

Литература

1. Барбараш Л.С., Журавлева И.Ю. Эволюция биопротезов клапанов сердца: достижения и проблемы двух десятилетий // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2012. – № 1. – С. 4-11.
2. Караськов А.М., Горбатов Ю.Н., Синельников Ю.С. и соавт. Аутотрансплантация клапана легочной артерии (операция Росса) в хирургическом лечении пороков аортального клапана. Новосибирск: Издательство СО РАН, 1985. – 240 с.
3. Elkins R.C., Thompson D.M., Lane M.M., et al. Ross operation: 16-year experience // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2008. – № 136. – P. 623-630.
4. Hechad J., Gerber B., Coche E., et al. Stentless xenografts as an alternative to pulmonary homografts in the Ross operation // European Journal of Cardio-Thoracic Surgery. – 2013. – P. 1-8.
5. Kalfa D., Feier H., Loundou A., et al. Cryopreserved homograft in the Ross procedure: outcomes and prognostic factors // J. Heart. Valve. Dis. – 2011. – № 20 (5). – P. 571-581.
6. Ross D.N. Replacement of aortic and mitral valves with a pulmonary autograft // Lancet. – 1967. – P. 956-958.
7. Juthier F., Vincentelli A., Flysi I., et al. Stentless porcine bioprosthesis in pulmonary position after Ross procedure: Midterm results // Ann. Thorac. Surg. – 2015. – № 99 (4). – P. 1255-1259.

Literature

1. Barbarash L.S., Zhuravleva I.Yu. Evolution of bioprosthetics of heart valves: developments and issues of two decades // Complex issues of cardiovascular diseases. – 2012. – № 1. – P. 4-11.
2. Kraskov A.M., Gorbarikh Yu.N., Sinelnikov Yu.S., et al. Autotransplantation of pulmonary valve (Ross surgery) in surgical treatment of aortic valve failure. – Novosibirsk: SO RAS publishing house, 1985. – P. 240.
3. Elkins R.C., Thompson D.M., Lane M.M., et al. Ross operation: 16-year experience // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2008. – № 136. – P. 623-630.
4. Hechad J., Gerber B., Coche E., et al. Stentless xenografts as an alternative to pulmonary homografts in the Ross operation // European Journal of Cardio-Thoracic Surgery. – 2013. – P. 1-8.
5. Kalfa D., Feier H., Loundou A., et al. Cryopreserved homograft in the Ross procedure: outcomes and prognostic factors // J. Heart. Valve. Dis. – 2011. – № 20 (5). – P. 571-581.
6. Ross D.N. Replacement of aortic and mitral valves with a pulmonary autograft // Lancet. – 1967. – P. 956-958.
7. Juthier F., Vincentelli A., Flysi I., et al. Stentless porcine bioprosthesis in pulmonary position after Ross procedure: Midterm results // Ann. Thorac. Surg. – 2015. – № 99 (4). – P. 1255-9.

Координаты для связи с авторами: Караськов Александр Михайлович – д-р мед. наук, академик РАН, профессор, директор ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина», e-mail: karaskov_am@mail.ru; Богачев-Прокофьев Александр Владимирович – д-р мед. наук, руководитель Центра новых хирургических технологий ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина», e-mail: b-rav@rambler.ru; Железнев Сергей Иванович – д-р мед. наук, профессор, зав. отделением приобретенных пороков сердца ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина», e-mail: crsc@ngisr.ru; Кулумбегов Олег Иналович – сердечно-сосудистый хирург Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, тел. +7-914-425-72-09, e-mail: kulumbegov@list.ru; Демин Игорь Иванович – канд. мед. наук, ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина», e-mail: deminigor@mail.ru; Шарифулин Рафил Махарамович – сердечно-сосудистый хирург ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина», e-mail: ravil-sharifulin@rambler.ru.



УДК 618.19-089.881: 617.761-1-009.4

А.С. Даненков, Н.В. Ташкинов, Н.И. Бояринцев, Б.М. Когут

ОДНОМОМЕНТНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВЫРАЖЕННОМ ПТОЗЕ И ГИПОПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Представлены результаты аугментационной маммопластики при выраженном птозе и возрастной или постлактационной инволюции молочных желез у 41 пациентки. В 18 случаях аугментация и устранение птоза выполнялись в 2 этапа, в 23 – одномоментно. Установлено, что одномоментные операции позволяют быстрее достичь жела-

емого результата, вызывают большую удовлетворенность пациентов и не сопровождаются более высокой частотой корректирующих операций по сравнению с двухмоментными, поэтому являются оптимальными при лечении данной патологии.

Ключевые слова: птоз, аугментация, мастопексия.

A.S. Danenkov, N.V. Tashkinov, N.I. Boyarintsev, B.M. Kogut

SINGLE-STEP MAMMOPLASTY AND MASTOPEXY IN PATIENTS WITH SEVERE PTOSIS

Far eastern state medical university, Khabarovsk

Summary

We present the results of augmentation mammoplasty and mastopexy having been performed on 41 patients with severe ptosis (grade III according to Regnault classification) and postpartum or age-related mammary involution. One group included 18 patients, who underwent augmentation mammoplasty and mastopexy one after another during a 6-month period. In the second group augmentation mammoplasty and mastopexy were performed in 23 patients during one procedure. The results show the advantages of single-stage method of treatment of severe ptosis and postpartum or age-related mammary involution.

Key words: breast ptosis, augmentation, mastopexy.

В настоящее время сочетание возрастной или постлактационной инволюции и птоза молочных желез встречается относительно часто [1, 3]. Для коррекции этой патологии применяется мастопексия и аугментация молочных желез [4, 7], которые могут проводиться как в два этапа, так и одномоментно [2, 9].

При двухэтапном способе оперативного лечения одни авторы сначала проводят протезирование, а затем мастопексию, в то время как другие на первом этапе проводят мастопексию и лишь через некоторое время – аугментацию молочных желез [11, 14, 16]. По мнению этих авторов, проведение вмешательства в два этапа позволяет значительно уменьшить частоту осложнений и неудовлетворительных результатов лечения.

Неслучайно многие авторы [8, 12, 16] рекомендуют выполнять одномоментную мастопексию и аугментацию только при I или II степени птоза молочной железы. Что касается выраженного птоза молочной железы (птоз III степени по классификации Regnault), то некоторые авторы предлагают одномоментное выполнение вмешательства при этом состоянии [13], в то время как другие не рекомендуют его выполнение [6, 8, 12, 16].

Таким образом, анализ данных литературы свидетельствует об отсутствии единства мнений относительно хирургической тактики при инволюции и выраженном птозе молочных желез, в связи с чем, поиск оптимального лечения данной патологии остается актуальной проблемой.

Материалы и методы

Исследование основано на анализе результатов лечения 41 пациентки в возрасте от 32 до 52 лет с выраженным птозом (стадия III по классификации Regnault), обратившихся за медицинской помощью в городскую больницу № 11, которая является клинической базой Дальневосточного государственного медицинского университета. Одномоментное оперативное лечение было выполнено в 23 случаях (основная группа), двухмоментное – в 18 (группа сравнения). Выбор одномоментного или двухмоментного лечения осуществлялся по желанию пациенток. При поступлении всем пациенткам проводилось стандартное клиническое и лабораторное обследование,

а также УЗИ молочных желез. Маркировка будущих разрезов осуществлялась в положении стоя с приведенными руками. Операции проводились под общим обезболиванием в положении пациенток на спине с полной мышечной релаксацией. Положение имплантов в тканях определялось с учетом толщины тканей, расположенных над большой грудной мышцей. Если толщина была менее 2 см, то имплант устанавливался полностью или частично субпекторально. При толщине более 2 см имплант устанавливался в двух проекциях или субгландулярно. У 18 пациенток операции проведены в 2 этапа. На первом этапе им проводилось увеличение молочных желез путем установки имплантов, а по истечении 5-6 месяцев, – устранение птоза железы. У 23 пациенток аугментация и устранение птоза проведены в один этап. При одномоментном способе лечения особое внимание уделялось адекватному иссечению излишков кожи. Дооперационная разметка при данном способе имела вспомогательное значение и корректировалась в ходе операции. Для этого нами накладывались кожные наметочные швы между предполагаемыми границами будущего иссечения, после снятия которых разметка дополнительно корректировалась. В обеих группах устанавливались круглые текстурированные импланты с высокой или сверхвысокой проекцией объемом от 280 до 550 мл в зависимости от желания пациенток. Во всех случаях применялся инвертированный Т-образный кожный разрез. Все пациентки были прооперированы одной бригадой хирургов. Пациентки находились под наблюдением пластического хирурга в течение от 12 (при одномоментных операциях) до 18 месяцев (при двухмоментных операциях) до получения окончательного результата. После оперативной коррекции выявленных неудовлетворительных результатов время наблюдения увеличивалось. Удовлетворенность лечения оценивалась на основании субъективной оценки пациентками полученных результатов. Также учитывалось количество оперативных вмешательств, виды и причины неудовлетворительных результатов, а также время, прошедшее от первого вмешательства, до получения окончательного результата.

Математическую обработку результатов проводили с применением стандартных методов вариационной

статистики. Достоверность различий оценивали с использованием параметрического t-критерия Стьюдента или непараметрического U-критерия Манна – Уитни.

Результаты и обсуждение

При одномоментном способе оперативного лечения 23 пациенток потребовалось 23 оперативных вмешательства для устранения птоза и инволюции и 7 операций – для коррекции неудовлетворительных результатов лечения. При двухмоментном способе операции 18 пациенткам потребовалось 36 операций для устранения птоза и инволюции и 5 – для коррекции неудовлетворительных результатов лечения (табл. 1).

Таблица 1

Количество операций, длительность и удовлетворенность оперативным лечением птоза и гипоплазии молочных желез

Группы пациенток	Количество операций	Длительность лечения (мес.)	Удовлетворенность лечением (п, %)
Основная группа (n=23)	30	7,8±2,4	21 (91,3 %)
Группа сравнения (n=18)	41	13,4±3,6	14 (77,7 %)

Осложнения в виде некроза или нагноения ран, описанные другими авторами [6, 16], после проведения операций у наших пациенток мы не наблюдали.

Таким образом, в основной группе пациентки перенесли в среднем 1,3 операции, в то время как в группе сравнения – 2,3 операции. Разница этих показателей статистически незначима ($p>0,05$).

Общая длительность лечения в основной группе составила 7,8±2,4 месяцев, в то время как в группе сравнения – 13,4±3,6. Разница этих показателей статистически незначима ($p>0,05$).

Удовлетворенность лечением в основной группе составила 91,3 %, в группе сравнения – 77,7 %. Разница этих показателей статистически незначима ($p>0,05$), хотя существенна (14 %). Основной причиной неудовлетворенности пациенток при двухмоментном способе было наличие шестимесячного интервала жизни между этапами с аугментированной, но птозированной грудью.

Характер корректирующих операций в первой и второй группах представлен в таблице 2.

Как видно из представленной таблицы 2, характер и частота корректирующих операций в обеих группах была практически одинаковой.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют, что одномоментные операции при выраженном птозе и возрастной или постлактационной инволюции молочных желез имеют преимущества перед двухмоментными, так как сокращают общее время лечения и не ведут к увеличению частоты послеоперационных осложнений и корректирующих операций. В то же время, некоторые специалисты отмечают, что при

выраженном птозе (птоз III степени по классификации Regnault), когда сосок находится на нижнем контуре молочной железы ниже инфрамаммарной складки, одномоментные операции нежелательны [8]. Они отмечают, что цели мастопексии и аугментации противоположные, поэтому одномоментная мастопексия и аугментация значительно усложняет операцию, ухудшает кровоснабжение этой зоны и повышают опасность имплантационной инфекции, смещения импланта, некроза тканей, а также увеличивают чувствительность соска и вероятность развития рецидива птоза [6, 8, 16]. Эти авторы предлагают выполнять одномоментные операции только при птозе 1-й или 2-й степени, так как сделанная без показаний одномоментная мастопексия и маммопластика с высокой частотой вызывает обвисание груди и деформацию ареолы [8]. Напротив, другие авторы считают [13], что при правильно подобранных качественных имплантах и технически безукоризненно выполненной одномоментной мастопексии и аугментационной маммопластики при выраженном птозе молочной железы на фоне ее гипоплазии частота послеоперационных осложнений и неблагоприятных отдаленных результатов не превышает эти показатели при проведении двухмоментных операций.

Таблица 2

Характер и частота корректирующих операций после аугментационной маммопластики у пациенток с птозом и гипоплазией молочных желез

Группы пациенток	Коррекция послеоперационных рубцов	Коррекция деформаций ареолы	Коррекция смещения импланта	Коррекция расположения сосково-ареолярного комплекса	Всего корректирующих операций
Основная группа (n=23)	2 (8,7 %)	2 (8,7 %)	1 (4,3 %)	2 (8,7 %)	7 (30,4 %)
Группа сравнения (n=18)	2 (11,1 %)	2 (11,1 %)	1 (5,5 %)	0	5 (27,8 %)

Выводы

1. При выраженном птозе и гипоплазии молочных желез может применяться как одномоментная, так и двухмоментная мастопексия и аугментационная маммопластика, которые не отличаются между собой по частоте неудовлетворительных результатов, потребовавших корректирующие вмешательства (30,4 % и 27,8 % соответственно).

2. С точки зрения количества перенесенных пациентками операций, общей длительности лечения и удовлетворенности ими оперативным лечением выраженного птоза на фоне гипоплазии молочных желез одномоментная аугментационная маммопластика с мастопексией имеет преимущество перед двухмоментной.

Литература

1. Миланов Н.О., Старцева О.И., Чаушева С.И. Анализ опыта одномоментной мастопексии и эндопротезирования молочных желез // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2005. – № 1. – С. 44-51.

2. Миланов И.О., Старцева О.И., Чаушева С.И. Повторные операции после одномоментного эндопротезирования и мастопексии желез // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2008. – № 3. – С. 23-30.

3. Михайлов А.Г., Рождественская Н.К. Мастопексия с эндопротезированием // Пластическая хирургия и косметология. – 2013. – № 3. – С. 378-383.
4. Пинчук В.Д., Макеев А.Г., Ильчишин В.А. и др. Увеличивающая маммопластика при сопутствующем птозе // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2002. – № 4. – С. 93-94.
5. Саруханов Г.М. Одномоментная мастопексия с частично субмускулярным эндопротезированием молочных желез: метод профилактики вторичного птоза // Пластическая хирургия и косметология. – 2010. – № 4. – С. 577-585.
6. Baran C., Peker F., Ortak T., et al. Unsatisfactory results of periareolar mastopexy with or without augmentation and reduction mammoplasty: enlarged areola flattered nipple // Aesthetic Plast Surg. – 2001. – № 4. – P. 286-289.
7. Cardenas-Camarena L., Ramirez-Macias R. Augmentation mastopexy: How to select and perform the proper technique // Aesthetic Plastic Surgery. – 2006. – № 3. – P. 21-33.
8. Davidson S., Spear S. Simultaneous Breast Augmentation with Periareolar Mastopexy // Semin. Plast. Surg. – 2004. – № 3. – P. 189-201.
9. Forcada E., Fernández M., Aso J., Iglesias I. Augmentation Mastopexy: Maximal Reduction and Stable Implant Coverage Using Four Flaps // Aesthetic Plastic Surgery. – 2014. – № 4. – P. 711-717.
10. Castello M., Silvestri A., Nicoli F. Augmentation Mammoplasty/Mastopexy: Lessons Learned from 107 Aesthetic Cases // Aesthetic Plastic Surgery. – 2014. – № 5. – P. 896-907.
11. Yazici I., Demir U., Fariz S., et al. Meridian Pedicle-Based Breast Shaping in Reduction Mammoplasty: A Technical Modification // Aesthetic Plastic Surgery. – 2013. – № 2. – P. 372-379.
12. Migliori F. Upside-Down Augmentation Mastopexy // Aesthetic Plastic Surgery. – 2011. – № 4. – P. 593-600.
13. Mugea T., Shiffman M. Aesthetic Surgery of the Breast // Heidelberg: Springer, 2015. – 1058 p.
14. Ранкати А., Нава М., Тессари Л. Аугментационная маммопластика в сочетании с периоларной мастопексией: выбор правильного имплантата // Пластическая хирургия и косметология. – 2012. – № 2. – С. 203-208.
15. Regnault P. Breast ptosis: definition and treatment // Clin Plast. Surg. – 1976. – № 3. – P. 93-97.
16. Spear S. Augmentation/mastopexy: «surgeon beware» // Plast Reconstr Surg. – 2003. – № 3. – P. 905-906.

Literature

1. Milanov N.O., Startseva O.I., Chausheva S.I. Single-step mastopexy and mammary endoprosthesis research analysis // Chronicles of plastic, reconstructive and aesthetic surgery. – 2005. – № 1. – P. 44-51.
2. Milanov I.O., Startseva O.I., Chausheva S.I. Recurrent surgeries after single-step mammary endoprosthesis and mastopexy // Chronicles of plastic, reconstructive and aesthetic surgery. – 2008. – № 3. – P. 23-30.
3. Mikhailov A.G., Pozhdestvenskaya N.L. Mastopexy and mammary endoprosthesis // Plastic surgery and cosmetology. – 2013. – № 3. – P. 378-383.
4. Pinchuk V.D., Makeev A.G., Ilichishin V.A., et al. Augmentation mammoplasty in patients with mammary ptosis // Chronicles of plastic, reconstructive and aesthetic surgery. – 2002. – № 4. – P. 93-94.
5. Sarukhanov G.M. Single-step mastopexy with partially submuscular endoprosthesis of mammary: prophylaxis of secondary breast ptosis // Plastic surgery and cosmetology. – 2010. – № 4. – P. 577-585.
6. Baran C., Peker F., Ortak T., et al. Unsatisfactory results of periareolar mastopexy with or without augmentation and reduction mammoplasty: enlarged areola flattered nipple // Aesthetic Plast Surg. – 2001. – № 4. – P. 286-289.
7. Cardenas-Camarena L., Ramirez-Macias R. Augmentation mastopexy: How to select and perform the proper technique // Aesthetic Plastic Surgery. – 2006. – № 3. – P. 21-33.
8. Davidson S., Spear S. Simultaneous Breast Augmentation with Periareolar Mastopexy // Semin. Plast. Surg. – 2004. – № 3. – P. 189-201.
9. Forcada E., Fernández M., Aso J., Iglesias I. Augmentation Mastopexy: Maximal Reduction and Stable Implant Coverage Using Four Flaps // Aesthetic Plastic Surgery. – 2014. – № 4. – P. 711-717.
10. Castello M., Silvestri A., Nicoli F. Augmentation Mammoplasty/Mastopexy: Lessons Learned from 107 Aesthetic Cases // Aesthetic Plastic Surgery. – 2014. – № 5. – P. 896-907.
11. Yazici I., Demir U., Fariz S., et al. Meridian Pedicle-Based Breast Shaping in Reduction Mammoplasty: A Technical Modification // Aesthetic Plastic Surgery. – 2013. – № 2. – P. 372-379.
12. Migliori F. Upside-Down Augmentation Mastopexy // Aesthetic Plastic Surgery. – 2011. – № 4. – P. 593-600.
13. Mugea T., Shiffman M. Aesthetic Surgery of the Breast // Heidelberg: Springer. – 2015. – 1058 p.
14. Rankati A., Nava M., Tessari L. Breast Implants in conjunction with mastopexy periolyar: choosing the right implant // Plastic surgery and cosmetology. – 2012. – № 2. – P. 203-208.
15. Regnault P. Breast ptosis: definition and treatment // Clin. Plast. Surg. – 1976. – № 3. – P. 93-97.
16. Spear S. Augmentation/mastopexy: «surgeon beware» // Plast. Reconstr. Surg. – 2003. – № 3. – P. 905-906.

Координаты для связи с авторами: Даненков Александр Сергеевич – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии ФПК и ППС с курсами эндоскопической, пластической и сердечно-сосудистой хирургии ДВГМУ, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru; Ташкинов Николай Владимирович – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургии ФПК и ППС с курсами эндоскопической, пластической и сердечно-сосудистой хирургии ДВГМУ; Бояринцев Николай Иванович – д-р мед. наук, профессор кафедры хирургии ФПК и ППС с курсами эндоскопической, пластической и сердечно-сосудистой хирургии ДВГМУ; Козут Борис Михайлович – д-р мед. наук, профессор кафедры нормальной и топографической анатомии с курсом оперативной хирургии.