

Елисеев Г.Д., Жуков М.И., Жуков Е.М., Красенков Ю.В.,
Волошин Р.Н., Стефкивская О.В.

DOI 10.25694/URMJ.2019.10.25

Опыт коррекции асимметрии молочных желез при аугментации грудными имплантами

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедра оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии ФПК и ППС, кафедра пластической реконструктивной хирургии, косметологии и регенеративной медицины ФПК и ППС, г. Ростов-на-Дону. Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького. Клиника пластической, эстетической и реконструктивной хирургии «Клиника доктора Жукова», г. Донецк

Eliseev G.D., Zhukov M.I., Zhukov E.M., Krasenkov U.V., Voloshin R.N., Stefkievskaya O.V.

The experience of mammary gland asymmetry correction during breast implants augmentation

Резюме

В статье приводятся результаты хирургического лечения 88 пациенток с асимметрией молочных желез разной степени выраженности: с истинными 53, смешанными 28, ложными 7. Выбор хирургической тактики основывался на оценке вариантов асимметричности молочных желез и определении «ориентированной» молочной железы. Для каждого вида асимметрии были разработаны специальные принципы оценки вариантов деформации относительно подбора имплантатов, и использованные технические приемы их имплантации, позволили нам во многих случаях определиться в оптимальном подходе к коррекции, при аугментации молочных желез у пациенток с сопутствующими деформациями грудной клетки.

Ключевые слова: молочная железа, аугментация, асимметрия молочных желез, маммопластика

Summary

The results of surgical treatment of 88 patients with mammary glands asymmetry of different severity degrees: true -53, mixed -28, false -7 were presented in the article. The selection of surgical tactic was based on the assessment of mammary glands asymmetry variants and identification of "orientated" mammary gland. For each type of asymmetry, the special principles of assessment of deformation variants regarding the selection of implants were developed, and used technical methods of implantation made possible to us to determine in different cases the optimal approach to correction during augmentation of mammary glands in patients with concomitant deformation of chest.

Key words: mammary gland, augmentation, asymmetry of mammary glands, mammooplasty

Введение

Более 80% женщин в мире имеют выраженную в той или иной степени асимметрию молочных желез (МЖ). С медицинской точки зрения некоторые из них не представляют собой патологии и не вызывают каких-либо проблем, но в большинстве случаев любая, особенно выраженная асимметрия негативно влияет на психоэмоциональное состояние пациенток, что может потребовать хирургической коррекции [1, 2]. Использование методов липофиллинга, имплантов различной формы и объемов а также редукции и мастопексии позволяют полностью, либо частично решить эту проблему [3, 4].

Использованная нами хирургическая тактика в определенной степени приобретенных: асимметрий инволюционных, посттравматических, после перенесенного рахита, школьный сколиоз и кифоз, остеохондропатии, синдром

Поланда, врожденная наследственная асимметрия.

Для более качественного выбора тактики хирургической коррекции наши пациенты были поделены на три группы:

- Истинные асимметрии МЖ – асимметрия собственно МЖ
- Ложные асимметрии МЖ – деформации грудной клетки с асимметрией
- Смешанные асимметрии МЖ – с асимметрией МЖ и грудной клетки

Материалы и методы

За период с 2016 по 2019 прооперированно 88 пациенток с асимметрией молочных желез разной степени выраженности: с истинными 53, смешанными 28, ложными 7.

- С асимметрией собственно молочных желез:
- Асимметрией обусловленная односторонней гипер- или гипоплазией – 31;
 - Инволюционные изменения (лактация, гормональная дисфункция) – 9;
 - Ятрогенные (включая эстетическую коррекцию) – 4;
 - Посттравматические (травмы, ожоги) – 3;
 - После перенесенных заболеваний (гнойные, онкологические, гормональные и т.д.) – 7;
 - Синдром Поланда 1-2 ст. – 9;
- С деформацией грудной клетки (смешанные):
- Деформации после перенесенного рахита 1 степени (глубина воронки до 2-3 см.) – 10;
 - Посттравматические деформации грудной клетки (не требующие торакопластики) – 3;
 - Школьный сколиоз и кифоз - 7;
 - Синдром Поланда 2 ст. – 15;

Выбор хирургической тактики основывался на оценке вариантов асимметричности МЖ и определении «ориентированной» молочной железы (грудь объем и форма которой после установки импланта была исходной, по образу и подобию которой выполнялась корректировка контрлатеральной молочной железы).

Таким образом «ориентированной» железой при асимметрии собственно молочных желез считали железу меньшего объема. При смешанной асимметрии, железу на стороне западения контура грудной клетки.

А) При асимметрии собственно молочных желез ориентированная меньшая МЖ при аугментации позволяла определиться:

1. С оптимальным объемом и проекцией при аугментации;
2. В ширине и высоте основания, соотносимых с контрлатеральной - большей по величине железой;
3. В случае, если форма основания большей по величине железы не устраивает пациентку (при тубулярности и т.д.) задать желаемые параметры;
4. С формой и объемом сосковоареолярного комплекса, сформировавшегося при растяжении на импланте;
5. С одно или двухсторонним вариантом редукции, либо пексии (при показаниях) при птозированных МЖ;

Б) При смешанной и асимметрии позволяла определиться:

1. С выбором оптимальной проекции и объема импланта;
2. С шириной и высотой основания (поскольку основание груди на стороне западения контура грудной клетки всегда уже и срединная линия визуально кажется смещенной в сторону западения);
3. Со степенью компенсации птоза (при его наличии) полной его компенсацией при установке импланта, либо дополняли корректирующей мастопексией или редукционной пластикой;
4. С необходимостью применения эспандерной дерматензии в случаях несоответствия возможностей покровных тканей планируемому объемом аугментации;

5. С уровнем и формой сосковоареолярного комплекса.

Особо значимая проблема коррекции смешанной асимметрии, варианты которой изобилуют различными деформациями грудной клетки. Поэтому мы ограничились описанием принципов нашего понимания и подхода в коррекции и подборе имплантов при 2-х основных деформациях грудной клетки: асимметрией с западением в парастеральной области (медиального контура молочной железы) и асимметрией с западением в области латерального контура молочной железы. При этом, отбирались пациентки с I-II степенью т.е. глубиной воронки в области западения контура грудной клетки в пределах 3см, т.к. более глубокие и выраженные деформации, как правило, связаны с выраженными функциональными нарушениями внутренних органов и требуют функциональной коррекции.

Так первоначально, выбирали «ориентированную» молочную железу на стороне западения контура грудной клетки.

У таких пациенток использовали асимметричные импланты. При этом со стороны более высокого (нормального) контура грудной клетки применялся имплант круглой формы, а со стороны западения, каплевидной с круглым основанием. Такой подход считали оптимальным, так как круглое основание позволяет добиться максимально возможной коррекции асимметрии по проекции и основанию сопоставимых с круглыми имплантами на контрлатеральной стороне. Одним из основных моментов при установке каплевидного импланта являлась установка вершиной в область наибольшего западения грудной клетки. При этом происходила его ротация в сторону западения контура. Нижняя его часть «уходит» на компенсацию деформации (западения грудной клетки) определяли как «компенсаторный сектор», а верхняя его часть собственно увеличивает объем самой железы «аугментационный сектор», отделяется от компенсационного условной границей, проходящей и определяющей уровень грудной клетки соответственно противоположному (контрлатеральному-нормальному) контуру грудной клетки (рис.1). «Аугментационный сектор» в таких случаях, приобретает более сферическую форму за счет уменьшения разницы длины верхнего контура (ската) имплантата в объемах этого сектора (рис. 2).

Подбор импланта начинали на ориентированной стороне, с определения его проекции по методике предложенной J. Tebbets и W. Adams по системе «TEPID», а также определением разницы уровней контуров грудной клетки в области наибольшего западения и области проекции сосково-ореолярного комплекса по сравнению с контр-латеральным-недеформированным контуром.

При первом варианте, когда западение контура грудной клетки локализовалось по медиальному контуру молочной железы (в области прилежащей к мечевидному отростку), подбор диаметра основания импланта начинали с ориентированной молочной железы, определения уровня ее медиального контура и «аугментационного сектора» т.е. со стороны наибольшего западения грудной клетки.

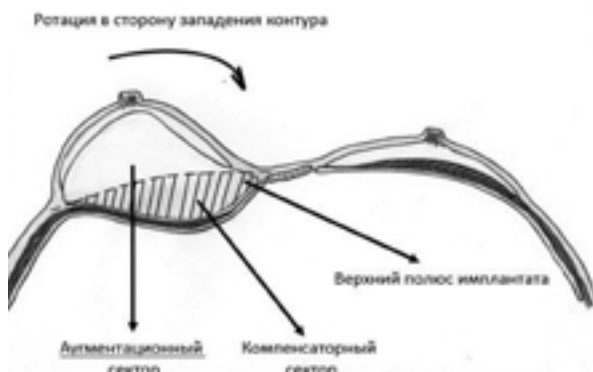


Рис.1. Этап операции.

Только круглое основание импланта и его высокий профиль позволяли получить круглое основание у «аугментационного сектора» и максимально его приблизить к полусфере, что помогало оптимально корректно подобрать круглый имплант для контрлатеральной молочной железы.

Диаметр основания импланта определяли путем замера расстояния от медиального края участка западения контура грудной клетки до точки проекции вертикали от соска умноженное на 2. Самая латеральная точка наружного контура, в этом случае, должна совпадать, либо быть латеральной наружного контура контрлатеральной молочной железы. Учитывали при замерах на контрлатеральной стороне, что медиальный край основания будущей железы, с ориентированной стороны, в этом случае, будет более латеральной, чем медиальный край импланта, поскольку за счет «компенсаторного» сектора укорачивается медиальный контур импланта (т.е. его верхний скат) относительно условно проведенной линии, соответствующей уровню противоположного (нормального) контура грудной клетки.

«Аугментационный» сектор, таким образом, имеет более короткий медиальный контур, чем имплант и начинается от точки пересечения контура импланта с условной линией, которая находится более латерально относительно медиального края импланта и делит его контур на «компенсаторный» и «аугментационный» сектор. У большинства обследованных пациенток, молочная железа на стороне деформации контура грудной клетки была меньше контрлатеральной. Это требовало выбора имплантатов для ориентированной молочной железы максимально допустимого размера, согласно замеров и анатомических критериев по объему и проекции. Это позволяло придельно соразмерно в отношении объема и проекции произвести аугментацию большей по объему контрлатеральной молочной железы. При этом в определенных случаях оставались показания и одновременно выполнялась дополнительно ее корректирующая редукция или мастопексия.

Вертикальная ось проекции имплантата на ориентированной стороне будет ротироваться вместе с имплантатом кнутри, а сосково-ареолярный комплекс перемещается кнаружи от него. Чем глубина деформации менее выражена, тем проекция имплантата должна быть



Рис.2. Этап операции.

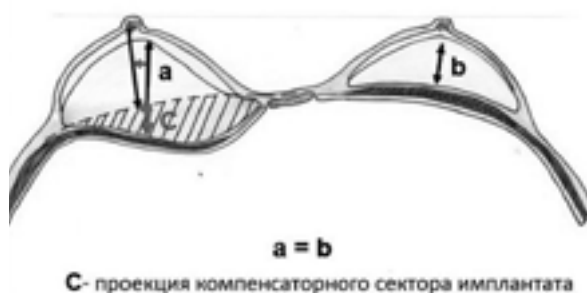


Рис. 3. Этап операции.

больше, поскольку разница верхнего и нижнего контура у высокопрофильных имплантатов, как говорилось выше, изначально меньше, чем у низкопрофильных и при уменьшении верхнего ската за счет «компенсаторного сектора», можно получить меньшую разницу верхнего и нижнего ската «аугментационного сектора» импланта (соответственно медиального и латерального ската молочной железы) и приблизить его к полусфере (рис. 3).

На контрлатеральной стороне, в таких случаях, как говорилось ранее, использовали круглые импланты. Диаметр основания составлял сумму двух расстояний от точки соответствующей проекции латеральной точки основания уже выбранного импланта на ориентированной стороне до точки пересечения вертикальной линии от сосково-ареолярного комплекса с линией, определяющей уровень контура грудной клетки. Выполняли с помощью штангенциркуля и учетом толщины мягких тканей. Проекция импланта на контрлатеральной стороне составляла разницу между проекцией импланта выбранного для ориентированной молочной железы минус величину глубины деформации грудной клетки на уровне той же вертикали от сосково-ареолярного комплекса. При замерах в лежачем положении выполняли максимально возможное смещение МЖ вверх (краниально), если возможно выше уровня западения грудной клетки. Что облегчало их проведение. Выбранный имплант для контрлатеральной МЖ, в случаях выраженной разницы объемов молочных желез мог быть меньше необходимого объема для компенсации птоза или полноты. В таких случаях одна из подходящих методик редукции или мастопексии

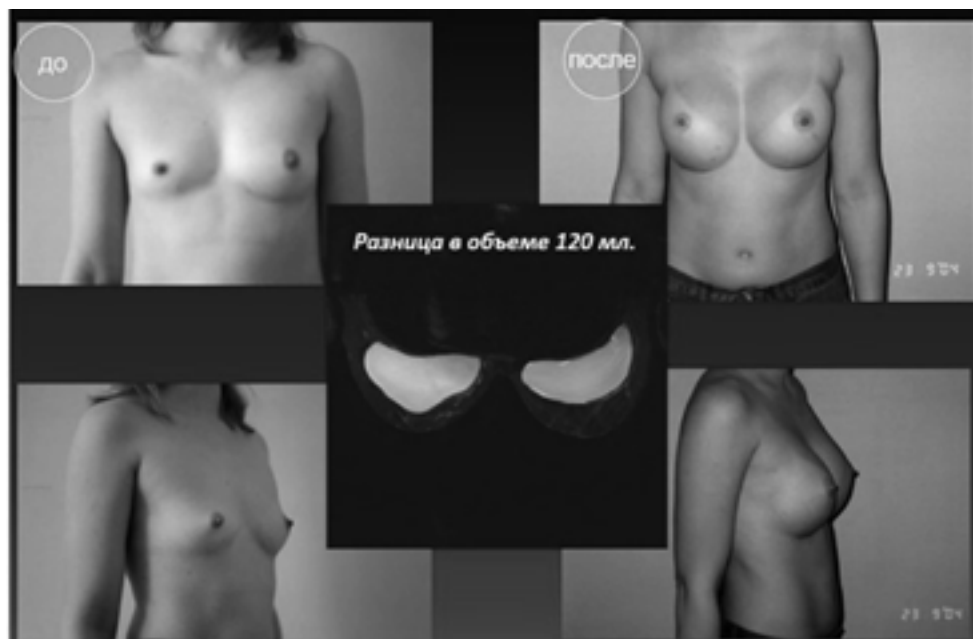


Рис. 4. Пациентка с синдромом Поланда 2 ст. (западение грудной клетки по нижнемедиальному контуру МЖ справа).

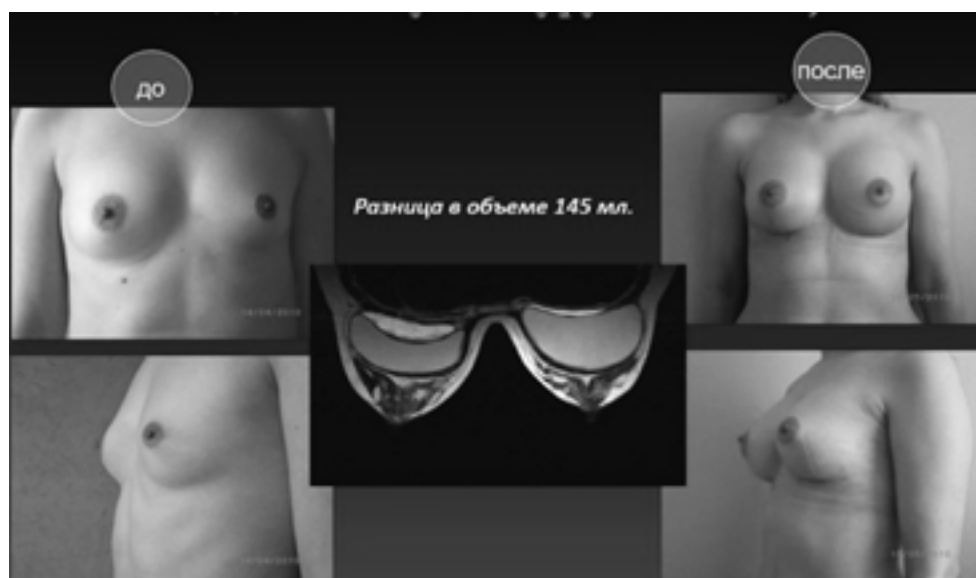


Рис. 5 Пациентка с синдромом Поланда второй степени (западение по медиальному контуру МЖ слева).

на импланте позволяла получить оптимальный вариант коррекции асимметрии. В заключительном этапе широко использовали методику липофилинга для выравнивания асимметрии связанной с остаточными дефектами объема и контура в основном в области ориентированной молочной железы (рис 4, 5).

Вторым вариантом являлась коррекция асимметрии МЖ когда максимальный уровень западения на деформированной стороне грудной клетки локализовался латерально. (Рис 6)

Подбор диаметра импланта начинали, как и при первом варианте, с определения медиального контура будущей МЖ на ориентированной стороне. При этом он должен соответствовать уровню медиального контура контрлатеральной МЖ, либо быть более медиально,

если изначально задается ширина м/ж больше исходной. Латеральный контур определялся расстоянием, составляющим сумму 2х расстояний от точки медиального кон-



Рис. 6. Этап операции.

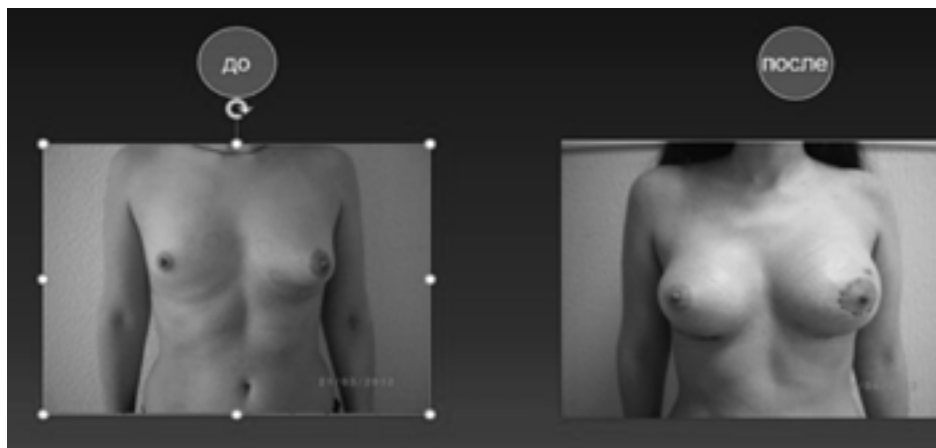


Рис 7. Пациентка с синдромом Полаанда 2 ст. (западение по латеральному контуру правой МЖ),

тура до вертикали от соска к грудной клетке, которая и составляла диаметр импланта соответственно с учетом толщины покровных тканей.

Использование на ориентированной МЖ каплевидных имплантов с круглым основанием и с установкой их верхнего полюса, направленного в сторону наибольшего западения, противоположному позволяло нам как и в предыдущем случае максимально компенсировать объем в области западения грудной клетки «компенсаторным сектором» имплантата.

При этом имплант всегда ротировался в сторону своего верхнего полюса, т. е. точки наибольшей деформации грудной клетки. Как и в первом варианте при ротации, длина верхнего склон «аугментационного сектора» импланта (наружного контура бедующей МЖ) относительно условной линии, определяющей нормальный уровень грудной клетки на стороне деформации, будет меньше за счет компенсации дефекта западения «компенсаторным сектором». Вертикальная ось – проекция импланта, в этом случае ротируется кнаружи от вертикальной оси сосково - ареолярного комплекса. При ротации, таким образом, нижний склон имплантата (медиальный склон железы) становится более короткий, а «аугментационный сектор» импланта стремится к форме полусферы. Смещение, как правило, незначительное, поэтому проекцию импланта традиционно определяли по системе «TEPID» с учетом толщины тканей молочной железы.

С контрлатеральной стороны симметрично «ориентированной» стороне аналогично описанному предыдущему варианту отмечали уровень медиального контура бедующей МЖ. Также удвоением расстояния от самой медиальной точки этого контура до точки пересечения вертикали от сосково-ареолярного комплекса к грудной клетке, определяли диаметр контрлатеральной молочной железы, а с учетом толщины мягких тканей и диаметр основания имплантата. Проекция импланта составляла разницу между проекцией имплантата ориентированной молочной железы минус величину глубины деформации грудной клетки в области проекции её соска. Как было отмечено ранее, контрлатеральная молочная железа часто бывает значительно более выраженной чем на ориентированной стороне (смешанный тип асимметрии), что требовало у таких пациенток дополнительного выполнения ее редукции, либо мастопексии.

(Рис 7) В случаях выраженных деформаций с латеральным западением контура, длина деформированного участка, чаще чем при медиальной, была более пролонгированной и превышала длину диаметра подобранного импланта. Зону этого «некомпенсированного объема», в области деформации грудной клетки в допустимых пределах, корректировали методом липофиллинга. (Рис. 8, 9, 10).

Заключение

Приведённые нами принципы подхода к подбору имплантов при асимметрии описанных 2-х вариантов, не всегда позволяют добиться абсолютной, полной коррекции асимметрии, в связи с большим разнообразием её вариантов и степенью деформаций, а также, часто сопутствующим искривлениям позвоночного столба и т.д. Однако, принципы оценки вариантов деформации относительно подбора имплантатов и использованные технические приемы их имплантации, позволили нам во многих случаях определиться в оптимальном подходе к коррекции, при аугментации молочных желез у пациенток с сопутствующими деформациями грудной клетки.

Методы мастопексии, редукции и липофиллинга, вместе с аугментацией, являлись в определенных случаях асимметрии, неотъемлемой частью общей коррекции и единственно возможным вариантом получения оптимального результата. ■

Елисеев Глеб Дмитриевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры пластической реконструктивной хирургии, косметологии и регенеративной медицины ФПК и ППС ФГБОУ ВО РостГМУ, г.Ростов-на-Дону. Жуков Михаил Игоревич, доктор медицинских наук, профессор кафедры комбустиологии и пластической хирургии ФИПО Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. Донецкая народная республика, город Донецк. Жуков Евгений Михайлович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры комбустиологии и пластической хирургии ФИПО Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. Донецкая народная республика, город Донецк. Красенков Юрий Викторович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии ФПК и ППС



Рис 8. Пациентка с каплевидным имплантом справа, с разницей объемов 125 мл.



Рис 9. Пациентка с синдромом Поланда 2 ст. (запознение контура грудной клетки слева по латеральному краю МЖ)



Рис 10. Пациентка с каплевидным имплантом слева и разницей объемов 135 мл.

ФГБОУ ВО РостГМУ, г.Ростов-на-Дону. **Волошин Руслан Николаевич**, доктор медицинских наук, профессор кафедры пластической реконструктивной хирургии, косметологии и регенеративной медицины ФПК и ППС ФГБОУ ВО РостГМУ, г.Ростов-на-Дону. **Стефкивская Ольга Викторовна**, ассистент кафедры комбустиологии и пластической хирур-

гии ФИПО Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. Донецкая народная республика, город Донецк. Автор, ответственный за переписку — Красенков Юрий Викторович, 3440015, г. Ростов-на-Дону, ул. Еременко, д. 60/6, кв. 239. E-mail: krasenkov001@yandex.ru. Тел.: 8-989-707-75-39.

Литература:

Список использованной литературы:

1. Галич С. П., Пинчук В. Д. Реконструктивная хирургия груди //Руководство для врачей. Киев: Книга-плюс. – 2011. - 311с.
2. Эстетическая хирургия груди //Руководство для врачей. Киев: Книга-плюс. – 2009. - 312с.
3. White R. R. Breast Reconstruction: An Alternative Viewpoint / R/White // Plast. Reconstr. Surg. – 2010. – Vol. 126, №2. – P.820-823.
4. Васильев В.С. Роль инъекционной аутотрансплантации жировой ткани в реконструктивной хирургии молочной железы // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2018.- № 2. –С.37-53.
5. Адамян Р.Т. Комплексный подход к коррекции воронкообразной деформации грудной клетки // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2017.-№ 3 – С. 40-56.
6. Азимова Р. Б. Двойная складка после аугментации «нормально развитой » молочной железы // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* –2009.-№ 1.- с. 73-84.
7. Адамян Р.Т. Одномоментная миниинвазивная коррекция воронкообразной /Адамян Р.Б., Кузьмичев В.А. [и др.] // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2017. - №. 3 – С. 40-56.
8. Михайлов А. Г., Рождественская Н. К. Мастопексия с эндопротезированием // *Пластическая хирургия и косметология.* – 2013. – №. 3. – С. 375-383.
9. Добрякова О. Б., Кузнецова Н. В. Факторы риска и способы профилактики фиброзной капсулярной контрактуры после аугментационной маммопластики // *Journal of Siberian Medical Sciences.* – 2014. – №. 3.
10. Адамская Н.А. Компьютерное биомоделирование в реконструктивной хирургии молочных желез // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2011. – №. 2. – С. 44-48.
11. Бурдин В.В. Результаты применения эндоскопической техники при аугментационной маммопластике // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2011. – № 2 – С. 49-51.