

# ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Предисловие к изданию на русском языке</b> .....	7
<b>Предисловие</b> .....	8
<b>Глава 1. Исторический обзор хирургии молочной железы</b> .....	9
<b>Глава 2. Анатомия</b> .....	17
2.1. Топографическая анатомия молочной железы.....	17
2.2. Развитие молочных желёз.....	18
2.3. Организация протоково-дольковой системы и её патология.....	20
2.4. Кровоснабжение молочной железы.....	21
2.5. Анатомия подмышечной ямки.....	22
2.6. Широчайшая мышца спины и другие мышцы.....	23
2.7. Вид широчайшей мышцы спины спереди и её кровоснабжение (большая грудная мышца удалена).....	24
2.8. Передняя брюшная стенка и её кровоснабжение.....	24
<b>Глава 3. Диагностические процедуры</b> .....	29
3.1. Тонкоигольная аспирационная биопсия.....	29
3.2. Толстоигольная биопсия.....	31
3.3. Обзор методик биопсии.....	38
3.4. Биопсия под контролем локализационного мандрена.....	40
3.5. Микродуктэктомия.....	44
3.6. Субареолярная диссекция.....	46
3.7. Маммарная дуктоскопия.....	47
<b>Глава 4. Хирургическое лечение доброкачественных заболеваний молочной железы</b> .....	49
4.1. Аспирация кисты.....	49
4.2. Иссечение внутрипротоковой папилломы.....	51
4.3. Иссечение гигантской фибroadеномы.....	52
4.4. Дренирование абсцесса молочной железы.....	53
4.5. Хирургическое лечение гинекомастии.....	56
<b>Глава 5. Биопсии</b> .....	61
5.1. Линии разрезов при эксцизионной биопсии.....	61
5.2. Варианты разрезов и объём операций при раке молочной железы.....	63
5.3. Лампэктомия (широкое иссечение).....	65
5.4. Направление биоптата на гистологическое исследование.....	66

<b>Глава 6. Хирургическое лечение рака молочной железы</b> .....	67
6.1. Модифицированная радикальная мастэктомия.....	67
6.2. Простая мастэктомия.....	73
6.3. Органосохраняющие операции при раке молочной железы.....	73
6.4. Подмышечная лимфодиссекция (I, II и III уровня).....	84
6.5. Биопсия сторожевого лимфатического узла.....	87
6.6. Биопсия внутригрудного лимфатического узла.....	89
6.7. Венозный доступ для химиотерапии.....	89
<b>Глава 7. Пластическая и реконструктивная хирургия молочной железы</b> .....	91
7.1. Одномоментная и отсроченная реконструкция молочной железы.....	91
7.2. Имплантация постоянного протеза.....	91
7.3. Реконструкция молочной железы при помощи экспандера.....	96
7.4. Гипотеза, объясняющая развитие капсулярных контрактур.....	98
7.5. Подвешивающая техника (перемещённый лоскут с брюшной стенки).....	99
7.6. Лоскут широчайшей мышцы спины.....	101
7.7. Полная реконструкция молочной железы при помощи полностью деэпителизованного лоскута широчайшей мышцы спины и аутологичного лоскута широчайшей мышцы спины.....	104
7.8. Лоскут широчайшей мышцы спины для замещения дефектов железистой ткани после квадрантэктомии.....	105
7.9. Реконструкция поперечным лоскутом из прямой мышцы живота на ножке.....	106
7.9.1. Ушивание передней брюшной стенки.....	108
7.9.2. Свободные лоскуты.....	109
7.10. Реконструкция соска.....	114
7.11. Грудонадчревный лоскут при больших дефектах грудной стенки.....	116
7.12. Частичная (или полная) реконструкция молочной железы сальниковыми лоскутами.....	117
7.13. Редукционная маммопластика.....	118
7.14. Редукционная маммопластика: вертикальная техника [по Лежур (Lejour)].....	120
7.15. Редукционная маммопластика: техника с использованием нижней ножки.....	122
7.16. Редукционная маммопластика с использованием техники круглого блока.....	124
7.17. Классификация опущения молочной железы (птоза).....	126
7.18. Мастопексия.....	127
7.19. Мастопексия с использованием техники круглого блока.....	127
7.20. Мастопексия: косая техника [по Ду Форментель (DuFourmentel)].....	130
7.21. Увеличивающая маммопластика.....	131
7.22. Пластика соска при втянутом соске.....	134
<b>Предметный указатель</b> .....	136



## ПРЕДИСЛОВИЕ

За последние годы сделано много важных разработок в хирургическом ведении пациенток с заболеваниями молочной железы. Мы стали свидетелями появления новых методик иссечения опухолей, развития реконструктивной хирургии, оценки лимфатических узлов и косметических операций. В последнее время лечение заболеваний молочной железы получило широкое освещение в средствах массовой информации, в результате чего сегодня пациентки требуют от врачей не только эффективного хирургического лечения, но и хороших косметических результатов. Возможно, именно поэтому хирургия молочной железы стала особой областью хирургической науки и искусства. В данном атласе описана различная хирургическая техника лечения заболеваний молочной железы, объединяющие науку и искусство этой уникальной области хирургии.

Атлас имеет трансатлантическое значение. Его авторы из США, Германии и Италии проявляют особый интерес к лечению заболеваний молочной железы. В книге описана хирургическая методика, используемая по обе стороны Атлантического океана, что должно помочь читателям, стремящимся расширить свой хирургический диапазон. Освещено лечение доброкачественных и злокачественных заболеваний молочной железы. Сопровождающие текст иллюстрации отражают ключевые аспекты хирургических методов. Особое внимание уделяется методикам, обеспечивающим хорошие косметические результаты.

Завершение работы над атласом потребовало совместных усилий множества людей. Мы выражаем особую признательность сотрудникам редакции издательской компании «Springer-Verlag» за их экспертную помощь и руководство, мисс Стефани Бенко (Stephanie Benko), Габриель Шредер (Gabriele Schroeder) из офиса «Springer-Verlag», расположенного в Гейдельберге, Германия, за их поддержку в этом начинании, а также миссис Саре Прайс (Sarah Price) за распространение книги. За прекрасные иллюстрации и плодотворное сотрудничество мы выражаем благодарность художнику Хансу Йоргу Шьютце (Hans Jörg Schütze), Кёльн, Германия. Мы искренне надеемся, что хирурги и оперирующие гинекологи воспримут этот атлас как ценные пособие при лечении заболеваний молочной железы.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

### 4.1. АСПИРАЦИЯ КИСТЫ

Техника аспирации пальпируемой кисты молочной железы сходна с техникой тонкоигольной аспирационной биопсии (см. рис. 3-2). Поверхность кожи обрабатывают ватным шариком, смоченным этиловым спиртом. Мы обычно используем иглу 21 калибра со шприцем на 20 мл. Кисту фиксируют большим и указательным или указательным и средним пальцами. Шприц удерживают противоположной рукой. Аспирацию кисты проводят до тех пор, пока она не перестанет пальпироваться. Часто содержимое кисты представляет собой коричневую, жёлтую или зеленоватую жидкость и не требует ци-

тологического исследования. Единственное показание к цитологическому исследованию — аспирация кровянистой жидкости.

В тех случаях, когда кисту определяют при ультразвуковом исследовании, но не пальпируют, её аспирацию возможно проводить под контролем ультразвука. При этом поверхность кожи также обрабатывают ватным шариком, смоченным спиртом. Ультразвуковой датчик, позволяющий определить локализацию кисты, удерживают в свободной руке. Второй рукой выполняют аспирацию кисты. На рис. 4-1 показана аспирация кисты под контролем ультразвука. На верхнем снимке показана ультразвуковая картина кисты (рис. 4-1, а). На нижнем снимке изображена ультразвуковая картина прохождения иглы через кисту (рис. 4-1, б).

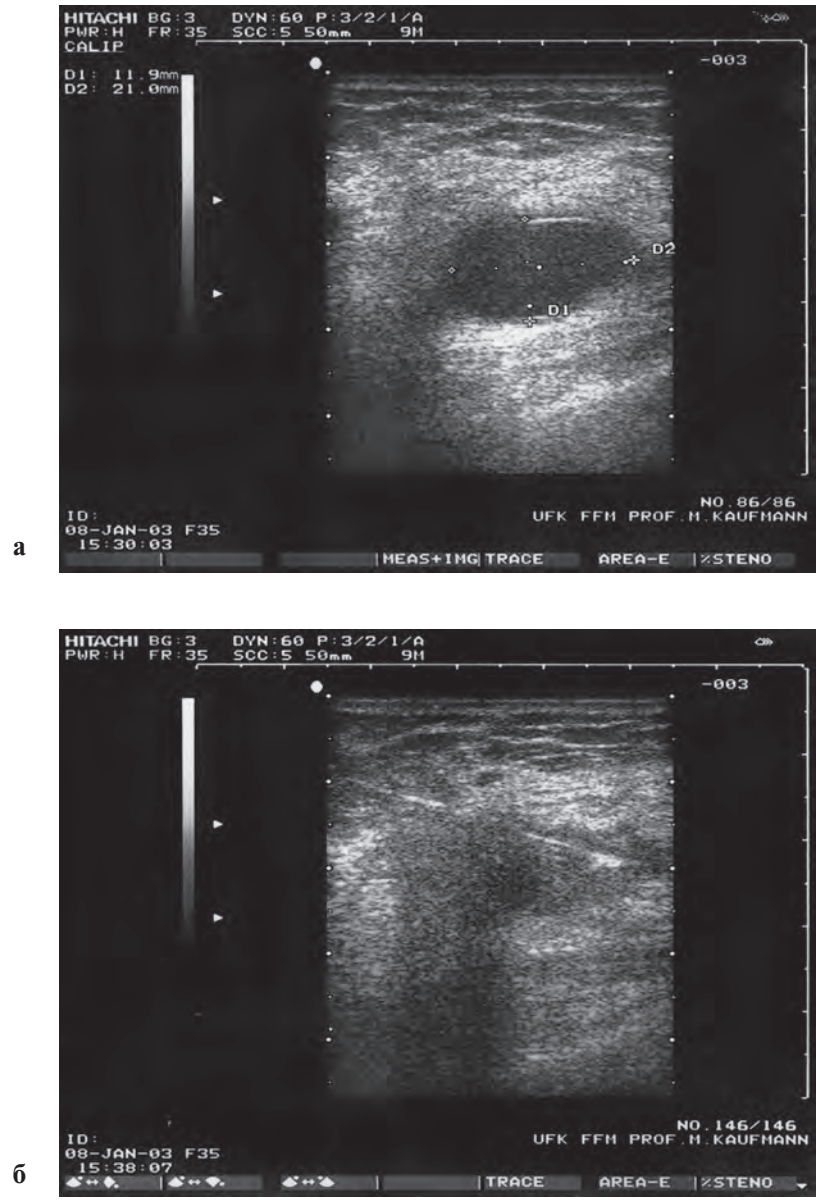
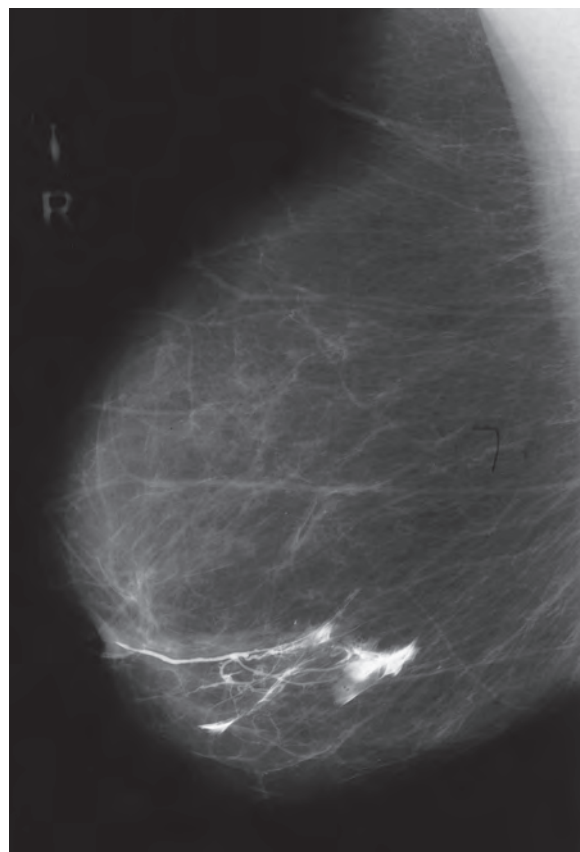
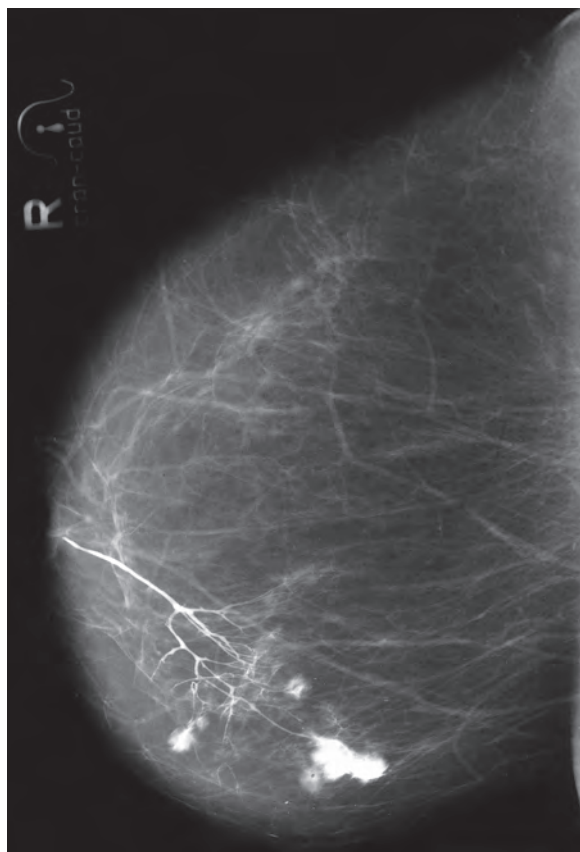


Рис. 4-1. Аспирация кисты под контролем ультразвука.

## 4.2. ИССЕЧЕНИЕ ВНУТРИПРОТОВОКОЙ ПАПИЛЛОМЫ

На рис. 4-2 представлены галактограммы при внутрипротоковой папилломе. Данная патология — основная причина кровянистых выделений из соска, возникающих в результате поражения одного

протока. Обычно внутрипротоковые папилломы подлежат консервативному ведению. В результате некротизирования папилломы кровянистые выделения часто спонтанно разрешаются в течение нескольких недель. Если этого не происходит, возможно иссечение поражённого протока. Процедура иссечения протока молочной железы описана в главе 3.



**Рис. 4-2.** Галактография при внутрипротоковой папилломе.

### 4.3. ИССЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ ФИБРОАДЕНОМЫ

Фиброаденомы — доброкачественные опухоли, чаще встречающиеся у молодых женщин. Обнаружение при клиническом обследовании пальпируемой опухоли молочной железы у молодой женщины заставляет врача заподозрить фиброаденому. Фиброаденома представляет собой плотную, подвижную опухоль, хорошо ограниченную от окружающих тканей. При пальпации опухоль может напоминать перекатывшийся под пальцами мраморный шарик. Однако окончательный диагноз фиброаденомы позволяет установить лишь эксцизионная биопсия. При эксцизионной биопсии у молодых женщин с подозрением

на фиброаденому предпочтителен периареолярный разрез, позволяющий получить наилучшие косметические результаты.

Гигантскую фиброаденому перемещают в область сосково-ареолярного комплекса недоминантной рукой хирурга. После этого доминантной рукой хирург производит периареолярный или инфрамаммарный разрез непосредственно над фиброаденомой, через который и удаляется опухоль (рис. 4-3). Фиброаденому иссекают острым путём с небольшим отступом от края опухоли. После удаления фиброаденомы производят тщательный гемостаз посредством использования диатермии. Рану обильно промывают растворами антисептиков, после чего разрез кожи ушивают непрерывным внутрикожным швом монокриловой нитью 3-0 или 4-0.

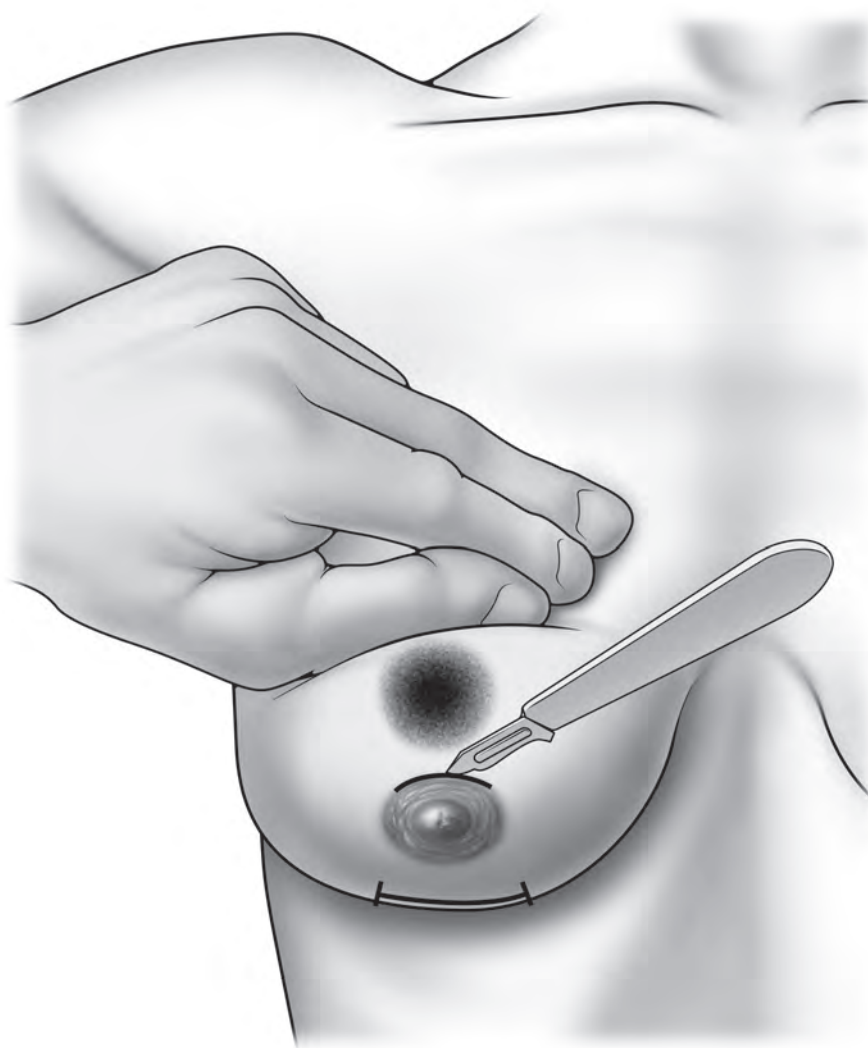


Рис. 4-3. Иссечение гигантской фиброаденомы (периареолярный или инфрамаммарный разрез).

#### 4.4. ДРЕНИРОВАНИЕ АБСЦЕССА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гиперемия и флюктуация в области молочной железы часто указывает на наличие абсцесса. Все абсцессы молочной железы подлежат безотлагательному дренированию. В большинстве случаев данная операция принципиально не отличается от дренирования абсцессов других локализаций. Разрез выполняют непосредственно над полостью абсцесса, гной удаляют, рану тампонируют и оставляют открытой. Однако существует ряд методик, используемых лишь при дренировании абсцессов молочной железы и позволяющих минимизировать образование рубцов, улучшая внешний вид молочной железы после операции.

Как показано на рис. 4-4, некоторые крупные абсцессы дренируют через перiareолярный разрез с пропусканием дренажа Пенроуза (Penrose) через полость абсцесса. Дренаж может выходить через отдельный инфрамаммарный разрез. Для предотвращения смещения дренажа его фиксируют английской булавкой и оставляют в ране на несколько дней до уменьшения количества отделяемого.

В качестве альтернативы абсцесс молочной железы дренируют через перiareолярный разрез. При этом разрез углубляют тупым путём до достижения полости абсцесса и удаления гноя (рис. 4-5). Рану оставляют открытой и тампонируют стерильной салфеткой. Пациентку необходимо обучить технике ежедневных перевязок, которые следует проводить до гранулирования и закрытия раны.

При наличии субареолярного абсцесса в его полость вводят зонд для млечных протоков и извлекают через поражённый млечный проток на поверхность соска, как показано на рис. 4-6.

Большие абсцессы, расположенные у заднего края молочной железы, иногда дренируют через инфрамаммарный разрез. При этом дренаж размещают в полости абсцесса (рис. 4-7). Для установки дренажа иногда требуется ультразвуковое пособие.

Следует подчеркнуть, что гиперемия молочной железы — признак абсцесса, целлюлита или воспалительного рака молочной железы. Иногда для исключения воспалительной формы рака показана толстоигольная биопсия кожи. Любую пациентку с гиперемией молочной железы необходимо тщательно обследовать.

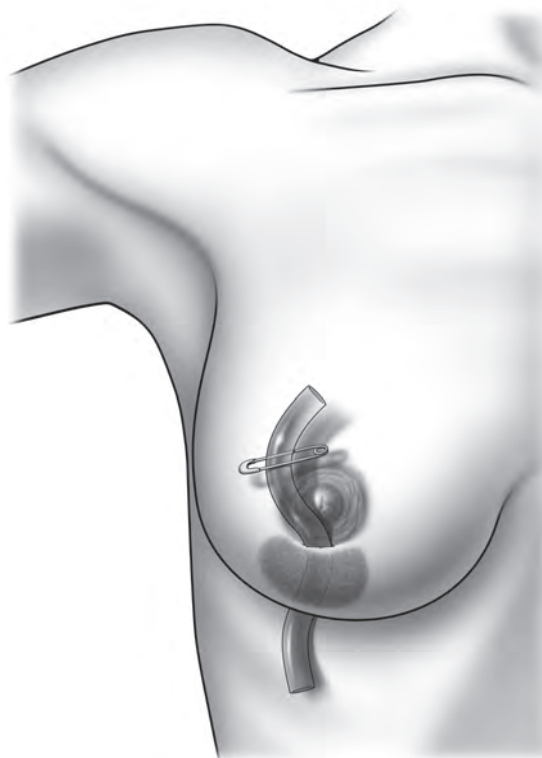
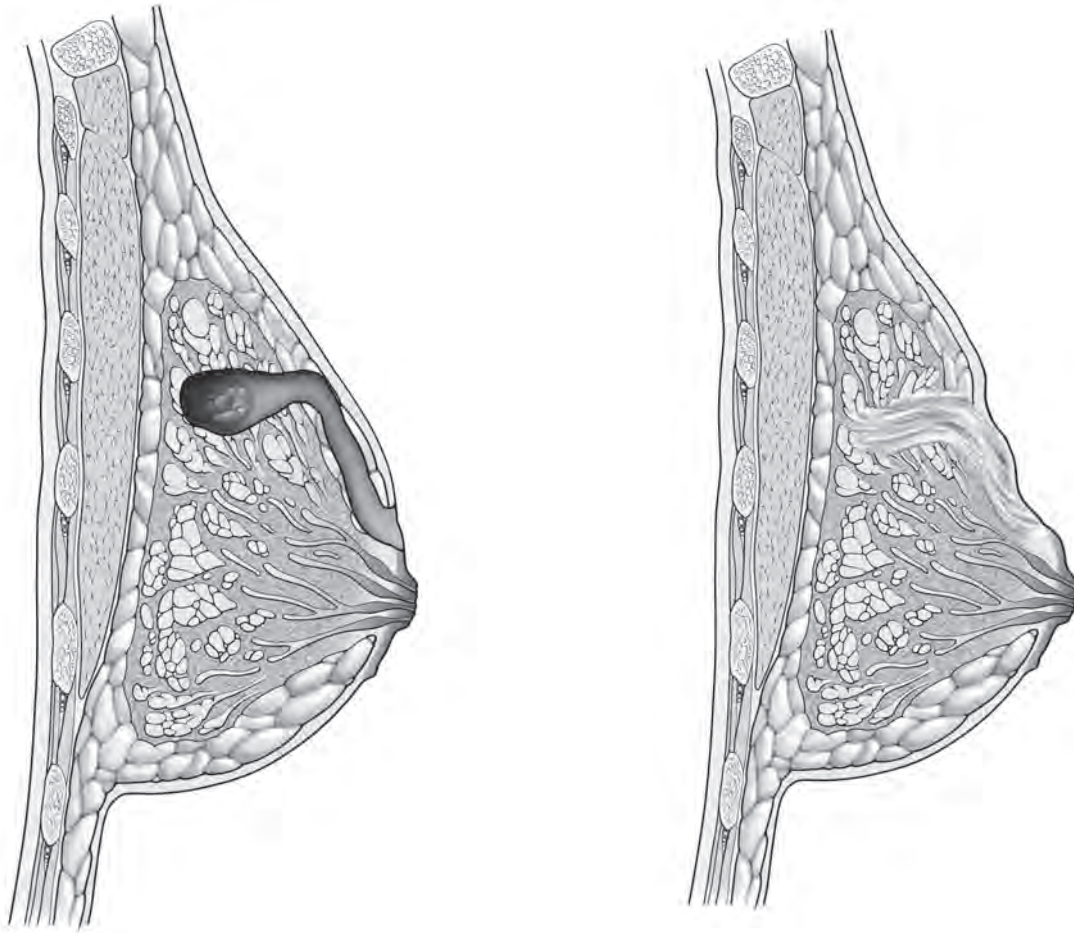
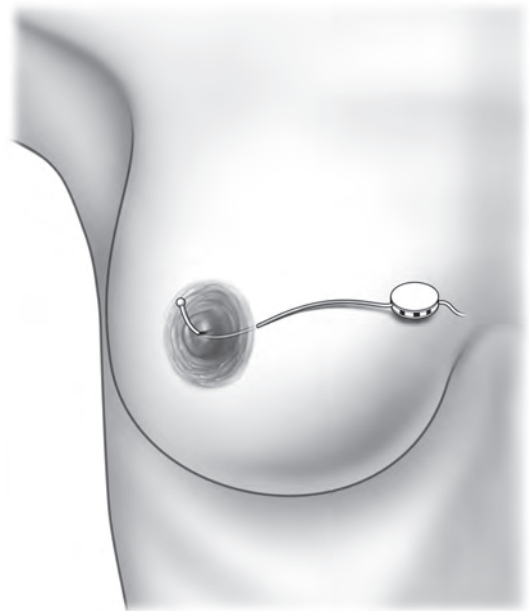


Рис. 4-4. Дренирование большого абсцесса молочной железы.

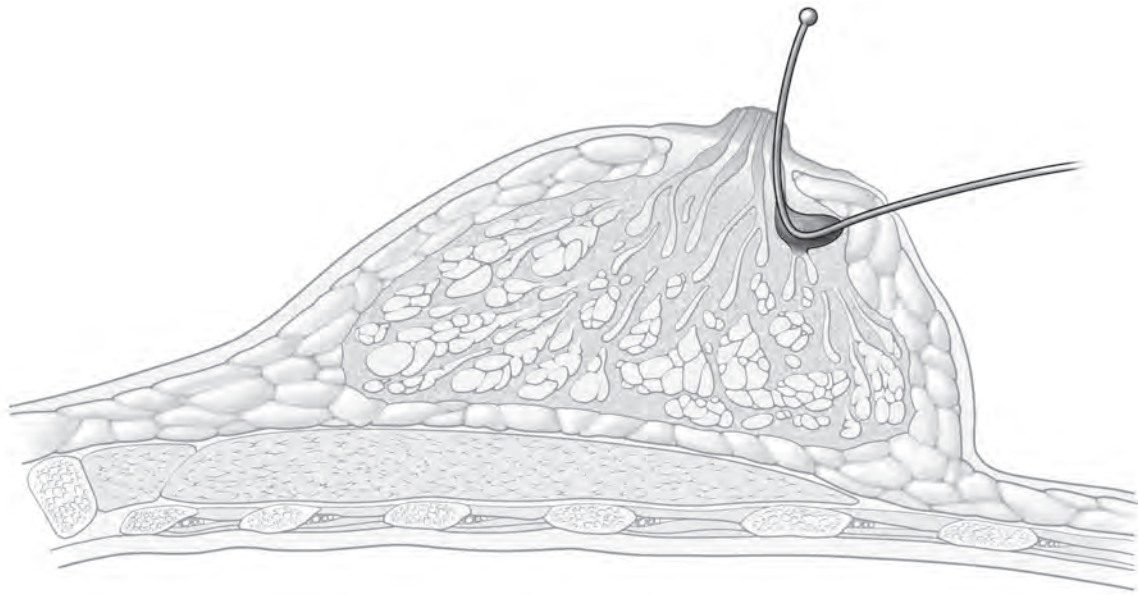




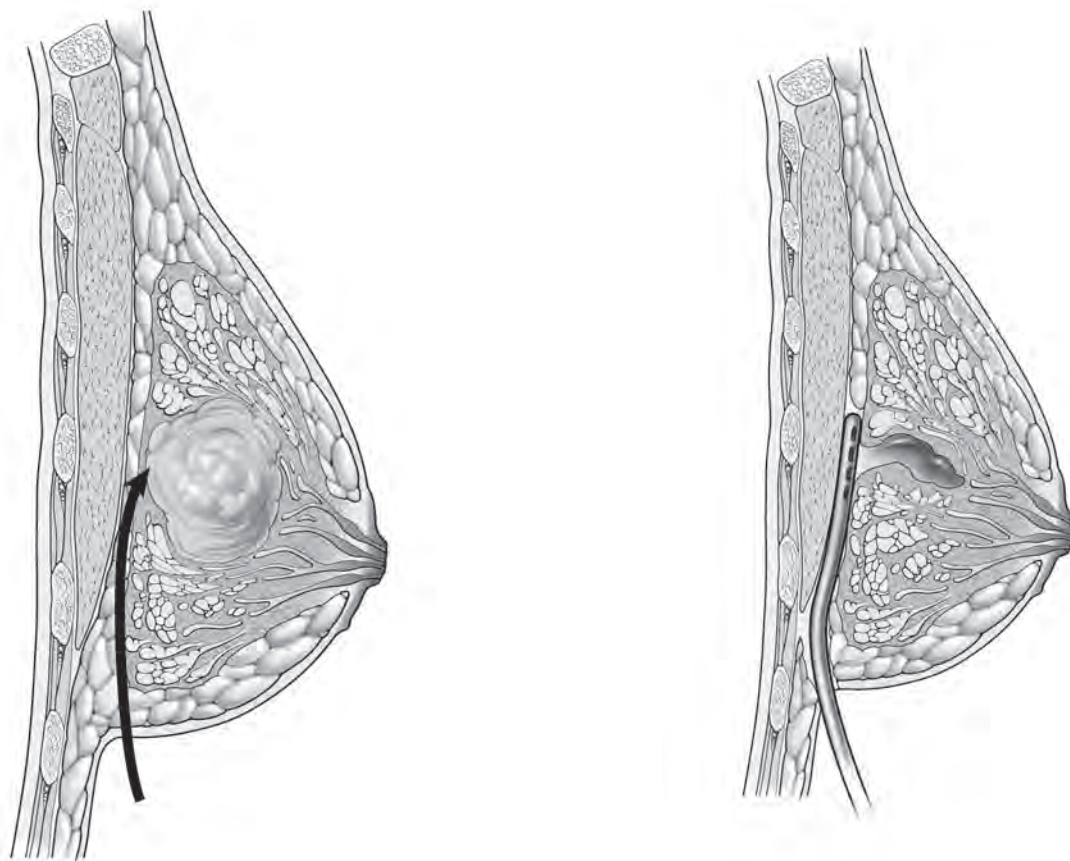
**Рис. 4-5.** Дренаживание большого абсцесса молочной железы через периареолярный разрез.



**Рис. 4-6.** Дренаживание субареолярного абсцесса при помощи зонда для млечных протоков.



**Рис. 4-6.** Продолжение.



**Рис. 4-7.** Дренаживание абсцесса через разрез в субмаммарной борозде.