



Выбор оперативного доступа при аугментационной маммопластике

М.С. Саидов, Г.М. Ходжамурадов, Дж.А. Ходжамурадова, М.М.Исмоилов

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

В статье представлены результаты проведения аугментационной маммопластики у 84 пациенток с использованием трёх хирургических доступов: трансаксиллярного (n=5; 5,95%), инфрамаммарного (n=74; 88,1%) и перiareолярного (n=5; 5,95%).

Установлено, что применение инфрамаммарного доступа имеет большую целесообразность как с точки зрения эстетического эффекта послеоперационного рубца, так и удобства для подготовки ложа силиконового имплантата.

Ключевые слова: аугментационная маммопластика, трансаксиллярный, перiareолярный, инфрамаммарный доступы

Актуальность. Число пластических операций на молочных железах увеличивается по всему миру с каждым годом [1]. Согласно данным авторов, занимающихся проблемами аугментационной маммопластики, в настоящее время данная операция является второй по распространённости в эстетической хирургии, после липосакции [2,3]. Слюсарёв И.Ю. (2014) приводит данные о том, что количество эстетических хирургических вмешательств на молочной железе в настоящее время превосходит таковые проводимые с лечебной целью [4]. Кроме того, автор приводит данные о том, что, наряду с увеличением количества проводимых оперативных вмешательств, растёт и число больных неудовлетворённых результатами операции. Автор так же приводит данные о том, что при не правильном выборе оперативного доступа, а так же объёма оперативного вмешательства, очень часто происходит повреждение связочного аппарата молочной железы, что, в свою очередь, приводит к нежелательным последствиям.

Следует отметить, что в последнее время вышел целый ряд работ, посвящённых проблемам возникающим после проведения аугментационной маммопластики, в том числе и наиболее часто встречающихся осложнений данного хирургического вмешательства – капсулярной контрактуры молочной железы [5,6].

Многие авторы считают основной причиной образования капсулярной контрактуры неправильно выбранную оперативную тактику перед проведением хирургической операции [7,8]. Большую роль в проведении операции играет правильный выбор оперативного доступа. В настоящее время существует три вида оперативного доступа, для введения имплантата: трансаксиллярный (через подмышечную впадину), перiareолярный – по полуокружности

ареолы, и инфрамаммарный – проведение разреза по складке под молочной железой [8]. Однако до настоящего момента ведутся споры относительно того, какой же доступ считать наиболее оптимальным для проведения аугментации молочных желёз.

Цель исследования: сравнительная характеристика применения различных хирургических доступов при аугментационной маммопластике.

Материал и методы. Изучен опыт проведения аугментационной маммопластики у 84 пациенток, обратившихся за хирургической помощью в отделение восстановительной хирургии РНЦССХ в период с 2005 по 2015 гг. У 82 (97,6%) из них наблюдалась врождённая двусторонняя гипотрофия молочных желёз. В одном случае имел место синдром Поланда (односторонняя гипоплазия молочной железы и грудной мышцы), в другом – большая обратилась после ранее неудачно проведённой аугментационной маммопластики с целью замены имплантата. Возраст пациенток варьировал от 18 до 40 лет.

С пациентками предварительно проводилось собеседование для оценки их психологического статуса. При исследовании применялись антропометрические методы, измерение расстояния от грудной вырезки до соска, расстояние от передней аксиллярной линии по соску до середины мечевидного отростка грудины. Объём и размеры имплантата подбирались согласно данным измерений молочной железы по стандартным общепринятым таблицам и каталогам.

Применялись имплантаты различных фирм, в объёме от 150 до 380 мл. Все имплантаты имели шероховатую поверхность, что является мерой профилактики раз-



вития капсулярной контрактуры [3,4]. У 79 больных использовались силиконовые имплантаты каплевидной формы. Имплантаты округлой формы использовались в 5 случаях, в основном на начальных этапах исследования. Больным в дооперационном периоде проводился стандартный набор анализов.

Применялись три вида доступа при внедрении силиконовых имплантатов: трансаксиллярный, периареолярный и инфрамаммарный. На рисунке 1 представлены разрезы, проводимые при каждом из вышеназванных доступов [5].



РИС. 1. РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ДОСТУПОВ
ДЛЯ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТОВ
(ПО С.И. ОБЫДЕНОВУ, 2010 г.)

Из 84 пациенток, трансаксиллярный доступ применялся у 5, инфрамаммарный – у 74, и периареолярный – у 5.

Результаты и их обсуждение. Выбор оптимального доступа определяли по размерам молочных желёз, степени их опущения, размеров имплантатов, желания пациенток.

Трансаксиллярный доступ применялся нами в 5 случаях на начальных этапах исследования. Оперативное вмешательство при данном виде доступа отличалось трудоёмкостью, большей травматичностью, продолжительностью и непредсказуемостью результатов. Одним из наиболее неблагоприятных явлений после применения трансаксиллярного доступа являлась незначительная асимметрия молочных желёз, наблюдавшаяся в 2 случаях.

В 5 других случаях нами применён периареолярный доступ для имплантации протезов. Данный доступ возможен при малых размерах имплантатов, которые позволяют провести протез через доступ длиной 4-4,5 см, максимум – до 5,5-6 см. Основным недостатком данного способа является необходимость рассечения

тканей молочной железы непосредственно под ареолой для формирования ложа. Однако во всех случаях преобладало желание пациенток иметь едва заметный рубец. Во всех 5 случаях был достигнут желаемый косметический эффект как в отношении формы молочных желёз, так и послеоперационного рубца.

Приводим клинический пример. Больная З., 1985 г.р., обратилась в нашу клинику с жалобами на малые размеры молочных желёз, что доставляло ей как эстетические, так и психоэмоциональные неудобства. Несмотря на все попытки консервативного увеличения молочных желёз, их размер оставался меньше нормы. После обращения в отделение восстановительной хирургии РНЦССХ и осмотра пластического хирурга, больной было рекомендовано проведение аугментационной маммопластики силиконовыми протезами. При осмотре у больной наблюдается опущение молочной железы I степени, а также двусторонняя гипотрофия молочных желёз. После проведения соответствующих измерений (рис.2), больной были подобраны силиконовые имплантаты каплевидной формы размерами 10,5x10,0x4,7 см и объёмом 150 см³. С использованием периареолярного разреза, создан доступ, и поверх грудной мышцы подготовлено ложе (тупым путём), уложены оба имплантата. Дренажирование проводилось через силиконовые трубки среднего диаметра, выведенные через аксиллярную область, с боковыми отверстиями по средней подмышечной линии. Грудь фиксировалась с использованием компрессионного белья. Общее состояние больной на третьи сутки после операции удовлетворительное, отёки уменьшились, дренаж снят на пятые сутки. Форма и размеры молочных желёз приобрели желаемый эстетический вид. Больная была выписана на амбулаторное лечение.

В то же время, рубец после применения разреза по нижней складке молочной железы, при наложении косметического шва, также почти не заметен и ни в чём не уступает по косметическим свойствам трансаксиллярному доступу. Разрез при данном виде доступа не превышает 4-4,5 см и его следы прекрасно устраняются под воздействием солнечного загара.

К периареолярному доступу, в отношении косметических параметров, у нас возникло неоднозначное отношение. Часто этот доступ был неприемлемым в связи с несоответствием размеров имплантата длине доступа.

Интраоперационно наиболее удобным доступом для хирурга, с точки зрения подготовки ложа для силиконового имплантата, а также его компактного расположения, был доступ при разрезе по линии нижней складки молочной железы.

Доступ, с применением инфрамаммарного разреза, применялся у 74 больных.

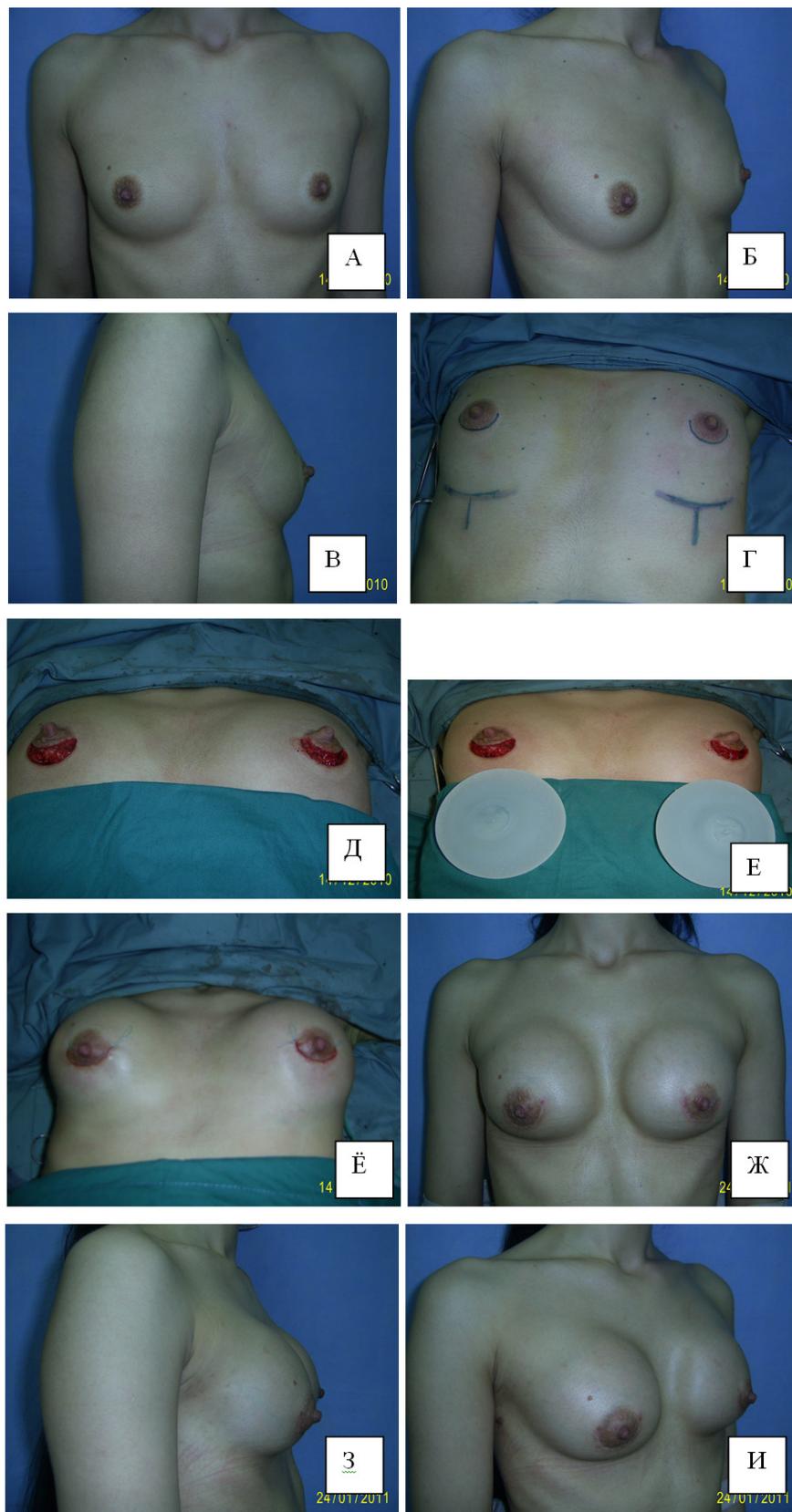


РИС. 2. ИМПЛАНТАЦИЯ ПРОТЕЗОВ ЧЕРЕЗ ПЕРИАРЕОЛЯРНЫЙ ДОСТУП: А, Б, В – ВИД МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ ДО ОПЕРАЦИИ;
Г, Д, Е – ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ: ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ РАЗМЕТКА, СИЛИКОНОВЫЕ ИМПЛАНТАТЫ И ВИД МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ
ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ; Ж, З, И – ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ



Приводим клинический пример. Больная Г., 1986 г.р., обратилась в клинику с жалобами на малые размеры молочных желёз, что доставляло ей как эстетические, так и психоэмоциональные неудобства. Несмотря на все попытки консервативного увеличения молочных желёз, их размер оставался меньше нормы. После обращения в отделение восстановительной хирургии РНЦССХ и осмотра пластического хирурга, больной было рекомендовано проведение аугментационной маммопластики силиконовыми протезами. При осмотре у больной наблюдается опущение молочной железы I степени, а так же двусторонняя гипотрофия молочных желёз. После проведения соответствующих измерений (рис.3), больной были подобраны силиконовые имплантаты каплевидной формы размерами 11,0x10,3x4,7 см и объёмом 255 см³. С использованием инфрамаммарного разреза создан доступ поверх грудной мышцы, подготовлено ложе (тупым путём), уложены оба имплантата. Дренирование дренажами с боковыми отверстиями, выведенными через аксиллярную область. Грудь

фиксировалась с использованием компрессионного белья. Общее состояние больной на третьи сутки после операции удовлетворительное, отёки уменьшились, дренаж снят на пятые сутки. Молочные железы приобрели желаемый эстетический вид. Больная была выписана на амбулаторное лечение.

В отдалённые сроки после проведения оперативного вмешательства значительных осложнений не наблюдалось. Оптимальный вариант соответствия наблюдался у всех больных с разрезом по нижней складке молочной железы. Однако эстетический вид послеоперационного рубца был более оптимальным при периареолярном доступе, применение которого ограничено желанием пациенток и малыми размерами имплантатов.

Выбор приемлемого доступа совпадает с аналогичными работами, констатируемыми в зарубежной литературе [8,9], и должен помочь в выборе правильной схемы проведения оперативного вмешательства

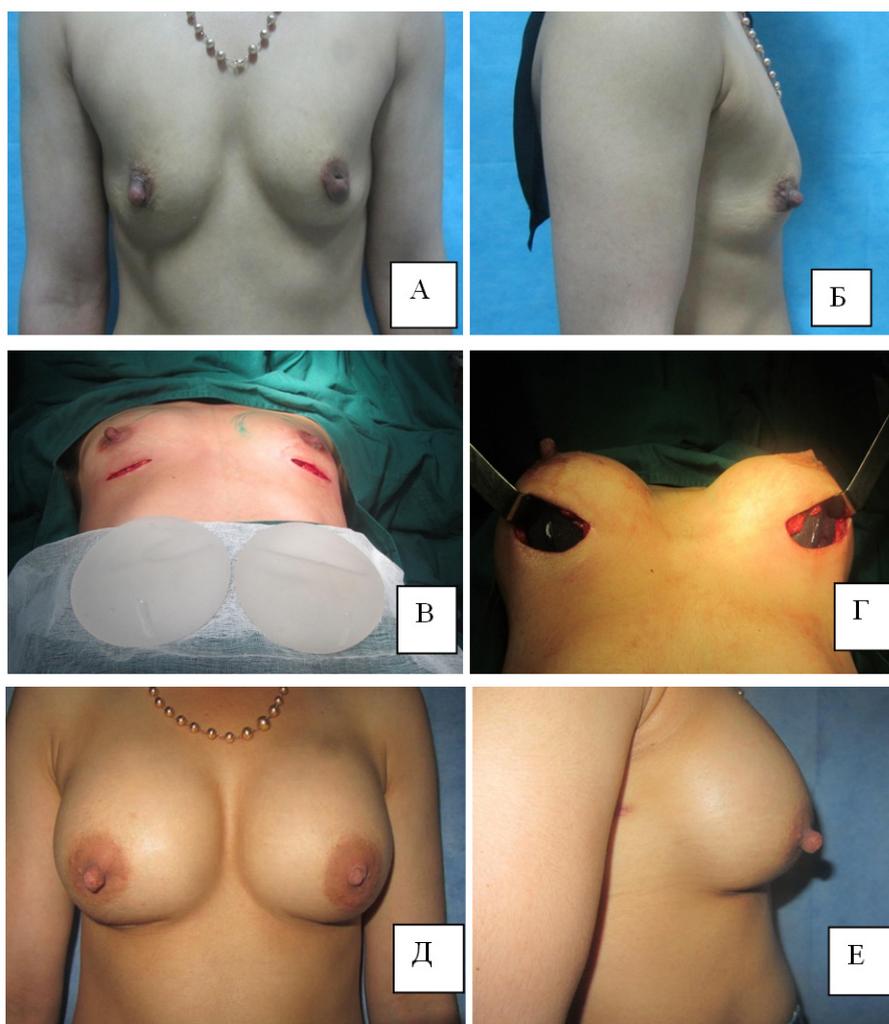


РИС. 3. ДО-, ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ВИД МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ: А, Б – ВИД МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ ДО ОПЕРАЦИИ; В, Г – ИНФРАМАММАРНЫЙ РАЗРЕЗ И СИЛИКОНОВЫЕ ИМПЛАНТАТЫ; Д, Е – ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ



ства. В дальнейшем нами планируется проведение дополнительных исследований, касающихся факторов влияющих на отдалённые эстетические результаты у данной категории больных.

Таким образом, применение оперативного доступа по нижней складке молочной железы при аугментационной маммопластике, по результатам нашего исследования, показало себя эффективным как с точки зрения достижения благоприятного эстетического эффекта, так и удобства проведения хирургических вмешательств. Подготовка ложа для имплантата более удобна именно при этом доступе, в то время как при других видах этот процесс занимает куда больше времени и требует намного больше усилий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Миланов Н.О. Проблема капсулярной контрактуры после эндопротезирования молочных желёз. Хирургическая коррекция капсулярной контрактуры / Н.О.Миланов, О.И.Старцева, Ю.В.Белова // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. – 2009. – № 1. – С. 34-44.
2. Ален-Али Можалаль Аугментационная маммопластика инфрамаммарным доступом анатомическими трансплантатами / Ален-Али Можалаль // *Реконструктивная, пластическая и эстетическая хирургия молочной железы*. Материалы IX Международного конгресса. – М. – 2011. – С. 75-76.
3. Использование селективных блокаторов лейкотриеновых рецепторов для профилактики возникновения капсулярной контрактуры молочных желёз / Т.Г.Григорьева [и др.] // *Экспериментальная и практическая медицина*. – 2013. – № 2. – С.155-164.
4. Слюсарёв И.Ю. Значение особенностей морфологического строения молочных желёз для эстетической маммопластики / И.Ю.Слюсарёв // *Эстетическая и практическая хирургия*. – 2014. – № 4. – С. 109-111.
5. Обыденов С.И. Аугментационная маммопластика / С.И.Обыденов // *Вестник современной клинической медицины*. – 2010. – № 3. – С. 63-68.
6. Видеоассистированная трансаксиллярная субпекторальная аугментационная маммопластика / А.Х.Исмагилов [и др.] // *Казанский медицинский журнал*. – 2006. – Т. 8, № 6. – С. 431-435.
7. Курбанов У.А. Увеличивающая маммопластика / У.А.Курбанов, А.А.Давлатов, С.М.Джанобилова // *Вестник Авиценны*. – 2012. – № 4. – С.14-22.
8. Добрякова О.Б. Факторы риска и способы профилактики фиброзной капсулярной контрактуры после аугментационной маммопластики / О.Б.Добрякова, Н.В.Кузнецова // *Медицинские и фармацевтические науки*. – 2014. – № 3. – С. 22-28.
9. Long-Term Clinical Performance of MemoryShape™ Silicone Breast Implants in Breast Augmentation: Prospective Data through 9 Years / D.A.Caplin [et al.] // *Plastic & Reconstructive Surgery*. – 2014. – № 134. – P. 92-93.

Summary

Choice of access in augmentation mammoplasty

M.S. Saidov, G.M. Khojamuradov, J.A. Khojamuradova, M.M. Ismoilov

Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery

The article presents the results of augmentation mammoplasty in 84 patients using three surgical approaches: axillar (n=5; 5,95%), inframammary (n=74; 88,1%) and periareolar (n=5; 5,95%).

It was found that the use of inframammary access has a greater expediency, both in terms of aesthetic effect of postoperative scar and facilities for the preparation of bed for silicone implant.

Key words: augmentation mammoplasty, axillar, periareolar, inframammary approaches

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Саидов Махмадулло Сайфуллоевич – научный сотрудник
отделения восстановительной хирургии Республиканского
научного центра сердечно-сосудистой хирургии;
734003, Таджикистан, г.Душанбе, ул. Санои, 33
E-mail: mahmad_jon1974@mail.ru