

УДК 618.19-006.6-089.87-089.819.842

DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2017.1.93-95

## Одномоментная реконструкция молочной железы с использованием имплантатов и ацеллюлярного дермального матрикса

К.А. Приходько<sup>1</sup>, Е.Я. Птух<sup>1</sup>, К.В. Стегний<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Медицинский центр Дальневосточного федерального университета (690000, г. Владивосток, о. Русский, п. Аякс, 10, кампус 25), <sup>2</sup> Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Описана авторская методика с применением ацеллюлярного дермального матрикса на основе свиного коллагена для укрытия нижнего полюса имплантата при одномоментных реконструкциях молочной железы с кожносохранной радикальной мастэктомией. В центре хирургии Медицинского Центра ДВФУ с января 2014 по июнь 2016 г. операция по разработанной методике выполнена 35 пациенткам. Отличный, хороший и удовлетворительный результаты зафиксированы в 19 (54%), 12 (34%) и 4 (12%) случаях (неудовлетворительных результатов не было).

**Ключевые слова:** рак молочной железы, кожносохранная мастэктомия, эстетический результат.

Рак молочной железы – одна из самых частых опухолей в структуре онкологической заболеваемости у женщин. По данным ВОЗ, в мире ежегодно выявляется около 1,4 млн новых случаев этого новообразования. В России заболеваемость раком молочной железы в 2015 г. составляла 21,7% в структуре общей онкологической заболеваемости: было зарегистрировано 66366 новых случаев (из них с I стадией – 24,2%, со II стадией – 45,3%, с III стадией – 21,9%). В Приморском крае в 2015 г. впервые выявлено 853 заболевания раком молочной железы (из них с I стадией – 22%, со II стадией – 56%, с III стадией – 11,8%) [2, 4].

Во многих странах реконструкция молочной железы является стандартом оказания онкологической помощи при ее злокачественных новообразованиях [6]. В нашей стране уже во многих специализированных медучреждениях реконструктивная хирургия молочной железы также стала неотъемлемой частью комплексного лечения [1].

Массовое применение силиконовых эндопротезов за последние годы постепенно отодвинуло на второй план методики маммопластики с использованием аутологичных кожно-мышечных лоскутов. Однако важной проблемой одномоментного восстановления молочной железы с помощью силиконовых имплантатов является адекватное укрытие нижнего полюса эндопротеза и поддержка субмаммарной складки. Отсутствие должного акцента на этом факторе может приводить к истончению тканей в этом отделе железы, формированию пролежней и потере имплантата [1, 3]. Описанная проблема стала одной из причин внедрения в практику маммопластики двухэтапных операций при одномоментной реконструкции: установка тканевого экспандера с полным мышечным покрытием и выполнением дермотензии в течение нескольких месяцев с последующей заменой его на постоянный имплантат [6]. Здесь для укрытия нижнего полюса молочной железы успешно используется инновационный

биоматериал – ацеллюлярный дермальный матрикс (АДМ), который, по данным литературы, близок по структуре к собственным тканям человека и обладает биологической инертностью [7, 9, 10]. Нами разработана собственная методика, основанная на использовании биоматериала из свиного коллагена для надежного укрытия нижнего полюса имплантата при одномоментной реконструкции молочной железы.

### Техника операции

После предоперационной разметки, включающей в себя определение субмаммарной складки, предполагаемого расположения имплантата и линии разреза (зависящей от локализации опухоли), выполняется подкожная мастэктомия с толщиной лоскутов не более 0,5 см. Подмышечная лимфодиссекция осуществляется из того же или дополнительного разреза в подмышечной области. Под большой грудной и зубчатыми мышцами электродиссекцией формируется «карман». Большая грудная мышца полностью отсекается по месту крепления вдоль субмаммарной складки (рис., а).

Согласно классической методике, нижний склон формируется из единого листа ацеллюлярного дермального матрикса на основе свиного коллагена (рис., б). В процессе отработки методики были выявлены следующие недостатки: появление заломов и складок листа, которые контурируются через кожу в области нижнего полюса железы, могут вызывать грубую деформацию и потребовать коррекции по эстетическим показаниям. Мы изменили методику: на данном этапе нижний склон молочной железы формируется из слингов ацеллюлярного дермального матрикса на основе свиного коллагена, по принципу «гамака». Слинги крепятся к субмаммарной складке длительно рассасывающимися швами (рис., в).

После помещения эндопротеза в субпекторальный карман нижнелатеральный край большой грудной мышцы фиксируется рассасывающимися швами к слингам АДМ. Это позволяет обеспечить большую лабильность нижнего полюса железы, естественность

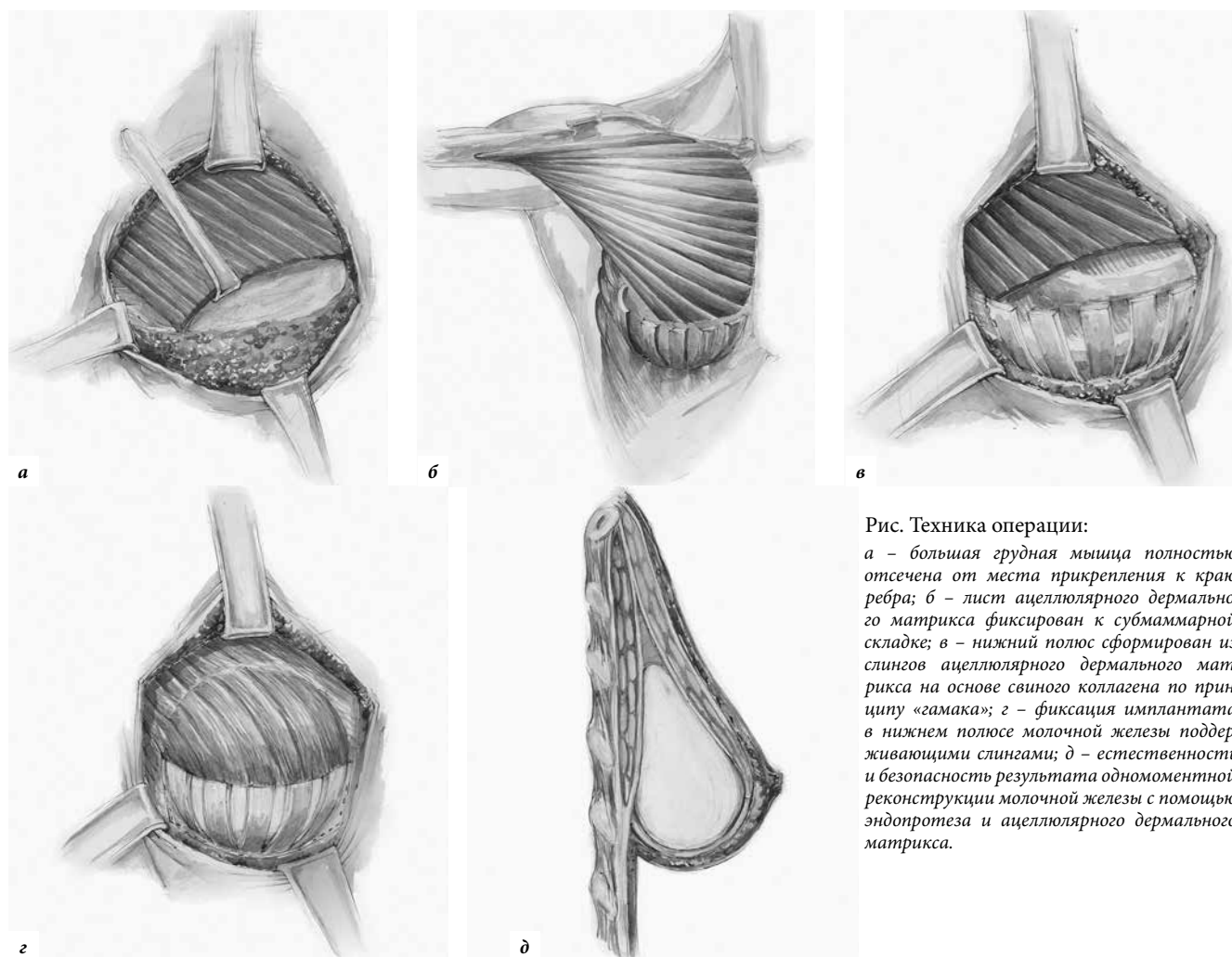


Рис. Техника операции:

*а* – большая грудная мышца полностью отсечена от места прикрепления к краю ребра; *б* – лист ацеллюлярного дермального матрикса фиксирован к субмаммарной складке; *в* – нижний полюс сформирован из slingов ацеллюлярного дермального матрикса на основе свиного коллагена по принципу «гаммака»; *г* – фиксация имплантата в нижнем полюсе молочной железы поддерживающими slingами; *д* – естественность и безопасность результата одномоментной реконструкции молочной железы с помощью эндопротеза и ацеллюлярного дермального матрикса.

полученного результата и уменьшить расход матрикса (рис., г, д). После этого в область «кармана» и зоны лимфодиссекции выполняется установка двух активных дренажей. Кожная рана послойно ушивается, и после обработки антисептиком на нее наносится тонкий слой биологического кожного клея. В послеоперационном периоде проводятся антибиотикопрофилактика (7 дней) и активное вакуумное дренирование (до трех недель).

\* \* \*

В центре хирургии Медицинского Центра ДВФУ с января 2014 по июнь 2016 г. операция по разработанной нами методике одномоментной одноэтапной реконструкции молочной железы с сохранением сосково-ареолярного комплекса с помощью ацеллюлярного дермального матрикса на основе свиного коллагена была выполнена 35 пациенткам.

Эстетические результаты оценивались сразу по окончании операции и через 6 месяцев. Критерии оценки были следующие: достижение симметрии по объему, форме молочных желез, положению сосково-ареолярного комплекса, субмаммарных складок, а также симметрия движения молочных желез, возможность изменения формы при различных положениях тела [8].

Ретроспективный анализ данных эстетической удовлетворенности пациентов: отличный, хороший и удовлетворительный результаты зафиксированы в 19 (54%), 12 (34%) и 4 (12%) случаях (неудовлетворительных результатов не было).

При ретроспективном анализе осложнения, выполненных по данной методике вмешательств, были аналогичны подобным при других реконструктивных операциях с установкой имплантов: гематомы, серомы, инфекционные осложнения, капсулярная контрактура [5]. Так, на нашем материале инфицирование импланта произошло в трех случаях (в одном потребовалась замена импланта через три месяца, в двух других – курсы антибактериальной терапии). Капсулярная контрактура развилась в одном случае и была ликвидирована путем капсулотомии без замены импланта. Некрозов кожно-мышечных лоскутов на нашем материале не зарегистрировано.

#### Заключение

Методика одномоментной одноэтапной реконструкции молочной железы с сохранением сосково-ареолярного комплекса с помощью ацеллюлярного дермального матрикса на основе свиного коллагена при сопоставимом уровне послеоперационных осложнений

может быть одной из операций выбора в арсенале реконструктивной хирургии. Преимущество данной методики заключается в ее технической простоте, снижении травматичности вмешательства, уменьшении времени операции, отсутствии второго этапа, высоком уровне эстетической удовлетворенности, уменьшении финансовых затрат в 2–3 раза за счет использования гораздо меньшего объема ацеллюлярного дермального матрикса.

#### Литература

1. Блохин С.Н., Портной С.М., Лактионов К.П. Первичная реконструкция молочной железы при раке // Клиническая маммология: современное состояние проблемы / под ред. Е.Б. Камповой–Полевой и С.С. Чистякова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. С. 500–511.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2014. С. 54–79.
3. Птух Е.Я., Приходько К.А. Первичная реконструкция молочной железы с сохранением сосково-ареолярного комплекса // Тихоокеанский медицинский журнал. 2016. № 1. С. 86–88.
4. Состояние онкологической помощи населению России в 2015 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава, 2016. 236 с.
5. Breuing K.H., Warren S.M. Immediate bilateral breast reconstruction with implants and inferolateral AlloDerm slings // Ann. Plast. Surg. 2005. Vol. 55, No. 3. P. 232–239.
6. Chen C.M., Disa J.J., Sacchini V. [et al.]. Nipple-sparing mastectomy and immediate tissue expander/implant breast reconstruction // Plast. Reconstr. Surg. 2009. Vol. 124, No. 6. P. 1772–1780.
7. Delgado J.F., Garcia-Guilarte R.F., Palazuelo M.R. [et al.]. Immediate breast reconstruction with direct, anatomic, gel-cohesive, extra-projection prosthesis: 400 cases // Plast. Reconstr. Surg. 2010. Vol. 125, No. 6. P. 1599–1605.
8. Djohan R., Gage E., Gatherwright J. [et al.]. Patient satisfaction following nipple-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction: an 8-year outcome study // Plast. Reconstr. Surg. 2010. Vol. 125, No. 3. P. 818–829.
9. Glasberg S.B., Light D., AlloDerm and Strattice in breast reconstruction: a comparison and techniques for optimizing outcomes // Plast. Reconstr. Surg. 2012. Vol. 129, No. 6. P. 1223–1233.
10. Rusby J.E., Smith B.L., Gui G.P. Nipple-sparing mastectomy // Br. J. Surg. 2010. Vol. 97, No. 3. P. 305–316.

Поступила в редакцию 21.12.2016.

#### IMMEDIATE BREAST RECONSTRUCTION USING IMPLANTS AND ACELLULAR DERMAL MATRIX

K.A. Prikhodko<sup>1</sup>, E.Ya. Ptukh<sup>1</sup>, K.V. Stegnyy<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Medical Centre of Far Eastern Federal University (Campus 25 Ayaks, Russkiy island, Vladivostok 690000 Russian Federation), <sup>2</sup> Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690950 Russian Federation)

**Summary.** The article describes the author's technique of using acellular dermal matrix based on porcine collagen to cover the lower pole of the implant with simultaneous breast reconstruction with skin saving radical mastectomy. In the center of Surgery, Medical Center of Far Eastern Federal University from January 2014 to June 2016 operated on 35 patients using the developed technique. Excellent, good and satisfactory results were recorded in 19 (54%), 12 (34%) and 4 (12%) cases (unsatisfactory results were not registered).

**Keywords:** breast cancer, skin saving mastectomy, esthetic result.

Pacific Medical Journal, 2017, No. 1, p. 93–95.

УДК 616-056.7-06:616-008.9

DOI: 10.17238/Pmj1609-1175.2017.1.95-97

## Нарушение обмена веществ: от синдрома до редкого заболевания

Т.Г. Васильева

Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи (690091, г. Владивосток, ул. Уборевича, 30/37)

Представлены три клинических случая врожденных, генетически детерминированных заболеваний у детей с анализом диагностического поиска. Для верификации болезни Вильсона–Коновалова потребовалось более 1,5 лет обследования и динамического наблюдения у различных специалистов. Наличие дополнительных инфекционных факторов усложняло диагностику. Анализ данного случая диктует необходимость включения в стандарт обследования детей с гепатитом неустановленной этиологии маркеров обмена меди. Анализ заболевания другого пациента свидетельствует о том, что ректальный пролапс – состояние, требующее исключения муковисцидоза даже при отсутствии данных неонатального скрининга и респираторного анамнеза. Третий случай доказывает, что сочетание выраженного внутрипеченочного холестаза с пороками развития костной системы, сердца, органа зрения и фенотипическими особенностями требует исключения синдрома Алажиля.

**Ключевые слова:** гепатоцеребральная дистрофия, муковисцидоз, синдром Алажиля, диагностика.

Синдромы цитолиза, холестаза, выпадения прямой кишки (ректальный пролапс) достаточно часто встречаются при патологии желудочно-кишечного тракта у детей. Они сопровождаются большой гетерогенной группой нозологических форм. Однако верификация

Васильева Татьяна Геннадьевна – д-р мед. наук, заведующая краевой детской консультативной поликлиникой ККЦСВМП; e-mail: tatjana.vasileva.159@list.ru

диагноза при отсутствии явной клиники заболевания по одному синдрому затруднительна, что иллюстрируют нижеприведенные наблюдения из практики.

**Пациент М., 8 лет 4 месяца.** В возрасте 6 лет 8 месяцев при плановой подготовке к школе в биохимическом анализе крови было обнаружено повышение уровней аланинаминотрансферазы (АЛТ) до 227 ЕД/л и аспартатаминотрансферазы (АСТ) до 132 ЕД/л на фоне нормальных показателей