

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования. КрасГМУ им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гильмана

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

Фиброзно-капсулярная контрактура. Тактика лечения

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Винник Юрий Семенович

Выполнил: Ординатор 2 года обучения Красноярского государственного медицинского университета
Стенькин Роман Викторович

Оглавление

ПОНЯТИЕ ФИБРОЗНО-КАПСУЛЯРНОЙ КОНТРАКТУРЫ	2
ПРИЧИНЫ ФИБРОЗНО-КАПСУЛЯРНОЙ КОНТРАКТУРЫ.....	4
КЛАССИФИКАЦИЯ ПО БЕЙКЕРУ	3
ВИДЫ ПРОФИЛАТИКИ РАЗВИТИЯ КАПСУЛЯРНОЙ КОНТРАКТУРЫ.....	4
ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОЗНО-КАПСУЛЯРНОЙ КОНТРАКТУРЫ.....	5
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	6

ПОНЯТИЕ ФИБРОЗНО-КАПСУЛЯРНОЙ КОНТРАКТУРЫ

Под фиброзной капсулярной контрактурой понимают сокращение, уплотнение и утолщение фиброзной ткани капсулы, в результате чего происходят сдавление эндопротеза, уплотнение и деформация молочной железы. Это объективно ухудшает результаты эндопротезирования молочных желез, и поэтому развитие капсулярной контрактуры рассматривается как позднее осложнение операций данного типа. Частота его возникновения, по данным разных авторов, может достигать 74 %

Макроскопически капсула протеза представляет собой фиброзную гладкую, блестящую ткань серого цвета, окружающую протез. Морфологически капсула имеет три слоя. Внутренний слой представлен плотной фиброзной тканью с незначительным количеством фибробластов и макрофагов. Средний слой состоит из коллагеновых волокон и миофибробластов, вытянутых клеток, имеющих общие черты как с фибробластами, так и с гладкомышечными клетками. Наружный слой — более толстый и состоит из фиброзной ткани, в основном из фибробластов

ПРИЧИНЫ ФИБРОЗНО-КАПСУЛЯРНОЙ КОНТРАКТУРЫ

- 1) причины, связанные непосредственно с оперативным вмешательством (образование гематомы, недостаточная величина кармана, грубое обращение хирурга с тканями, инфицирование сформированной полости)
- 2) причины, связанные с имплантатом (недостаточная инертность материала, из которого изготовлен эндопротез, характер его поверхности, вид наполнителя и его способность пропотевать через стенку протеза);
- 3) к причинам, связанным с пациентом, относится индивидуальная склонность к образованию более грубых рубцов;
- 4) экзогенные факторы (макро- и микротравмы, хроническая интоксикация, например курение).

При развитии капсулярной контрактуры молочная железа постепенно становится все более плотной. При далеко зашедшем процессе она принимает неестественную шаровидную форму. В некоторых случаях пациенток беспокоят неприятные ощущения и даже боли. Фиброзное сжатие капсулы протеза может начаться через несколько недель или лет после операции, но наиболее часто капсулярная контрактура развивается в течение первого года после

вмешательства. Процесс может быть двусторонним, но чаще развивается только на одной стороне.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПО БЕЙКЕРУ

I степень — молочные железы такие же мягкие, как и до операции;

II степень — железа более плотная, имплантат можно прощупать;

III степень — железа значительно уплотнена, имплантат прощупывается в виде плотного образования;

IV степень — часто отмечается видимая деформация желез. Железа твердая, напряжена, болезненна, холодная на ощупь .

В целом, при использовании субъективной шкалы Бейкера лишь контрактуры III и IV степени развития определяются как клинически значимые.

ВИДЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ КАПСУЛЯРНОЙ КОНТРАКТУРЫ

Выбор имплантата. В настоящее время установлено, что использование текстурированных маммопротезов , по данным многих авторов, свело частоту фиброзного сжатия капсулы имплантатов к приемлемому минимуму (с 30% до 2%) . Протезы, наполненные нетекучим гелем, а также имплантаты, наполняемые изотоническим раствором натрия хлорида, также уменьшают вероятность развития этого осложнения

Локализация протезов в тканях. Большинство хирургов отмечают более низкий процент развития капсулярной контрактуры при размещении протезов под большими грудными мышцами в сравнении с локализацией имплантатов непосредственно под тканью железы. Эта разница может быть объяснена, с одной стороны, более хорошим кровоснабжением капсулы протеза, располагающегося под мышцей, а также постоянным растяжением капсулы под воздействием сокращения мышц . С другой стороны, межмышечное пространство можно считать более «чистым», так как практически исключается возможность попадания микрофлоры из железистой ткани в сформированный для протеза карман. Влияние же этой флоры на развитие капсулярной контрактуры признают многие хирурги [13, 27].

Профилактика развития инфекции путем применения антибиотиков существенно снижает частоту возникновения капсулярной контрактуры. Так В. Burkhardt и соавт. (1986) наполняли протезы изотоническим раствором натрия хлорида с антибиотиками и промывали сформированную полость

антисептическим раствором, содержащим стероиды. Затем при помощи полиэтиленового «рукава», орошенного раствором провидона йодида, протез вводили в сформированный карман. Результаты этого исследования показали, что капсулярная контрактура развилась в 37 % случаев у пациентов контрольной группы (без применения антибиотикотерапии) и только в 3% пациентов, оперированных по описанной выше методике

Стероидная терапия. Местное и общее использование стероидных препаратов основано на общеизвестном факте их способности ингибировать процессы рубцевания при заживлении ран. Действительно, введение стероидов как внутрь протезов вместе с наполнителем, так и в окружающие протез ткани приводит к уменьшению частоты возникновения капсулярной контрактуры или к снижению степени ее выраженности. Однако использование данного метода может привести и к развитию серьезных осложнений — атрофии и истончению окружающих имплантат тканей, смещению протеза и даже усилению контрактуры

Качество остановки кровотечения. Долгое время наличие гематомы вокруг протеза считалось основной причиной, влияющей на частоту образования и выраженность капсулярной контрактуры. Это мнение подтверждает множество экспериментальных и клинических работ, посвященных этой проблеме. Хотя четкой корреляции между толщиной капсулы и наличием гематомы не выявлено, качественная остановка кровотечения и дренирование ран являются неотъемлемыми требованиями, которые предъявляют к технике выполнения эндопротезирования молочных желез.

ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОЗНО-КАПСУЛЯРНОЙ КОНТРАКТУРЫ

Наиболее распространенным методом консервативного лечения является закрытая капсулотомия, которая сейчас находит все меньше сторонников. Техника этой процедуры сводится к различным вариантам сдавления железы руками хирурга до достижения разрыва фиброзной капсулы протеза. В результате этого грудь становится мягкой. Значительная травматичность манипуляций нередко приводит к разрыву имплантата, образованию гематомы, миграции геля в мягкие ткани. Возможен неполный разрыв капсулы и даже дислокация протеза. Частота рецидивов капсулярной контрактуры после закрытой капсулотомии, по данным разных авторов, варьирует от 30 % до 50 %

Хирургическое лечение подразумевает открытую капсулотомию и капсулэктомию, а также эндоскопическое рассечение капсулы. Открытая капсулотомия позволяет визуально определить состояние протеза, толщину капсулы, скорректировать положение протеза, а также при необходимости изменить величину кармана.

Открытую капсулотомию выполняют под общим обезболиванием из доступа по старому рубцу. После удаления протеза капсулу рассекают изнутри электроножом по всей окружности ее основания, а затем дополнительно делают радиальные насечки от периферии к центру. Может быть использован прежний протез. При необходимости его меняют на более современную модель. Последующие этапы операции не отличаются от первичного протезирования. Если есть такая возможность, то целесообразно изменить локализацию протеза в тканях. Например, если при первой операции имплантат был размещен непосредственно под тканью молочной железы, то при реэндопротезировании его лучше установить в межмышечное пространство. При этом необходимо дренировать как «старый», так и вновь сформированный карманы. Возможна эндоскопическая капсулотомия, однако эта методика исключает возможность замены протеза и коррекции его положения. Капсулэктомия бывает частичной или полной и является довольно травматичным вмешательством. Показанием к иссечению капсулы могут быть ее значительная толщина или кальцификация. При одномоментном иссечении капсулы и реэндопротезировании имплантат попадает в заведомо неблагоприятные

условия, поэтому, по возможности, целесообразно выполнять отсроченное протезирование со сменой локализации имплантат а в тканях. По данным ряда хирургов, рецидивы капсулярной контрактуры после капсулэктомии достигают 33 %

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вонг, Чин-Хо; Сэмюэл, Мини; Тан, Бьен-Ким; Сонг, Колин (2006). "Капсулярная контрактура при субгландулярном увеличении груди текстурированными и гладкими грудными имплантатами: систематический обзор". *Пластическая и реконструктивная хирургия*. 118 стр
2. Сильвер, Гарольд (1982). "Уменьшение капсулярной контрактуры с помощью двухэтапной увеличивающей маммопластики и импульсной электромагнитной энергии (диапультная терапия)". *Пластическая и реконструктивная хирургия*. 69 стр
3. Baroudi Я, Moraes M. A «bicycle-handlebar» type of incision for primary and secondary abdominoplasty. [Review] // *Aesthet. Plast. Surg.*- 1995.— Vol. 19, № 4, P. 307—320.
4. Белоусов А.Е. - Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия 670-672 стр