

УДК 617-089.844:618.19

© В.Д. ПІНЧУК

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## Досвід виконання віддалених повторних операцій після ендопротезування жіночих грудей

V.D. PINCHUK

National Medical Academy of Post-Graduate Education by P.L. Shupik

### EXPERIENCE PERFORM A REMOTE REOPERATIONS AFTER BREAST AUGMENTATION

Наводиться аналіз причин і особливостей виконання 63 віддалених повторних операцій після ендопротезування молочних залоз. Показаннями до їх виконання найчастіше були об'єктивні причини (56). З них капсулярна контрактура III-IV ступеня за Baker – 23, вторинний птоз – 14, пізня серома – 5, пізня гематома – 4, міграція імплантатів вгору – 3, динамічна деформація грудей – 2, ротація імплантата – 2, пізня інфекція – 1, хронічна нориця – 1 і розрив імплантата – 1. З приводу суб'єктивних причин було виконано 7 реендопротезувань.

We analyze causes of 63 secondary surgeries that followed after breast augmentation. In 56 cases, the secondary surgeries were performed for medical reasons, including a capsular contraction Baker class III-IV (23 cases), secondary ptosis (14 cases), a late seroma (5 cases), a late hematoma (4 cases), upward malpositioning implants (3 cases), a dynamic breast deformation (2 cases), rotation of implants (2 cases), a late infection (1 case) and a chronic fistula (1 case) and rupture implant (1 case). Seven secondary surgical treatments were performed for aesthetic reasons.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Ендопротезування жіночих грудей – одна з найбільш частих операцій, що виконується пластичними хірургами за естетичними показаннями. Незважаючи на значний технічний прогрес, а також накопичення знань, майстерність і досвід хірургів, публікації про зростання кількості повторних операцій з'являються все частіше [1-3], що наводить на думку про іманентність віддалених проблем при збільшувальній мамопластиці, тобто їх прояві рано чи пізно в тому чи іншому відсотку випадків. Кількість повторних операцій досягла такого рівня, при якій все більше пластичних хірургів можуть аналізувати свій досвід, виявляючи причини та закономірності, які призводять до додаткових хірургічних втручань [4-5].

**Мета роботи:** провести аналіз причин і технічних особливостей виконання віддалених повторних оперативних втручань після ендопротезування молочних залоз і на підставі отриманих результатів обґрунтувати шляхи зменшення їх кількості та розробити оптимальні способи проведення операції.

**Матеріали і методи.** З 1996 нами виконано 63 пізні повторні операції після ендопротезування

жіночих грудей. Показаннями до виконання повторних операцій найчастіше були об'єктивні причини (56). З них капсулярна контрактура III-IV ступеня за Baker – 23, вторинний птоз – 14, пізня серома – 5, пізня гематома – 4, міграція імплантатів вгору – 3, динамічна деформація грудей – 2, ротація імплантата – 2, розрив оболонки протеза – 1, пізня інфекція – 1 і хронічна нориця – 1.

З приводу суб'єктивних причин було виконано 7 реендопротезувань. З них в 4 пацієнток за їх бажанням виконали заміну ендопротезів на більший розмір, в 2 хворих поміняли круглі імплантати на анатомічні і в 1 випадку провели заміну протезів на менший об'єм.

Повторні операції були виконані пацієнткам із безоболонковими біогелевими імплантатами в 12 випадках, з оболонковими і гладким покриттям – у 16-ти і з оболонковими текстурованими – у 35-ти. При цьому в 23 спостереженнях виконували тотальну капсулектомію, в 19-ти – часткову, в 17-ти – обмежувалися капсулотомією і 4 випадках не виконували втручань на капсулі. Для реендопротезування в 42 випадках субгландулярну кишеню заміняли на субпекторальну і в 1-му – навпаки, а в 16-ти – використовували ту ж порожнину. В 4 спостереженнях виконували тільки мастопексію.

**Результати досліджень та їх обговорення.**

Повторні операції після ендопротезування жіночих грудей в нашій практиці виконувались в 10,6 % випадків від їх загальної кількості.

Капсулярна контрактура була найбільш частою причиною повторних операцій. Найбільш раннім терміном операції з приводу капсулярної контрактури було її виконання через 14 місяців. В 15 випадках імплантати розміщувалися в субгландулярному просторі, і при виконанні повторної операції порожнину для них формували в субпекторальному просторі (рис. 1). У 8 випадках імплантати були в суб-

пекторальній порожнині, і в цих пацієнтів виконували тільки часткове видалення переднього листка капсули або формували нову частково субпекторальну порожнину, а існуючу капсулу ушивали. Таким чином, площину розташування імплантата не змінювали при його субпекторальному розміщенні та завжди міняли субгландулярну кишеню на двоплощинну або субмускулярну. Це зумовлено тим, що фактично завжди при капсулярній контрактурі спостерігався дефіцит тканин залози внаслідок їх атрофії. У всіх операціях із приводу капсулярної контрактури проводили заміну імплантатів.

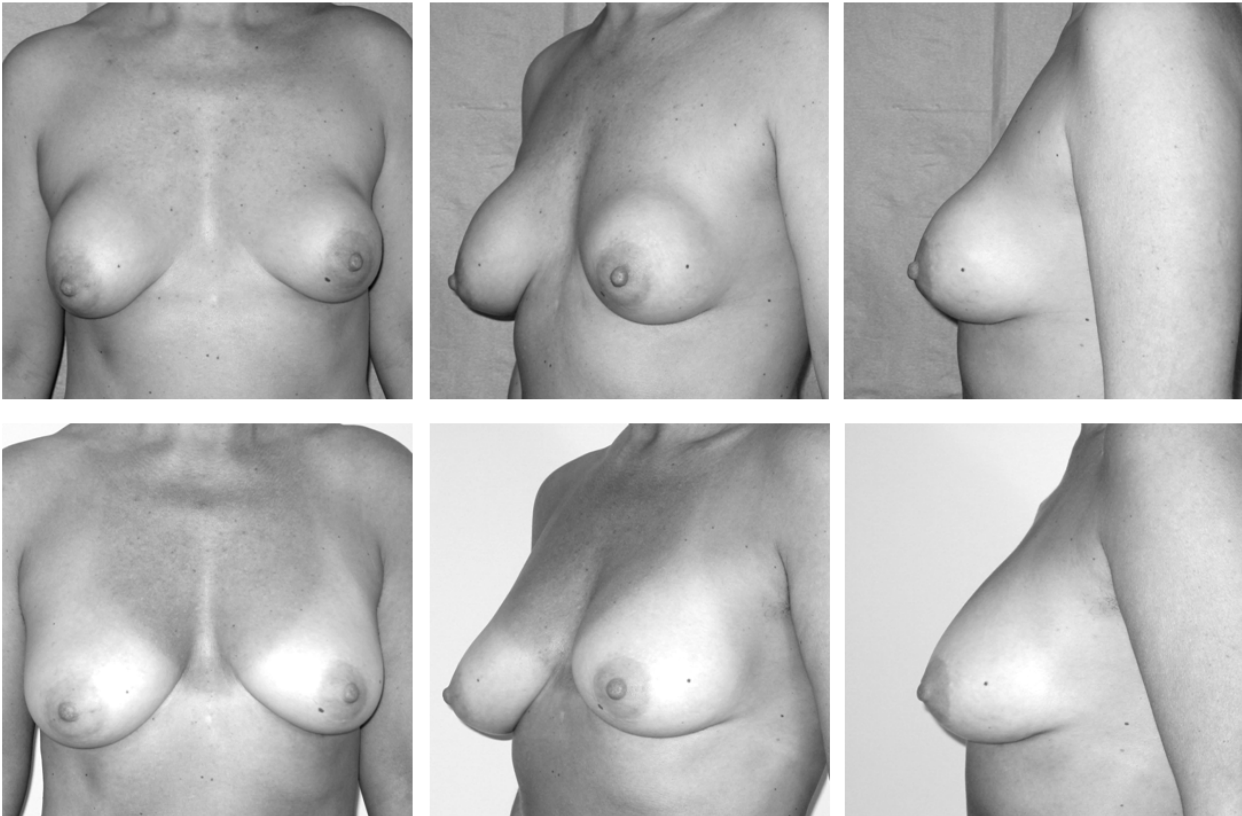


Рис. 1. Капсулярна контрактура IV ступеня й птоз I ступеня через 8 років після субгландулярного ендопротезування імплантатами Мак Ган 410 110 ст 270 мл (верхній ряд). Через 6 місяців після часткової капсулектомії та реендопротезування імплантатами CFM 310 мл із розміщенням у двоплощинній кишені (нижній ряд).

Вторинний птоз був другою за частотою причиною повторних оперативних втручань. Найбільш раннім із цього приводу було виконання операції через 6 місяців у двох пацієток. У решти 12 пацієток корекцію птозу виконували в терміни від 1 до 8 років. Форма вторинного птозу в 7-ми спостереженнях мала вигляд поєданого опущення тканин залози та імплантата, в 4-х пацієток – у вигляді залозистого птозу і в 3-х – у вигляді птозу імплантата. Поєднаний птоз та птоз імплантата виникли

тільки при субгландулярному розташуванні імплантатів, що свідчить про більшу схильність до птозування при даній техніці ендопротезування. Тому в пацієнтів із низьким тонусом тканин, а також при початкових формах птозу молочної залози, з метою профілактики вторинного птозу, вважаємо доцільним часткове субпекторальне, двоплощинне або субмускулярне розміщення імплантатів. Якщо з якихось причин у цих випадках виконується субгландулярне ендопротезування, то бажано для ста-

### З ДОСВІДУ РОБОТИ

білізації положення імплантата використовувати міо-фасціальний клапот в тій чи іншій модифікації.

Для корекції поєданого птозу в 6-ти випадках було виконано реендопротезування з розміщенням імплантатів у частково субмускулярному просторі з одномоментною мастопексією. Одна пацієнтка відмовилася від реендопротезування, і їй було виконано видалення імплантатів із тотальною капсулектомією та мастопексією.

При корекції залозистого птозу в 2 пацієнтів із частково субпекторальним розміщенням імплан-

татів виконали тільки мастопексію без втручання на капсулі, а у 1-ї провели реендопротезування імплантатами більшого об'єму (рис. 2). У пацієнтки із субгландулярним розміщенням імплантата провели часткову капсулектомію, ендпротези розмістили в двоплощинній кишені та виконали мастопексію.

Для усунення птозу імплантата в 3 пацієнок із ретромамарним ендпротезуванням виконали часткову капсулектомію та реендопротезування з розміщенням імплантатів у двоплощинній кишені.

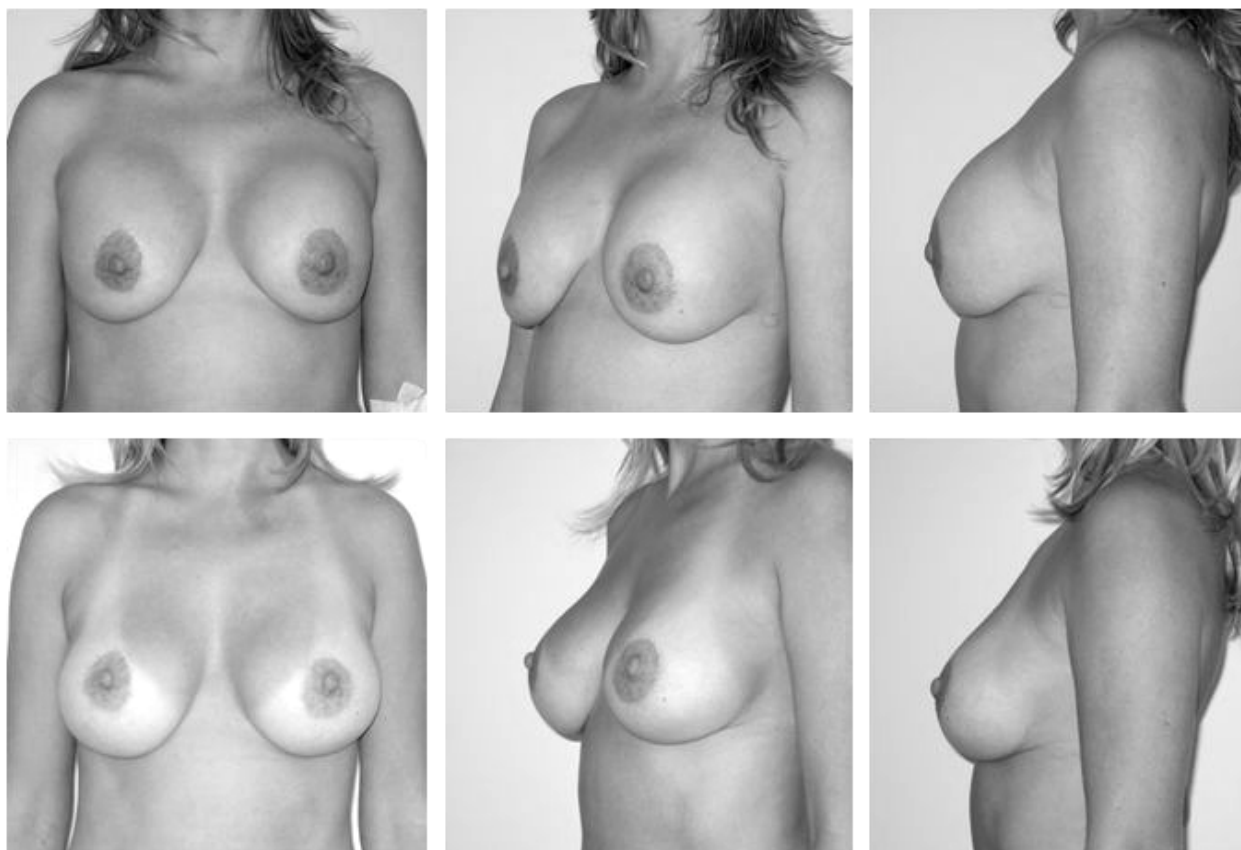


Рис. 2. Залозистий птоз через 7 років після частково субпекторального ендпротезування імплантатами Мак Ган 410 FM 270 мл (верхній ряд). Через 8 місяців після часткової капсулектомії та реендопротезування імплантатами Мак Ган 410MX 370 мл (нижній ряд).

Пізня серома стала причиною повторних операцій у 5-ти спостереженнях через проміжок часу від 2 до 10 років після ендпротезування. В одному випадку було виконано однократне видалення з перипротезної порожнини 80 мл серозно-геморагічної рідини шляхом капсулоцентезу в межах інфрамамарного доступу первинної операції. В другому спостереженні в зв'язку з виникненням сероми пацієнтка з достатнім об'ємом власних тканин молочних залоз побажала видалити імплантати та

виконати мастопексію. Під час операції з правої перипротезної порожнини було евакуйовано 420 мл серозної рідини. В інших 3-х спостереженнях виконали реендопротезування.

Віддалена гематома виникла у чотирьох пацієнтів: через 7 і 9 місяців та 3 роки після операції. В одному випадку гематома (100 мл) була дренована під місцевою анестезією за допомогою тупокінцевої канюлі. В другому спостереженні під час повторної операції видалена гематома об'ємом

150 мл крові зі згустками та виконана часткова резекція капсули і субпекторальне реендопротезування новим імплантатом. В третьому випадку при ревізії видалили згустки крові об'ємом 350 мл, виконали часткову капсулектомію, очистили імплантат від залишків капсули та розмістили в ту ж кишеню. У четвертій пацієнтки під час ревізії видалили лізовану гематому об'ємом 300 мл, виконали часткову резекцію капсули і реендопротезування новим імплантатом. Незалежно від причини та терміну виникнення гематоми вважаємо обов'язковим її видалення, тому що вона є одним із факторів, які сприяють розвитку капсулярної контрактури.

З приводу міграції імплантатів вгору було проведено 3 повторні операції (рис. 3). В усіх випадках було субмускулярне розміщення протезів. Корекція виконувалася в одному випадку через 2 роки, в другому – через 7 і в третьому – через 8,5 років. При повторній операції проводили капсулорафію верхнього полюса порожнини, послабляли великий грудний м'яз і понижували інфрамамарну складку.

Динамічна деформація грудей була приводом для проведення повторної операції у 2-х пацієток із частково субпекторальним розміщенням імплантатів. В обох цих випадках виконували субгландулярне реендопротезування.

Ротація імплантата виникла у двох пацієток. У першій з них ротація була виявлена через 6 місяців після ретромамарного збільшення грудей імплантатами анатомічної форми. Виконана капсулорафія і реімплантація того ж протеза. У другій ротація імплантата була виявлена через 1 рік і 7 місяців після ендотезування з одномоментною вертикальною мастопексією. Виконана часткова капсулектомія, реімплантація того ж протеза і повторна мастопексія з коротким горизонтальним компонентом.

В одному випадку спостерігали інфекційне ускладнення, яке виникло через 4,5 місяці після ендотезування. У зв'язку з неефективністю консервативного лікування протягом двох тижнів був видалений протез та виконана часткова капсулек-

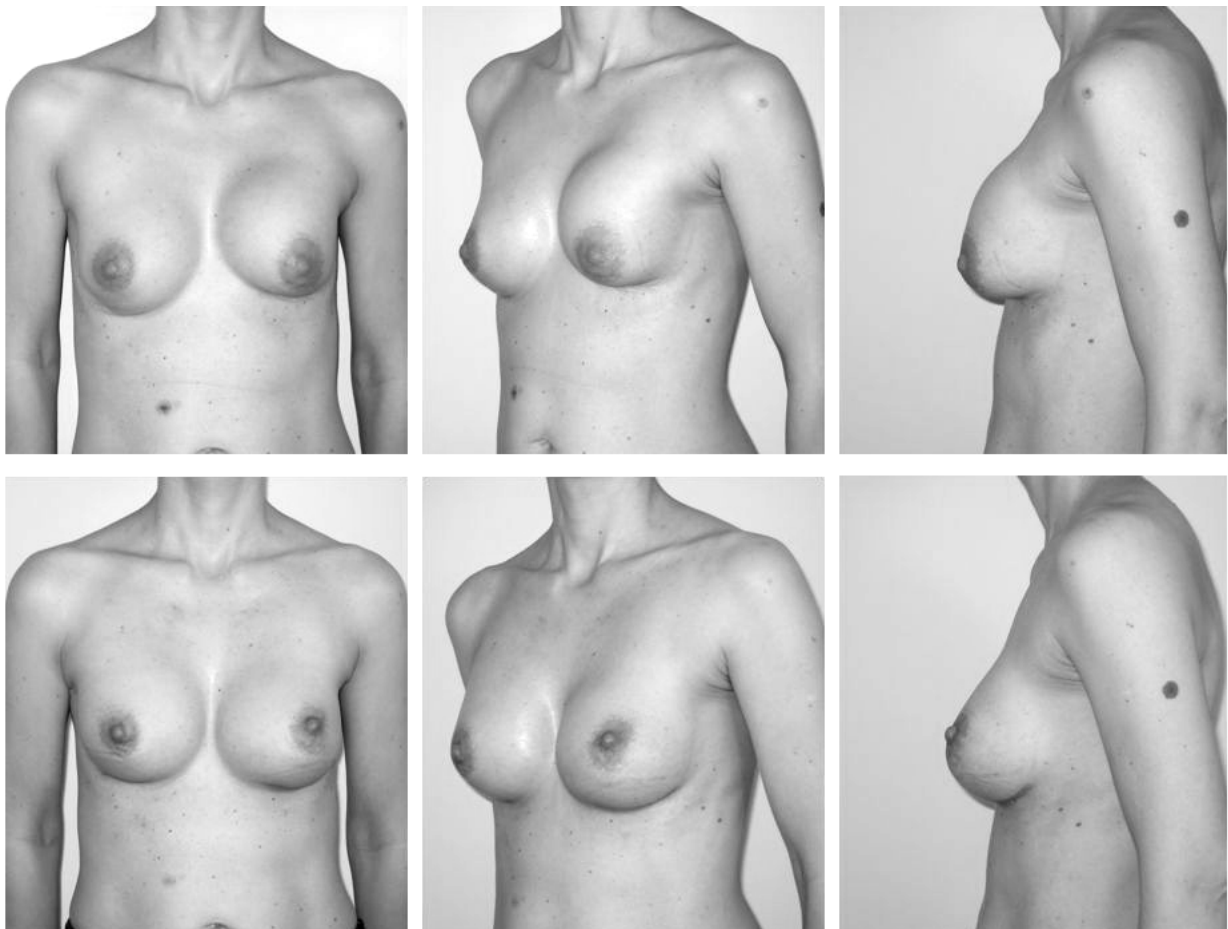


Рис. 3. Міграція лівого імплантата вгору через 8,5 років після субмускулярного ендотезування анатомічними текстурованими імплантатами "Plastis" 250 мл (верхній ряд). Через 1 місяць після реендопротезування імплантатами McGhan 410 MX 290 мл (нижній ряд).

томія. Через 5 місяців після видалення імплантата провели субмускулярне реендопротезування.

Хронічна рецидивуюча нориця була приводом для повторної операції в одному випадку. Вона утворилася на 12-й день після реендопротезування, виконаного при капсулярній контрактурі в куті інфрамамарного розрізу. Після місцевого лікування вона закрилася, однак протягом 5 місяців рана періодично відкривалася і з неї виділялася незначна кількість серозної рідини. Консервативне лікування з використанням антибіотиків та протизапальних засобів не привело до її усунення. Тому було видалено

імплантат з висіченням нориці і частковою капсулектомією та виконано реендопротезування.

**Висновки.** 1. Пізні ускладнення після ендотезування жіночих грудей виникають у різний термін і мають різноманітний характер.

2. Причини пізніх ускладнень після збільшуючої мамопластики ще недостатньо вивчені.

3. У більшості випадків пізніх ускладнень потрібне повторне оперативне втручання із заміною імплантатів.

4. Вибір способу виконання повторної операції залежить від причини та вираження змін у тканинах залози.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аугментационная маммопластика. Случайные осложнения или неизбежные последствия / А. Боровиков, А. Артемьев, С. Нудельман [и др.] // Эстетическая медицина. – 2007. – Т. VI, № 1. – С. 113-132.
2. A long-term study of outcomes, complications, and patient satisfaction with breast implants / Handel N., Cordray T., Gutierrez J., Jensen J.A. // Plast. Reconstr. Surg. – 2006. – Vol. 117, № 3. – P. 757-767.
3. Initial Report From an Online Breast Augmentation Follow-Up Survey / V.L. Young, M. Watson, R.F. Centeno, C.B. Boswell // Aesth. Surg. J. – 2004. – Vol. 24, № 3. – P. 229-243.
4. Spear S. The Correction of Capsular Contracture by Conversion to Dual-Plane Positioning: Technique and Outcomes / S. Spear, M. Carter, J. Ganz // Plast. Reconstr. Surg. – 2003. – Vol. 112, № 2. – P. 456-466.
5. Strasser E.J. Results of Subglandular Versus Subpectoral Augmentation Over Time: One Surgeon's Observations / E.J. Strasser // Aesth. Surg. J. – 2006. – Vol. 26, № 1. – P. 45-50.

Отримано 15.03.10