

ОПЕРАЦИИ НА ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пластическая хирургия молочной железы развивается в трех направлениях:

1 – контурная маммопластика;

2 – редуционная маммопластика;

3 – пластика молочной железы при дефиците тканей передней грудной стенки.

КОНТУРНАЯ МАММОПЛАСТИКА

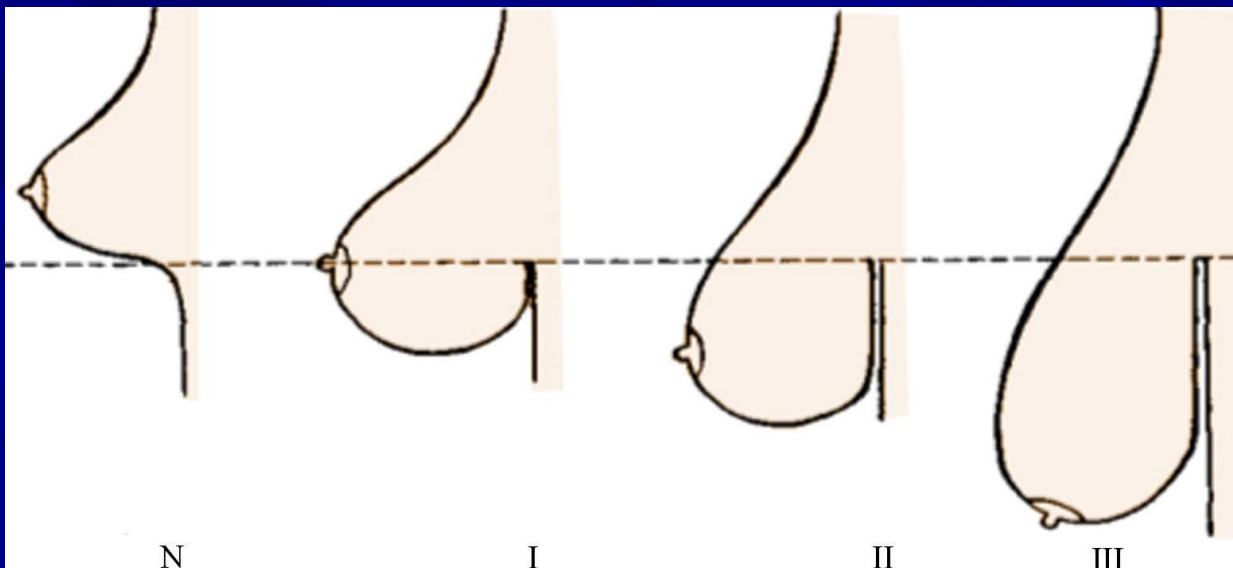
Показания: микромастия, аплазия молочной железы и др.

Контурная маммопластика – операция направленная на восстановлению объема и формы молочной железы.

Одним из перспективных направлений в контурной маммопластике – является использование различного рода эндопротезов, которые представляют собой бесшовную капсулу гелевой консистенции.

КОНТУРНАЯ МАММОПЛАСТИКА

Выбор оперативной техники в первую очередь зависит от степени мастоптоза. Определяющими признаками являются расположение соска относительно субмаммарной складки и локализация соска на поверхности железы. Различают 3 степени мастоптоза.



В норме сосок располагается выше субмаммарной складки.

При птозе I ст. сосок располагается на уровне субмаммарной складки.

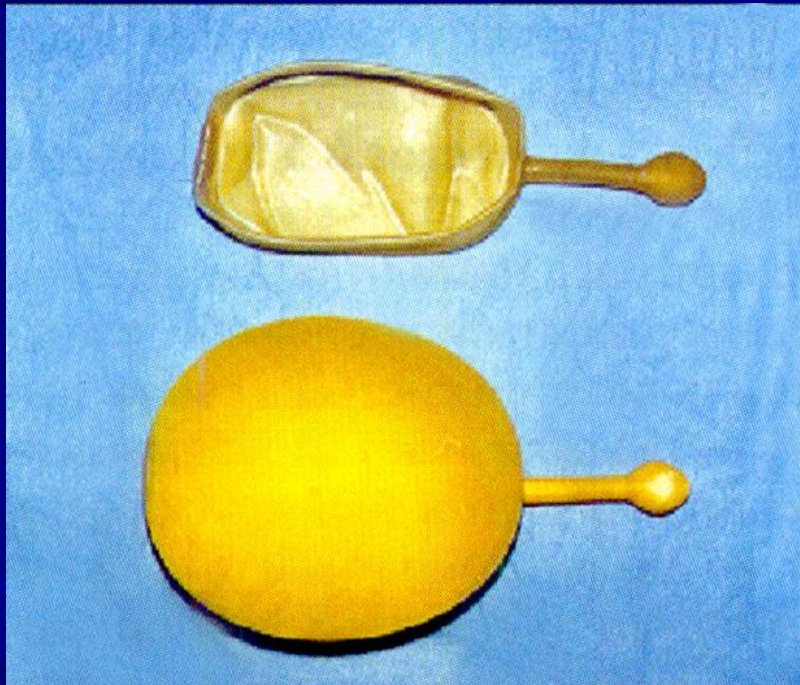
При птозе II ст. сосок располагается ниже субмаммарной складки на передней поверхности молочной железы;

При птозе III ст. сосок располагается ниже субмаммарной складки, но на нижней поверхности молочной железы.

Существует общее правило, если в положении стоя соски окажутся ниже уровня субмаммарной складки, то показана операция мастопексия, а если выше – увеличивающая маммопластика.

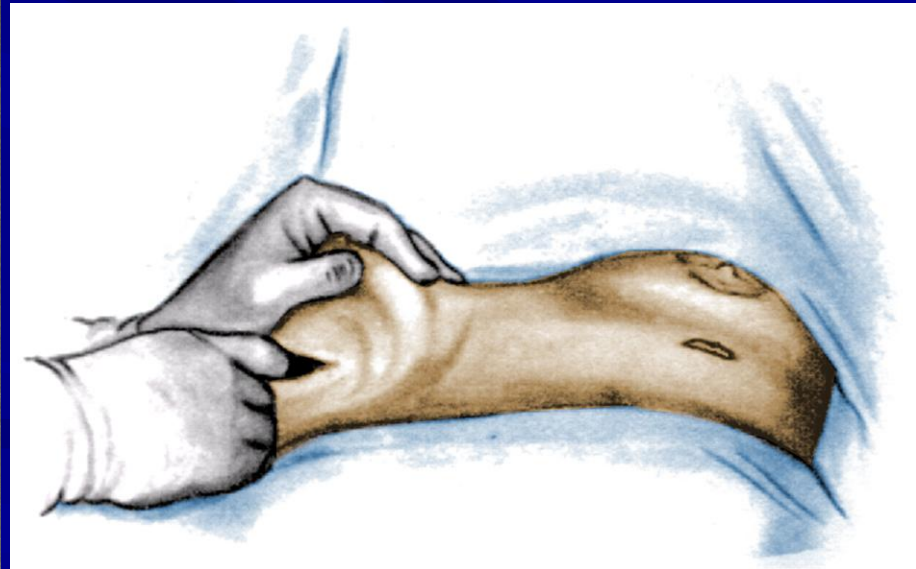
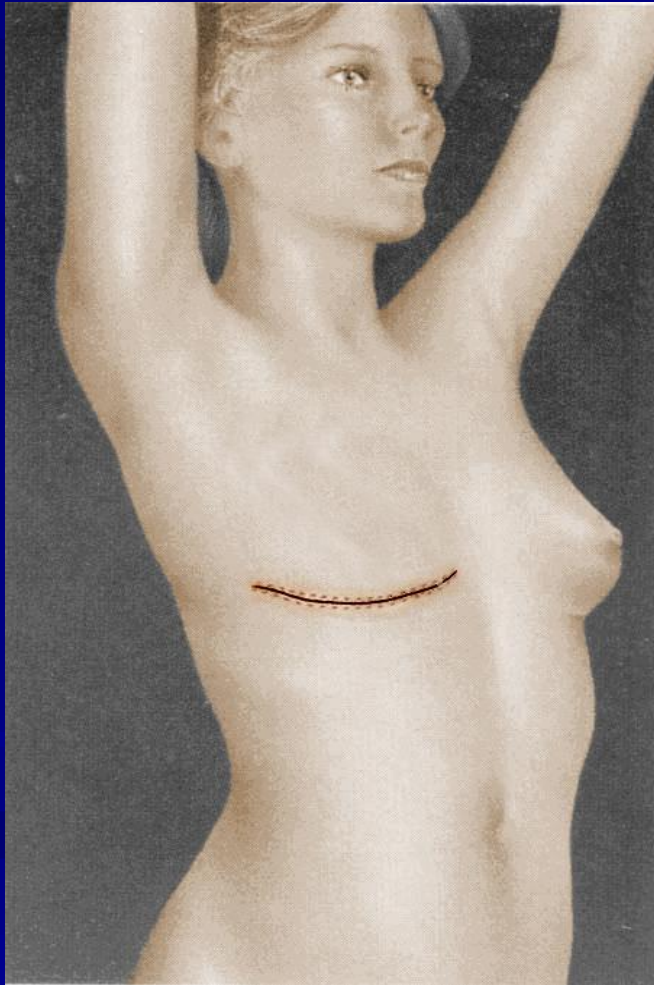
КОНТУРНАЯ МАММОПЛАСТИКА

Для устраненияптоза I степени достаточно установки эндопротеза в ретромаммарное пространство.



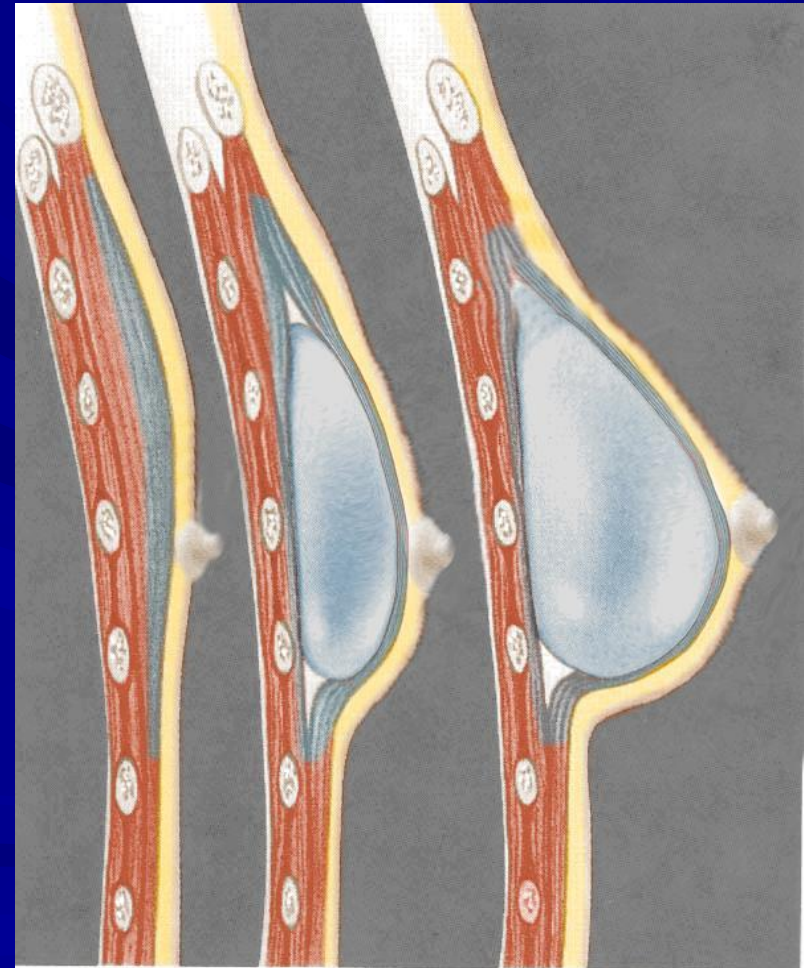
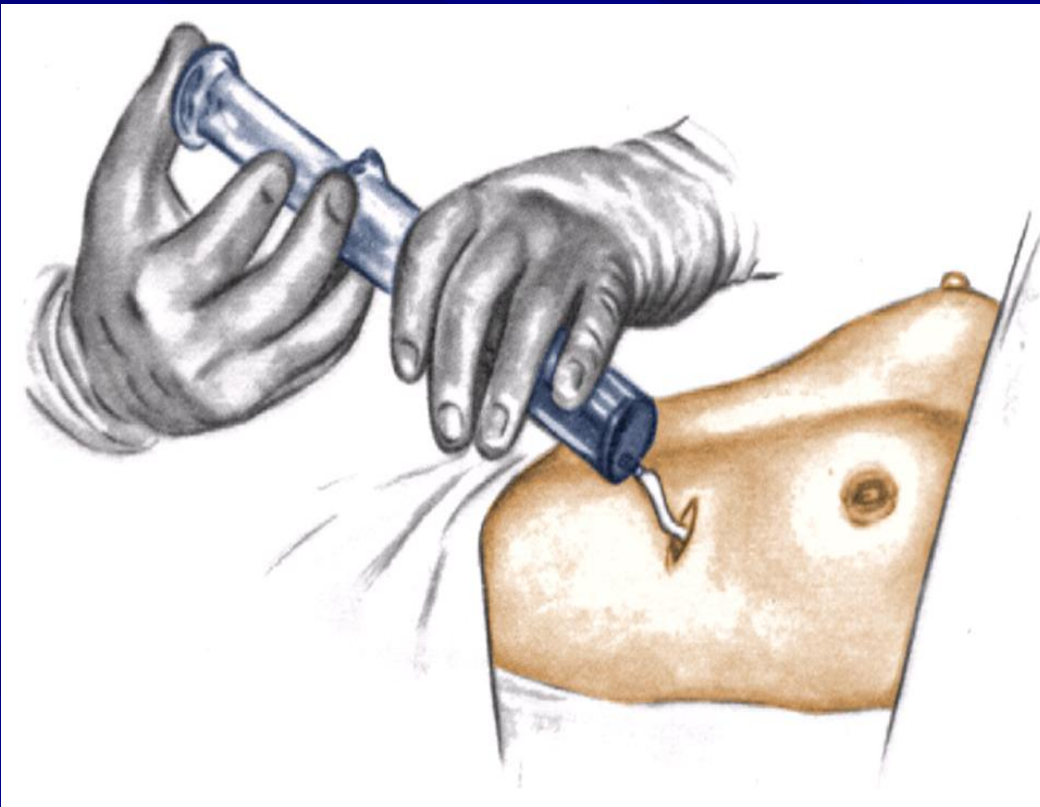
КОНТУРНАЯ МАММОПЛАСТИКА

1. Проводят послойный разрез мягких тканей по субмаммарной складке с последующим их отделением от грудной фасции и созданием ложа в ретромаммарном пространстве.



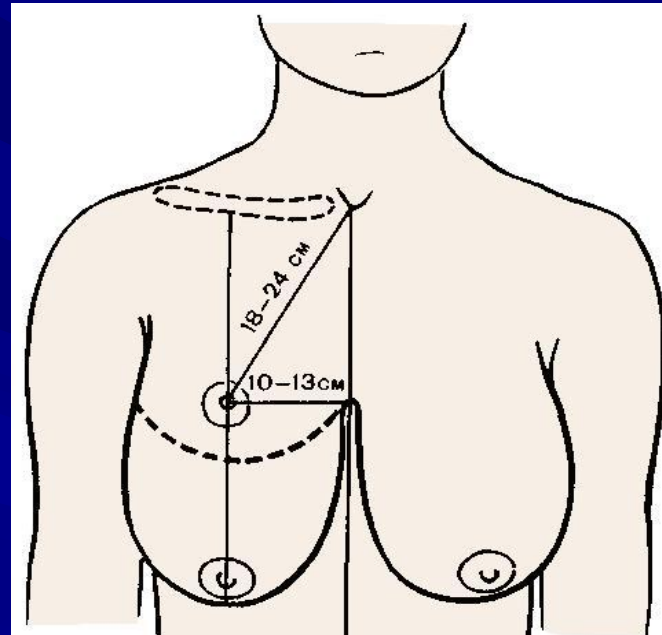
КОНТУРНАЯ МАММОПЛАСТИКА

2. В ретромаммарное пространство вводят эндопротез и заполняют его стерильным раствором декстрана. После заполнения полости эндопротеза, железа принимает необходимую форму.



РЕДУКЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА

Редукционная маммопластика – операция направленная на уменьшение объема молочной железы путём перемещение соска вместе с ареолой на новое место после удаления необходимого объема молочной железы.

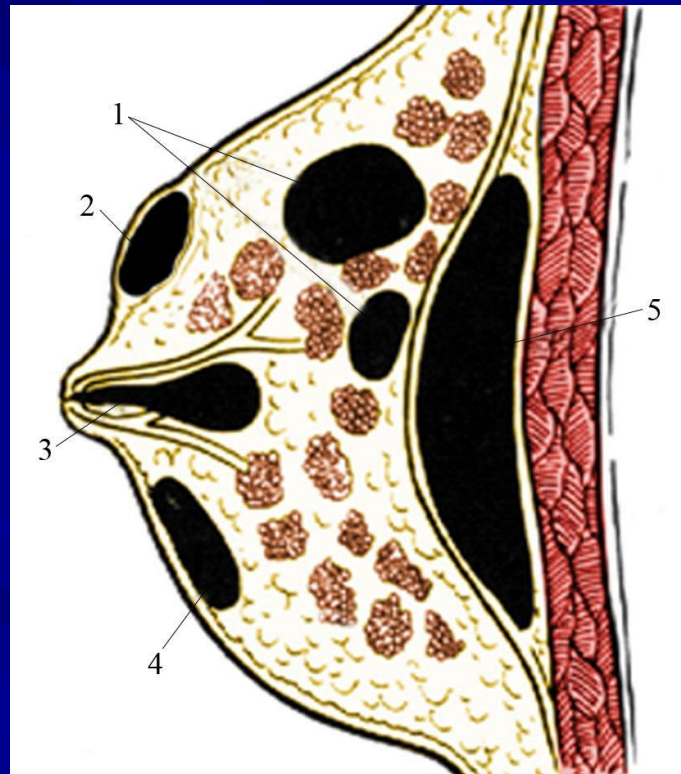


Для определение нового места расположения ареолы и соска до операции производят маркировку их положения.

Новое положение соска отмечают на линии, проходящей через середину ключицы. При этом косая линия проведенная от середины яремной вырезки до нового положения соска варьирует в пределах 18–24 см.

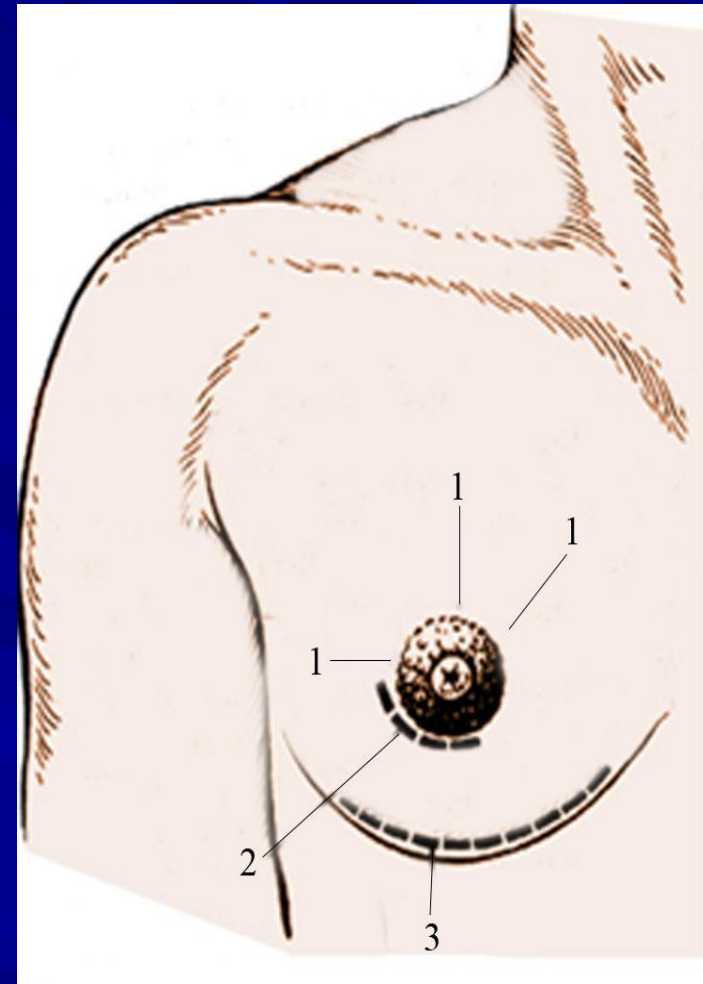
КЛАССИФИКАЦИЯ ГНОЙНЫХ МАСТИТОВ

1. **Интрамаммарные гнойные маститы** располагаются **внутри долек молочной железы.**
2. **Поверхностные гнойные маститы** располагаются **в околососковой зоне под кожей.**
3. **Галактофорит** – **проточковая форма гнойного мастита.**
4. **Субареолярные гнойные маститы** располагаются **глубже околососковой зоны.**
5. **Ретромаммарные гнойные маститы** располагаются **между капсулой молочной железы и фасцией груди.**



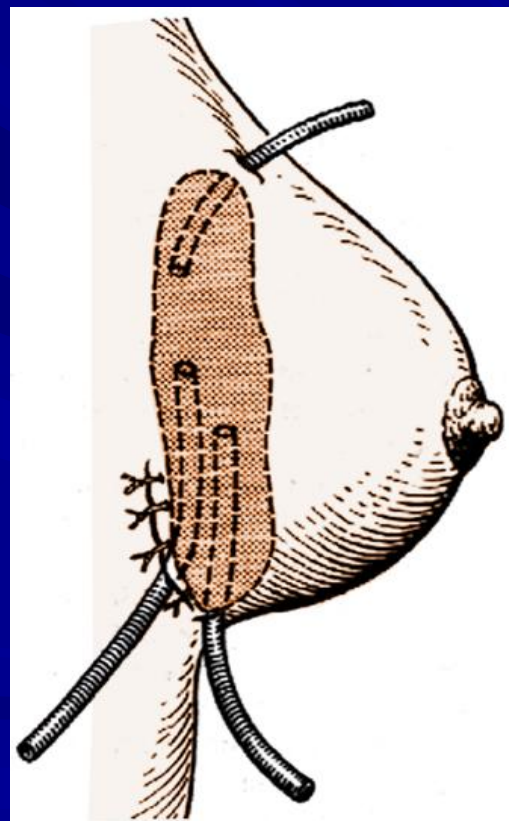
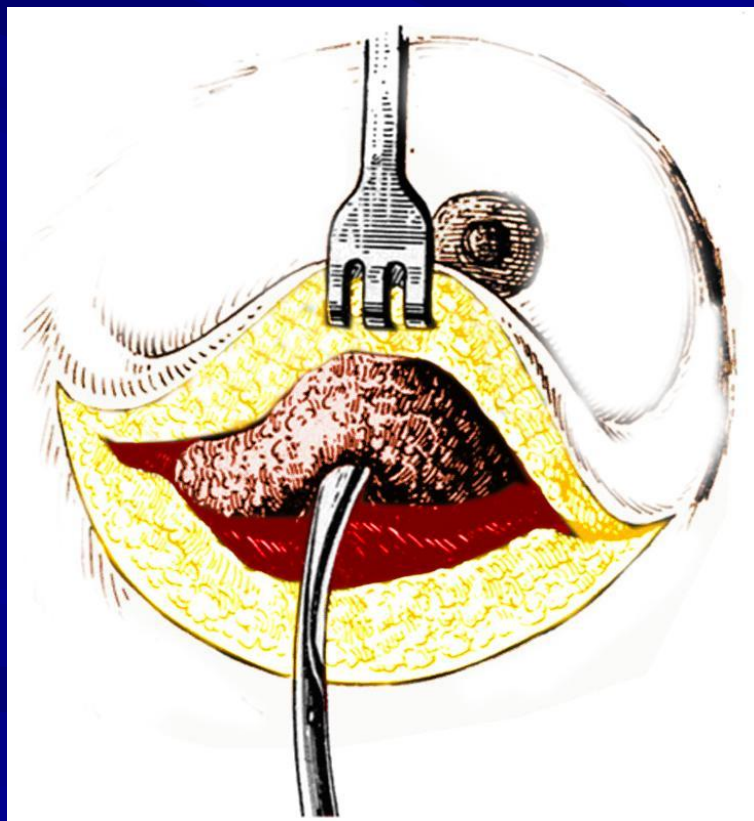
РАЗРЕЗЫ ПРИ ГНОЙНЫХ МАСТИТАХ

1. При поверхностных гнойных маститах проводят радиальные разрезы, которые не доводят до ареолы на 1,5 см.
2. При субареолярных гнойных маститах используют разрез окаймляющий ареолу.
3. При ретромаммарных гнойных маститах, применяют разрез по переходной кожной складке.



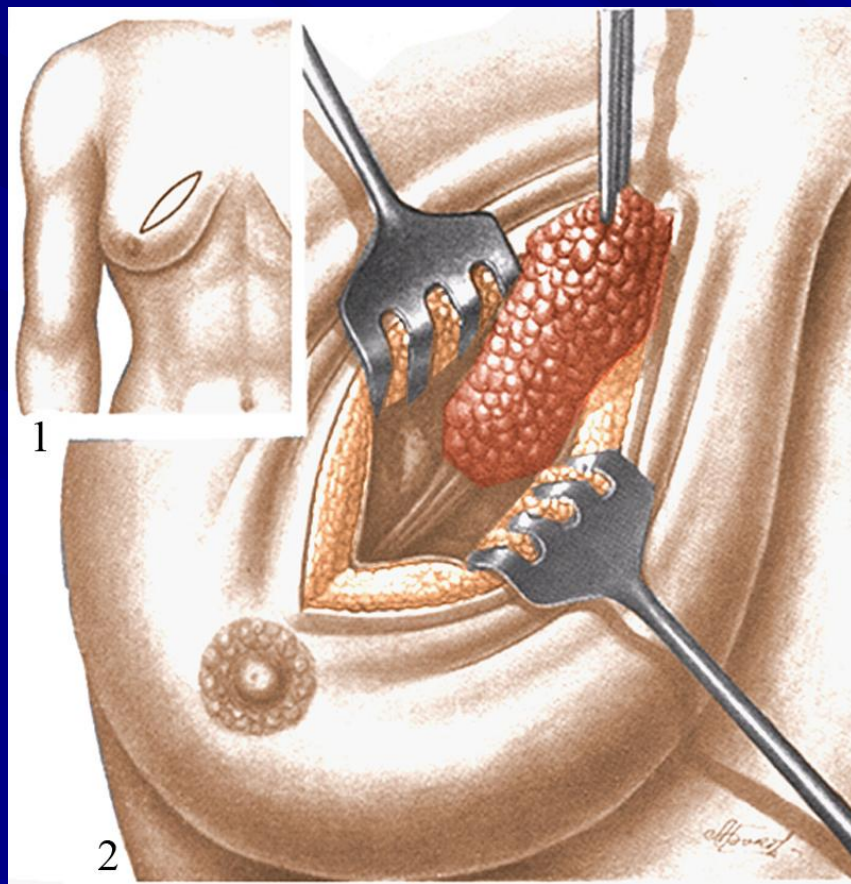
ВСКРЫТИЕ И ДРЕНИРОВАНИЕ РЕТРОМАММАРНОГО АБСЦЕССА

1. Разрезом по переходной кожной складке послойно рассекают мягкие ткани.
2. Молочную железу приподнимают вверх и тупо пальцем вскрывают и дренируют гнойник расположенный в ретромаммарной клетчатке.



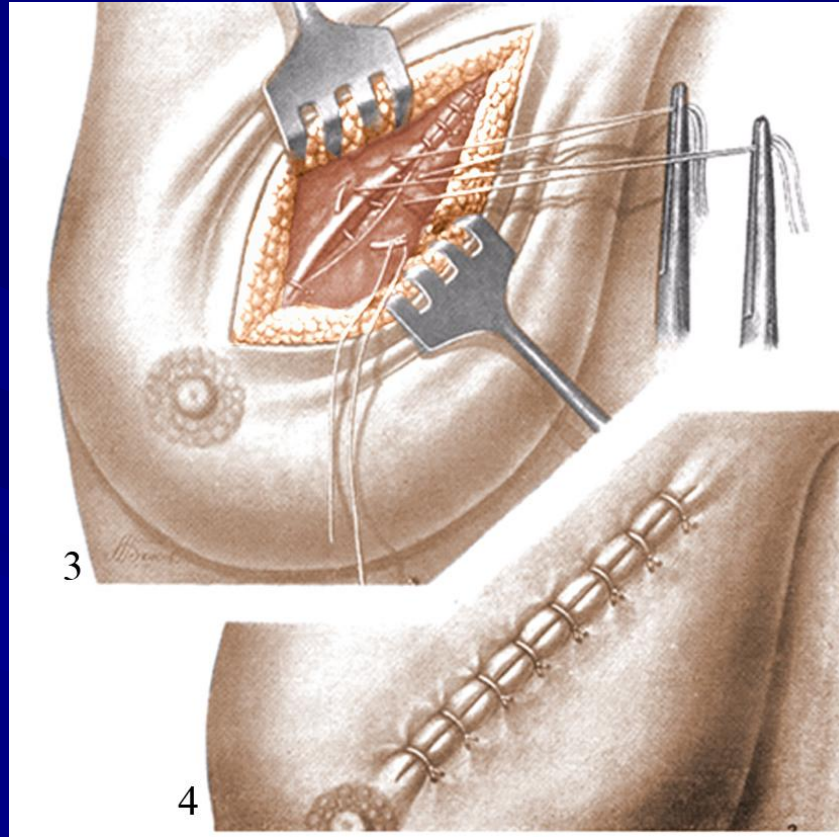
СЕКТОРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Показания: доброкачественные опухоли молочной железы.



1. Двумя окаймляющими разрезами послойно рассекают кожу по краям пораженного сектора на всю толщину железы.
2. Отводят края кожной раны крючками в стороны.

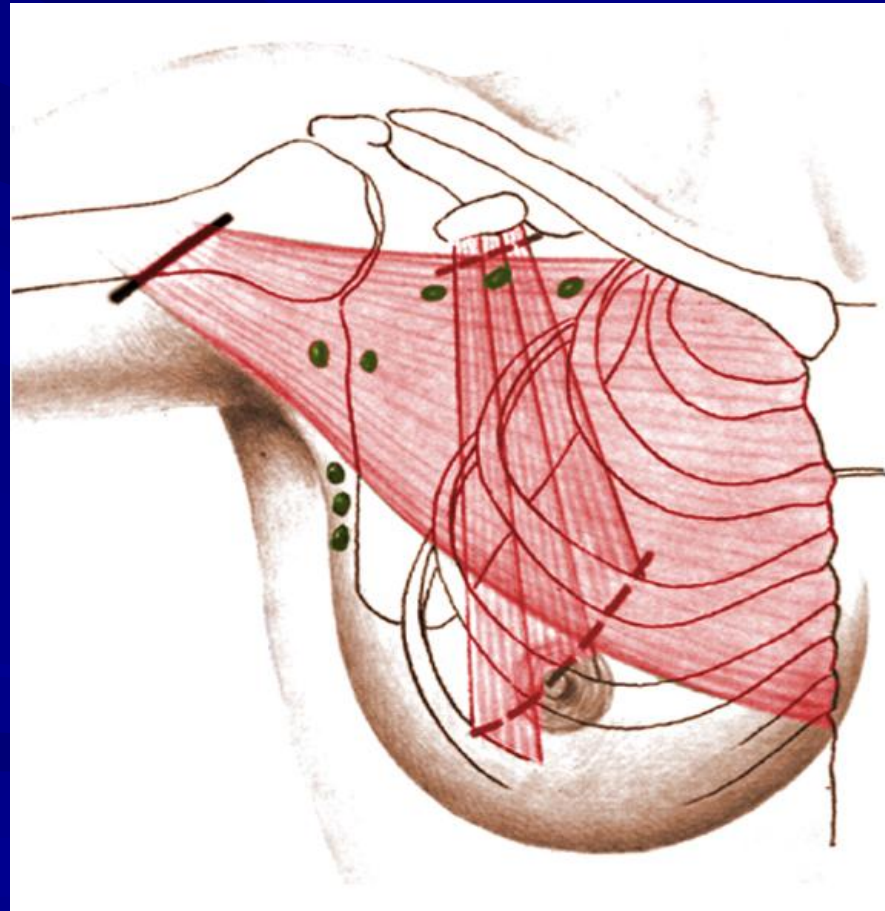
СЕКТОРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



3. При поверхностном расположении опухоли пораженный сектор удаляют до фасции груди, а при глубоком – вместе с фасцией.
4. В зависимости от результатов срочного гистологического исследования операцию заканчивают послойным зашиванием раны при доброкачественной опухоли или радикальной мастэктомией при раковой опухоли.

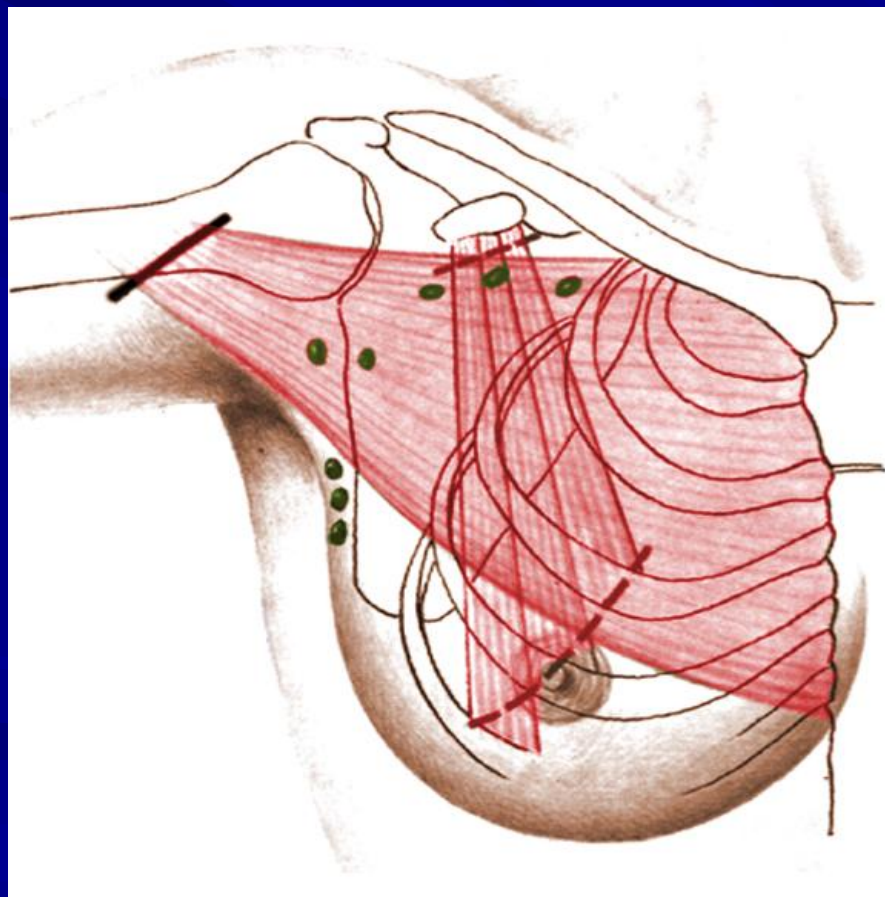
РАДИКАЛЬНАЯ МАСТЭКТОМИЯ ХОЛСТЕДТА

Суть операции заключается в проведении лимфодиссекции в подмышечной впадине, парастернальной, над- и подключичной областях, вместе с удалением большой грудной мышцы, но с сохранением малой грудной мышцы.

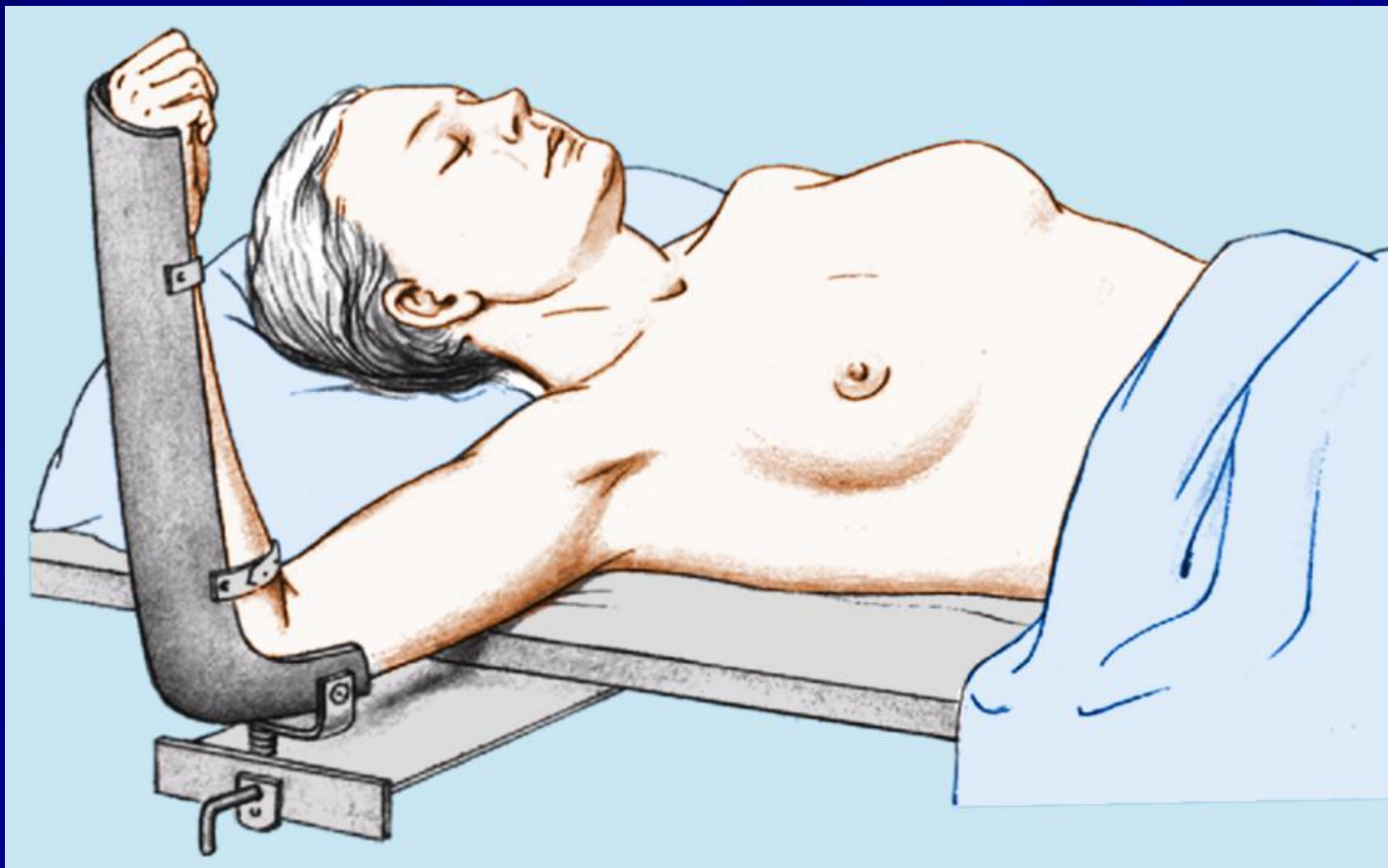


РАДИКАЛЬНАЯ МАСТЭКТОМИЯ ХОЛСТЕДА –МАЙЕРА

Радикальную мастэктомию по Холстеду модифицировал Майер, который предложил одновременное удаление всей молочной железы **вместе с** большой и малой грудными мышцами, **а также** подмышечной, подлопаточной, под- и надключичной лимфодиссекцией.

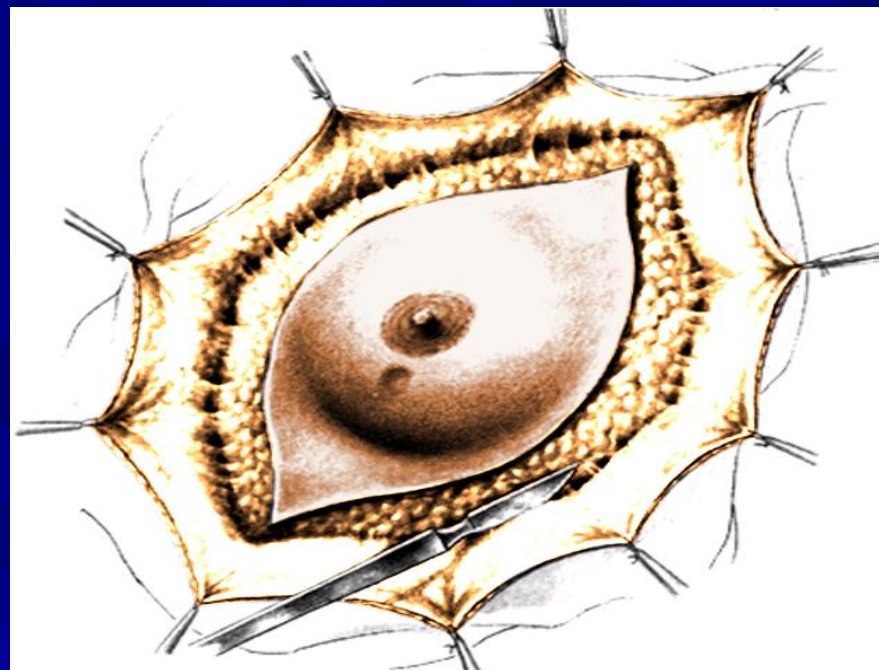
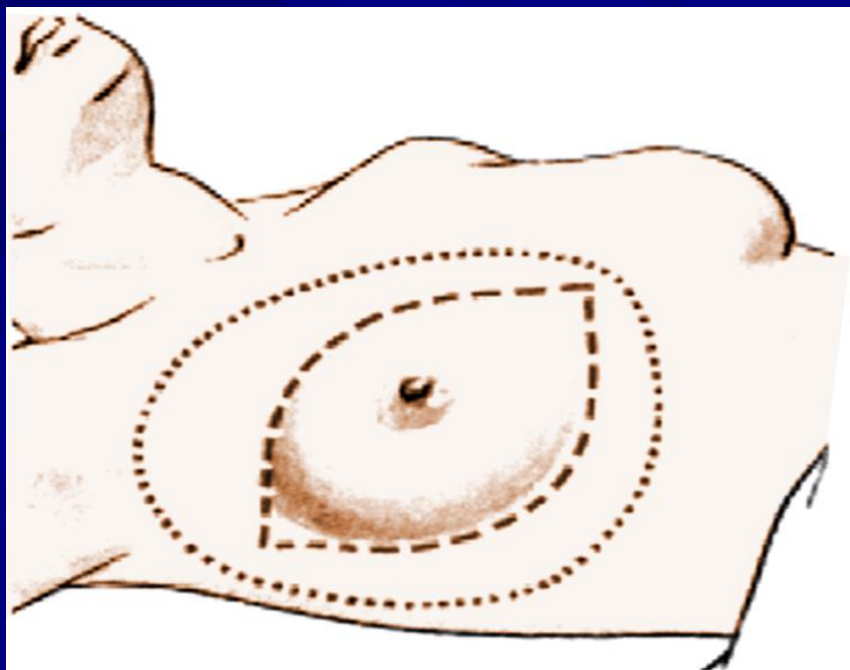


ЭТАПЫ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ по Холстеду-Майеру



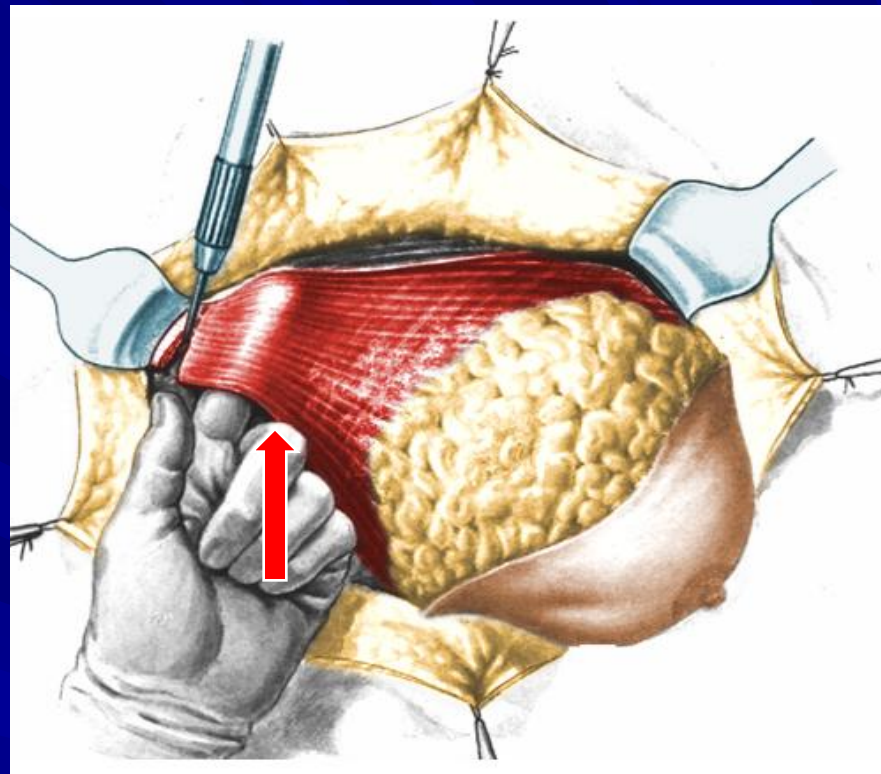
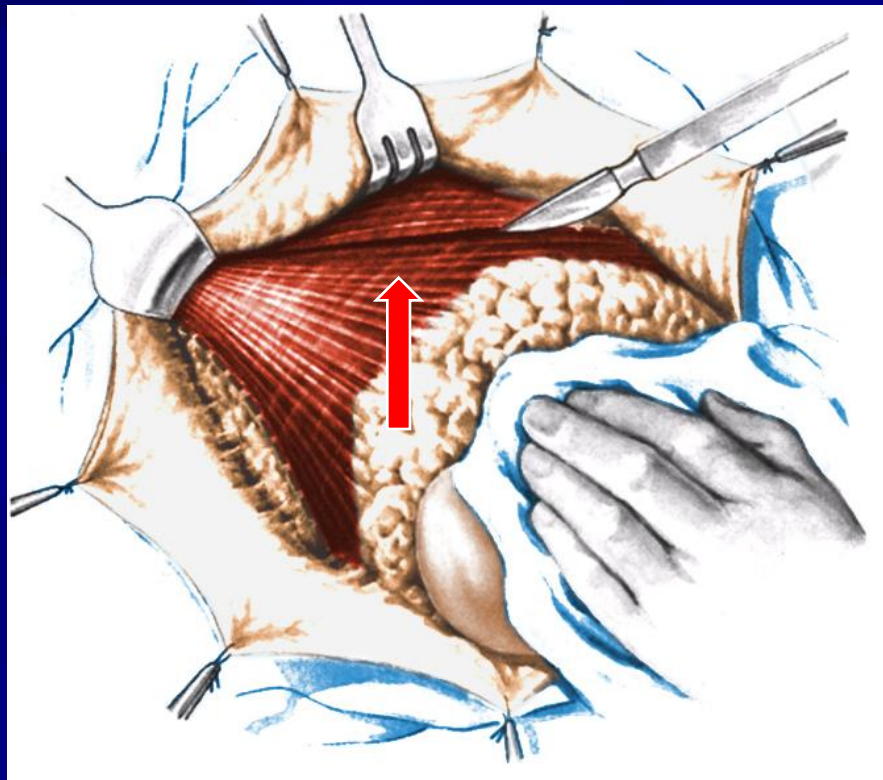
- 1. Положение больной на спине. Руку на стороне операции отводят в сторону и помещают согнутой в локтевом суставе под прямым углом.**

ЭТАПЫ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ по Холстедту–Майеру



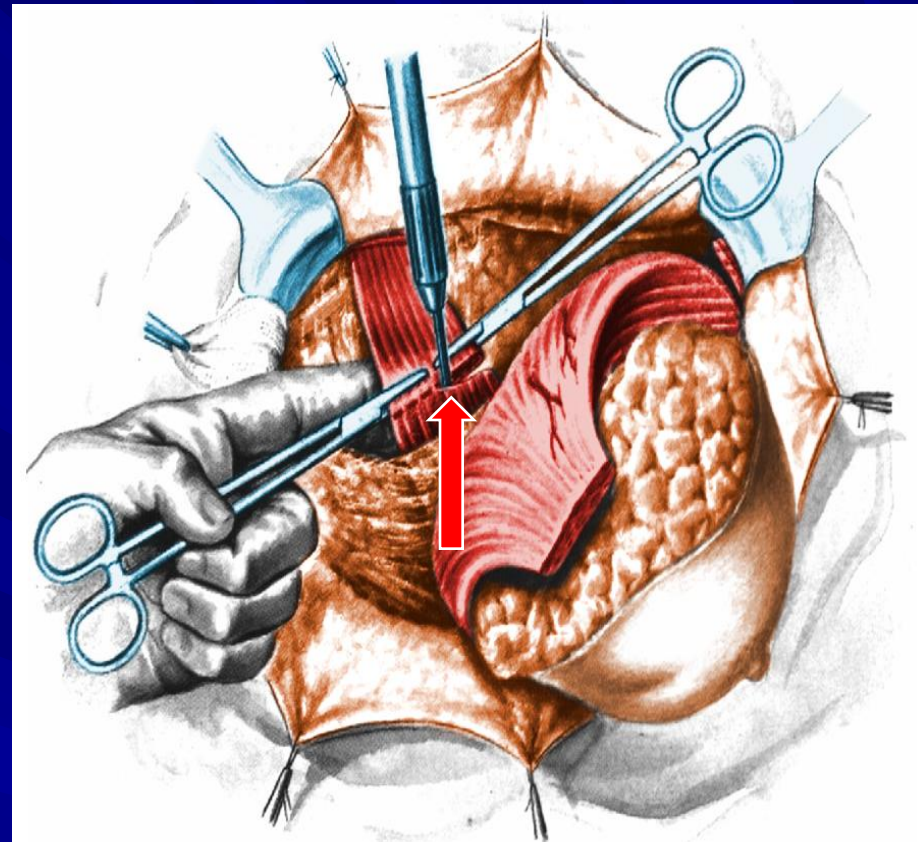
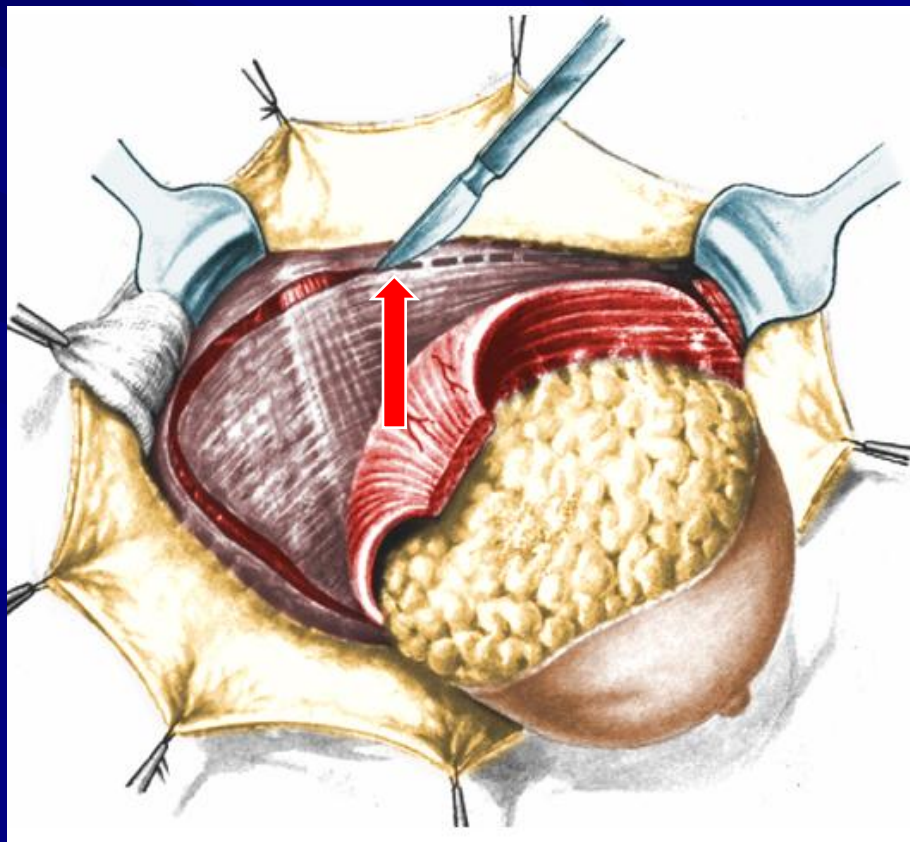
2. Проводят два окаймляющих кожных разреза снаружи и изнутри от молочной железы.
3. Края раны прошивают нитями-держалками и отводят в стороны от молочной железы.

ЭТАПЫ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ по Холстеду–Майеру



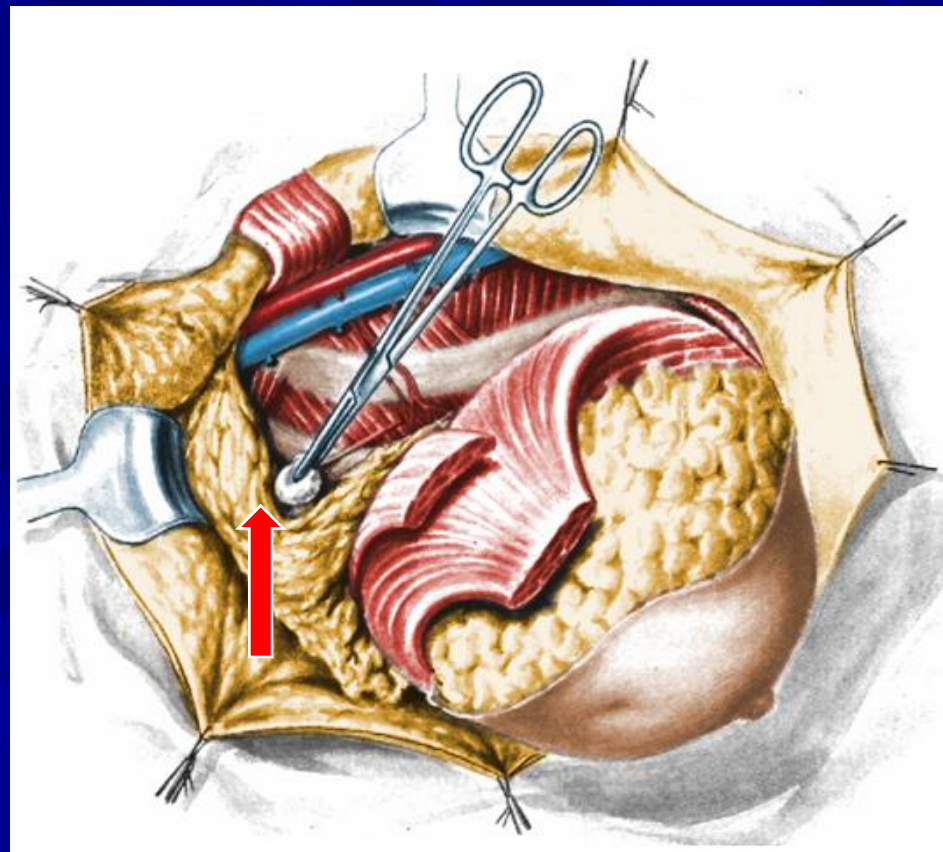
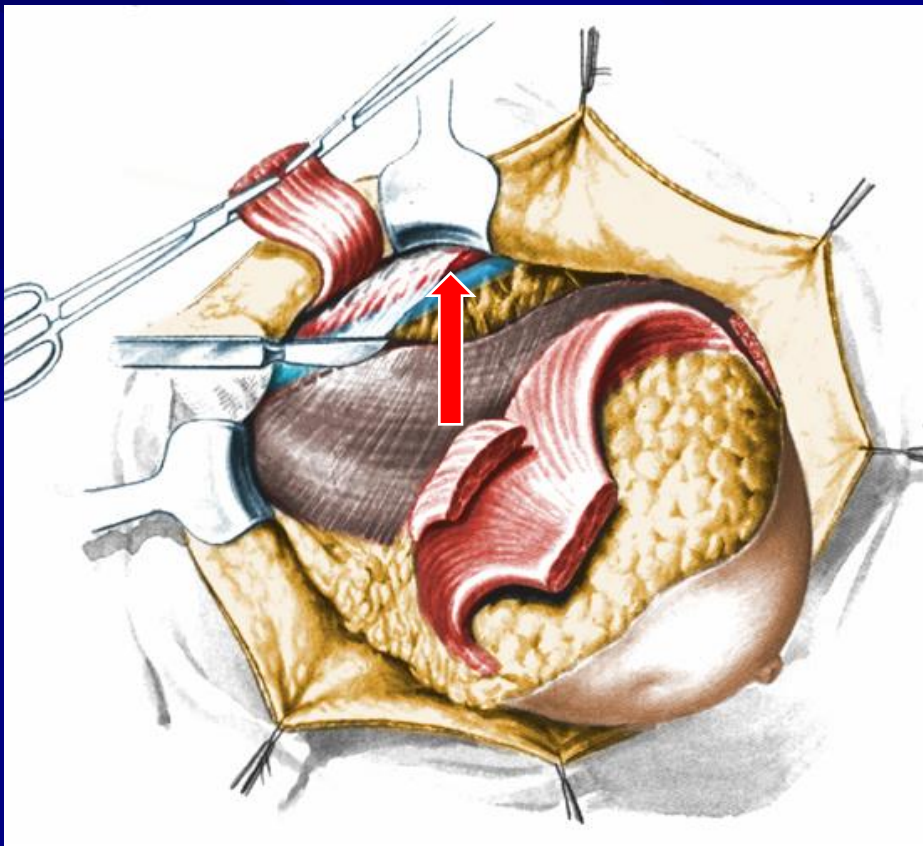
4. **Оделяют** грудинную часть большой грудной мышцы **от** ключичной.
5. **Под** сухожильную часть большой грудной мышцы у места прикрепления ее к плечевой кости **подводят** указательный палец и **над** ним скальпелем **пересекают** мышцу.

ЭТАПЫ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ по Холстеду–Майеру



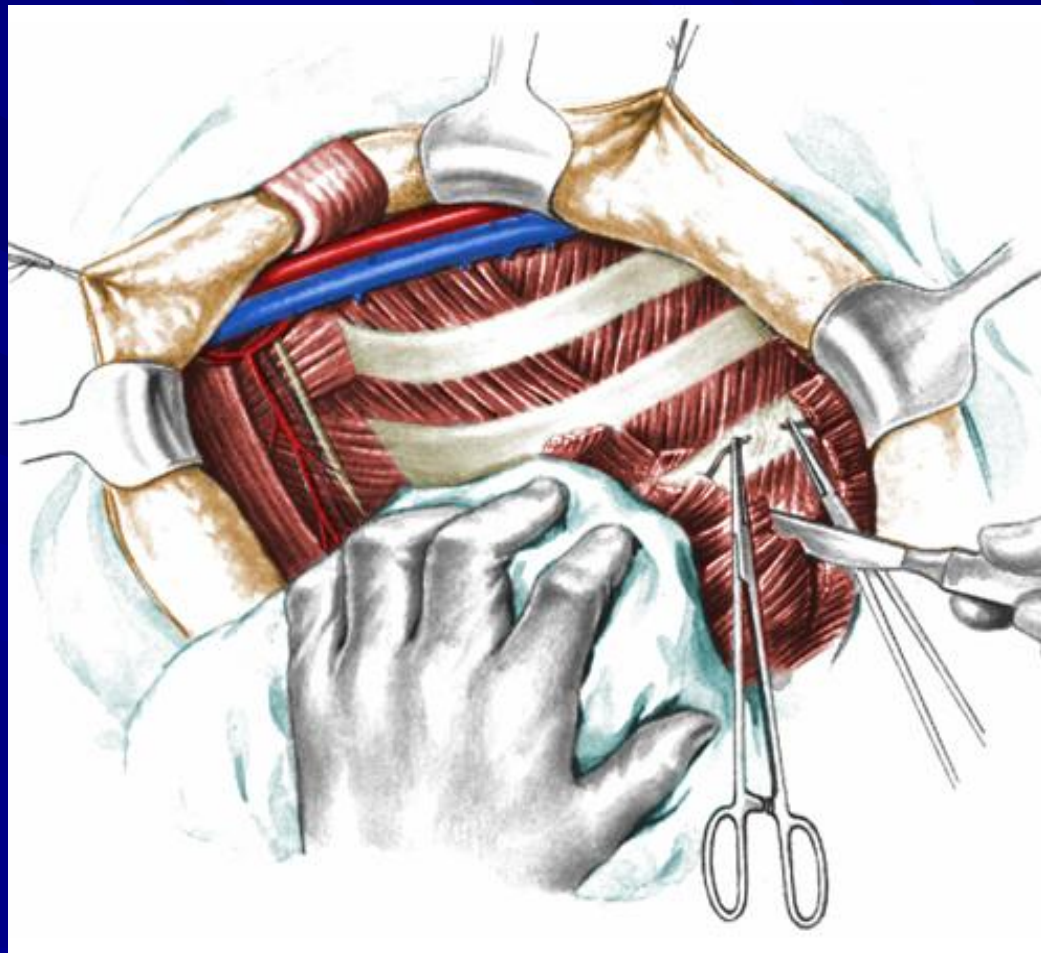
6. **Рассекают** глубокую пластинку фасции груди.
7. **Выделяют и отсекают** малую грудную мышцу **от клювовидного отростка лопатки.**

ЭТАПЫ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ по Холстеду–Майеру



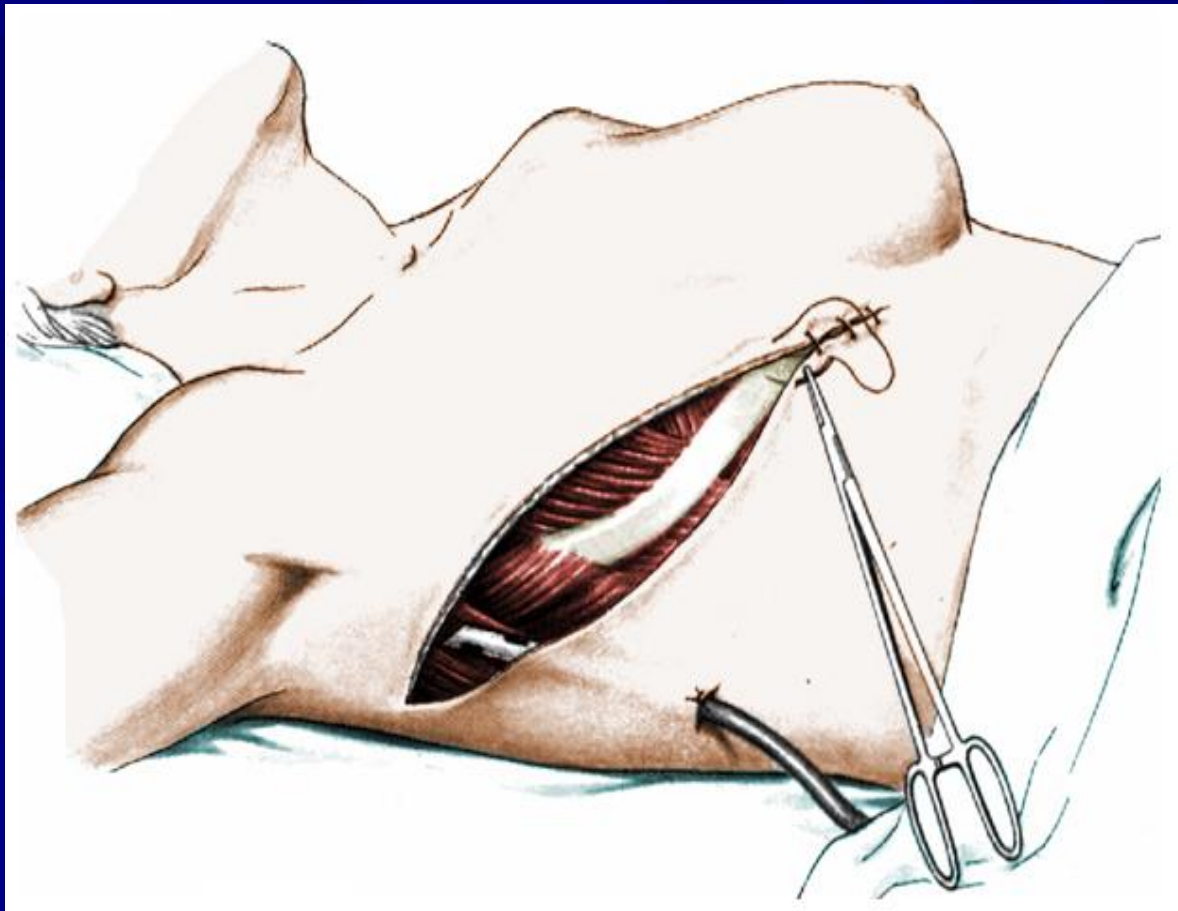
8. **Вскрывают влагалище подключичных сосудов и проводят лимфодиссекцию в подключичной и подмышечной областях.**

ЭТАПЫ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ по Холстеду–Майеру



9. **Отсекают большую и малую грудные мышцы от грудной стенки и удаляют весь блок с молочной железой.**

ЭТАПЫ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ по Холстеду–Майеру



- 10. Проводят тщательный гемостаз.**
- 11. Дренируют рану.**
- 12. Накладывают швы на кожу до дренажей.**

РАДИКАЛЬНАЯ МАСТЭКТОМИЯ по Холстеду–Майеру

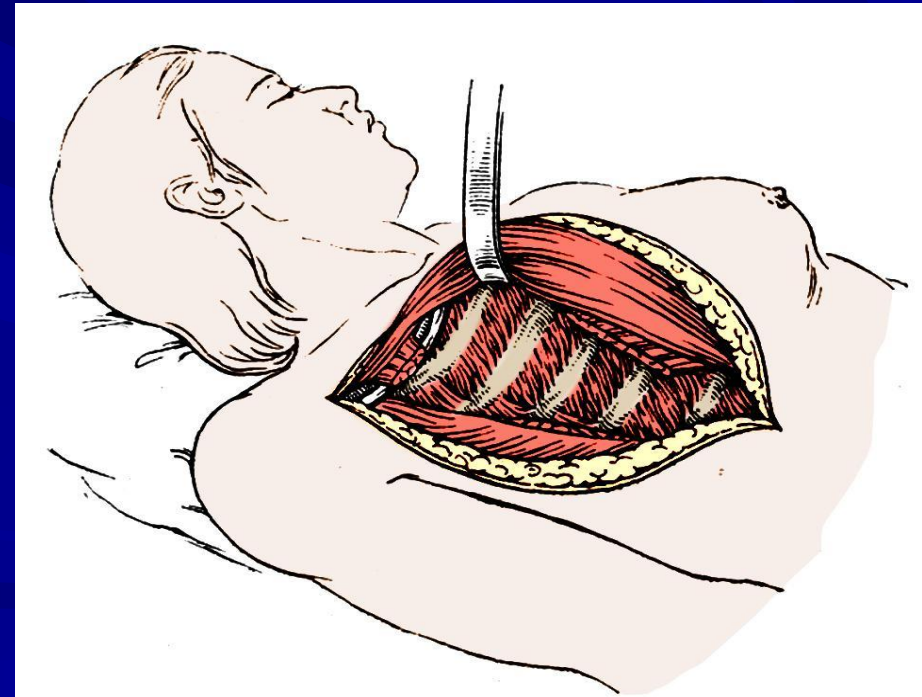
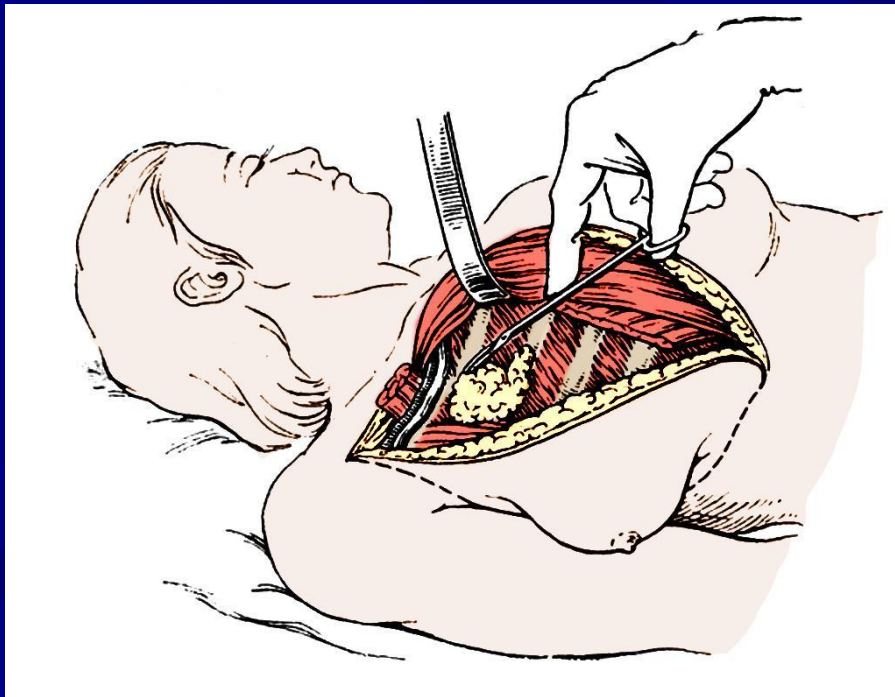
Осложнения: постмастэктомический синдром (лимфадема верхней конечности со стороны удаленной молочной железы)



ОПЕРАЦИЯ ПАТЕЯ

Показания: профилактика постмастэктомического синдрома

Суть операции Патея заключается в удалении **малой грудной мышцы вместе с лимфатическими узлами** подмышечной впадины, **но с сохранением большой грудной мышцы и иннервации** мышцы.



ОПЕРАЦИЯ ПАТЕЯ

Преимущества:

- 1 – меньшая травматичность по сравнению с операцией Холстедта;**
- 2 – за счет сохранения большой грудной мышцы, движения в плечевом суставе остаются в достаточном объеме;**
- 3 – профилактика постмастэктомического синдрома.**

Недостатки: возможен транспекторальный путь метастазирования, так как лимфатические пути и лимфоузлы в большой грудной мышце не удаляются.

РЕЗЕКЦИЯ РЕБРА

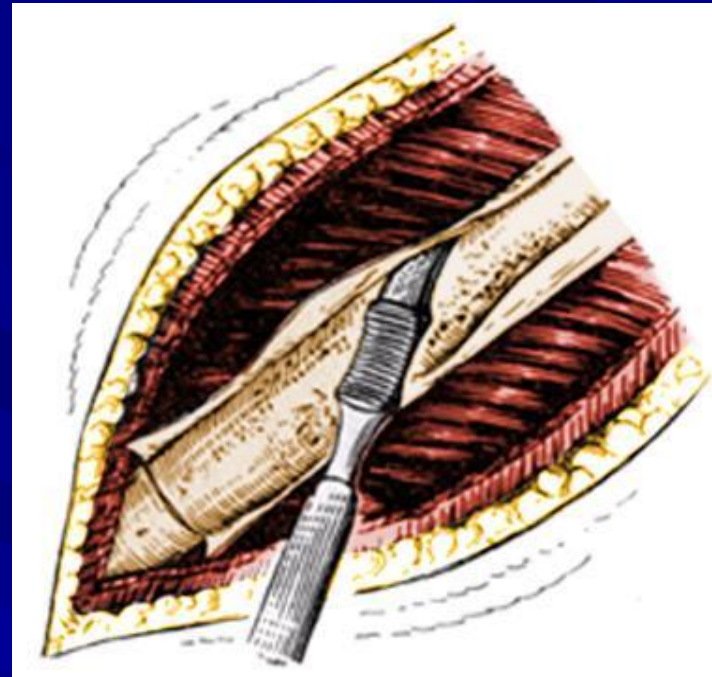
Способы резекции ребра

Поднадкостничная

Чреснадкостничная

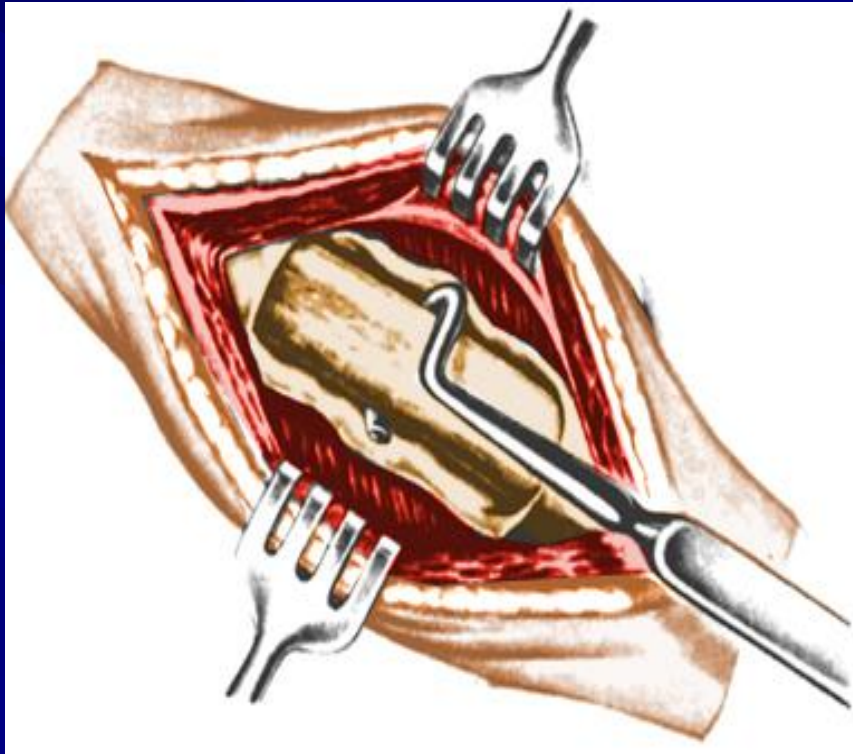
ПОДНАДКОСТНИЧНАЯ РЕЗЕКЦИЯ РЕБРА

Показания: оперативный доступ к полости плевры и органам грудной полости, торакопластика, дренирование эмпием плевры.



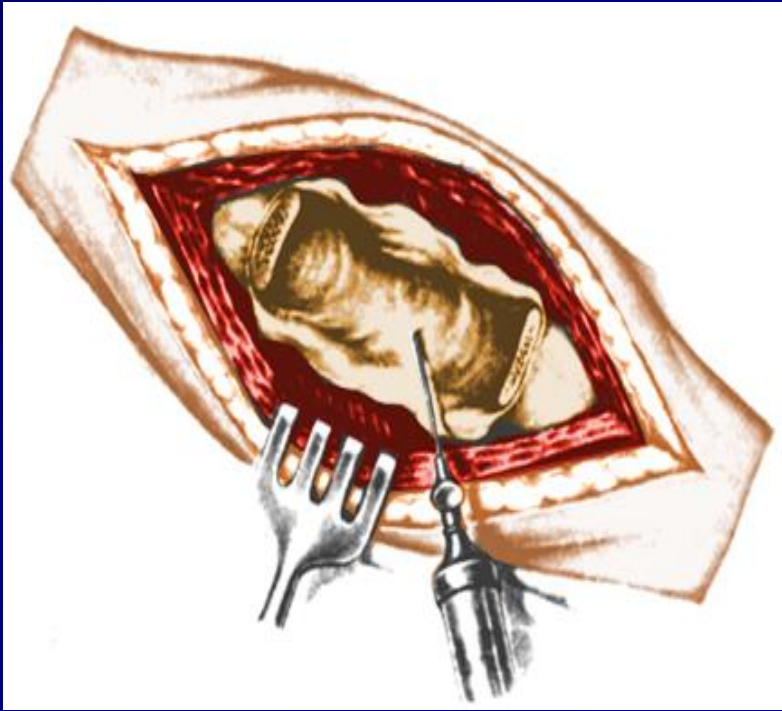
1. Проводят продольный разрез кожи длиной 6-8 см по середине ребра.
2. Продольно рассекают надкостницу по всей длине раны, добавляя на концах этого разреза два коротких поперечных разреза.
3. Отделяют надкостницу от передней поверхности ребра вверх и вниз распатором Фарабефа.

ПОДНАДКОСТНИЧНАЯ РЕЗЕКЦИЯ РЕБРА



4. **За ребро поднадкостнично заводят изогнутый распатор Дуайена и движением вдоль ребра отделяют надкостницу от задней ее поверхности.**
5. **Реберными кусачками пересекают ребро в двух местах.**

ПОДНАДКОСТИЧНАЯ РЕЗЕКЦИЯ РЕБРА



6. Делают диагностический прокол полости плевры через заднюю стенку надкостницы.
7. Скальпелем рассекают заднюю стенку надкостницы, париетальную плевру и проникают в плевральную полость.
8. Проводят пальцевую ревизию плевральной полости с последующим ее дренированием.

ЧРЕСНАДКОСТНИЧНАЯ РЕЗЕКЦИЯ РЕБРА

Показания: поражение ребер остеомиелитом.

В этом случае не удается отслоить надкостницу от ребра. Поэтому отделяют ребро по возможности от межреберных мышц и резецируют пораженный участок вместе с надкостницей.

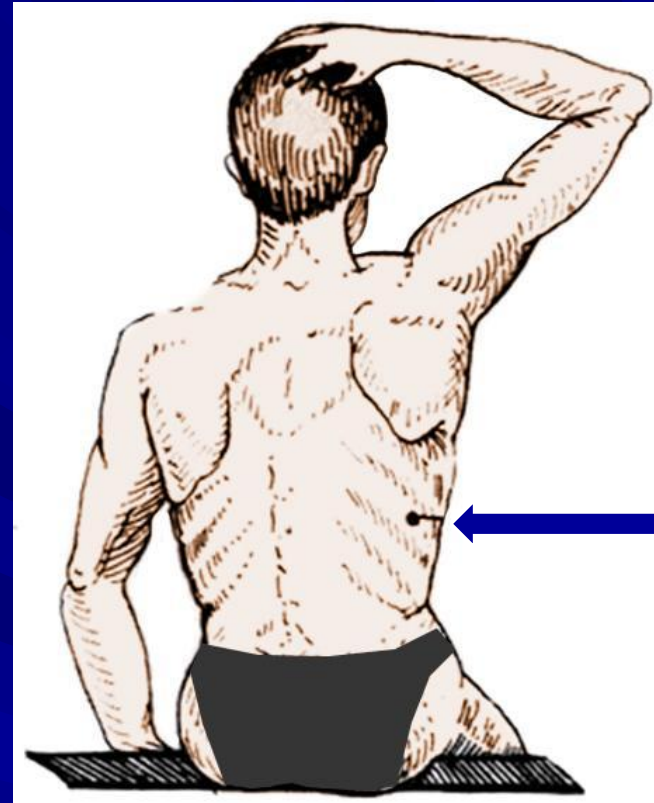
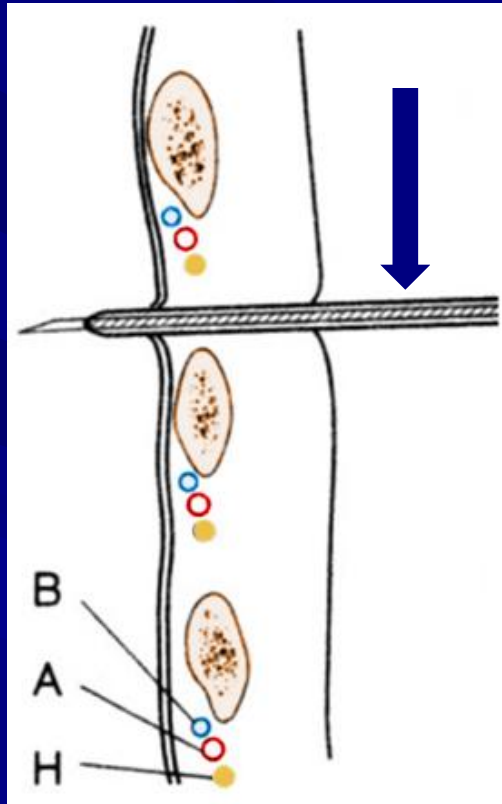
ПУНКЦИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

Показания: 1 – диагностическое, для определения характера экссудата;
2 – лечебная, для удаления и последующего введения в плевральную полость лекарственных средств.



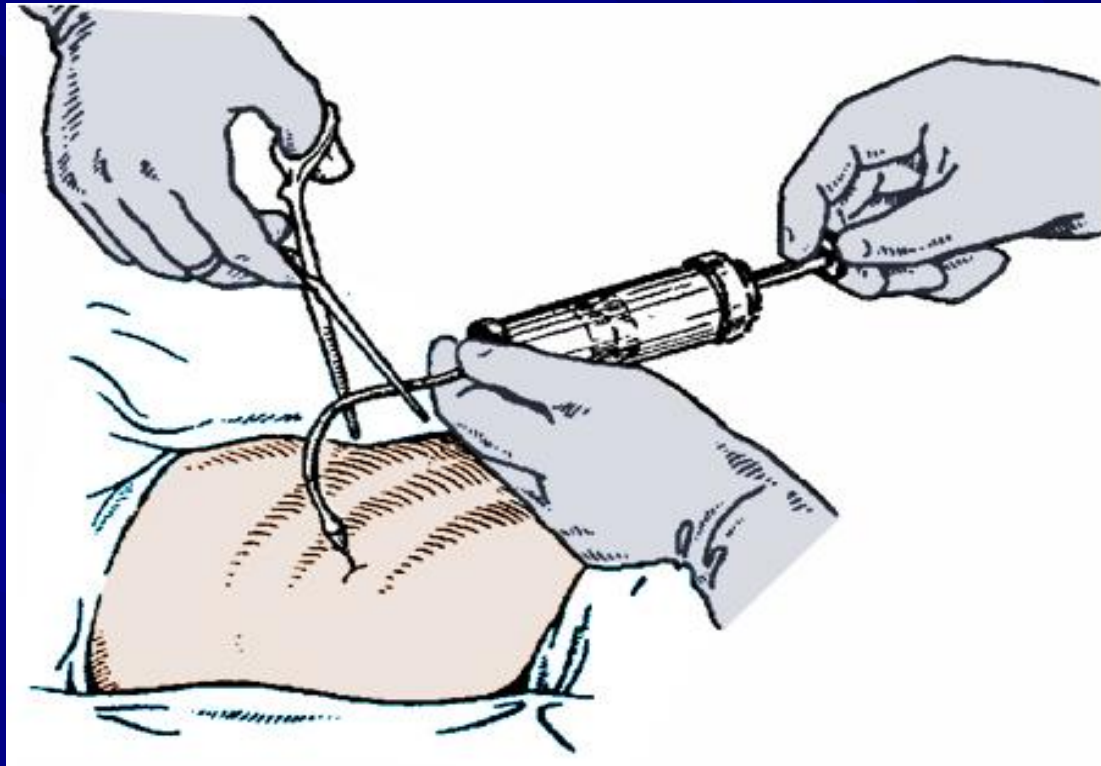
1. Положение больного сидя с локтями на спинке стула.

ПУНКЦИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ



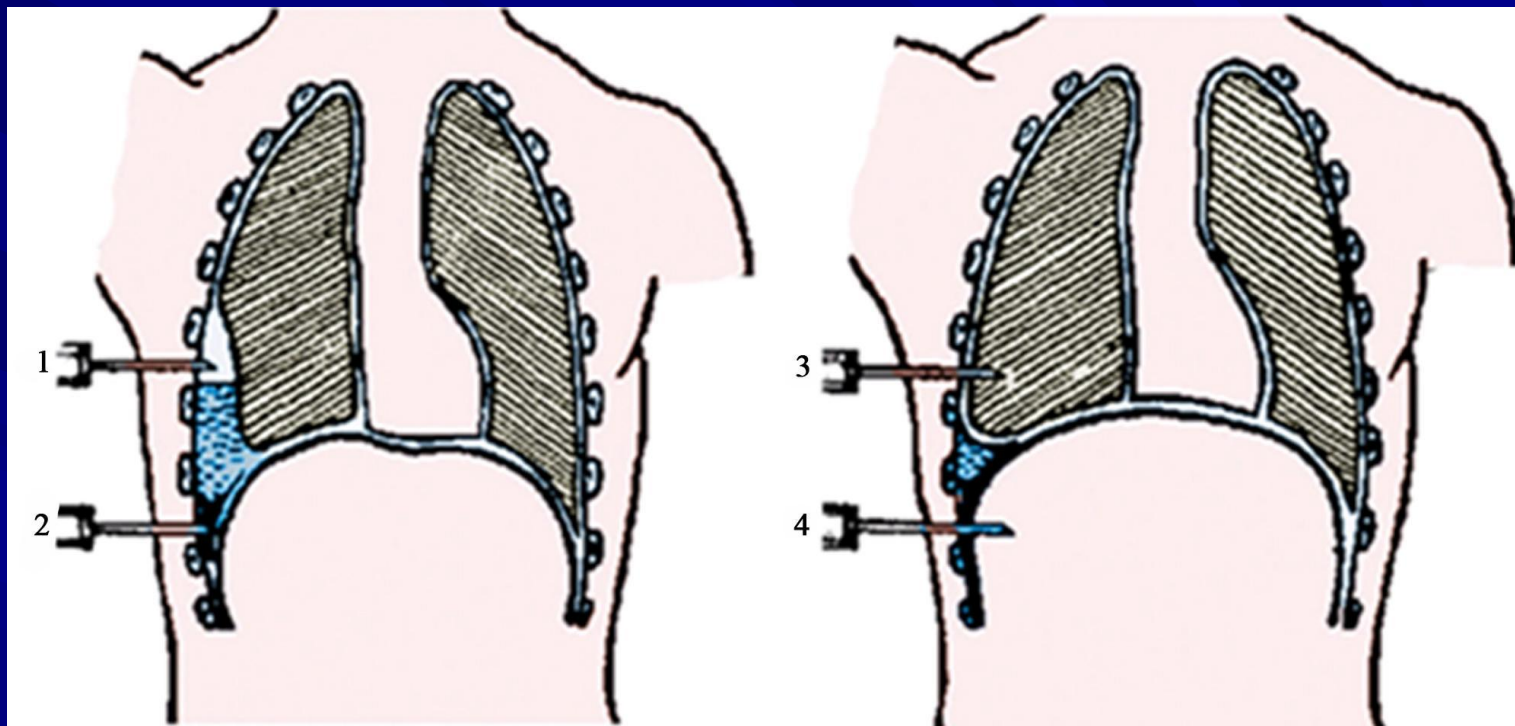
2. **Оттягивают кожу по ребру кверху.**
3. **Прокол плевры делают по верхнему краю нижележащего ребра в VII-VIII межреберье по задней подмышечной линии иглой с резиновой трубкой на зажиме.**
4. **Игла должна быть направлена несколько кверху параллельно куполу диафрагмы.**

ПУНКЦИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ



5. **Перед забором экссудата к дренажной трубке подсоединяют шприц Жане и снимают зажим с трубки для удаления жидкости.**
6. **Закончив забор экссудата дренажную трубку пережимают зажимом, чтобы в полость плевры не попал воздух.**

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПУНКЦИИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ



1. **Игла может находиться в плевральной полости над уровнем жидкости.**
2. **Игла может располагаться в спайке между листками париетальной плевры реберно-диафрагмального синуса.**
3. **Игла может быть введена в паренхиму легкого.**
4. **Игла может быть введена в брюшную полость через реберно-диафрагмальный синус.**

ВИДЫ ТОРАКОТОМИЙ

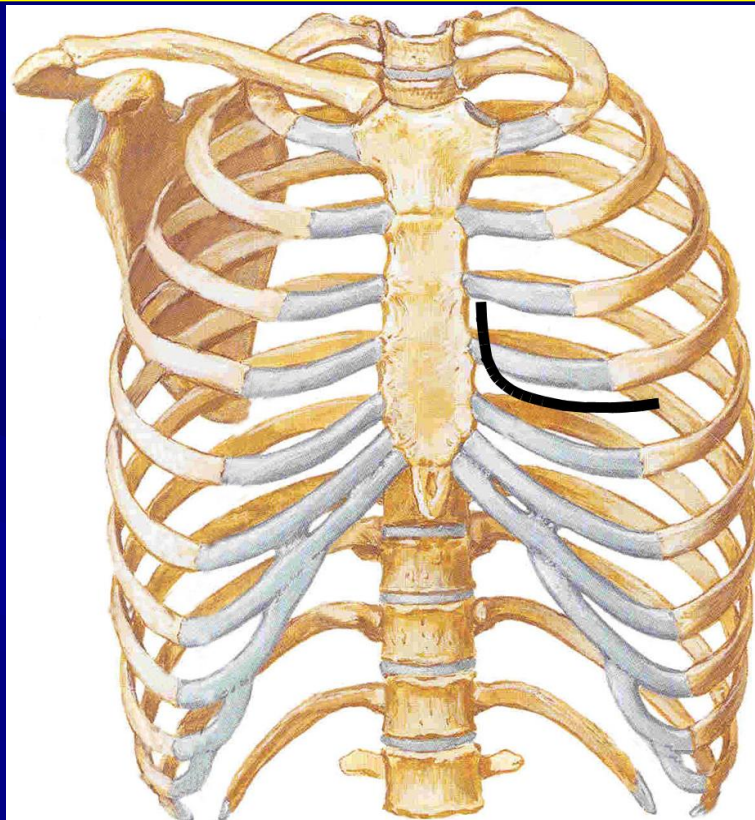
Переднебоковая

Заднебоковая

Боковая

ПЕРЕДНЕБОКОВАЯ ТОРАКОТОМИЯ

Показания: необходимость широкого доступа к элементам корня легкого



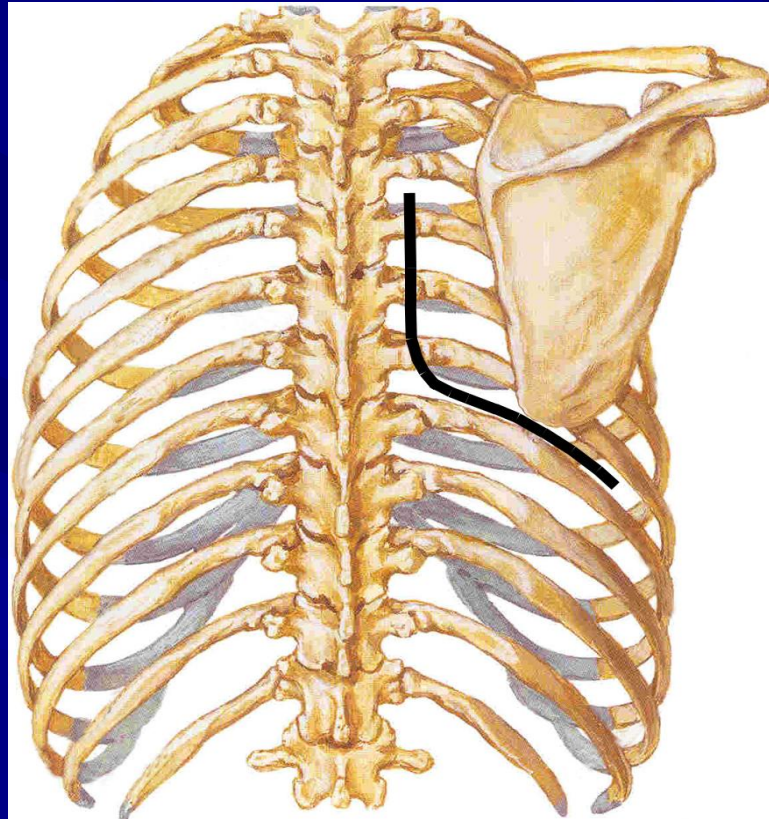
Разрез ведут от III реберного хряща по парастернальной линии до IV межреберья, далее окаймляя снизу сосок, разрез продолжают кнаружи до задней подмышечной линии.

Преимущества: удобное положение для выделения главного бронха.

Недостаток: трудности герметичного закрытия грудной полости.

ЗАДНЕБОКОВАЯ ТОРАКОТОМИЯ

Показания: мобилизация нижнего отдела трахеи и ее бифуркации

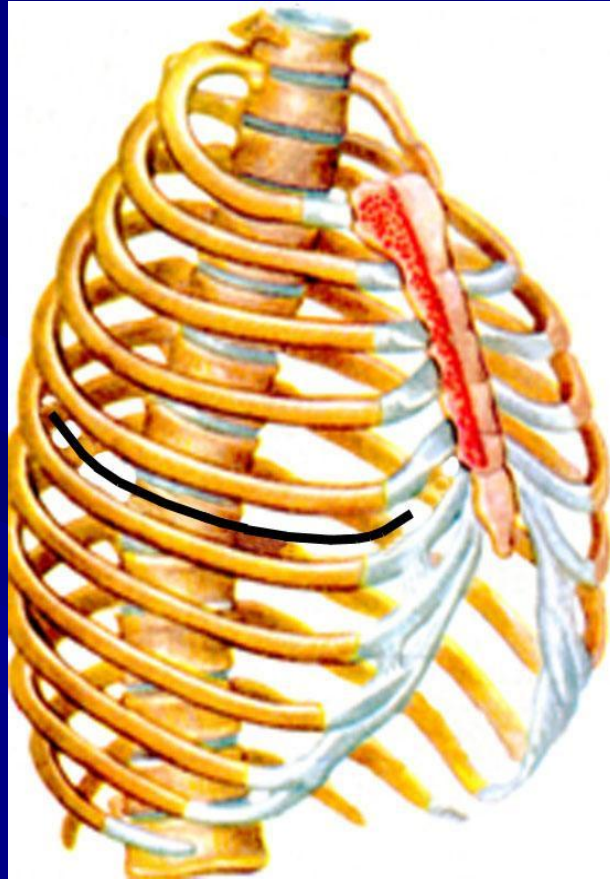


1. Разрез начинают на уровне остистого отростка Th 3 и продолжают по паравертебральной линии огибая снизу угол лопатки, и далее продолжают кнаружи по VI межреберью до передней подмышечной линии.
2. Производят поднадкостничную резекцию VI ребра с пересечением V и VII ребер.

Преимущества: подход к задним отделам легкого и главному бронху

Недостаток: травматичность доступа.

БОКОВАЯ ТОРАКОТОМИЯ



Грудную полость вскрывают по VI межреберью от паравертебральной до среднеключичной линии.

Преимущества: доступ позволяет подойти к любому образованию грудной полости и выполнить различные по объему вмешательства.

Недостаток: положение больного на здоровом боку способствует затеканию бронхиального содержимого с оперируемой стороны в бронхи здорового легкого.

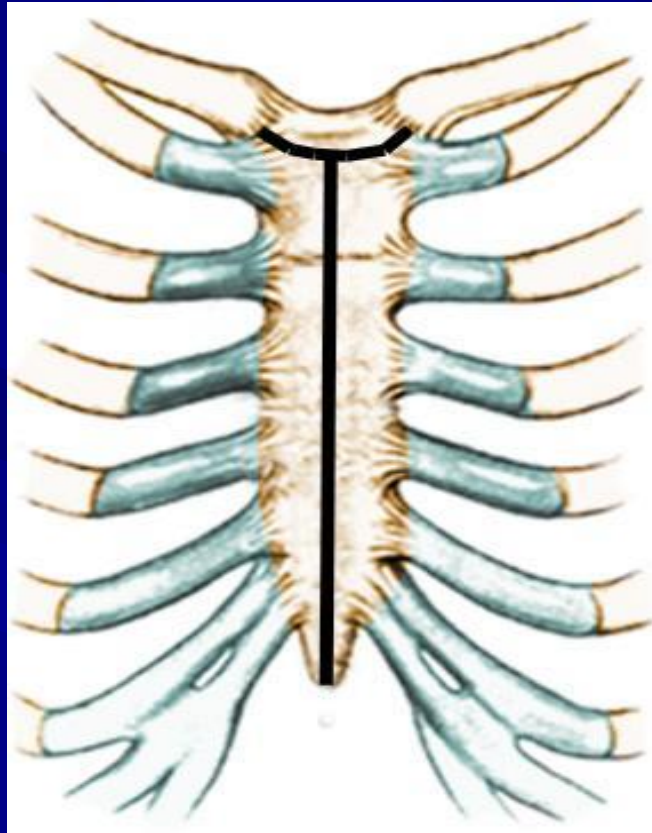
СТЕРНОТОМИЯ



Стернотомию выполняют с использованием стернотома.

ПРОДОЛЬНАЯ СТЕРНОТОМИЯ

Показания: широкий доступ к органам переднего средостения.



1. Проводят срединный разрез мягких тканей по ходу грудины, начиная на 2-3 см выше ее рукоятки и продолжают на 3-4 см ниже мечевидного отростка
2. В нижнем отделе раны рассекают белую линию живота.

ПРОДОЛЬНАЯ СТЕРНОТОМИЯ

3. **Указательным пальцем формируют тоннель между задней поверхностью грудины и стеральной частью диафрагмы с проникновением в позадигрудинное пространство.**
4. **Грудину приподнимают крючком и рассекают стернотомом по срединной линии получая доступ к органам переднего средостения.**
5. **Стернотомную рану зашивают путем сопоставления краев грудины, скрепления их специальными скобками или швами.**

