

АУГМЕНТАЦИОННАЯ МАСТОПЕКСИЯ ПОСЛЕ МАССИВНОЙ ПОТЕРИ ВЕСА

И. В. СЕРГЕЕВ¹, Э. В. ШИХИРМАН²

¹Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского

²Клиника пластической хирургии «Shihirman», Москва

Сведения об авторах:

Илья Вячеславович Сергеев – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

Эдуард Вадимович Шихирман – Клиника пластической хирургии «Shihirman», e-mail: shihirman@gmail.com

Предложена усовершенствованная техника аугментационной мастопексии, дополненной аутогенным увеличением молочных желез боковым подмышечным лоскутом, у пациентов со значительным снижением объема молочной железы. Показано, что тщательная идентификация перфорантных сосудов межреберной артерии позволяет улучшить выживаемость боковых подмышечных лоскутов при аугментационной мастопексии и добиться удовлетворительного для пациентки восстановления объема молочной железы и улучшения контуров верхней половины туловища после массивного снижения веса тела.

Ключевые слова: аугментационная мастопексия, межреберной артерии, молочная железа, ожирение.

Значительное снижение веса при избыточной массе тела приводит к появлению областей с массивным избытком кожи и подкожных тканей. При этом инволюционные изменения молочной железы могут служить источником выраженной эстетической неудовлетворенности пациентки [1]. Потеря объема молочной железы при значительном снижении веса способствует ее выраженному птозу, а также невыгодному изменению конфигурации всей поверхности верхней половины туловища [2, 5].

Выполнения стандартной мастопексии для восстановления эстетически приемлемой формы молочной железы при значительном снижении ее объема, как правило, недостаточно, так как в этих случаях требуется увеличение ее объема [3]. Кроме того, снижение объема тканей, окружающих имплантаты, приводит к невыгодному подчеркиванию их контуров, что также нередко беспокоит пациенток [4].

В таких ситуациях нами выполнялась мастопексия, дополненная аутогенным увеличением молочных желез боковым подмышечным лоскутом, кровоснабжающимся ветвями торакодорзальных и межреберных артерий.

Для мастопексии, дополненной свободным аутогенным лоскутом, нами были отобраны 14 пациенток после выраженно-го снижения массы тела. Средний период после выполнения бариатрических операций составил 2,4 года, средний возраст – 45,8 лет, средний потерянный вес – 51 кг, средний ИМТ после операции – 31,6. В течение 6 месяцев, предшествующих операции, пациентки должны были контролировать свой вес, следя за тем, чтобы он не увеличивался. В 6 случаях мастопексия была дополнена субпекторальной установкой силиконовых имплантатов для большего увеличения объема молочных желез.

Во всех случаях перед вмешательством была выполнена разметка операционного поля при стандартном положении тела.

После выполнения стандартной вертикальной мастопексии, вмешательство дополнялось выкраиванием и подшиванием бокового подмышечного лоскута. Основание свободного лоскута шириной от 6 до 8 см определялось вдоль передней подмышечной линии.

Идентификация кожных перфорантных артерий проводилась с помощью ультразвуковой доплерографии передней подмышечной области. Длина лоскута составляла обычно от 15 до 20 см, в соответствии с объемом избыточной кожи и жировой клетчатки. Продольная ось лоскута располагалась параллельно ребрам с небольшим верхним косым отклонением дистального края.

Кожно-мышечный лоскут выделялся от своего заднего края к переднему. При этом с особой тщательностью идентифицировались и сохранялись межреберные перфорантные артерии, расположенные вдоль боковой стенки грудной клетки. Первичное ушивание ложа лоскута выполнялось послойно с использованием викриловых нитей 2-0 для глубоких слоев, и для подкожных тканей и кожи монокрилового шовного материала 3-0.

Все перфорантные артерии, питающие лоскут, тщательно сохранялись. После достаточной мобилизации лоскута он поворачивался приблизительно на 90 градусов вокруг ранее созданной нижней ножки, позиционировался нужным образом и затем фиксировался к грудной клетке.

В послеоперационном периоде пациентки приглашались для осмотра приблизительно через неделю, месяц, 3 месяца и 6 месяцев после вмешательства. Во всех случаях после первой недели в области оперативного вмешательства выявлялся отек мягких тканей и межтканевые гематомы различной распространенности, самостоятельно разрешившиеся в течение 1–2 месяцев.

У двух пациенток были выявлены межтканевые серомы объемом до 100 мл. Ни в одном из случаев не было выявлено

признаков некротических изменений жировой клетчатки или тканей лоскута, расхождения раны или некроза кожи. Осложнений со стороны донорской области также выявлено не было.

После 1 месяца и 6 месяцев, мастопексия с аутогенным увеличением молочных желез боковым подмышечным лоскутом обеспечивала хорошее положение соска и удовлетворительный объем молочной железы, при этом устранялся избыток кожи и жировой клетчатки на переднебоковой области грудной клетки. В целом, пациентки были удовлетворены улучшением формы и увеличением размеров молочных желез при одновременном сокращении избытка кожи и жировой клетчатки.

Рубец, простирающийся от переднебоковой области грудной клетки и продолжающийся вдоль субмаммарной складки, как правило хорошо скрывался нижним бельем и был приемлем с косметической точки зрения.

Необходимость в послеоперационной ревизии возникла в 1 случае, в котором для дополнительного увеличения объема молочной железы были установлены имплантаты. Спустя месяц после операции произошло смещение имплантата на одной стороне, что потребовало выполнения капсулэктомии и ушивания капсульного кармана.

Во всех случаях ткани свободного лоскута оставались не напряженными и однородными по сравнению с окружающими их тканями молочной железы на протяжении всего периода наблюдения, а граница между ними при пальпации практически не определялась.

Таким образом, тщательная дооперационная идентификация перфорантных сосудов межреберной артерии обеспечивает 100 % выживаемость бокового подмышечного лоскута при аугментационной мастопексии. Данная методика увеличивающей маммопластики в сочетании со стандартной мастопексией позволяет достичь удовлетворительного для пациентки восстановления объема молочной железы и улучшения контуров верхней половины туловища после массивного снижения веса тела. При недостаточном объеме тканей лоскута операция может быть дополнена установкой имплантата молочных желез нужного размера.

Список литературы

1. Бурдин В.В., Перкин Э.М. Результаты хирургической коррекции опущения молочных желез // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2006. – № 1. – С.18–25.
2. Миланов Н. О., Старцева О. И., Чаушева С. И. Анализ опыта одномоментной мастопексии и эндопротезирования молочных желез // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2005. – № 1. – С. 34–40.
3. Тимербулатов В. М., Попов О. С., Плечев В. В., Попова О. В. Маммопластика при нарушениях объема и формы молочной железы. – М. – 2002. – 176 с.
4. Rubin JB, Khachi G. Mastopexy after massive weight loss: dermal suspension and selective auto-augmentation // *Clin Plast Surg.* – 2008. – V. 35. – № 1. – P. 123–9.
5. Schoeller T, Meirer R, Otto-Schoeller A, Wechselberger G, Piza-Katzer H. Medial thigh lift free flap for autologous breast augmentation after bariatric surgery // *Obes Surg.* – 2002. – V. 12. – № 6. – P. 831–4.

AUGMENTATION MASTOPEXY AFTER MASSIVE WEIGHT LOSS

I. V. SERGEEV¹, E. V. SHIKHIRMAN²

¹Moscow Regional Research and Clinical institute ("MONIKI")

²Clinic of plastic surgery "Shihirman", Moscow

Information about the authors:

Ilya V. Sergeev – Moscow Regional Research and Clinical institute ("MONIKI"), e-mail: info@doctorplastic.ru

Edward V. Shihirman – Clinic of plastic surgery "Shihirman"

An improved technique augmentation mastopexy supplemented with autologous breast enlargement side axillary flap, in patients with a significant reduction in breast volume. It is shown that a careful identification of perforating vessels intercostal arteries can improve the survival rate of axillary lateral flaps with augmentation mastopexy and achieve a satisfactory recovery for the patient of breast volume and improve the contour of the upper half of the body after a massive reduction in body weight.

Key words: augmentation mastopexy, intercostal artery, mammary gland, obesity.