	100,0	116	100,0

тезированием МЖ. У 68 (58,6%) женщин протезы были имплантированы субгландулярно, у 48 (41,4%) – субмускулярно.

Перечень первичных эстетических операций, после которых возник птоз МЖ различной степени, представлен в табл. 2.

Распределение больных в группах в зависимости от характера первичной маммопластики статистически значимо не отличалось ($p > 0,05$, табл. 3).

Статистическая обработка данных исследования проводилась с помощью пакета статистической программы SPSS for Windows 13.0.

Результаты и их обсуждение

Выбор метода реконструктивной маммопластики в обеих группах зависел от степени птоза МЖ (табл. 4).

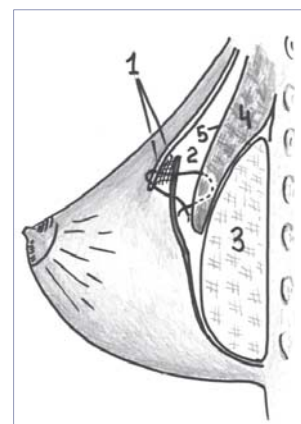
Методика задней мастопексии с сеткой заключалась в следующем (патент на полезную модель №56479 «Способ хирургического лечения косметических дефектов молочных желез» от 10.01.2011 г.): разрез кожи выполняли по субмаммарной складке или периареолярно в зависимости от характера предыдущей операции. Рассекали кожу, подкожную клетчатку, вскрывали пространство Шасиньяка. Тупо и остро в краниальном направлении с использованием крючка с автономным освещением формировали карман в слое между задним листком фасции Скарпа и фасцией большой грудной мышцы. Тщательный гемостаз достигали диатермокоагуляцией. В случаях необходимости замены протеза проводили рассечение капсулы протеза, извлекали его и меняли на больший или меньший в зависимости от косметической потребности. Затем рассекали задний листок фасции Скарпа несколько выше сосково-ареолярного комплекса, и отсепаровывали листки вверх и

вниз на протяжении до 1,5 см. П-образным швом захватывали фасцию большой грудной мышцы, передний и задний листки фасции Скарпа и проленовую сетку (предварительно размещенную между ними) таким образом, чтобы сформировалась дубликатура заднего листка фасции Скарпа (рис. 1). При этом сосково-ареолярный комплекс смещался краниально (расстояние от яремной вырезки до соска должно составлять 19-21 см). Послеоперационную рану ушивали послойно.

Модифицированная методика Pitangiy-Ribeiro состояла в следующем (патент на полезную модель №5900 «Способ хирургической коррекции птоза молочной железы» от 15.03.2005 г.): операцию начинают с деэпидермизации участка кожи молочной железы по схеме Pitanqui-Ribeiro. Далее выполняли иссечение кожно-железистого лоскута на питающей ножке по Ribeiro. Затем проводили препаровку ретромаммарного пространства в краниальном направлении, формируя ложе для последующего перемещения и фиксации кожно-железистого лоскута. В случаях необходимости замены протеза проводили рассечение капсулы протеза, извлекали его и меняли на больший или меньший в зависимости от косметической потреб-

Таблица 4. Виды реконструктивной маммопластики в группах в зависимости от степени птоза МЖ

Группа и виды операций	Степень птоза						Всего	
	Первая		Вторая		Третья			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная								
Задняя мастопексия с сеткой	8	72,7	11	45,5	0	0	19	29,7
Pitangiy-Ribeiro в модификации	3	27,3	20	64,5	22	100	45	70,3
Всего	11	100	31	100	22	100	64	100
Сравнения								
Периареолярная мастопексия	2	25,0	0	0	0	0	2	3,8
Задняя мастопексия	6	75,0	0	0	0	0	6	11,6
Pitangiy-Ribeiro	0	0	24	85,7	16	100	40	76,9
Вертикальная мастопексия	0	0	4	14,3	0	0	4	7,7
Всего	8	100	28	100	16	100	52	100



1 - листки дубликатуры заднего листка фасции Скарпа; 2 - проленовая сетка; 3 - протез; 4 - большая грудная мышца; 5 - фасция большой грудной мышцы.

Рис. 1. Схема методики задней мастопексии с сетчатым аллотрансплантантом

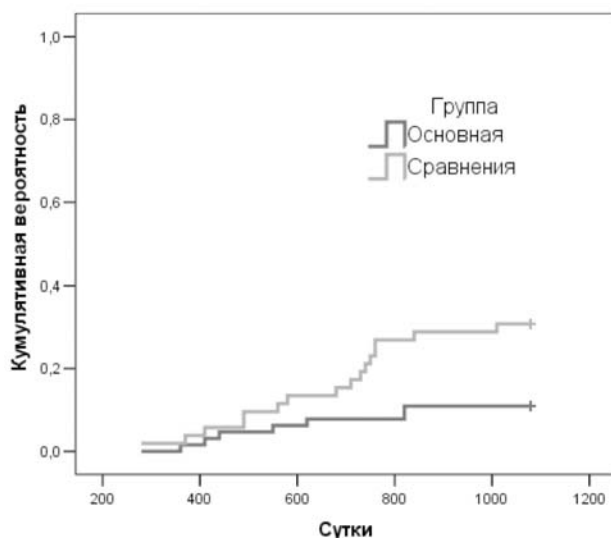


Рис. 2. Кумулятивна частота рецидива птоза МЖ в групах (графік Каплан-Майєра)

Таблиця 5. Трехлетняя частота рецидива птоза МЖ в зависимости от исходной степени

Группа	Степень птоза						Всего	
	Первая		Вторая		Третья			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная	0	0	5	16,1	2	9,1	7	10,9
Сравнения	1	12,5	6	21,4	9	56,2	16	30,8

ности. Осуществляли тщательный гемостаз этого участка и фиксировали проленовую сетку размером 3 x 3 см к фасции большой грудной мышцы на место будущей фиксации кожно-железистого лоскута, перемещали кожно-железистый лоскут в сформированное в ретромаммарном пространстве ложе и фиксировали его к уже зафиксированной про-

леновой сетке, формируя фиксирующий замок по типу «деэпидермизированная кожа - проленовая сетка - фасция большой грудной мышцы». Операцию заканчивают послойным наложением швов на рану и установкой силиконового дренажа в ретромаммарном пространстве.

В течение трех лет не отмечено случаев реакции ткани на сетчатый аллотрансплантант.

Спустя три года после реконструктивных операций рецидив птоза в основной группе возник у 7 (10,9%) женщин, в группе сравнения – у 16 (30,8%), $p = 0,008$. Рецидив птоза в обеих группах возникал преимущественно в течение второго года после операции (рис. 2).

Частота рецидива птоза МЖ зависела от его исходной степени (табл. 5).

Группы исследования также отличались по степени рецидивного птоза. Так, в основной группе птоза отсутствовал у 57 (89,1%) пациенток, первой степени был у пяти (7,8%), второй степени – у двух (3,1%), тогда как в группе сравнения – соответственно 35 (69,2%), 8 (15,6%), 8 (15,6%), $p = 0,037$.

Выводы

Использование сетчатого аллотрансплантата (полипропиленовой сетки) в качестве дополнения операций, направленных на хирургическую коррекцию послеоперационного птоза МЖ, не вызывает клинически значимых местных и общих реакций и создает более надежную фиксационную структуру, которая обеспечивает статистически значимую меньшую трехлетнюю частоту рецидива птоза (10,9%) и его степень по сравнению со стандартными реконструктивными операциями (30,8%).

Список использованной литературы

1. Аугментационная маммопластика. Случайные осложнения или неизбежные последствия / А. Боровиков, А. Артемьев, С. Нудельман [и др.] // Эстетическая медицина. – 2007. – №1. – С. 113-132.
2. Віддалені результати мастопексії: роль поверхневої фасції молочної залози / В.Г. Мішалов, І.А. Назаренко, О.М. Грабовий [та ін.] // Хірургія України. – 2014. – №1. – С. 8-14.
3. Мішалов В.Г. Ефективність використання опорних та фіксаційних систем м'яких тканин в хірургічному лікуванні косметичних дефектів голови, тулуба, кінцівок / В.Г. Мішалов, В.В. Храпач // Зб. наук. праць співробітн. НМАПО ім. П.Л. Шупика. – К., 2006. – Вип. 15, кн. 1. – С. 37-46.
4. Bengtson B.P. Complications, reoperations, and revisions in breast augmentation / B.P. Bengtson // Clin. Plast. Surg. – 2009. – Vol. 36. – P. 139-156.
5. Biggs T.M. Augmentation mammoplasty: a comparative analysis / T.M. Biggs // Plast. Reconstr. Surg. – 1999. – Vol. 103. – P. 1761-1762.
6. Goes J.C. Periareolar mammoplasty: double skin technique with application of polyglactine or mixed mesh / J.C. Goes // Plast. Reconstr. Surg. – 1996. – Vol. 97. – P. 959-968.
7. Hidalgo D.A. Mastopexy / D.A. Hidalgo, J.A. Spector // Plast. Reconstr. Surg. – 2013. – Vol. 132. – P. 642e-656e.
8. Johnson G.W. Central core reduction mammoplasties and Marlex suspension of breast tissue / G.W. Johnson // Aesthetic Plast. Surg. – 1981. – Vol. 5. – P. 77-84.
9. Loustau H.D. The owl technique combined with the inferior pedicle in mastopexy / H.D. Loustau, H.F. Mayer, M. Sarabayrouse // Aesthetic Plast. Surg. – 2008. – Vol. 32. – P. 11-15.
10. Swanson E. Prospective comparative clinical evaluation of 784 consecutive cases of breast augmentation and vertical mammoplasty, performed individually and in combination / E. Swanson // Plast. Reconstr. Surg. – 2013. – Vol. 132. – P. 30e-45e.

Надійшла до редакції 10.06.2014

STRENGTHENING OF POSTERIOR LAMINA OF SCARPA FASCIA IN SURGICAL CORRECTION OF RECURRENT BREAST PTOSIS

V.G. Mishalov, I.A. Nazarenko, V.V. Khrapach, L.Yu. Markulan, A.N. Grabovoj, O.I. Sivchenko, V.M. Ivantsok, O.I. Zahartseva, V.V. Sulik

Summary

The problem of improvement of the long-term results after surgical correction of postoperative breast ptosis by using the techniques including mesh allograft is discussed in the article. It has been shown that the use of polypropylene mesh causes no clinically significant local and systemic reactions and creates a more reliable fixation structure which provides lower three-year relapse rate and degree of ptosis compared with conventional reconstructive surgery.

Keywords: breast ptosis, recurrent ptosis, Scarpa fascia, mastopexy.