

Пластическая хирургия - кейс 1

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Пластическая хирургия | Записей: 1 | Кейс: 1 | Вопросов: 12

Пластическая хирургия - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Пластическая хирургия

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Женщина 34 года на первичном приеме у пластического хирурга.

1.2. Жалобы

Уменьшение объема молочных желез после лактации.

1.3. Анамнез заболевания

В анамнезе 3 года назад - беременность, роды и грудное вскармливание в течении 9 месяцев; прекращением лактации в связи с выходом на работу. Отмечает изменение объема и формы молочных желез после деторождения. Планирует повторное деторождение через 2-3 года. Ранее к пластическому хирургу не обращалась.

1.4. Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально

В анамнезе:

- * Детские и респираторные инфекции;
- * Травмы и оперативные вмешательства - отрицает;
- * Наличие сопутствующих заболеваний отрицает;
- * Овариально-менструальный цикл в норме, длительность 28 дней. Месячное кровотечение 3-5 дней, умеренного количества, болевой синдром кратковременный, выражен слабо, вегетативных расстройств, связанных с овариально-менструальным циклом нет.
- * Аллергологический анамнез - без особенностей;
- * Наследственность не отягощена;
- * Объем молочных желез у женщин в семье - в пределах среднестатистической нормы;
- * Онкологический семейный анамнез по материнской линии по раку молочных желез отрицает

1.5. Объективный статус

При поступлении рост 170 см, масса тела 66 кг, телосложение - нормостеническое, питание - умеренное, дыхательная, сердечно-сосудистая системы, органы пищеварения без особенностей. Гемодинамика стабильна. Психо-эмоционально - стабильна.

1. План обследования

1. Вопрос

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

1. пальпация

2. осмотр

3. определение генов BRCA-1

4. определение генов BRCA-2

5. определение онкомаркеров CEA, CA 19-9, CA 125, CA 15-3

6. определение гормонального статуса пациента

Правильные ответы: пальпация; осмотр

Соколов И.С., Пшениснов К.П. «Протоколы подготовки и обеспечения основных эстетических операций». Избранные вопросы пластической хирургии. – Издательство «Аверс Плюс» г. Ярославль. – Издание под патронажем РНИМУ им. Н.И.Пирогова (Москва) и Ярославского государственного медицинского университета. - том 2 №2, 2018. – 40 стр

Операции в области молочных желез. Увеличение молочных желез, редукция, подтяжка. Первичная консультация – стр. 20.

* УЗИ молочной железы (Если имеются изменения – дополнительно консультация онколога-маммолога)

* Сбор анамнеза (наличие родов и кормление грудью, изменение формы молочной железы с течением времени)

* Осмотр, определение параметров, плотности и эластичности тканей, симметрии и деформации, степени птоза

Соколов И.С., Пшениснов К.П. «Протоколы подготовки и обеспечения основных эстетических операций». Избранные вопросы пластической хирургии. – Издательство «Аверс Плюс» г. Ярославль. – Издание под патронажем РНИМУ им. Н.И.Пирогова (Москва) и Ярославского государственного медицинского университета. - том 2 №2, 2018. – 40 стр

* Операции в области молочных желез. Увеличение молочных желез, редукция, подтяжка. Первичная консультация – стр. 20.

* УЗИ молочной железы (Если имеются изменения – дополнительно консультация онколога-маммолога)

* Сбор анамнеза (наличие родов и кормление грудью, изменение формы молочной железы с течением времени)

* Осмотр, определение параметров, плотности и эластичности тканей, симметрии и деформации, степени птоза

3. Результаты обследования

3.1. Осмотр



Осмотр



Осмотр



Осмотр



Осмотр



Осмотр

Status localis: молочные железы в пределах физиологической асимметрии. Конус желез слабо выражен умеренно, птоз железистый, умеренный, субмаммарные складки выражены отчетливо, уровни симметричны. Патологии основания молочных желез не выявлено.

Параметры:

Диаметр молочных желез: справа – 14,3 см, слева – 14 см,

Расстояние от субмаммарной складки до соска справа – 7,0, слева – 7,2 см,

Расстояние от субмаммарной складки до соска в натяжении справа – 9,5 см, слева – 9,7 см.

Расстояние между молочными железами – 3,6 см.

Расстояние от яремной вырезки до САК – 18,0 см справа и слева, Расстояние от середины ключицы справа = 21,0 см, слева – 20,5 см. Расстояние САК-САК – 19,5 см.

Диаметр ареол – 4,3-4,5 см

Окружность грудной клетки – 85 см.

3.2. Пальпация

При пальпации: Тургор мягких тканей молочных желез снижен незначительно. Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Большие грудные мышцы развиты нормально. Пальпаторно патологических образований в железах не определяется. Протоковых выделений не выявлено

3.3. Определение гормонального статуса пациента

ТТГ 0,520 мкЕд/мл (N=0,470—4,640 мкЕд/мл),

пролактин 6,05 нг/мл (N=3,24—29,12 нг/мл),

прогестерон 35,80 нмоль/л (N=10,43—122,84 нмоль/л),

эстрадиол 650 пмоль/л (N=176,16—1134,03 пмоль/л),

Лютеинизирующий гормон 3,78 мЕд/мл (N=0,4—20 мЕд/мл), фолликулостимулирующий гормон 1,76 мЕд/мл (N=1,38—5,52 мЕд/мл).

3.4. Определение генов BRCA-1

Данные за наследственные формы рака молочных желез не обнаружены

2. Вопрос

Необходимым для постановки диагноза и подготовки к вмешательству инструментальным методом обследования является

1. термометрия
2. дуктография
3. радиотермометрия

4. ультразвуковое исследование молочных желез

Правильный ответ: ультразвуковое исследование молочных желез

Ультразвуковое исследование молочных желез. Шаг за шагом. От простого к сложному / А.Н.Сенча – М.: МЕДпресс-ин форм, 2018. – 184 с. : ил. (стр.15)

Этапная хирургическая коррекция гигантомастии. Методические рекомендации

К.м.н. а.а. Копылов, д.м.н. Б.ш. Гогия, д.б.н. И.а. Чекмарева, д.м.н. О.В. Паклина, к.м.н. Р.Р. Аляутдинов, к.м.н. Н.О. Султанова, к.м.н. Т.В. Токарева, к.м.н. А.Н. Лебедева, к.м.н. И.П. Колганова ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» (дир. — акад. РаНа.ш. Ревитшвили) Минздрава РФ, Москва, Россия (с. 77)

В процессе выполнения УЗИ МЖ оцениваются:

МЖ в целом:

- расположение, симметричность;
- экзогенность;
- экоструктура, соотношение жировой, железистой тканей; Для детализации истинной и ложной гипертрофии молочных желез.
- состояние млечных протоков;
- область соска и ареолы;
- кровеносные сосуды паренхимы (интенсивность, симметричность).

Изменения в МЖ:

- характер изменений (диффузные, очаговые);

Соколов И.С., Пшениснов К.П. «Протоколы подготовки и обеспечения основных эстетических операций». Избранные вопросы пластической хирургии. – Издательство «Аверс Плюс» г. Ярославль. – Издание под патронажем РНИМУ им. Н.И.Пирогова (Москва) и Ярославского государственного медицинского университета. - том 2 №2, 2018. – 40 стр

Операции в области молочных желез. Увеличение молочных желез, редукция, подтяжка. Первичная консультация – стр 20.

* УЗИ молочной железы (Если имеются изменения – дополнительно консультация онколога-маммолога)

* Сбор анамнеза (наличие родов и кормление грудью, изменение формы молочной железы с течением времени)

* Осмотр, определение параметров, плотности и эластичности тканей, симметрии и деформации, степени птоза

5. Результаты инструментального метода обследования

5.1. Ультразвуковое исследование молочных желез

Молочные железы среднего объема. Строение молочной железы: смешанное с преобладанием железистой ткани. Протоки: соответствуют фазе менструального цикла, диффузные изменений нет, очаговые образований нет, млечные протоки не расширены: аксиллярные, надключичные и парастернальные лимфоузлы не изменены. Эхографическая картина соответствует фазе менструального цикла: УЗ-признаки начальной жировой трансформации молочных желез.

3. Вопрос

Ультразвуковое исследование молочных желез следует провести в сроки + _____ + день менструального цикла

1. 20-28 (30)
2. 1-4
3. 14-18

4. 5-12

Правильный ответ: 5-12

Методические рекомендации по профилактике рака молочной железы.

ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА В.И. КУЛАКОВА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

Институт онкогинекологии и маммологии

Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы», 2018 год, стр 10

Лучевые методы диагностики.

Ультразвуковое исследование молочных желез.

Проводится на 5-12 день менструального цикла, дополняет и уточняет картину патологического процесса, полученного при других методах исследования. Для исследования отсутствуют возрастные ограничения и радиационная нагрузка.

2. Диагноз

4. Вопрос

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

1. Тубулярная деформация молочных желез 1 типа

2. Постлактационная инволюция молочных желез

3. Аплазия молочных желез
4. Синдром Поланда

Правильный ответ: Постлактационная инволюция молочных желез

Данный диагноз установлен на основании:

Жалоб пациента – уменьшение объема молочных желез, связанное с беременностью, родами и лактацией.

Анамнеза заболевания –

* Молочные железы исходно среднего объема, удовлетворявшего пациентку. Объем молочных желез после беременности, родов и лактации уменьшился, форма изменилась незначительно.

Клинического, лабораторного и инструментального обследования

* Параметры молочных желез, соответствующие постлактационной инволюции с признаками незначительного птоза; патологии основания желез не наблюдается;

* Строение молочной железы: смешанное с преобладанием железистой ткани, с начальными признаками жировой трансформации. Признаков фоновой патологии молочных желез не выявлено. Эхографическая картина соответствует фазе менструального цикла;

* Отсутствие данных за другие диагнозы;

Соколов И.С., Пшениснов К.П. «Протоколы подготовки и обеспечения основных эстетических операций». Избранные вопросы пластической хирургии. – Издательство «Аверс Плюс» г. Ярославль. – Издание под патронажем РНИМУ им. Н.И.Пирогова (Москва) и Ярославского государственного медицинского университета. - том 2 №2, 2018. – 40 стр

8. Диагноз

8.1. Постлактационная инволюция молочных желез

5. Вопрос

При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций, необходимо выполнить фотографирование

1. полупрофиль и профиль в положении сидя
2. анфас в положении лежа

3. анфас и профиль с наклоном вперед, анфас с поднятыми руками

4. полупрофиль и профиль с поднятыми руками и руками на поясе

Правильный ответ: анфас и профиль с наклоном вперед, анфас с поднятыми руками

Соколов И.С., Пшениснов К.П. «Протоколы подготовки и обеспечения основных эстетических операций». Избранные вопросы пластической хирургии. – Издательство «Аверс Плюс» г. Ярославль. – Издание под патронажем РНИМУ им. Н.И.Пирогова (Москва) и Ярославского государственного медицинского университета. - том 2 №2, 2018. – 40 стр

Операции в области молочных желез. Увеличение молочных желез, редукция, подтяжка. В день операции – стр 21.

* Фотографирование пациента в стандартных проекциях: две в профиль обычные и две с наклоном вперед с провисанием груди, две анфас с поднятыми и опущенными руками, а также с наклоном вперед с провисанием груди, две в $\frac{3}{4}$ от подбородка до пупка

3. Лечение

6. Вопрос

Основным методом хирургической коррекции в данном случае является

1. аугментационная маммопластика ретропекторальная

2. периареолярная мастопексия
3. редрапировка ткани молочных желез
4. аугментационная маммопластика субгландулярная

Правильный ответ: аугментационная маммопластика ретропекторальная

_Боровиков А.М. // Курс пластической хирургии в 2-х т. / Под ред. К.П. Пшениснова. – Ярославль; Рыбинск: Рыбинский Дом печати, 2010. – Глава 4.2. Увеличивающая маммопластика __-__ С806-859.. – 1__ т._

Карман. В сравнении с субглангулярным частично субпекторальный карман даст увеличенную полноту верхнего склона за счет отодвинутой протезом кпереди большой грудной мышцы. Стр.826

7. Вопрос

Оптимальным оперативным доступом в данном случае является

1. трансареолярный
- 2. субмаммарный**
3. трансабдоминальный
4. трансаксиллярный

Правильный ответ: субмаммарный

Выбор доступа продиктован биометрическими параметрами пациентки. Субмаммарная борозда выражена, имеется небольшая степень птоза. Трансареолярный доступ возможен при ареоле такого диаметра, но риск повреждения протоков выше, а пациентка планирует повторное деторождение и грудное вскармливание. Трансаксиллярный доступ в данном случае не имеет преимуществ, так как имеются другие зоны для расположения малозаметных рубцов.

Боровиков А.М. __// Курс пластической хирургии в 2-х т. / Под ред. К.П. Пшениснова. – Ярославль; Рыбинск: Рыбинский Дом печати, 2010. – Глава 4.2. Увеличивающая маммопластика – __С__806-859__.. – 1__|__ т.

* Выбор доступа. В большинстве случаев он определяется исходной картиной. В отсутствии заметной субмаммарной складки (далее СМС) предпочтителен аксиллярный разрез. При выраженной субмаммарной складке предпочтителен субмаммарный разрез, гарантирующий оптимальный контроль топографии кармана. При диаметре ареолы 4 см и более удобен полуциркулярный разрез по нижнему краю ареолы. Теоретически этот доступ сильнее прочих повреждает паренхиму, однако, ни клинических, ни рентгенологических подтверждений этому нет. Вместе с тем, следует взвесить хорошо заживающий, но все же пожизненно заметный рубец, против практически незаметного, благодаря легкому птозу субмаммарного рубца.

Трансабдоминальный доступ используется при сопутствующей абдоминопластике– стр 820

_Габка К.Д., Бомберт Х. Пластическая и реконструктивная хирургия молочной железы; пер с англ.; под общей редакцией Миланова Н.О. – М.: МЕДпресс-__информ, 2010. – 360с.: ил_

Глава 3 . Аугментационная (Увеличивающая) маммопластика. Выбор хирургического доступа. Субмаммарный доступ. - стр 35

8. Вопрос

Преимуществом субмаммарного доступа является

1. меньший процент развития капсулярных контрактур
2. менее выраженный болевой синдром
- 3. возможность установки имплантата в разных плоскостях (ретропекторально, субглангулярно)**
4. менее длительный период ограничения физической активности

Правильный ответ: возможность установки имплантата в разных плоскостях (ретропекторально, субглангулярно)

Габка К.Д., Бомберт Х. Пластическая и реконструктивная хирургия молочной железы; пер с англ.; под общей редакцией Миланова Н.О. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 360с.: ил

Глава 3 . Аугментационная (Увеличивающая) маммопластика. Выбор хирургического доступа. Субмаммарный доступ. Стр 35

Субмаммарный доступ обеспечивает: пространство для манипуляций и хирургического маневра, возможность расположить эндопротез в разных плоскостях, изменить уровень субмаммарной

9. Вопрос

Оптимальным в данном случае является анатомический имплантат/эндопротез

1. малой высоты, средней проекции проекции с шириной 12,5-13,0, объемом 250-300см³/г
2. большой/полной высоты, высокой проекции с шириной 13,5-14,0, объемом 530-680 см³/г

3. средней высоты , средней/средней плюс проекции с шириной 12,5-13,0, объемом 360-375 см³/г

4. средней высоты, высокой/экстравысокой проекции с шириной 10,5-11,0, объемом 225-260см³/г

Правильный ответ: средней высоты , средней/средней плюс проекции с шириной 12,5-13,0, объемом 360-375 см³/г

Выбор анатомического эндопротеза/имплантата при увеличивающей маммопластике необходимо рассчитывать исходя из резервной емкости чехла молочных желез, телосложения и роста пациентки и учитывать по возможности пожелания пациентки. При этом резервная емкость чехла у пациентки – достаточная. Ткани эластичны, но имеют умеренное упругое сопротивление. Телосложение пациентки нормостеническое, рост – средний, грудная клетка средней ширины, вследствие чего пациентке при выборе анатомического имплантата показан эндопротез с симметричным основанием.

_Боровиков А.М. // Курс пластической хирургии в 2-х т. / Под ред. К.П. Пшениснова. – Ярославль; Рыбинск: Рыбинский Дом печати, 2010. – Глава 4.2. Увеличивающая маммопластика – С806-859.. – 1__ т._

* Определение потенциальной резервной емкости чехла МЖ, его возможностей по маскировке протеза и поддержке новой формы – ключевой момент прогнозирования ожидаемой формы МЖ.

* Безопасным и наиболее употребимым считается объем имплантата в диапазоне 250-350 мл. У рожавших с легким птозом МЖ объем должен быть выше для заполнения дряблого чехла. Обе рекомендации не что иное, как способность кожно-железистого лоскута МЖ редрапироваться над протезом, иначе говоря, резервную емкость чехла МЖ. Никаких резервуаров в МЖ нет. Речь идет о соотношении упругости и эластичности чехла.

* ... Если растяжимость кожи ареолы спереди меньше 2 см (тугие покровы), хирург вычитает 30 мл из объема имплантата. Если растяжение больше 3 см, то добавляет 30 мл, а если более 4 см, добавляет 60 мл. Если дистанция сосок-складка более 9,5 см. то хирург добавляет 30 мл к ориентировочному объему, чтобы заполнить емкий нижний склон.

10. Вопрос

Оптимальным в данном случае является круглый имплантат/эндопротез

1. низкого профиля, диаметр в диапазоне 14,5-15,0, объемом 380-410 см³/г
2. ультра/экстра высокой проекции, высота в диапазоне 13,2-13,5 см, объемом в диапазоне 545-560 см³/г
3. высокого профиля, диаметром в диапазоне 13,2-13,5, объемом 485-520 см³/г

4. среднего/среднего плюс профиля, диаметр в диапазоне - 12,7-13,0 см, объемом 360-375 см³/г

Правильный ответ: среднего/среднего плюс профиля, диаметр в диапазоне - 12,7-13,0 см, объемом 360-375 см³/г

Выбор эндопротеза/имплантата при увеличивающей маммопластике необходимо рассчитывать исходя из резервной емкости чехла молочных желез и учитывать по возможности пожелания пациентки. При этом резервная емкость чехла у пациентки – умеренная. Ткани эластичны, но имеют умеренное упругое сопротивление.

_Боровиков А.М. // Курс пластической хирургии в 2-х т. / Под ред. К.П. Пшениснова. – Ярославль; Рыбинск: Рыбинский Дом печати, 2010. – Глава 4.2. Увеличивающая маммопластика – С806-859.. –

1__I__т._

* Определение потенциальной резервной емкости чехла МЖ, его возможностей по маскировке протеза и поддержке новой формы – ключевой момент прогнозирования ожидаемой формы МЖ.

* Безопасным и наиболее употребляемым считается объем имплантата в диапазоне 250-350 мл. У рожавших с легким птозом МЖ объем должен быть выше для заполнения дряблого чехла. Обе рекомендации не что иное, как способность кожно-железистого лоскута МЖ редрапироваться над протезом, иначе говоря, резервную емкость чехла МЖ. Никаких резервуаров в МЖ нет. Речь идет о соотношении упругости и эластичности чехла.

* ... Если растяжимость кожи ареолы кпереди меньше 2 см (тугие покровы), хирург вычитает 30 мл из объема имплантата. Если растяжение больше 3 см, то добавляет 30 мл, а если более 4 см, добавляет 60 мл. Если дистанция сосок-складка более 9,5 см. то хирург добавляет 30 мл к ориентировочному объему, чтобы заполнить емкий нижний склон.

4. Вариатив

11. Вопрос

Период обязательного ношения компрессионного белья после данной операции составляет + _____ + недель (и)

1. 10-12

2. 8-10

3. 2-3

4. 4-5

Правильный ответ: 4-5

Соколов И.С., Пшениснгов К.П. «Протоколы подготовки и обеспечения основных эстетических операций». Избранные вопросы пластической хирургии. – Издательство «Аверс Плюс» г. Ярославль. – Издание под патронажем РНИМУ им. Н.И.Пирогова (Москва) и Ярославского государственного медицинского университета. - том 2 №2, 2018. – 40 стр

Операции в области молочных желез. Увеличение молочных желез, редукция, подтяжка. Послеоперационный период – стр 25.

После операции рекомендовано ношение компрессионного белья 4-5 недель

12. Вопрос

Период обязательного ограничения аэробной физической нагрузки после данной операции составляет + _____ + недель(и)

1. 10

2. 6

3. 8

4. 2

Правильный ответ: 6

Соколов И.С., Пшениснгов К.П. «Протоколы подготовки и обеспечения основных эстетических операций». Избранные вопросы пластической хирургии. – Издательство «Аверс Плюс» г. Ярославль. – Издание под патронажем РНИМУ им. Н.И.Пирогова (Москва) и Ярославского государственного медицинского университета. - том 2 №2, 2018. – 40 стр

Операции в области молочных желез. Увеличение молочных желез, редукция, подтяжка. Послеоперационный период – стр 25.

Ограничение физической нагрузки после операции на молочных железах составляет 6 недель