

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИЛИКОНОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ АУГМЕНТАЦИОННОЙ ГЛУТЕОПЛАСТИКЕ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Г.М. ХОДЖАМУРАДОВ¹, М.М. ИСМОИЛОВ¹, М.С. САИДОВ¹, А.Х. ШАЙМОНОВ¹

¹ Отделение восстановительной хирургии, Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, Душанбе, Республика Таджикистан

В статье описывается первый опыт применения силиконовых ягодичных имплантатов с целью достижения эстетического эффекта у двух молодых пациенток в возрасте 24 и 30 лет. После тщательной индивидуальной беседы по поводу выбора способа размещения имплантата в каждом случае была использована своя методика: в одном наблюдении – непосредственно под собственной фасцией ягодичной мышцы, в другом – субмускулярное расположение. В статье отмечено, что, независимо от способа размещения имплантатов, в обоих случаях был получен оптимальный результат, хотя имелись определённые особенности во время операции и в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: *аугментационная глутеопластика, силиконовый имплантат, субмускулярное расположение, субфасциальное расположение.*

THE FIRST EXPERIENCE OF USING SILICONE IMPLANTS IN THE AUGMENTATION GLUTEOPLASTY IN TAJIKISTAN

G.M. KHODZHAMURADOV¹, M.M. ISMOILOV¹, M.S. SAIDOV¹, A.Kh. SHAYMONOV¹

¹ Department of Reconstructive Surgery, Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery, Dushanbe, Tajikistan

The article describes the first experience of the use of silicone gluteal implants with the achievement of the aesthetic effect in 2 young patients aged 24 and 30 years. After a careful individual conversation, the method of placement in each case, there would be a combined procedure: in one observation – directly by gluteal muscle fascia, in the other – a submuscular position. The article notes that regardless of the method of implant placement, in both cases the optimal result was obtained, although there were certain features during the operation and in the postoperative period.

Keywords: *Augmentation gluteoplasty, silicone implant, submuscular position, subfascial position.*

Применение силиконовых имплантатов набирает всё большую популярность по всему миру. Если в последней четверти XX века в литературе, специально посвящённой этой теме, имелись опасения относительно безопасности применения силикона и оставления его на долгий срок, то в настоящее время этот вопрос окончательно решён, и патологическое влияние силикона на окружающие ткани исключено [1]. Силиконовые имплантаты широко и повсеместно применяют с целью увеличения целого ряда анатомических областей: лица, молочных желез, конечностей, а также в урологической, гинекологической практике и пр. В Таджикистане более широко применяется силиконовый протез для аугментации молочных желёз, при западении спинки носа [2-5]. Силиконовые протезы, с целью аугментации ягодиц, в нашей стране применяются впервые, в связи, с чем мы решили поделиться своим опытом.

В контексте красоты человеческого тела форма ягодиц по значимости не уступает другим анатомическим областям и является неотъемлемым атрибутом вторичных половых признаков женщины. Объективные исследования показали, что с возрастом и прибавкой веса происходят изменения по ширине и уровню ягодичной складки. С возрастом и с прибавкой веса ягодица, а, следовательно, и ягодичная складка опускаются. Впервые эстетическую коррекцию ягодичной области выполнил Питангуй в 1964 г., а Бартлес в 1969 г. впервые выполнил аугментацию ягодиц путём вставления грудных протезов в ягодичную область [6]. С тех пор для улучшения формы ягодиц стали широко применяться различные операции: липосакция, пересадка жировой ткани, лоскутные пластики и аугментация при помощи силиконовых протезов [7-14].

Следует отметить, что пациенты должны быть информированы относительно возможных ранних послеоперационных осложнений (гематома, инфицирование вплоть до удаления имплантата). В отдалённом послеоперационном периоде возможны мышечная атрофия, неврологические расстройства, миграция имплантата под кожу, контрактура капсулы имплантата, которая требует его замены. Альтернативным методом является контурная пластика ягодиц с помощью аутожира, при условии, что жира достаточно для взятия. Считается, что степень приживления жира составляет 80-85% (через 2 года после операции) и что, даже при более высокой степени резорбции, пациент получает пожизненное улучшение формы ягодиц.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

В течение первого полугодия 2017 г. в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии обратились 2 женщины в возрасте 26 и 30 лет. В анамнезе обе пациентки ранее подверглись операциям аугментационной маммопластики в Индии с желаемыми результатами. После проведения тщательной беседы по поводу методики размещения имплантатов пациентками были выбраны разные способы размещения имплантата: в одном случае субфасциальное размещение, в другом – субмускулярное. Были проанализированы преимущества и недостатки обоих способов как в техническом аспекте, так и относительно течения послеоперационного периода. Было отмечено, что субмускулярное размещение имплантатов технически менее травматично, требует меньшего времени и проще в исполнении по сравнению с субфасциальным размещением.

Таблица Основные параметры при аугментационной глутеопластике с использованием субмускулярного и субфасциального методов

№	Описание критерия	Случай 1 (24 года)	Случай 2 (30 лет)
1	Рост, вес, индекс массы тела	178 см; 64 кг; 20,19	164 см; 67 кг; 24,91
2	Способ размещения силиконов	Субфасциально	Субмускулярно
3	Вид имплантата	«SEBBIN»	«SEBBIN»
4	Размеры имплантата	400 мл, диаметр 132 мм, высота 43 мм	360 мл, диаметр 128 мм, высота 42 мм
5	Хирургический доступ	8 см, по средней линии над копчиком	8 см, по средней линии над копчиком
6	Технические особенности	Сравнительно легче	Определённые трудности
7	Болевой синдром после операции	Умеренный	Выраженный
8	Послеоперационное течение	Гладкое, дренаж удалён на 8-е сутки	Относительно удовлетворительно, дренаж удалён на 10-е сутки

Пациентки свой выбор остановили на силиконовом протезе французской фирмы «SEBBIN», объёмом 400 и 360 мл, который выбирался в зависимости от конституции, исходной формы и полученных замеров в области размещения силиконовых имплантатов. В обоих случаях был использован хирургический доступ по срединной копчиковой линии, адекватный размерам имплантатов и для формирования ложа.

В техническом плане субмускулярное размещение имплантата не вызывало технических трудностей. После послойного рассечения тканей и попадания в межмышечное пространство без особых затруднений с обеих сторон были сформированы симметричные ложа, соответствующие размерам имплантатов. Межмышечное пространство было сформировано между большой ягодичной мышцей (*gluteus maximus*) над имплантатом и средней ягодичной (*gluteus medius*) и грушевидной (*piriformis*) мышцами под имплантатом.

Техника субфасциального размещения имплантата для глутеопластики была разработана и описана Jose Abel de la Pena,

наша техника не отличалась от предложенной им [6]. Следует отметить, что по сравнению с межмышечным размещением техника субфасциального размещения силиконового имплантата более сложна, требует длительного вмешательства и её необходимо выполнять с особой предосторожностью. Главные преимущества данной методики – достижение симметрии и предупреждение птоза силиконов, так как нижний край крепления собственной мышцы большой ягодичной мышцы предотвращает смещение силикона вниз. Однако следует указать, что, несмотря на техническую разницу выполнения операции, субмускулярное размещение имплантата является более надёжной техникой аугментационной глутеопластики.

Основные параметры при аугментационной глутеопластике с использованием 2 методов представлены в таблице.

Приводим один из клинических примеров. Больная Т.М., 30 лет, поступила с жалобой на неудовлетворённость формой ягодич, что доставляло ей как эстетический, так и психологический дискомфорт (рис. 1, а, б). Выяснилось, что данная проблема бес-

Рис. 1 (а, б). Внешний вид ягодичных областей до операции



покоит пациентку практически с рождения. За год до обращения пациентка подверглась двухсторонней аугментационной маммопластике в одной из эстетических клиник Индии.

Большая нормостенического телосложения, рост 164 см, вес 67 кг, индекс массы тела составляет 24,9. При внешнем осмотре имеется симметричная двухсторонняя гипотрофия мышц ягодичной группы, подкожно-жировая клетчатка слабо развита, что пропорционально распространено и на другие анатомические области тела. Соматически пациентка здорова, лабораторные анализы в норме.

В плановом порядке под эндотрахеальным наркозом была выполнена аугментационная глутеопластика через средне-копчиковый разрез. Имплантаты округлой формы, производства фирмы "SEBBIN" были подобраны по каталогу и согласованы с оперирующим хирургом: объём составил 360 мл, диаметр 128 мм, высота 42 мм.

По предварительному согласованию с пациенткой выбор был остановлен на субфасциальном расположении имплантатов (рис. 2 а, б). Выделение ложа производилось в основном тупым путём с параллельным проведением электрокоагуляции. Необходимо отметить, что выделение собственной фасции большой ягодичной мышцы и создание ложа для имплантата требовало намного больше усилий и сопровождалось большей кровопотерей, чем при выборе межмышечного кармана. Силиконовые дренажные трубки были расположены в созданном субфасциальном кармане, под имплантатом, и были выведены в области ягодичной складки с обеих сторон. В послеоперационном периоде было рекомендовано ношение специального компрессионного белья.

В ближайшие сроки после проведения операции у пациентки наблюдались отёчность и незначительные кровоподтёки. перевязки проводились ежедневно, дренажные трубки были удалены на 10 сутки, сразу после того, как прекратилось выделение жидкости из них. Пациентка была выписана на 10 сутки после проведения оперативного вмешательства. В месячный срок после операции, каких либо осложнений в области ягодиц не было отмечено (рис. 3, а, б, в). Имплантат прижился и пальпаторно не отличался от окружающих тканей. Место разреза было практически незаметно.

ОБСУЖДЕНИЕ

История аугментационной глутеопластики длится чуть меньше полувека, и за этот период хирурги внедрили различные методики размещения имплантатов в ягодичной области.

Рис. 2 (а, б). Интраоперационное фото



а



б

Анализ литературы показал, что в зависимости от запросов реципиентной области индустрия протезов предлагает 3 вида имплантатов ягодичной области: с гладкой оболочкой, с текстурированной оболочкой и имплантаты с покрытой полиуретаном текстурированной оболочкой [15].

В последние годы описывают применение лишь 2 форм имплантатов: круглых и овальных. Во избежание вероятной асимметрии в отдалённые сроки предпочтение отдаётся овальным имплантатам. При размещении последних широкое основание располагают ближе к крестцу, а верхушку обращают кнаружи [16].

По мнению многих авторов в сообщениях последнего десятилетия предпочтение отдаётся субфасциальному расположению ягодичных имплантатов [10, 15]. Субфасциальное размещение имплантата, наряду с эстетическими преимуществами, предупреждает их птоз в отдалённом периоде. Незнание анатомии или игнорирование принципов выполнения техники субфасциального размещения может привести к асимметрии или высокому их расположению.

Vergara R. [17] является сторонником расположения ягодичных имплантатов в межмышечном пространстве и делится своим 15-летним опытом выполнения 160 операций. Автор считает данную методику обоснованной, дающей отдалённые предсказуемые эстетические результаты с минимальными осложнениями.

В систематическом обзоре Flores-Lima G. с соавт. [18] на основе анализа 30 статей, посвящённых оптимальному размещению ягодичных имплантатов, отмечается, что самым популярным и распространённым способом является субфасциальное размещение, детально разработанное и предложенное Jose Abel de la Pena [15]. Также приведена статистика наиболее распространённых способов размещения имплантатов с благоприятными исходами: внутримышечного с использованием XZY метода (13,18%), межмышечного (17,6%), внутримышечного (18,05%) и субфасциального (54,84%).

Таким образом, исходя из литературных источников и нашего незначительного опыта, мы можем рекомендовать размещение ягодичных протезов субфасциально, в качестве оптимального метода.

Авторы были бы рады поднять данный вопрос для открытой дискуссии, чтобы желающие могли бы поделиться собственным опытом. Поскольку в рекламных источниках эстетические хирурги в качестве оптимального доступа предлагают нижне-ягодичный разрез мы были бы рады поднять также и данную тему для дальнейшей дискуссии.

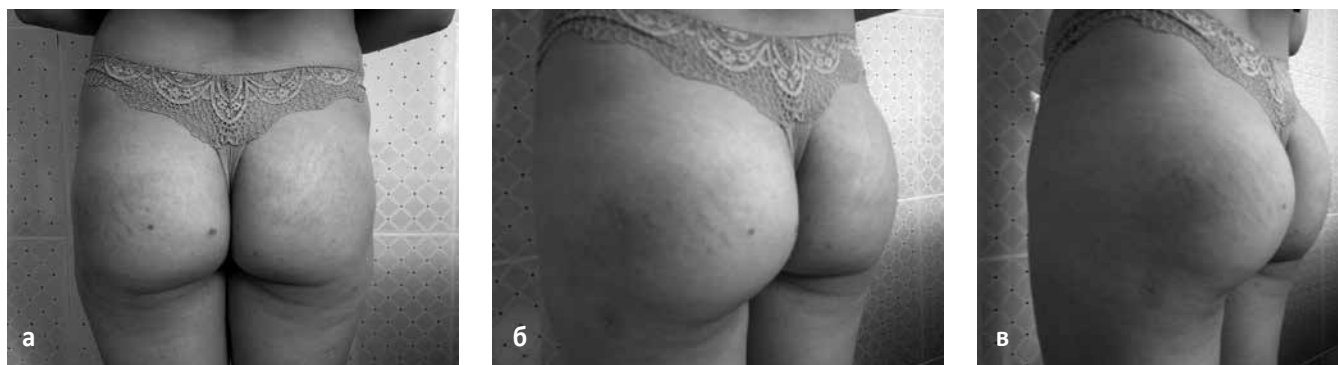


Рис. 3 (а, б, в). Внешний вид после операции

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровиков АМ. Увеличительная маммопластика с использованием силиконовых имплантатов. Москва, РФ: Медгиз; 2009. 100 с.
2. Мариничева ИГ. Увеличивающая глутеопластика: 8-летний опыт. *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. 2009;2: 64-71.
3. Ходжамуратов ГМ, Саидов МС, Исмоилов ММ. Аугментационная маммопластика с применением силиконовых имплантатов больших размеров. *Вестник Авиценны*. 2016;2:60-3.
4. Саидов МС, Ходжамуратов ГМ, Ходжамуродова ДА, Исмоилов ММ. Выбор оперативного доступа при аугментационной маммопластике. *Вестник Авиценны*. 2016;166:35-9.
5. Саидов МС, Ходжамуродова ДА, Ходжамуратов ГМ, Исмоилов ММ. Эффективность аугментационной маммопластики в зависимости от формы и объёма имплантата. *Вестник Тамбовского государственного университета*. 2016;212):595-7.
6. Harrison D, Selvaggi G. Gluteal augmentation surgery: indications and surgical management. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*. 2007; 60(8):922-8
7. Senderoff DM. Aesthetic surgery of the buttocks using implants: practice-based recommendations. *Aesthetic Surgery Journal*. 2016;36(5):559-76.
8. Currin SS. Revisiting the surface anatomy of the sciatic nerve in the gluteal region. *Clinical Anatomy*. 2015;28(1):144-9.
9. Valeriani M. GLADI: Gluteal Adipose Implant. A new technique for the reshaping of the gluteal-trochanteric region. *Acta Chir Plast*. 2004;46(3):70-3.
10. Salgado CJ, Sinha VR, Desai U. Liposuction and lipofilling for treatment of symptomatic silicone toxicosis of the gluteal region. *Aesthetic Surgery Journal*. 2014;34(4):571-7.
11. Camuzard O. Severe granulomatous reaction associated with hypercalcemia occurring after silicone soft tissue augmentation of the buttocks: a case report. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2014;38(1):95-9.
12. Бурдин ВВ, Баранов АИ, Бурдин МВ. Результаты применения эндоскопической техники при аугментационной маммопластике. *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. 2011;2:49-52.
13. Mofid MM. Buttock augmentation with silicone implants: a multicenter survey review of 2226 patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2013; 131(4):897-901.
14. Mezzine H. Buttocks enhancement using silicone implants: a national practices assesment about 538 patients. *Annales de Chirurgie Plastique et Esthetique*. 2015;60(2):110-6.
15. Jose Abel de la Pena. Subfascial technique for gluteal augmentation. *Aesthetic Surgery Journal*. 2004;24(3):265-73.
16. Сидоренков ДА, Краюшкин ИА. Отдалённые результаты увеличивающей контурной пластики нижних конечностей. *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. 2013;4:26-33.

REFERENCES

1. Borovikov AM. *Uvelichitel'naya mamoplastika s ispol'zovaniem silikonovykh implantatov [Magnifying mammoplasty using silicone implants]*. Moscow, RF: Medgiz; 2009. 100 p.
2. Marinicheva IG. Uvelichivayushchaya glyuteoplastika: 8-letniy opyt [Increasing gluteoplasty: 8 years of experience]. *Annaly plasticheskoy, rekonstruktivnoy i esteticheskoy khirurgii*. 2009; 2:64-71.
3. Khodzhamuradov GM, Saidov MS, Ismoilov MM. Augmentatsionnaya mamoplastika s primeneniem silikonovykh implantatov bol'shikh razmerov [Augmentation mammoplasty with application of silicone implants of the big sizes]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2016;2:60-3.
4. Saidov MS, Khodzhamuradov GM, Khodzhamurodova DA, Ismoilov MM. Vyb or operativnogo dostupa pri augmentatsionnoy mamoplastike [The choice of operative access for augmentation mammoplasty]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2016;1:35-9.
5. Saidov MS, Khodzhamurodova DA, Khodzhamuradov GM, Ismoilov MM. Effektivnost' augmentatsionnoy mamoplastiki v zavisimosti ot formy i ob'yoma implantata [The effectiveness of augmentation mammoplasty, depending on the shape and volume of the implant]. *Vestnik Tambovskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2016;21(2):595-7.
6. Harrison D, Selvaggi G. Gluteal augmentation surgery: indications and surgical management. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*. 2007; 60(8):922-8
7. Senderoff DM. Aesthetic surgery of the buttocks using implants: practice-based recommendations. *Aesthetic Surgery Journal*. 2016;36(5):559-76.
8. Currin SS. Revisiting the surface anatomy of the sciatic nerve in the gluteal region. *Clinical Anatomy*. 2015;28(1):144-9.
9. Valeriani M. GLADI: Gluteal Adipose Implant. A new technique for the reshaping of the gluteal-trochanteric region. *Acta Chir Plast*. 2004;46(3):70-3.
10. Salgado CJ, Sinha VR, Desai U. Liposuction and lipofilling for treatment of symptomatic silicone toxicosis of the gluteal region. *Aesthetic Surgery Journal*. 2014;34(4):571-7.
11. Camuzard O. Severe granulomatous reaction associated with hypercalcemia occurring after silicone soft tissue augmentation of the buttocks: a case report. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2014;38(1):95-9.
12. Burdin VV, Baranov AI, Burdin MV. Rezul'taty primeneniya endoskopicheskoy tekhniki pri augmentatsionnoy mamoplastike [Results of application of endoscopic technique in augmentation mammoplasty]. *Annaly plasticheskoy, rekonstruktivnoy i esteticheskoy khirurgii*. 2011;2:49-52.
13. Mofid MM. Buttock augmentation with silicone implants: a multicenter survey review of 2226 patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2013; 131(4):897-901.
14. Mezzine H. Buttocks enhancement using silicone implants: a national practices assesment about 538 patients. *Annales de Chirurgie Plastique et Esthetique*. 2015;60(2):110-6.
15. Jose Abel de la Pena. Subfascial technique for gluteal augmentation. *Aesthetic Surgery Journal*. 2004;24(3):265-73.
16. Sidorenkov DA, Krayushkin IA. Otdalyonnye rezul'taty uvelichivayushchey konturnoy plastiki nizhnikh konechnostey [Long-term results of enlarging contour plastics of the lower limbs]. *Annaly plasticheskoy, rekonstruktivnoy i esteticheskoy khirurgii*. 2013;4:26-33.

17. Vergara R, Amezcua H. Intramuscular gluteal implants: 15 years experience. *Aesthetic Surgery Journal*. 2003;23(2):86-91.
18. Flores-Lima G, Eppley BL, Dimas JR, Navarro DE. Surgical pocket location for gluteal implants: a systematic review. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2013; 37(2):240-5.

17. Vergara R, Amezcua H. Intramuscular gluteal implants: 15 years experience. *Aesthetic Surgery Journal*. 2003;23(2):86-91.
18. Flores-Lima G, Eppley BL, Dimas JR, Navarro DE. Surgical pocket location for gluteal implants: a systematic review. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2013; 37(2):240-5.

И СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Ходжамуратов Гафур Мухаммадмухсинович, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник отделения восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии

Исмоилов Мухторджон Маруфович, кандидат медицинских наук, заведующий отделением восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии

Саидов Махмадулло Сайфуллоевич, научный сотрудник отделения восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии

Шаймонов Азиз Хусенович, научный сотрудник отделения восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

Конфликт интересов: отсутствует.

✉ АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Саидов Махмадулло Сайфуллоевич
научный сотрудник отделения восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии

734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 33
Тел.: (+992) 917 195532
E-mail: mahmad_jon1974@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: ХГМ
Сбор материала: ИММ, СМС, ШАХ
Анализ полученных данных: ИММ, ШАХ
Подготовка текста: СМС, ШАХ
Редактирование: ХГМ
Общая ответственность: ХГМ

Поступила 10.03.2017
Принята в печать 10.07.2017

И AUTHOR INFORMATION

Khodzhamuradov Gafur Muhammadmuhsinovich, Doctor of Medical Sciences, Senior Researcher of the Department of Reconstructive Surgery of Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery

Ismoilov Mukhtordzhon Marufovich, Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Reconstructive Surgery of Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery

Saidov Mahmadullo Sayfuloevich, Research Assistant of the Department of Reconstructive Surgery of Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery

Shaymonov Aziz Khusenovich, Research Assistant of the Department of Reconstructive Surgery of Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery

✉ ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Saidov Mahmadullo Sayfuloevich
Research Assistant of the Department of Reconstructive Surgery of Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery

734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, str. Sanoi, 33
Tel.: (+992) 917 195532
E-mail: mahmad_jon1974@mail.ru

Received 10.03.2017
Accepted 10.07.2017