

АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПЛАСТИКИ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА

Томаев Ю.О., Горбань М.Е., Белова Е.А., Горбунов Н.С.

*Красноярский государственный медицинский университет,
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого,
кафедра топографической анатомии, г. Красноярск*

Ключевые слова: топографическая анатомия, рак груди, мастэктомия, трансплантация нерва, антомия, сосково-ареоларный комплекс, пластика.

Резюме: анализ работ по изучению тактильной чувствительности сосково-ареоларного комплекса и медиальной поверхности плеча показал, что во всех исследуемых квадрантах груди и в области медиальной поверхности плеча чувствительность положительная. Медиальный кожный нерв плеча обеспечивает чувствительную иннервацию кожи медиальной поверхности плеча. Нерв может быть использован при восстановлении чувствительности сосково-ареоларного комплекса после радикальной мастэктомии. Но для использования нейросенсорного кожного лоскута для замещения дефектов участков кожи медиальный кожный нерв плеча изучен недостаточно.

Resume: the analysis of works on the study of tactile sensitivity of the nipple-areolar complex and the medial surface of the shoulder showed that in all the studied quadrants of the chest and in the medial surface of the shoulder sensitivity is positive. The medial cutaneous nerve of the shoulder provides sensitive innervation of the skin of the medial surface of the shoulder. The nerve can be used to restore the sensitivity of the nipple-areolar complex after radical mastectomy. But the medial cutaneous nerve of the shoulder has not been studied enough to use a sensorineural skin flap to replace skin defects.

Актуальность. Рак молочной железы – актуальная проблема современной медицины, который занимает первое место по заболеваемости среди женщин и имеет высокий темп прироста. В мире ежегодно диагностируется 1,3 миллиона новых случаев, треть от которых заканчиваются летальным исходом, с каждым годом прирост заболеваемости увеличивается на 30 % [1, с. 102].

Одним из методов лечения рака молочной железы является радикальная мастэктомия. Но после радикальной операции встаёт вопрос о реконструкции молочной железы с восстановлением чувствительности сосково-ареоларного комплекса.

Задачи: 1. Анатомическое обоснование пластики сосково-ареоларного комплекса в связи особенностями топографического расположения медиального кожного нерва плеча; 2. Рассмотреть пластику сосково-ареоларного комплекса с точки зрения самостоятельной операции по реконструкции чувствительности зон молочной железы; 3. Проанализировать научную литературу для создания понимания о вариантах формирования медиального кожного нерва плеча [2, с. 598], [3, с. 72]; 4. Обозначить варианты топографического расположения медиального кожного нерва плеча; 5. Анатомически обосновать пластику сосково-ареоларного комплекса.

Материалы и методы. Материалами нашего исследования являются 46 трупов мужчин и женщин в возрасте 36-90 лет проживавших в г. Красноярске. Для изучения нерва были выделены следующие критерии включения в исследование: не

подвергшиеся патологоанатомическому вскрытию трупы мужчин и женщин 36-90 лет без травм головы, шеи, верхней конечности.

В нашей работе мы использовали следующие методы: антропометрический, статистический, послойное анатомическое препарирование [2, с.720].

Результаты исследования и их обсуждение.

В ходе исследования материалов обнаружены следующие топографические варианты формирования медиального кожного нерва плеча.

В 43% случаев медиальный кожный нерв плеча формируется из медиального пучка плечевого сплетения.

В 10% случаев нерв формируется из медиального пучка плечевого сплетения и первого межреберного нерва.

В 2% случаев нерв формируется из первого и второго межреберного нерва.

В 10% случаев медиальный кожный нерв плеча отсутствует.

В 29% случаев нерв формируется из медиального пучка плечевого сплетения и второго межреберного нерва.

В 2% случаев нерв формируется только из первого межреберного нерва.

В 4% случаев нерв формируется только из второго межреберного нерва.

В ходе анализа полученных данных были определены границы вариантных значений:

Длина нерва:

- минимальная = 13,5 см

- максимальная = 30 см

Расстояние от нижнего края середины ключицы до отхождения нерва: - минимальное = 1 см

- максимальное = 6 см

Выводы: медиальный кожный нерв плеча встречается в 90% случаев, а в 10% - отсутствует.

Иннервация кожи медиальной поверхности плеча в последнем случае осуществляется веточками, отходящими от лучевого, локтевого, медиального кожного нерва предплечья и межреберных нервов [4, с.93].

Выявлено 7 вариантов формирования медиального кожного нерва плеча.

Измерение длины медиального кожного нерва плеча позволяет подтвердить логичность его применения для пластики сосково-ареолярного комплекса

Необходим поиск внешних признаков наличия медиального кожного нерва плеча и вариантного формирования для предоперационного выбора методики формирования чувствительности реконструируемой молочной железы.

Литература

1. Петерсон С.Б., Онкология [Электронный ресурс] / под общей ред. С. Б. Петерсона - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-2532-9
2. Привес М.Г., Лысенков Н.К., Бушкович В.И. Анатомия человека.- 11-е изд., испр. и доп.-СПб.: Гиппократ, 2001.
3. Островерхов Г.Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия [Текст]: учеб. для мед. вузов / Г.Е. Островерхов, Ю.М. Бомаш, Д.Н. Лубоцкий. – 5-е изд., испр. – М.: МИА, 2013. – 736 с.

4. Сергиенко В.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. В 2 т. [Текст]: учеб. для вузов / В.И. Сергиенко, Э.А. Петросян, И.В. Фаучи; под ред. Ю.М. Лопухина. – 3-е изд., испр. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007 – т.1. – 832 с.

5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник. В 2-х томах. / Под ред. И.И. Кагана, И.Д. Кирпатовского. 2012. - 512 с.