

ВЕРТИКАЛЬНАЯ РЕДУКЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА

Мечковский С.Ю., Подгайский В.Н., Мечковский С.С., Подгайский А.В.
Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минская областная клиническая больница, Минск, Республика Беларусь

Введение. Грудь – самая волнующая и интригующая часть женского тела. Но, увы, природа жестока, она не всегда равномерно одаривает всех представительниц прекрасного пола столь же прекрасными формами. Причиной ухудшения состояния груди может являться резкое похудение, возрастные изменения, беременность и кормление. Отклонение молочной железы по размерам и форме (развитие гипертрофического мастоптоза) от «эстетического идеала» приводит к тяжелым психо-эмоциональным страданиям, снижению самооценки и ухудшению качества жизни женщины. При выраженном гипертрофическом мастоптозе, пациентки отмечают не только наличие большого размера груди, но и развитие при этом болей в шейном отделе позвоночника.

Цель. Показать преимущества вертикальной редукционной маммопластики.

Материалы и методы. Важное значение для выбора методики операции при гипертрофическом мастоптозе играет птоз молочной железы. Так как одной из основных задач данной операции является перенос сосково-ареолярного комплекса. При этом чем больше птоз молочной железы, тем сложнее выполнить данную манипуляцию, так как сосково-ареолярный комплекс имеет только коллатеральное кровоснабжение. Классификация птоза молочной железы: 1 степень – малый птоз: сосок находится на уровне субмаммарной складки; 2 степень – умеренный птоз: сосок лежит ниже уровня складки (до 3см), но остается выше нижнего контура железы; 3 степень – большой птоз: сосок расположен ниже складки более чем на 3см на нижнем контуре железы.

Концепция редукционной маммопластики: резекция избыточного объема тканей молочной железы, сформировать конической формы грудь, перенести на вершину этого конуса ареолу с соском, обеспечить жизнеспособность ареолы и соска на новом месте.

Техника вертикальной редукционной маммопластики. Инфильтрация подкожно 0,5%-ым раствором лидокаина с раствором адреналина 1:100 000. После того, как основание железы сжато, производят поверхностное рассечение кожи по линиям разметки. Поверхность вокруг ареолы деэпителизируют, продолжая ее по маркировке центрального сектора железы. Далее производят рассечение железы вдоль боковых вертикальных линий разметки и отслаивают кожу на обеих сторонах, оставляя тканей около 1 см в толщину. Верхней границей отслойки кожи являются верхние концевые точки вертикальных боковых линий разметки, а нижней границей - субмаммарная складка. Когда кожа отобилизована от железы, рассечение продолжают до

уровня субмаммарной складки. В этом месте направление отслойки меняют и жировую клетчатку иссекают перпендикулярно грудной стенке. Вся нижняя часть железы становится свободной от кожи, и ее центральная порция может быть отделена от грудной стенки. Во время подъема железы мелкие перфоранты от межреберных артерий должны быть тщательно скоагулированы как по задней поверхности железы, так и на грудной стенке.

Иссечение железистой ткани начинают с двух сторон от ареолы, с верхних концов вертикальных боковых линий и продолжают вниз по этим линиям, включая нижне-боковые растяжения железистой ткани. При коррекции средней гипертрофии железистую ткань иссекают перпендикулярно к большой грудной мышце по линии кожного разреза. При больших железах резекцию железистой ткани также начинают с верхнего края вертикальных боковых кожных разрезов, однако диссекцию производят более латерально, чем при умеренной гипертрофии. При этом частично резецируют железистую ткань под ареолой. Необходимо помнить, что толщина питающей ножки сосково-ареолярного комплекса должна быть не меньше 2 см. Общее количество резецированной железистой ткани обязательно точно подсчитывают. Если железы до операции были симметричны, то должно быть удалено одинаковое количество ткани на обеих железах.

Создание формы железы. Прежде чем соединить швами оставшиеся части железы, необходимо переместить ареолу на новое место путем складывания ее фиксации к верхнему краю деэпителизированной кожи. В результате этого снижается давление на нижнюю часть железы при наложении швов. Можно использовать один шов из длительно рассасывающегося шовного материала 2/0, который необходим для фиксации центрально под проекцией сосково-ареолярного комплекса на внутреннюю поверхность железы к большой грудной мышце на уровне 2-го межреберья. Шов, фиксирующий ареолярную ножку к большой грудной мышце, временно поддерживает железу в возвышенном положении. Этот момент имеет значение для послеоперационного опущения железы. Затем ареолу фиксируют на своем новом месте при помощи подкожных швов рассасывающимся шовным материалом нитью 3/0. На этом этапе железа выдвигается вверх, но все-таки выглядит еще расплюсченной. Для того чтобы создать хорошую проекцию железы необходимо соединить боковые части узловыми швами нитью 2\0 или 3\0 ПГА или викрил. Достаточно сделать 3-4 шва.

Вертикальный шов формируют поэтапно: вначале узловые швы на подкожную клетчатку, затем непрерывный шов на дерму. Глубокий слой зашивают рассасывающейся нитью 3/0. В результате этого образуются продольные складки по ходу шва. Внутрикожный шов накладывают от ареолы вертикально вниз, создавая его гофрированность. Длина вертикального шва может варьироваться от 6 до 8 см.

Обязательно оставление вакуумного дренажа, который удаляют на 2-3 сутки. В послеоперационном периоде необходимо носить компрессионное белье 1,5-2 месяца. В большинстве случаев железы приобретают желаемый

каплевидный вид через 1-2 месяца. Складки на вертикальном рубце обычно разглаживаются после больших редукций ко 2-3-му месяцу. Окончательно рубцы становятся малозаметными через год после операции.

Результаты и обсуждение. После вертикальной редукционной маммопластики в нашей практике не было ни одного случая некроза сосково-ареолярного комплекса, в 95% случаев сохраняется его чувствительность. Достигается стабильный эстетический результат на длительное время.

Выводы. Мы изучаем литературу в поисках «наилучшей» методики и затем понимаем, что чудодейственным не становится ни один из предложенных вариантов. Если мы упорны в поиске, то со временем постигаем свойства и возможности составных элементов операции. Ни один хирург не может с одинаковым совершенством владеть всеми без исключения операциями. Вертикальная редукционная маммопластика – операция, которая требует от пластического хирурга определенного багажа знаний, навыков. Данная операция позволяет достичь хорошего эстетического результата с минимальным количеством рубцов.