

Увеличивающая маммопластика

У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, С.М. Джанобилова

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии МЗ РТ;
кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Проблема маленькой груди у женщин является одним из актуальных вопросов эстетической хирургии. В работе приведён опыт использования силиконовых имплантатов для увеличения размеров женской груди у 17 пациенток в возрасте от 17 до 45 лет. У 15 из них имела место постлактационная атрофия молочных желёз и у 2 – синдром Поланда с гипоплазией одной груди. Во всех случаях применяли субмаммарный доступ. При постлактационной атрофии имплантаты располагали субгландулярно в 10 и субмускулярно – в 5 случаях.

Послеоперационный период в 16 случаях протекал гладко, раны зажили первичным натяжением. В одном случае после замены имплантатов на 7 сутки, вследствие простуды, отмечалась гипертермия, которая на результат операции не повлияла. В отдалённом послеоперационном периоде у всех женщин отмечены хорошие результаты.

Увеличение объёма женской груди с использованием силиконовых имплантатов показало высокую эффективность и малотравматичность данного способа.

Ключевые слова: женская грудь, силиконовые имплантаты, аугментационная маммопластика

Введение. Женская грудь является эстетически важным органом и во все времена расценивалась как воплощение женственности. Любые отклонения от нормы в форме и в объёме молочных желёз создают негативный психологический фон, вызывая снижение самооценки, что в свою очередь порождает социальные и личные проблемы в жизни пациенток. При этом важное эстетическое значение имеет проблема маленькой груди у женщин, что может быть связано с постлактационным периодом у женщин или гипо- и амастией у молодых девушек [1-3].

С целью увеличения объёма молочных желёз использовались различные ауто-, алло- и гетероматериалы. Начиная с 1960-х годов с этой целью начали использовать силиконовые имплантаты, которые постоянно совершенствовались. В последующем разработаны и внедрены в хирургии молочных желёз различные типы протезов женской груди. На сегодняшний день увеличивающая маммопластика занимает первое место среди всех эстетических операций на молочных железах [3-5].

Цель работы. Изучить эффективность силиконовых имплантатов при увеличивающей маммопластике.

Материал и методы. Отделение реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ располагает опытом операций 17 пациенток по поводу увеличения молочных желёз. У 15 из них имела место инволюционная гипотрофия молочных желёз, у 2 – отмечался синдром Поланда (односторонняя гипоплазия

молочной железы и грудной мышцы). Одна пациентка обратилась по поводу замены силиконовых протезов молочных желёз, ранее имплантированных в России. Возраст пациенток варьировал от 17 до 45 лет и в среднем составил 35 лет.

При отборе пациенток для операции учитывали их психологический статус. Далее проводили физическое обследование пациенток, т.е. антропометрию, в ходе которой оценивали конституциональные особенности (размеры тела, форму и высоту грудной клетки), состояние кожи, подкожной клетчатки, мышцы, эластичность и упругость покровных тканей, состояние самой молочной железы (объёмная масса, консистенция, смещаемость, контуры железы, диаметр и вид ареолы). Этапы операций у всех пациенток были фотодокументированы.

В подготовительном периоде протезирования груди сложным и ответственным моментом является выбор величины и качества протеза. В этом плане проводили длительную, подробную разъяснительную беседу с пациенткой и с учётом её желания, но прежде всего ориентируясь на конституцию и физические параметры, выбирали силиконовые имплантаты. Последние бывают различных размеров, анатомической и сферической формы, гладкой и шероховатой текстуры (рис. 1).

Предпочтение имели имплантаты фирмы Mentor Medical Systems, средний размер использованных силиконов составлял 250 мл. Все пациентки были оперированы под общим эндотрахеальным наркозом.

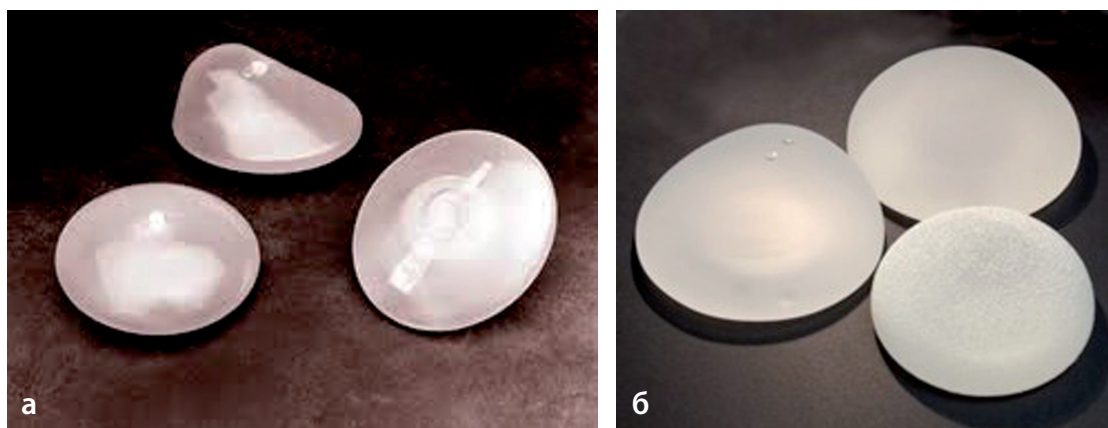


РИС. 1. ВИДЫ ПРОТЕЗОВ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ:
А – ГЛАДКАЯ ОБОЛОЧКА; Б – ТЕКСТУРИРОВАННАЯ ОБОЛОЧКА

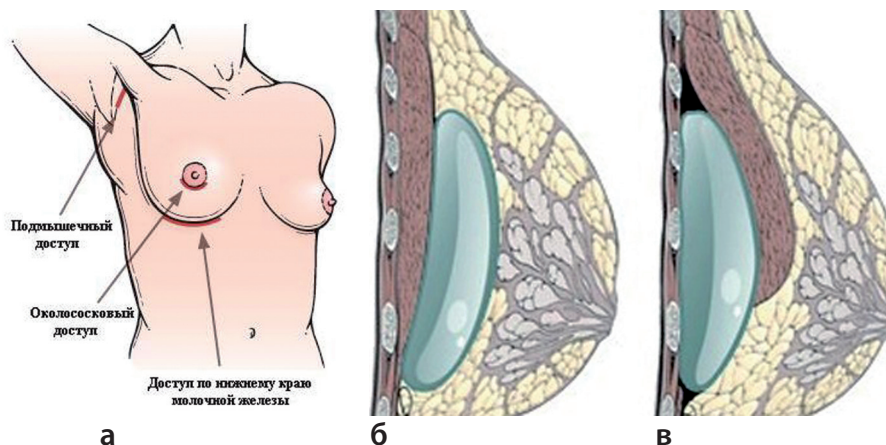


РИС. 2. СХЕМА РАЗРЕЗОВ И РАСПОЛОЖЕНИЕ ИМПЛАНТАТА: А – ВИДЫ ДОСТУПОВ;
Б – СУБГЛАНДУЛЯРНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ИМПЛАНТАТА; В – СУБПЕКТОРАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ИМПЛАНТАТА

Для имплантации силиконовых протезов существуют 4 доступа: периареолярный, трансареолярный, подмышечный и субмаммарный. Имплантат размещается субглангулярно или же под грудной мышцей (рис 2).

Мы выполняли минимальный кожный разрез (5 см) по субмаммарной складке согласно стандартной методике. Предварительно, с целью создания кармана и гемостаза, производили инфильтрацию мягких тканей молочной железы раствором лидокаина с адреналином. Создавали ложе чуть больше размеров протеза. Далее осуществляли тщательный гемостаз для предупреждения развития гематомы. После замены перчаток, протез, обработав антисептиком, через рану субмаммарной складки указательными пальцами вводили в карман ретроммаммарного пространства и расправляли. Если имплантат анатомической формы – указатель на силиконе должен визуализироваться в ране. В ложе имплантатов устанавливали Редон-дренажи, концы которых выводили из подмышечных областей. Рану зашивали в 2 слоя с наложением внутрикожного шва (рис. 3).

Имплантаты располагали субглангулярно в 10 случаях, пациенткам с толщиной покровных тканей более 2 см, что определяли при обследовании на ощупь. Протезирование обеих молочных желёз у пациенток с инволюционной (постлактационной) гипотрофией груди занимало не более 45 минут и выполнялось без особых технических трудностей. При правильном подборе объёма имплантата создавалась вполне естественная форма груди (рис. 4).

В 5 случаях, худощавым пациенткам с тонким кожным и жировым слоем, протезы помещали под грудной мышцей (рис. 5). Для этого по ходу волокон пересекали большую грудную мышцу и над рёбрами создавали карман. Пересекали мышечные волокна, прикрепляющиеся к V-VIII рёбрам, сохранив IV межрёберный нерв, обеспечивающий чувствительность соска.

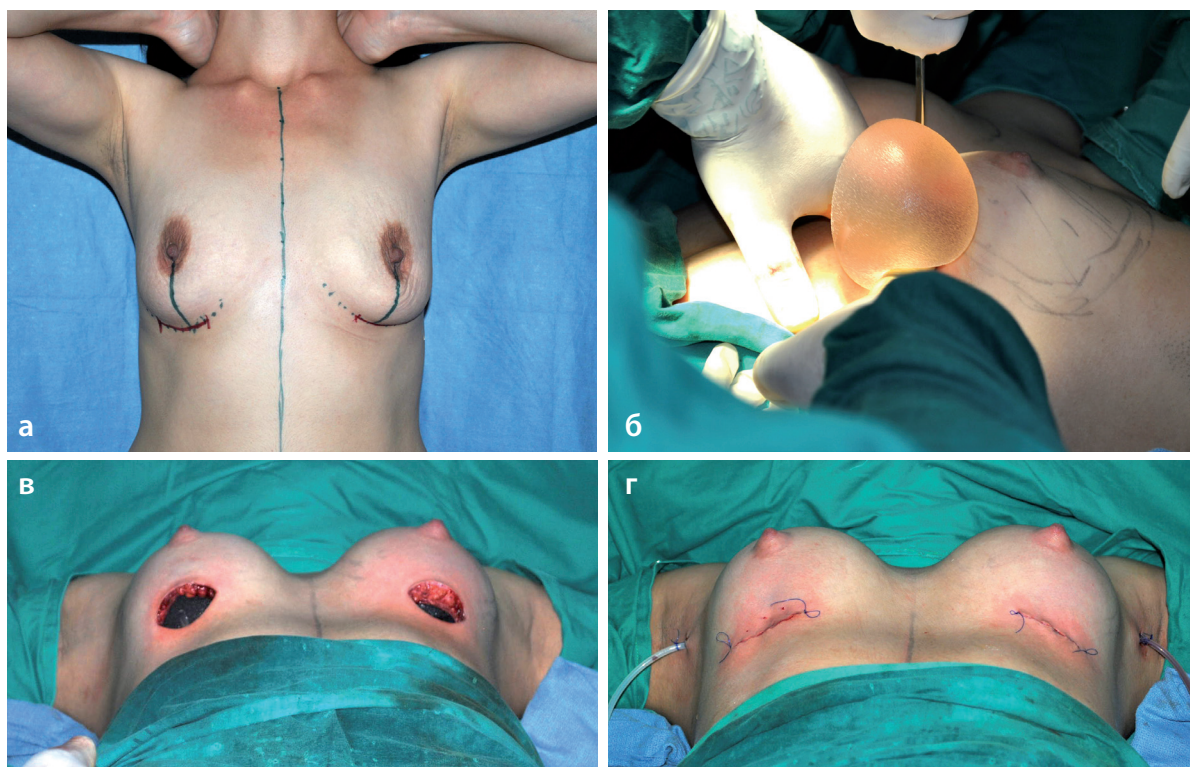


РИС. 3. ЭТАПЫ ИМПЛАНТАЦИИ СИЛИКОНОВЫХ ПРОТЕЗОВ ЖЕНСКОЙ ГРУДИ:
А – ГИПОТРОФИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ; Б – ТЕХНИКА ПОМЕЩЕНИЯ ПРОТЕЗА; В – ПРОТЕЗЫ РАСПОЛОЖЕНЫ СУБГЛАНДУЛЯРНО;
Г – ВНУТРИКОЖНЫЕ ШВЫ НА РАНЫ

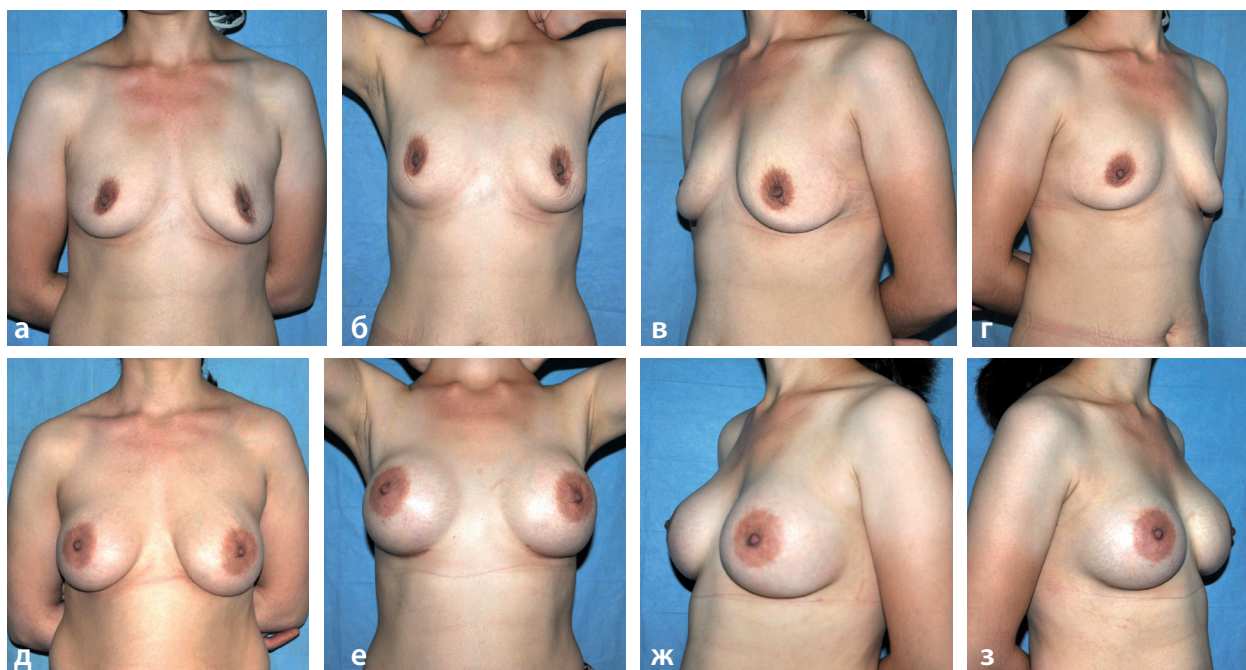


РИС. 4. ПАЦИЕНТКА А. С ГИПОТРОФИЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ ДО ОПЕРАЦИИ:
А,Б – ВИД СПЕРЕДИ; В,Г – ВИД СБОКУ. БЛИЖАЙШИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ПОСЛЕ СУБГЛАНДУЛЯРНОГО
ПОМЕЩЕНИЯ ПРОТЕЗОВ: Д,Е – ВИД СПЕРЕДИ; Ж,З – ВИД СБОКУ

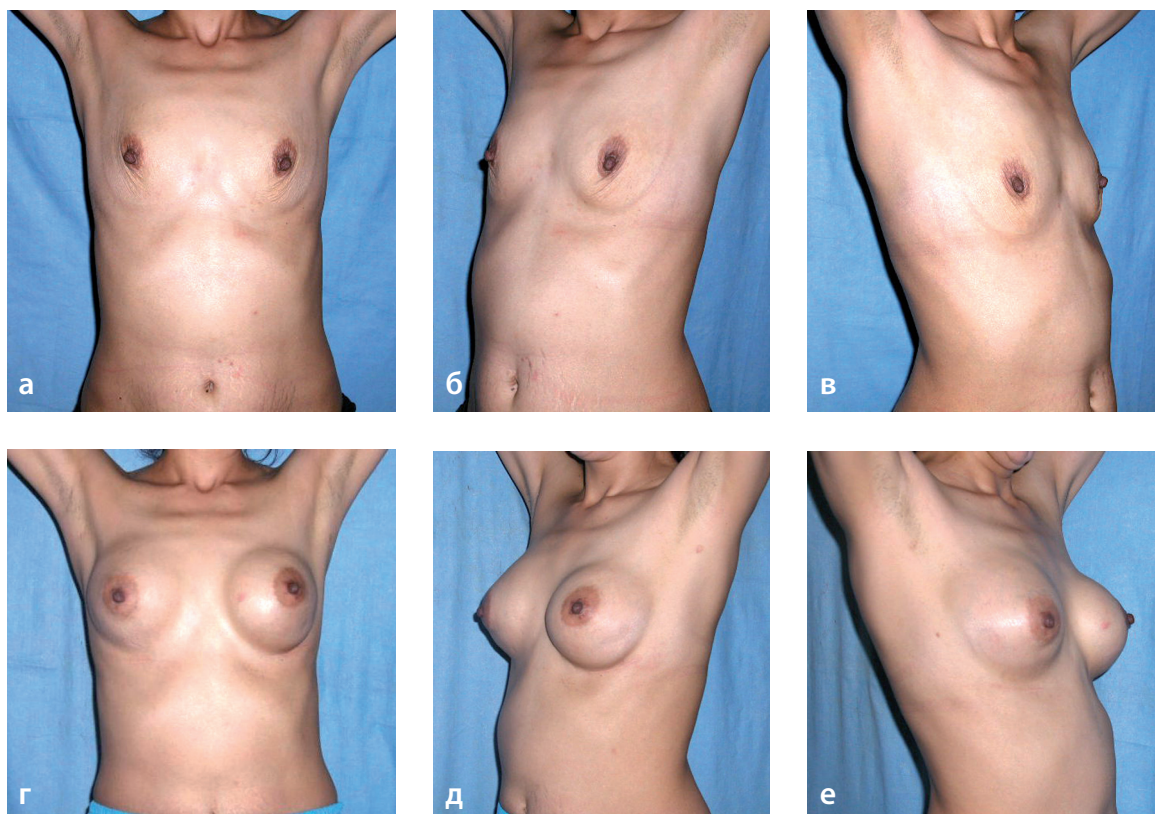


РИС. 5. ПАЦИЕНТКА Д. С АТРОФИЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ И ПОДМЫШЕЧНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ИМПЛАНТАТОВ:
А-В – ВИД ГРУДЕЙ ДО ОПЕРАЦИИ; Г-Е – ОТДАЛЁННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЧЕРЕЗ 2 ГОДА

Особенного подхода требовали 2 пациентки с синдромом Поланда, в виду полной атрофии молочной железы, гипотрофии грудной мышцы и отсутствия мягкотканного кармана на стороне поражения. Как правило, молочная железа на противоположной стороне соответствовала нормальной форме и размерам. Поэтому требовалось подобрать имплантат соответствующий объёму здоровой стороны. Так, с целью формирования кармана, первым этапом производили гидроэкспансию тканей, и в последующие 2 нед пациентка самостоятельно массажировала ткани груди на стороне патологии. Вторым этапом выполнялась односторонняя аугментационная маммапластика по вышеописанной технике, при этом, с целью лучшей визуализации, производили эндоскопическое ассистирование.

В завершении операции аугментационной маммапластики у всех пациенток линию швов смазывали мазью «Гентамицин» и накладывали асептическую повязку, которую фиксировали плотным, резиновым пластырем в нужном положении со сближением грудей друг к другу. В качестве обезболивания применяли инъекции Sol. Analgini 50% - 2,0 и Sol.Dimedroli 2% - 1,0 внутримышечно два раза в день. В течение 7 дней назначали антибиотик широкого спектра действия внутривенно. Пациентки на следующие сутки активизировались. Раны перевязывали каждые 2 дня,

плотную повязку заменяли бюстгалтером с чашкой, закрывающей всю железу и без металлической вставки по нижнему краю. Редон-дренажи удаляли на 10-12 сут, когда количество серозного отделяемого за сутки не превышало 15 мл.

Ближайший послеоперационный период у пациенток протекал гладко, без осложнений. Исключением явилась пациентка, которая обратилась по поводу замены протезов молочных желёз. Подробнее приведём данный клинический пример.

Пациентка Л., 45 лет, поступила 12.01.2012г. с диагнозом: капсулофиброз имплантированных молочных желёз (рис. 6 а,б).

Со слов больной выяснилось, что в 1997г. в г.Самара РФ ей периареолярным доступом была выполнена аугментационная маммапластика с использованием имплантатов российского производства. С 2005 г больная отмечала на ощупь уплотнение и деформацию форм молочных желёз.

При физическом обследовании отмечался птоз и деформация молочных желёз. Тургор кожи сохранён. Ареолы были расположены несколько ниже, округлой формы, их диаметр составлял 5 см. По нижнему полюсу ареол отмечаются сформированные рубцы,

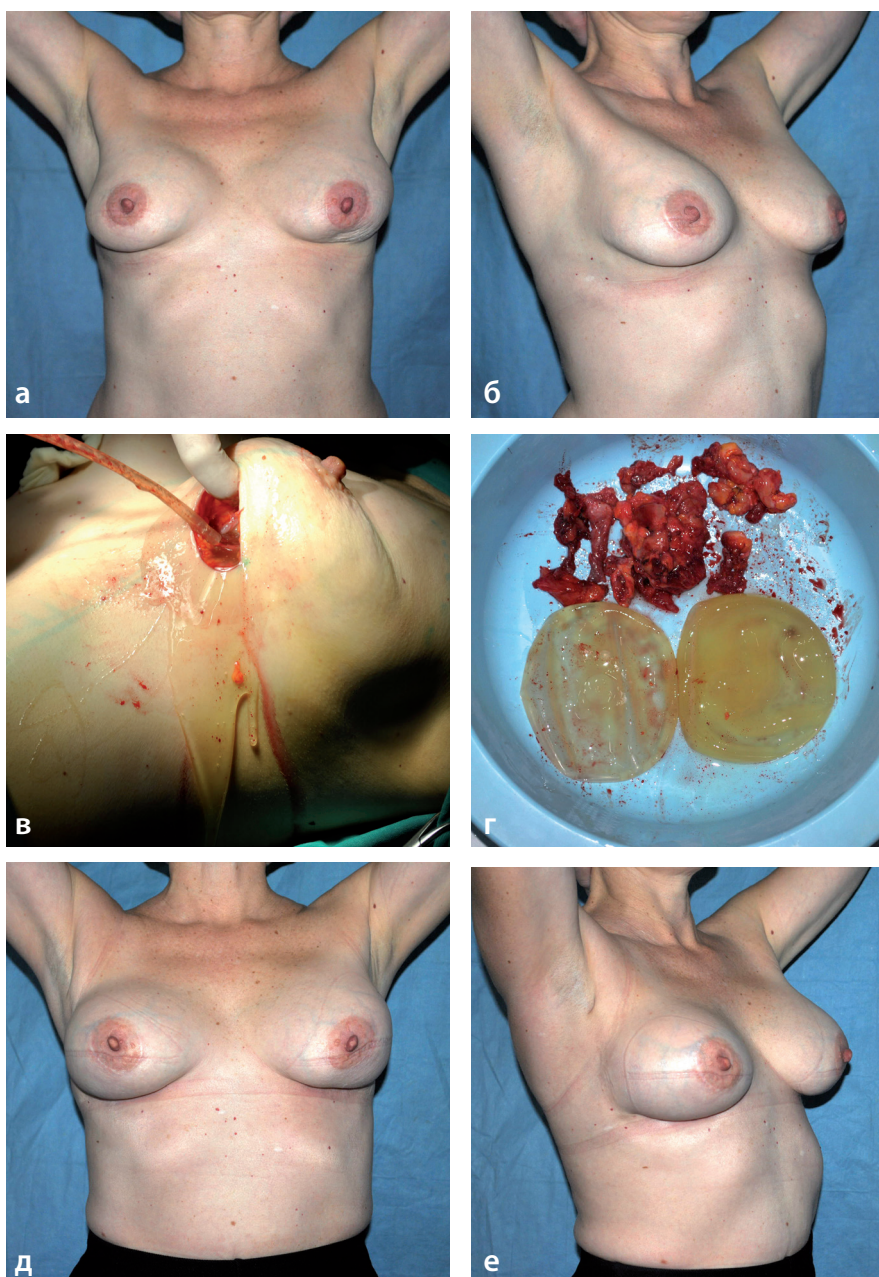


РИС. 6. ПАЦИЕНКА Л., ЗАМЕНА ИМПЛАНТАТОВ ПРИ КАПСУЛОФИБРОЗЕ РАНЕЕ ИМПЛАНТИРОВАННЫХ ПРОТЕЗОВ:
А,Б – КАПСУЛОФИБРОЗ ИМПЛАНТИРОВАННЫХ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ; В – ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ КАРТИНА – ИЗ КАРМАНОВ
ИСТЕКАЕТ ТЯГУЧАЯ КЛЕЙОБРАЗНАЯ МАССА; Г – УДАЛЁННЫЕ ИМПЛАНТАТЫ, ФИБРОЗНЫЕ КАПСУЛЫ С ОЛЕОГРАНУЛЁМОЙ;
Д,Е – БЛИЖАЙШИЙ РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ 1 МЕС.



РИС. 7. ВИД РУБЦА И ФОРМА ГРУДЕЙ ПОСЛЕ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ:
А,Б – ЧЕРЕЗ 2 НЕД.; В,Г – ЧЕРЕЗ 2 ГОДА

без признаков воспаления. При пальпации патологические узлы не определяются, но отмечается уплотнение, особенно верхних квадрантов. Нижние квадранты не контурируются из-за птоза грудей. Толщина мягких тканей в области верхних квадрантов молочных желёз примерно 1,5 см, ширина базы (основания) слева 14 см, справа – 13 см. Расстояние от ареолы до субмаммарной складки – 6 см. Межмаммарное расстояние – 5 см. Расстояние от грудной вырезки до соска справа – 21,5 см, слева – 23 см. Расстояние между соском и средней линией справа – 10 см, слева – 9 см. Межсосковое расстояние – 19 см. Чувствительность ареолы и сосков не нарушена.

На маммографии патологических образований не выявлено. На УЗИ молочных желёз обнаружены плотные участки фиброза, местами густое содержимое без чётких границ.

В плановом порядке под эндотрахеальным наркозом, после местной инфильтрации мягких тканей раствором 2% лидокаина 40 мл + 0,9% физиологического раствора натрия хлорид 300 мл с адреналином в разведении 1:200000, справа субмаммарным доступом произведён разрез кожи и подкожной клетчатки. Вскрыта фиброзная капсула, изнутри которой вытекла клейкообразная маслянистая масса (рис. 6 в). Извлечён полупустой имплантат. Выяснилось, что тягучая масса занимала весь карман, по

ходу лимфатических сосудов распространялась до подмышечного пространства и пропитала межтканевые пространства с образованием олеогранулём. Карман многократно промыт растворами антисептиков. Выяснилось, что имплантат ранее был расположен субпекторально, из-за чего мышца также была частично изменена и напоминала олеогранулём. Острым путём, шаг за шагом, электроножом и ножницами удалены изменённые участки мышцы и ткани, образующие капсулофиброз (рис. 6 г). В связи с тем, что слева картина была подобна правой молочной железе, выполнен тот же объём вмешательства. После очищения карманов, обработки ран и повторного обкладывания стерильным бельём, в карманы были помещены силиконовые имплантаты фирмы Mentor объёмом 225 см³ круглой формы, шероховатой текстуры с двойным слоем. Установлены Редон-дренажи, концы которых выведены в подмышечной области. Основные раны зашиты в 3 слоя.

На патогистологическом исследовании удалённых тканей идентифицированы мышечная и фиброзная ткань с диффузными воспалительными инфильтрациями.

Несмотря на проводимую комплексную антибактериальную и дезинтоксикационную терапию в послеоперационном периоде, на 7 день, в связи с простудой, у больной отмечалась гипертермия до 39°C.



В целом же, раны зажили первичным натяжением, Редон-дренажи удалены на 20 сутки. В ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде эстетический вид молочных желёз удовлетворял пациентку (рис. 6 д,е).

Результаты и их обсуждение. Ближайший послеоперационный период в 16 случаях протекал гладко, раны зажили первичным натяжением. Лишь в одном случае после замены имплантата в послеоперационном периоде отмечалось повышение температуры тела больной до 39 град., которое было связано с простудой, на 7 сутки после операции и замены антибиотика, проведения противовоспалительной и дезинтоксикационной терапии состояние улучшилось. У этой пациентки течение раневого процесса было без осложнений.

Свежие и ярко-красные послеоперационные рубцы со временем становились менее заметными.

Отдалённые результаты удовлетворяли всех прооперированных женщин и объективными критериями (сравнительная фотографическая документация и антропометрические измерения) во всех случаях оценены как хорошие.

Востребованность в аугментации (увеличение) молочных желёз с помощью имплантатов ежегодно возрастает. Причиной тому является тенденция к рекламе образа привлекательной, желанной женщины, обладающей стандартными формами и пропорциями, ибо любые отклонения объёма и положения молочной железы от эстетического идеала приводят к тяжёлым психоэмоциональным нарушениям женщин и снижают их самооценку, ухудшая качество жизни. Средства массовой информации во всём мире поколебали доверие к силиконовым протезам на основании того, что якобы отмечается тенденция роста онкологических больных среди оперированных женщин. Однако собранные сведения от 184 пластических хирургов о проведённых 17 000 операций с различными сроками наблюдений не содержали ни одного случая злокачественных новообразований [5]. Так, в США в 1995 г. выполнено 50000 операций аугментационной маммопластики, а в 2005 г. число таких операций увеличилось до 250000. Средний размер используемых силиконовых имплантатов 20 лет назад составлял 150 мл, а на сегодняшний день данная цифра достигла 250 мл в Германии и до 380 мл – в США [2]. Наблюдения показали, что вскармливание после протезирования возможно без всяких нарушений. На основании анализа собственных наблюдений, мы вполне разделяем мнение ведущих специалистов относительно актуальности и перспективности использования силиконовых имплантатов в аугментационной маммопластике.

Что касается выбора доступа, хотя в плане формирования эстетичного рубца периареолярный и подмышечный доступы считаются идеальными, недостатком их является то, что имплантат, в основном, располагают субгландулярно, затруднён контроль за кровотечением и трудно добиться симметрии. Субмаммарный разрез обеспечивает лёгкий доступ как под железу, так и под мышцу, позволяет контролировать симметричность расположения имплантата, а послеоперационный рубец практически незаметен. Следовательно, этот доступ наиболее удобен, из-за чего с успехом используется рядом хирургов.

Описанные в литературе [6,7] синдромы, включающие отёк латеральных отделов груди и выраженную болезненность внутренней стороны плеча, наружной поверхности груди и подлопаточной области в послеоперационном периоде при подмышечном расположении имплантатов, а также целый ряд других вышеперечисленных осложнений, связанных с протезированием, среди наших больных в ближайшем и отдалённом периоде не наблюдались, что на наш взгляд, объясняется хорошим качеством имплантатов фирмы Mentor, аккуратной техникой выполнения операции и правильным ведением послеоперационного периода.

Таким образом, применение силиконовых имплантатов молочной железы характеризуется меньшей частотой возникновения послеоперационных осложнений, меньшим временем на предоперационную подготовку и послеоперационное ведение, а также более быстрым восстановлением пациенток в послеоперационном периоде, позволив им достичь душевного равновесия и избавиться от комплекса неполноценности.



ЛИТЕРАТУРА

1. Фришберг И.А. Хирургическая коррекция косметических деформаций женской груди / И.А.Фришберг. – Московская типография «Наука». – М., 1997. – 256 с.
2. Пластическая и реконструктивная хирургия молочной железы / Кристиан Дж. Габка, Хайнц Бомерт// пер. с англ.; под общ. ред. Н.О.Миланова. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 360 с.
3. Жолтиков В.В. Использование высокопрофильных и сверхвысокопрофильных геленаполненных имплантатов при аугментации молочных желёз со сложной формой / В.В.Жолтиков [и др.] // Ж. Анн. пл.рек. и эст.хирургии. – 2008. – с. 107-108
4. Пинчук В.Д. Причины и особенности выполнения отдалённых повторных операций после увеличивающей маммопластики / В.Д.Пинчук, О.В. Тимофей// Ж. Анн. пл. рек. и эст. хирургии. – 2010. – №1. – С. 39-44
5. Brunne Ch.A. Carboxy-methyl-cellulose hydrogel-filled breast implants - an ideal alternative? A report of five years' experience with this device / Ch.A. Brunne // Can. J. PlastSurg. – 2006; 14 (3): 151-154
6. Huang T.T. Breast and subscapular pain following submuscular placement of breast prosthesis / T.T.Huang. - Pl. Rec.Surg. – 1990. – V. – 86. –№2. - P. 275-280
7. Jonson R.A. Implants arm: axillary compression from breast prosthesis / R.A.Jonson. - Pl. Rec.Surg. – 1985. – V. 75. – P. 420

Summary

Augmentation mammoplasty

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, S.M. Janobilova

Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery, MH RT;

Chair of surgical diseases № 2 Avicenna TSMU

The problem of small breasts in women is one of actual issues of aesthetic surgery.

The experience of silicone implants using to increase the size of women's breasts in 17 patients aged 17 to 45 years was presented in research. Post-lactational atrophy of mammary glands were in 15 patients and Poland's syndrome with hypoplasia of one breast – in 2. Submammary access applied in all cases. In post-lactational atrophy implants were located subglandularly- at 10 and submuscularly – in 5 cases.

Postoperative period in 16 cases was uneventful, the wounds healed by first intention. In one case, after replacing the implants at 7 days due to colds marked hyperthermia, without any influence on the result of surgery. In remote time good results are marked in all women.

The increase of women's breasts with silicone implants has shown high efficiency and low-injury of this method.

Key words: women's breasts, silicone implants, augmentation mammoplasty

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Давлатов Абдумалик Абдулхакович - заведующий отделением реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои-33
E-mail: davlatov.abdumalik@mail.ru