

УДК 617-089.844:618.19

© В.Д. ПІНЧУК

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
Київський міський центр пластичної мікрохірургії та естетичної медицини "Цертус"

## Динамічна деформація грудей при субмускулярній збільшувальній мамопластиці

V.D. PINCHUK

National Medical Academy of Post-Graduate Education by P.L. Shupyk,  
Kyiv City Centre of Plastic Microsurgery and Aesthetic Medicine "Certus"

### DYNAMIC DEFORMATION OF BREAST AT SUBMUSCULAR AUGMENTATION MAMMOPLASTY

У роботі аналізується власний досвід виконання віддалених повторних операцій після естетичної субмускулярної збільшувальної мамопластики з усуненням деформації грудей, що виникає при скороченні великих грудних м'язів. У більшості випадків отримані позитивні результати корекції цієї патології. На підставі отриманих результатів рекомендується залежно від вираження деформації вибирати адекватну методику виконання оперативного втручання.

This article describes our experience in correction of breast deformations after submuscular augmentation mammoplasty. In most cases positive results of correction of this pathology have been reached. On the basis of the received results it is recommended to choose the adequate technique of operative treatment depending on the condition of breast tissues and deformation type.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Згідно зі статистикою Американського товариства пластичних естетичних хірургів (ASAPS), кількість пластичних операцій протягом останнього десятиріччя зросла в 3,5 рази. При цьому серед великої кількості напрямів естетичної хірургії в світі щорічно виконується більше 1 000 000 операцій по збільшенню жіночих грудей [1]. Збільшується і кількість пацієнток, які звертаються з приводу незадовільних результатів первинної мамопластики. В останні роки кількість повторних втручань досягла значного рівня, при якому пластичні хірурги можуть на достатній кількості спостережень проаналізувати свій досвід, виявляючи причини, що приводять до додаткових коригуючих втручань [8]. В.Р. Bengston [5] вважає, що всі можливі ускладнення після збільшувальної мамопластики можуть бути представлені в різних проявах, але їх етіологію важко категоризувати з огляду на те, що більшість із них взаємопов'язані і, як правило, розвиваються симультанно.

У літературі описана велика кількість різних варіантів деформацій грудей, що виникають після збільшувальної мамопластики. Зокрема динамічна деформація грудей як наслідок м'язової активності

великого грудного м'яза при формуванні субмускулярної кишені (повної або часткової) є нерідкісним ускладненням [6]. Реальна частота розвитку деформації невідома значною мірою тому, що більшість жінок не турбує незначна рухомість імплантата при скороченнях великого грудного м'яза [10]. Для її профілактики й усунення використовуються різноманітні методики дисекції великого грудного м'яза [4, 9]. Однак ці методи не у всіх випадках запобігають розвитку вказаного ускладнення, а тому потрібне їх подальше вдосконалення.

**Мета роботи:** провести аналіз частоти деформації грудей після естетичної субмускулярної збільшувальної мамопластики внаслідок скорочення великих грудних м'язів і технічних особливостей виконання віддалених повторних оперативних втручань та на підставі отриманих результатів обґрунтувати оптимальні способи проведення хірургічної корекції вказаної деформації.

**Матеріали і методи.** З 1996 до 2010 року нами було виконано 86 повторних операцій у віддаленому періоді після естетичної збільшувальної мамопластики. Показаннями до їх виконання були об'єктивні причини в 79 випадках і суб'єктивні в 7 спостере-

женнях. До об'єктивних причин відносили: капсулярну контрактуру (28), вторинний птоз (17), патологічні рубці (11), розрив імплантата (6), пізню серому (5) і гематому (4), зсув (3) або ротацію (2) імплантатів, динамічну деформацію грудей при скороченні великого грудного м'яза (2) і пізню інфекцію. До суб'єктивних причин відносили виключно бажання 7 пацієнок змінити форму або об'єм грудей.

Із 39 пацієнтів, в яких імплантати розташовувалися в субмускулярному просторі, в 8 випадках при нарузі великих грудних м'язів не спостерігали ознак деформації грудей, у 20 випадках деформація була мінімальною, в 7 випадках – помірною і в 4 випадках – значно вираженою.

При виконанні повторної операції у 18 пацієнтів із відсутністю ознак динамічної деформації або при мінімальній деформації виконували капсулектомію, імплантат розміщували в існуючій субмускулярній кишені, а у 10 пацієнтів формували неосубмускулярну кишеню з використанням розробленого нами способу реендопротезування (патент України № 48783 від 25.03.2010 р.) [2]. При використанні цього способу верхня частина імплантата містилася у неосубпекторальній порожнині, обмеженій: зверху – великим грудним м'язом та дублікатурою листків капсули, фіксованих на грудній стінці (рис. 1). Нижня частина імплантата була прикрита дублікатурою капсули, фіксованою з одного боку до великого грудного м'яза, з іншого – до грудної фасції.

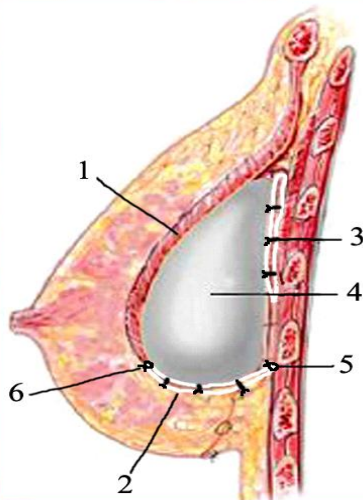


Рис. 1. Схема розміщення імплантата в неосубпекторальній порожнині при субмускулярному реендопротезуванні за розробленим способом: 1 – великий грудний м'яз; 2 – нижня дублікатура капсули на передній і нижній поверхні імплантата; 3 – верхня дублікатура капсули на грудній клітці; 4 – імплантат; 5 – місце фіксації нижньої дублікатури капсули до грудної фасції; 6 – місце фіксації нижньої дублікатури капсули до великого грудного м'яза.

У 9-ти спостереженнях при динамічній деформації середнього та значного ступеня вираження використовували розроблений нами спосіб субмускулярного ендопротезування (патент України № 45579 від 10.11.2009 р.) [3]. Завдяки використанню розробленого способу досягали адекватного покриття імплантата м'якими тканинами не тільки у верхній частині грудей, але і в нижній (рис. 2). Вертикальна міотомія забезпечувала необхідне послаблення великого грудного м'яза та попереджувала можливу дислокацію імплантата в краніальному напрямку.

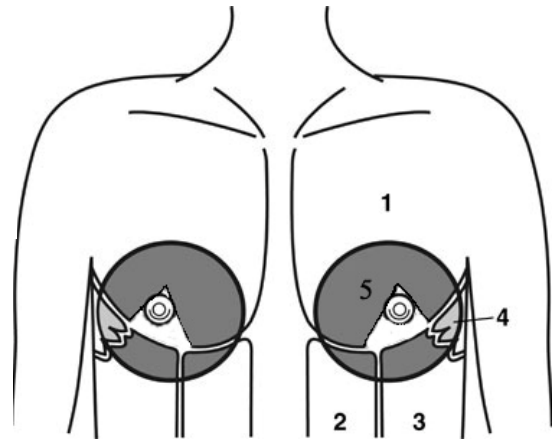


Рис. 2. Схема розміщення імплантатів при субмускулярному реендопротезуванні за розробленим способом: 1 – великий грудний м'яз (вертикально та горизонтально розсічений); 2 – прямий м'яз живота; 3 – зовнішній косий м'яз живота; 4 – передній зубчастий м'яз; 5 – силіконовий імплантат.

У 2-х випадках при значно вираженій деформації грудей під час скорочення великих грудних м'язів, в яких ця проблема була причиною повторної операції, виконано субгландулярне реендопротезування.

Після операції пацієнти отримували профілактичний курс антибіотиків широкого спектра дії протягом 3-х днів. Дренажі видаляли через 1–2 дні. Шви знімали на 7–10-й день. Пацієнтам рекомендували носити компресійну білизну протягом 2 місяців цілодобово.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Результати оцінювалися хірургом та пацієнтами разом на періодичних контрольних оглядах. Контрольні огляди призначалися через 1, 3, 6 місяців та 1 рік після операції, а потім щорічно. Максимальний термін спостереження був 9 років. У групі

пацієнтів із відсутністю ознак динамічної деформації або при її мінімальному вираженні з 18 випадків, в яких виконувалося реендопротезування з розміщенням імплантатів в існуючу субмускулярну порожнину, в 7 спостереженнях виник рецидив деформації. В цій же групі пацієнтів із 10 випадків, в яких виконувалося реендопротезування з використанням розробленого нами способу, тільки в 3 випадках виник рецидив незначної динамічної деформації. В групі пацієнтів із динамічною деформацією середнього та значного ступеня вираження з 9 випадків, в яких використовували розроблений нами спосіб субмускулярного ен-

допротезування, тільки в 2 спостереженнях виник рецидив незначної деформації. В цій же групі пацієнтів у 2 спостереженнях, в яких виконували субгландулярне реендопротезування, жодних ознак деформації не виявлено (рис. 3). Таким чином, результати реендопротезування після субмускулярної збільшувальної мамопластики підтверджують літературні дані щодо досить частого виникнення деформації грудей при скороченні великих грудних м'язів. Однак ступінь її вираження в більшості пацієнтів є незначним, і навіть при суттєвій деформації рідко хто з них погоджується на виконання хірургічної корекції.

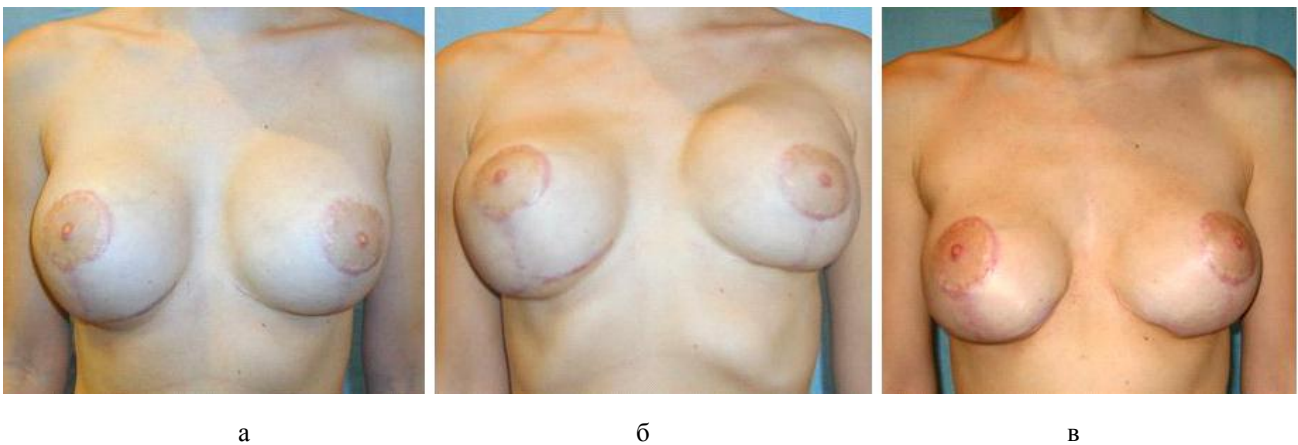


Рис. 3. Динамічна деформація грудей через 2 роки після субмускулярного ендотезування круглими текстурованими імплантатами "Свросилікон" 450 см<sup>3</sup> і якірної мастопекії: а) у стані спокою; б) при скороченні великих грудних м'язів; в) через 3 місяці після субгландулярного реендопротезування імплантатами "Mcghan" 410 MF 335 см<sup>3</sup>.

При виконанні повторної операції після субмускулярної збільшувальної мамопластики з приводу будь-якої причини необхідно проводити оцінку наявності динамічної деформації грудей. Залежно від її вираження доцільно вибрати оптимальну методику виконання операції, яка б дозволила усунути не тільки основну причину повторної операції, але й супутню динамічну деформацію грудей. Безумовно, найкращим способом її корекції є субгландулярне реендопротезування, та воно рідко може бути використане, враховуючи що первинне субмускулярне збільшення грудей виконується, як правило, при неможливості субгландулярного з тих чи інших причин. Найчастіше це буває при дефіциті тканин залози для адекватного покриття імплантата, і в цих випадках методом вибору як при первинній, так і при повторній операції залишається субмускулярне розміщення протеза. В такій ситуації потрібно використовувати ті чи інші способи зменшення скорочувальної функції великих грудних м'язів. Ми з

цією метою виконуємо його часткову вертикальну міотомію. Результати застосування розробленого нами способу субмускулярного ендотезування в групі пацієнтів із динамічною деформацією середнього та значного ступеня вираження підтверджують його ефективність і доцільність використання в клінічній практиці.

**Висновки.** Після естетичної субмускулярної збільшувальної мамопластики в більшості випадків при скороченні великих грудних м'язів виникає деформація молочних залоз. Залежно від вираження деформації необхідно вибрати адекватну методику виконання оперативного втручання.

**Перспективи подальших досліджень.** Вивчення віддалених результатів хірургічної корекції динамічної деформації молочних залоз після естетичної субмускулярної збільшувальної мамопластики.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Галич С.П. Эстетическая хирургия груди / С.П. Галич, В.Д. Пинчук. – К. : [б.и.], 2009. – 312 с.
2. Пінчук В.Д. Новий спосіб реєндопротезування молочних залоз після субпекторальної збільшувальної мамопластики / В.Д. Пінчук, О.С. Ткач // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2010. – Вип. 19, кн. 3. – С. 811–816.
3. Пинчук В.Д. Увеличение груди с использованием оригинального метода субмускулярного размещения имплантатов / В.Д. Пинчук, О.С. Ткач // Клінічна хірургія. – 2010. – № 5. – С. 51–54.
4. Baxter R. A. Subfascial breast augmentation: theme and variations / R. A. Baxter // Aesth. Surg. J. – 2005. – Vol. 25, № 5. – P. 447–453.
5. Bengtson B. P. Complications, reoperations, and revisions in breast augmentation / B. P. Bengtson // Clin. Plast. Surg. – 2009. – Vol. 36, № 1. – P. 139–156.
6. Khan U. D. Dynamic breasts: a common complication following partial submuscular augmentation and its correction using the muscle-splitting biplane technique / U. D. Khan // Aesth. Plast. Surg. – 2009. – Vol. 33, № 3. – P. 353–360.
7. Lesavoy M. A. Difficulties with subpectoral augmentation mammoplasty and its correction: the role of subglandular site change in revision aesthetic breast surgery / M. A. Lesavoy, A. P. Trussler, B. P. Dickinson // Plast. Reconstr. Surg. – 2010. – Vol. 125, № 1. – P. 363–371.
8. Nahabedian M. Y. Management of common and uncommon problems after primary breast augmentation / M. Y. Nahabedian, K. Patel // Clin. Plast. Surg. – 2009. – Vol. 36, № 1. – P. 127–138.
9. Technique to decrease breast shape deformity during muscle contraction in submuscular augmentation mammoplasty / M. Pelle-Ceravolo, A. Del Vescovo, E. Bertozzi [et al.] // Aesth. Plast. Surg. – 2004. – Vol. 28, № 5. – P. 288–294.
10. Outcome assessment of breast distortion following submuscular breast augmentation / S. L. Spear, J. Schwartz, J. H. Dayan [et al.] // Aesth. Plast. Surg. – 2009. – Vol. 33, № 1. – P. 44–48.

Отримано 09.12.10