

На правах рукописи

**БАЕВА АНАСТАСИЯ АЛЕКСАНДРОВНА**

**ОДНОЭТАПНАЯ КОРРЕКЦИЯ АСИММЕТРИИ МОЛОЧНЫХ  
ЖЕЛЕЗ**

14.01.17 – хирургия

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва – 2016

**Работа выполнена в ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского»  
Минздрава России**

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук,

**Шаробаро Валентин Ильич**

**Официальные оппоненты:**

**Столярж Алексей Борисович**, доктор медицинских наук, профессор, начальник Центра пластической и реконструктивной хирургии ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневского» Министерства обороны Российской Федерации.

**Старцева Олеся Игоревна**, доктор медицинских наук, профессор кафедры пластической хирургии ФППОВ ГБОУ ВПО «Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России; руководитель НИО пластической хирургии НИЦ ГБОУ ВПО «Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России.

**Ведущая организация:**

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Защита состоится «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2016 г. в \_\_\_\_\_ часов

на заседании диссертационного совета Д.208.124.01 при ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» Минздрава России

Адрес: 117997, Москва, Б. Серпуховская, 27

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» Минздрава России

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2016 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук,

**Шаробаро Валентин Ильич**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность проблемы

Эстетическая хирургия молочных желез – одно из наиболее востребованных направлений в пластической хирургии. Любое отклонение от идеала является для женщины весомой психологической проблемой, ведущей к тяжелым психо-эмоциональным расстройствам, существенному снижению самооценки и, как следствие, значительному ухудшению качества жизни (Адамян А.А., 1994; Золтан Я., 1989; Боровиков А.М., 2005; Миланов Н.О., 2006; Пшениснов К.П., 2010; Габка К.Д., 2010; De Silva N.K. et al., 2006; Eidlitz-Markus T. et al., 2010; Nuzzi L.C. et al., 2014).

В последние десятилетия отмечился неуклонный рост числа выполняемых эстетических маммопластик как в России, так и за рубежом. Одной из наиболее частых причин обращения к пластическому хирургу является неудовлетворенность внешним видом молочных желез, в том числе и нарушение их симметрии.

Если ранее общепризнанным было устранение асимметрии только в случаях выраженной ее степени или при наличии значительного врожденного дефекта передней грудной стенки (Вишне夫斯基 А.А. и соавт., 1987; Адамян А.А. и соавт., 1997; Кущенко В.И. и соавт., 2006; Radlauer C.B. et al., 1971; Maxwell G.P. et al., 2001; Onesti M.G. et al., 2004; Sadove A.M. et al., 2005), современный период ознаменовался большим количеством исследований, подтверждающих, что нарушение симметрии груди является тяжелой психологической травмой для женщины, особенно в случаях потери железы вследствие мастэктомии, нередко ведущей к психопатизации личности, в то время как хирургическая коррекция асимметрии обеспечивает повышение самооценки, обретение психологического комфорта и, тем самым, улучшение качества жизни (Миланов Н.О. и соавт., 2006; Al-Ghazal S.K., 2000; Reilley A.F. et al., 2006; Neto M.S., 2007; Klassen A.F., 2009; Kenawy A. et al., 2009; Neto M.S., 2012).

В высокой степени актуальной на сегодняшний день является проблема нарушения симметрии вследствие хирургического лечения рака молочной железы. На сегодняшний день рак молочной железы занимает одно из лидирующих мест в онкологии по показателям заболеваемости и смертности среди женщин трудоспособного возраста (Вельшер Л.З. и соавт., 2005; Семиглазов В.Ф. и соавт., 2011; Ряженев В.В. и соавт., 2011; Каприн А. Д. и соавт., 2014; Siegel R. et al., 2012), а по оценкам Всемирной онкологической базы данных GLOBOCAN, число заболевших к 2030 году возрастет на 2,1 миллиона человек (International Agency for Cancer Research. World Health Organization, GLOBOCAN, 2012; Bray F. et al., 2013).

Потеря молочной железы или ее выраженная деформация вследствие хирургического лечения рака служит причиной широкого спектра тяжелых психопатологических расстройств, связанных как с тяжким бременем основного заболевания (страх смерти, фобия рецидива болезни), так и с наличием выраженного эстетического дефекта, что приводит к социальной

отстраненности и самоизоляции, потере работы и распаду семьи (Шарова О.Н., 2000; Osborne R.H. et al., 2003; Hewitt M. et al., 2004; Burgess C. et al., 2005; Kuroi K. et al., 2007; Knobf M.T. et al., 2007; Mehnert A. et al., 2007; Ohsumi S. et al., 2007; Mehnert A. et al., 2008). Кроме того, по последним данным, наличие асимметрии вследствие радикального лечения рака молочной железы не только ведет в конечном итоге к значительному ухудшению качества жизни, но и может опосредованно влиять на прогрессирование заболевания и снижение выживаемости среди пациенток данной категории (Reiche E.M. et al., 2004; Palesh O. et al., 2007; Satin J.R. et al., 2009; Pinguart M. et al., 2010; Clark P.G. et al., 2011), в то время как успешно выполненная реконструктивная операция помогает нивелировать вышеперечисленные симптомы (Шарова О.Н. и соавт., 2001; Haekens C.M. et al., 2011; Levine S. et al., 2012; Eltahir Y. et al., 2013; Davis G. et al., 2014).

Спрос на пластические операции по устранению эстетических дефектов молочных желез, в том числе и их асимметрии, растет год от года, что подтверждают данные мировой статистики. Основным требованием женщин является устранение имеющихся внешних недостатков с наилучшим результатом за одну операцию, что, к сожалению, не всегда выполнимо, особенно при наличии асимметрии выраженной степени, и в большинстве случаев требует выполнения повторных коррекций, связанных с неудовлетворительным эстетическим результатом от первой операции (Миланов Н.О., Старцева О.И., Чаушева С.И., 2008).

Зачастую для успешного устранения асимметрии молочных желез в ходе одного вмешательства требуется комбинация нескольких хирургических техник. Выбор оптимального сочетания методик с учетом индивидуальных параметров является залогом успешной одноэтапной коррекции, однако на сегодняшний день нет единого руководства к выбору тактики лечения данной категории пациенток.

В доступной литературе также отсутствуют алгоритмы коррекции асимметрии в зависимости от ее типа и степени, которые позволили бы существенно упростить выбор оптимального способа хирургического лечения и улучшить его результаты. В этой связи нами были поставлены следующие цель и задачи исследования.

### **Цель исследования**

Улучшение результатов одноэтапных коррекций асимметрии молочных желез.

### **Задачи исследования**

1. Разработка алгоритма одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез у пациенток с гипомастией.
2. Разработка алгоритма одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез у пациенток с гипермастией.

3. Разработка алгоритма одноэтапного восстановления симметрии груди при хирургическом лечении рака молочной железы.

4. Разработка систематизированного подхода к одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез.

### **Научная новизна**

1. Впервые разработан систематизированный подход к одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез с учетом ее типа и степени выраженности.

2. Впервые разработаны алгоритмы одноэтапной коррекции асимметрии для пациенток с гипомастией, гипермастией и пациенток с прогнозируемой асимметрией вследствие хирургического лечения рака молочной железы.

### **Практическая значимость**

Проведенное исследование позволило разработать систематизированный подход к одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез, следствием чего явилось сокращение числа оперативных вмешательств для достижения хорошего эстетического результата. Это сокращает длительность лечения, приводя к снижению стоимости лечения и сокращению сроков реабилитации. Улучшение психоэмоционального состояния женщины, устранение страха и предоперационного стресса перед этапными операциями способствует более быстрой психологической и социальной адаптации после лечения и, как следствие, приводит к значительному улучшению качества жизни данной многочисленной категории пациенток. Разработанные алгоритмы коррекции позволяют осуществлять выбор оптимальной комбинации хирургических методик для устранения асимметрии за один этап, способствуя достижению хороших эстетических результатов, и могут быть использованы пластическими хирургами в практической работе.

### **Основные положения работы, выносимые на защиту**

1. При одноэтапной коррекции асимметрии объема, размеров и положения сосково-ареолярных комплексов, субмаммарных складок и птоза молочных желез (при наличии) у пациенток с гипомастией хороших эстетических результатов удается достигнуть в 94,1% наблюдений. При этом выбор оптимальной методики зависит от типа асимметрии и ее степени.

2. Для пациенток с гипермастией основными критериями выбора варианта одноэтапной коррекции являются степень птоза и асимметрии. При адекватной редукции объема тканей с симметризацией субмаммарных складок, положения и размеров сосково-ареолярных комплексов хороших эстетических результатов удается достигнуть у 89,7% пациенток.

3. Выбор оптимальной методики одноэтапного восстановления симметрии груди при хирургическом лечении рака молочной железы зависит от варианта удаления опухоли и исходного состояния обеих молочных желез: исходный объем, наличие птоза и его степень,

наличие деформаций передней грудной стенки. Одноэтапное восстановление утраченной железы эндопротезом с корригирующей операцией на здоровой молочной железе, включающей симметризацию объема и положения, является наименее травматичной методикой с прогнозируемым результатом. Разработанный алгоритм одноэтапного восстановления симметрии позволяет достигнуть хороших эстетических результатов в 94,3% наблюдений.

4. Систематизированный подход к одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез с учетом ее типа и степени позволяет достигнуть хороших эстетических результатов более чем у 93% пациенток.

#### **Реализация работы**

Разработанный систематизированный подход к хирургическому лечению асимметрии молочных желез и составленные алгоритмы одноэтапной коррекции применяются в отделении реконструктивной и пластической хирургии ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России и отделении хирургии ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий» ФМБА России.

#### **Апробация работы**

Основные положения и материалы диссертации представлены в виде докладов на следующих научных конференциях и съездах: Международная российско-германская конференция «Авторские технологии в пластической хирургии» (Москва, январь 2014); конференция памяти акад. Н.О. Миланова «Российская школа пластической хирургии: история и инновации». XIV Международный конгресс по эстетической медицине (Москва, февраль 2015); 3-ий Международный конгресс по эстетической и антивозрастной медицине «Восточная Европа 2015» (Москва, сентябрь 2015); IV Национальный конгресс «Пластическая хирургия, эстетическая медицина и косметология».

#### **Публикации**

По теме диссертации опубликованы 9 научных работ в российской печати, отражающих ее содержание, из которых 5 работ – в изданиях, рекомендованных ВАК РФ для публикации результатов диссертационных исследований.

#### **Объем и структура работы**

Диссертация изложена на 151 странице машинописного текста, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы, включающего 204 источника, в том числе 39 отечественных и 165 зарубежных. Текст иллюстрирован 1 схемой, 5 диаграммами, 14 таблицами и 36 рисунками.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### Клинические наблюдения и методы исследования

В основу работы положен анализ результатов лечения 117 пациенток с асимметрией молочных желез, прооперированных за период с 2011 по 2016 гг. на базе отделения реконструктивной и пластической хирургии ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ и отделения хирургии ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий» ФМБА России.

Все исследуемые были разделены на 3 группы в зависимости от исходного состояния молочных желез. Первую группу составили пациентки с гипомастией (51 пациентка, что составило 43,6% наблюдений), во вторую вошли 29 пациенток с гипермастией (24,8%), в третью группу были включены 37 пациенток с прогнозируемой асимметрией вследствие планируемого хирургического лечения рака молочной железы (31,6%) (диаграмма 1).

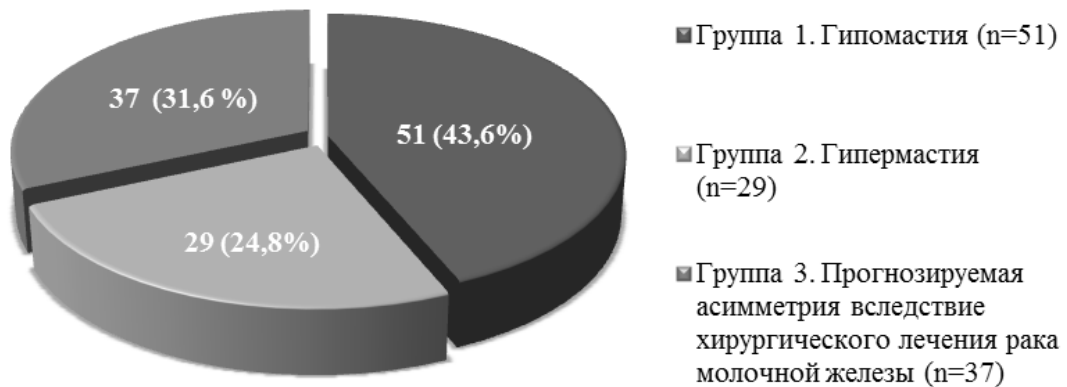


Диаграмма 1. Распределение пациенток по группам исследования.

Возраст пациенток варьировал от 18 до 55 лет. Все пациентки находились в трудоспособном, социально активном возрасте. Распределение пациенток по возрасту отражено в диаграмме 2.

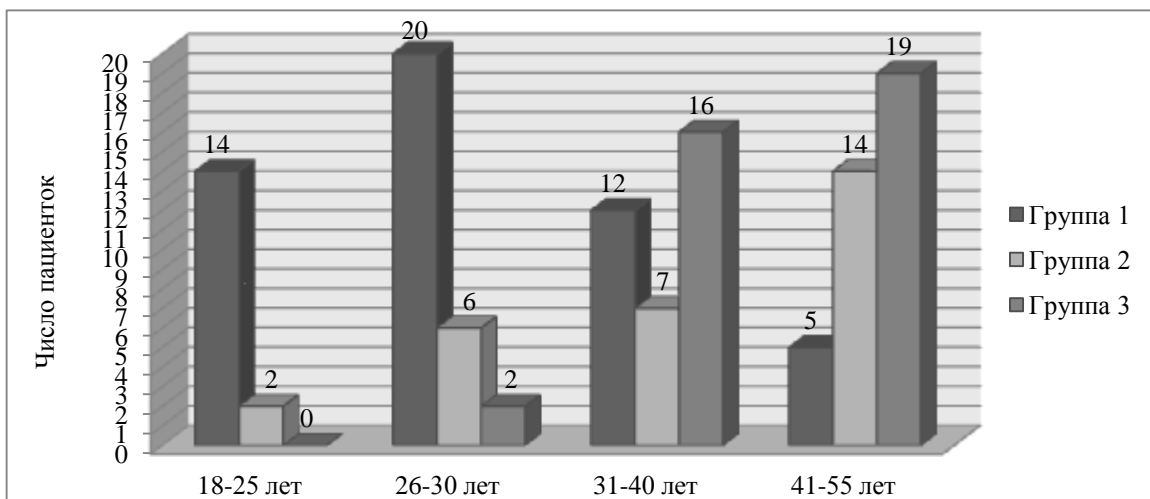


Диаграмма 2. Распределение пациенток по возрасту.

Из 117 пациенток, обратившихся к нам за маммопластикой, 65% женщин в той или иной степени беспокоило именно нарушение симметрии молочных желез, а в некоторых случаях асимметрия послужила первопричиной обращения (11%). В остальных наблюдениях (24%) асимметрия явилась случайной находкой в ходе предоперационного осмотра.

Для объективной оценки наличия асимметрии и определения степени ее выраженности всем пациенткам производилась морфометрия молочных желез, результаты которой вносились в индивидуальную карту и таблицу морфометрических данных (табл.1). При этом за основу нами были взяты стандартные метрические параметры: расстояние от рукоятки грудины до соска, от соска до срединной линии, от соска до субмаммарной складки и ширина основания железы, а диагноз асимметрии устанавливался при несоответствии одного или нескольких показателей относительно обеих молочных желез.

Таблица 1.

Индивидуальная таблица морфометрических данных.

	До операции		После операции	
	Правая молочная железа	Левая молочная железа	Правая молочная железа	Левая молочная железа
<b>Расстояние от яремной вырезки до соска (см)</b>	20	20	20	20
<b>Расстояние от соска до субмаммарной складки (см)</b>	8	6	8	8
<b>Расстояние от соска до срединной линии (см)</b>	10	10	13	13
<b>Ширина основания железы (см)</b>	14	14	14	14

При оценке степени выраженности асимметрии мы руководствовались параметрами, предложенными Милановым Н.О. и Саратовцевой Г.Ю. (2011). Таким образом, из 117 обследованных пациенток у 24,8% (29 чел.) была выявлена асимметрия легкой степени, у 30,8% (36 чел.) – средней и у 44,4% (52 чел.) – выраженной степени. Следует уточнить, что всех пациенток, вошедших в 3-ю группу исследования, мы отнесли к последней категории, так как неизбежным следствием хирургического лечения рака молочной железы является вторичная приобретенная асимметрия выраженной степени.

Также в своей работе мы пользовались систематизацией асимметрий молочных желез, предложенной Милановым Н.О. и Ли А.Г. (2006), которая, на наш взгляд, не имеет аналогов по своей полноте и содержанию и наиболее удобна в практическом применении.

Так, подавляющее большинство пациенток (86,6%) имели приобретенную асимметрию молочных желез, из них 48,5% составили пациентки с первичной, 38,1% - со вторичной асимметрией молочных желез; врожденная асимметрия наблюдалась у 13,4% исследуемых пациенток (диаграмма 3).



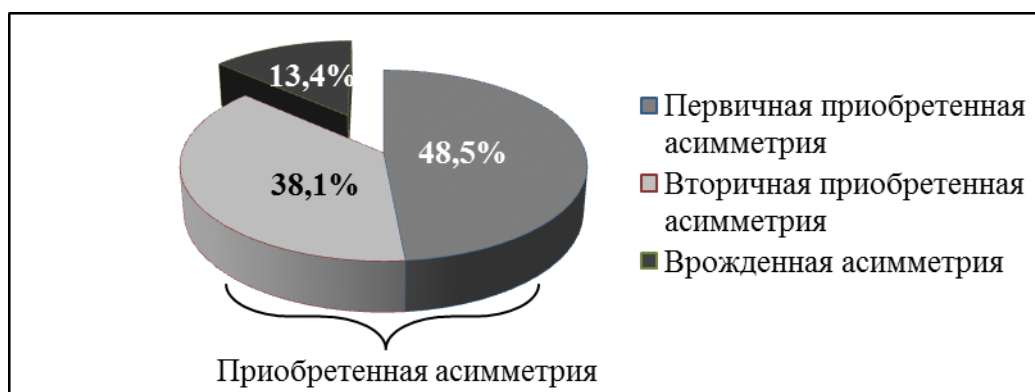


Диаграмма 3. Распределение по причине возникновения асимметрии (врожденная/приобретенная).

Кроме того, все типы асимметрии были условно классифицированы нами по четырем признакам (схема 1).

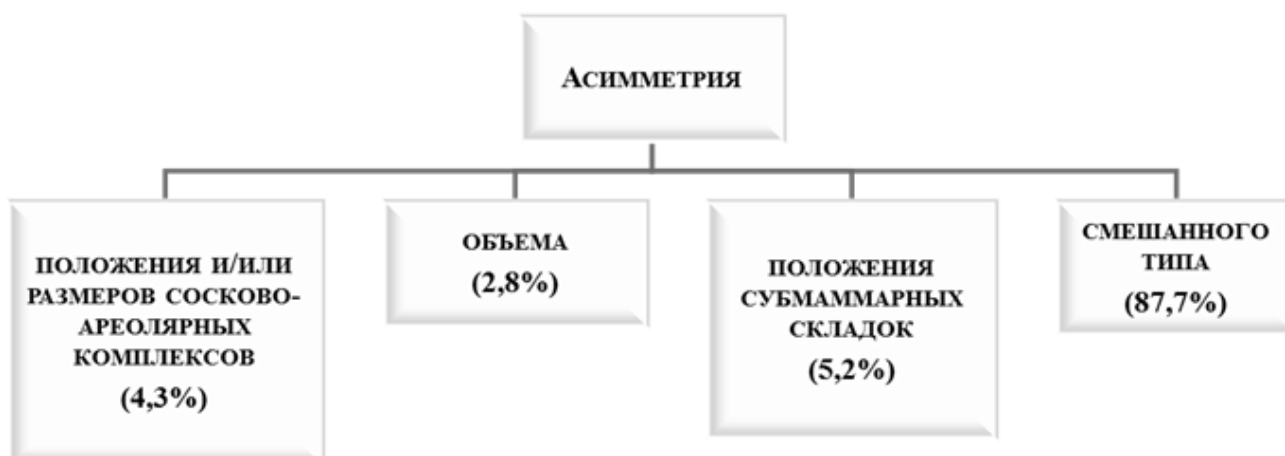


Схема 1. Распределение пациенток по типу асимметрии.

Выбор хирургической тактики зависел от многих параметров, основополагающими из которых были тип асимметрии, степень ее выраженности и эстетические пожелания пациентки.

В ходе проведенного исследования было установлено, что изолированный тип асимметрии наблюдался у 12,3% пациенток, в то время как подавляющее большинство имели асимметрию смешанного типа (87,7% наблюдений), что обуславливало необходимость выбора оптимальной комбинации нескольких хирургических методик для одноэтапного восстановления симметрии.

Все пациентки были обследованы по общепринятой клинической схеме. Предоперационный осмотр, полное обследование в соответствии с онкологическим профилем, а также составление плана лечения основного заболевания пациенток, вошедших в 3 группу исследования, производил врач-онколог.

Во время предоперационного осмотра проводили тщательное антропометрическое обследование, выявляли возможные деформации грудной стенки и молочных желез,

сколиотические изменения, а также особое внимание уделяли беседе с пациенткой с учетом оценки текущего состояния, выяснением имеющихся жалоб и пожеланий и оценкой психоэмоционального статуса.

Вид пациенток до операции, предоперационная разметка, этапы и технику операций, ближайшие и отдаленные результаты фиксировали на цифровую фотокамеру. Фотографии выполняли в стандартных пяти проекциях: спереди, профиль слева и справа, а также фотографии в три четверти слева и справа (рис.1).

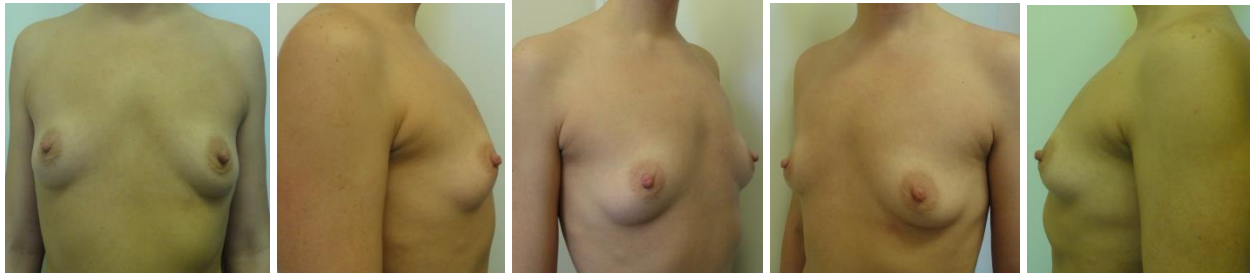


Рис.1. Стандартные проекции при фотографировании в пластической хирургии молочных желез.

Оценка эстетических результатов производилась самими пациентками и тремя независимыми хирургами путем ответов на стандартные вопросы опросников с применением шкалы Ликерта с трехуровневой системой градации результата (хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный). Кроме того, оценку осуществляли объективно путем сравнения данных морфометрии молочных желез до и после операции. Достоверных различий при оценке результатов выявлено не было.

Обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере Intel Pentium с использованием набора стандартных статистических программ Microsoft Excel. Сравнение результатов проводили при помощи t-критерия Стьюдента и критерия  $\chi^2$ . Разницу считали достоверной при  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение.**

Для одноэтапного устранения асимметрии молочных желез мы использовали следующие типы вмешательств: аугментационная маммопластика, различные виды мастопексии и редукционной маммопластики, а также разнообразные варианты комбинаций данных методик (табл. 2).

Залогом правильного выбора наиболее подходящей методики при одноэтапной коррекции асимметрии были тщательный предоперационный осмотр и планирование, в ходе которых оценивали исходное состояние молочных желез, определяли тип и степень асимметрии, наличие иных дефектов/деформаций грудной клетки и молочных желез. В ходе беседы с пациенткой определяли желаемый и наиболее подходящий объем коррекции с учетом всех индивидуальных особенностей.

Таблица 2.  
Варианты используемых хирургических техник.

Тип оперативного вмешательства	Число операций
Эндопротезирование молочных желез с коррекцией положения и/или размеров сосково-ареолярных комплексов	4
Эндопротезирование молочных желез разновеликими имплантами	1
Эндопротезирование молочных желез разновеликими имплантами с симметризацией размеров и/или положения сосково-ареолярных комплексов	11
Эндопротезирование молочных желез разновеликими имплантами с симметризацией положения субмаммарных складок	9
Эндопротезирование молочных желез разновеликими имплантами с коррекцией размеров и/или положения сосково-ареолярных комплексов, положения субмаммарных складок	8
Эндопротезирование молочных желез с низведением вышерасположенной субмаммарной складки + периареолярная мастопексия	12
Эндопротезирование молочных желез с симметризацией положения субмаммарных складок	6
Редукционная маммопластика с редукцией разного объема тканей железы	2
Редукционная маммопластика с редукцией разного объема тканей железы с симметризацией положения и/или размеров сосково-ареолярных комплексов	11
Редукционная маммопластика с симметризацией положения и размеров сосково-ареолярных комплексов	1
Редукционная маммопластика с редукцией разного объема тканей железы с симметризацией положения субмаммарных складок	4
Редукционная маммопластика с редукцией разного объема тканей железы с симметризацией положения субмаммарных складок и положения и размеров сосково-ареолярных комплексов	5
Редукционная маммопластика с одной стороны + мастопексия с другой + симметризация положения и размеров сосково-ареолярных комплексов	6
Замещение утраченной железы эндопротезом + эндопротезирование контралатеральной железы с симметризацией размеров/положения сосково-ареолярных комплексов и/или субмаммарных складок	15
Замещение утраченной железы эндопротезом + пексия контралатеральной железы с симметризацией размеров/положения сосково-ареолярных комплексов и/или субмаммарных складок	7
Замещение утраченной железы эндопротезом + редукционная маммопластика контралатеральной молочной железы с симметризацией размеров/положения сосково-ареолярных комплексов и/или субмаммарных складок	6
Онкопластическая редукция + редукция контралатеральной железы с симметризацией размеров/положения сосково-ареолярных комплексов и/или субмаммарных складок	9
<b>Всего</b>	<b>117</b>

Для достижения стабильного предсказуемого результата особое внимание уделяли нанесению и обеспечению сохранности предоперационной разметки во время обработки операционного поля и по ходу оперативного вмешательства. В тех случаях, когда после предоперационной обработки антисептиком разметка становилась малозаметной, прибегали к нанесению эпидермальных надрезов для предотвращения ее стирания в ходе оперативного вмешательства.

### **Особенности одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез у пациенток с гипомастией.**

Из 117 пациенток, оперированных нами по поводу асимметрии молочных желез, 51 был установлен диагноз гипомастии, что составило 43,6% наблюдений. Основной причиной для обращения к пластическому хирургу помимо нарушения симметрии была неудовлетворенность объемом и/или формой молочных желез. Для таких пациенток коррекцию асимметрии всегда производили одновременно с эндопротезированием.

**Симметризацию положения субмаммарных складок** производили, изменяя высоту одной из них путем опущения более краниально расположенной. При неуверенности в стабильной фиксации импланта в ложе при эндопротезировании, т.е. при риске миграции эндопротеза, для фиксации вновь сформированной субмаммарной складки в новом положении в ряде наблюдений накладывали отдельные узловые швы.

При наличии у пациенток с гипомастией **асимметрии объема** для ее коррекции мы делали выбор в пользу эндопротезирования молочных желез разновеликими имплантами.

При выборе основных параметров эндопротеза руководствовались данными морфометрических параметров молочных желез с учетом индивидуальных особенностей анатомии пациентки и ее пожеланий относительно размеров и формы груди. В случаях асимметрии выраженной степени для обеспечения предсказуемого результата объем имплантов определяли интраоперационно при помощи сайзеров.

При выборе доступа для эндопротезирования исходили из того, какой тип асимметрии изначально имели. Так, при асимметрии объема в сочетании с асимметрией сосково-ареолярных комплексов наиболее рациональным считали периареолярный оперативный доступ, который позволял произвести симметризацию положения сосково-ареолярных комплексов, не нанося дополнительных разрезов и не прибегая к лишнему травматизму. Кроме того, данный доступ также позволял одновременно произвести коррекцию легкой степени птоза (при наличии) путем периареолярной мастопексии.

При выборе месторасположения импланта мы руководствовались общепринятыми правилами. Основанием для ретропекторальной установки импланта была толщина кожно-железистой складки в области верхнего полюса молочной железы, определяемая при щипковой пробе, менее 2 см. В случаях, когда толщина складки превышала 2 см, делали выбор в пользу

ретромаммарной установки эндопротеза. Диаметр формируемого кармана для импланта делали несколько больше диаметра устанавливаемого эндопротеза для исключения его краевой деформации.

Выбор варианта коррекции **асимметрии положения сосково-ареолярных** комплексов зависел от степени асимметрии и мастоптоза (при его наличии).

При изолированной асимметрии положения сосково-ареолярных комплексов легкой степени (до 2-х см) для достижения симметрии достаточным было полулунное иссечение участка кожи в верхней части нижерасположенной ареолы. В случаях асимметрии положения сосково-ареолярных комплексов средней и выраженной степени (от 2-х до 5 см и более) в сочетании с птозом молочных желез 1-2 степени по P.Regnauld считали достаточной коррекцию в объеме периареолярной мастопексии. Для коррекции асимметрии положения сосково-ареолярных комплексов выраженной степени в сочетании с птозом молочных желез 2 и 3 степени по P.Regnauld использовали техники вертикальной и Т-инвертированной мастопексии, в результате которой помимо устранения птоза производили симметризацию положения и размеров соска и ареолы.

При **асимметрии размеров сосково-ареолярных комплексов** для их симметризации также использовали стягивающий циркулярный шов типа Бенелли нитью Goretex 4/0 или 5/0. От классического авторского шва мы отказались, так как не считали целесообразным прошивание этим швом внутреннего края раны, т.е. непосредственно ареолы, что требовало дополнительной разметки, удлиняло время операции и вызывало деформации при адаптации несоответствующих по длинам наружного и внутреннего краев раны. Необходимую адаптацию краев раны достигали несколькими субдермальными узловыми швами рассасывающейся нитью 3/0 или 4/0. Окончательное затягивание шва производили только после того, как удостоверились в симметрии диаметра обеих ореол.

### **Особенности одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез у пациенток с гипермастией.**

Из 29 пациенток с асимметрией молочных желез на фоне гипермастии, вошедших во 2 группу исследования, у 20 (69%) была выявлена асимметрия средней и выраженной степени. Изолированное нарушение симметрии имело место только в 13,8% наблюдений (асимметрия объема у 2-х пациенток и асимметрия положения и размеров сосково-ареолярных комплексов у одной пациентки). В 89,7% мы наблюдали асимметрию по 2-м и более признакам.

Основным способом коррекции асимметрии молочных желез у пациенток с гипермастией была редуцирующая маммопластика. Объективным критерием для выбора оптимальной методики редукации являлась выраженность степени птоза гипертрофированной железы, а не объем предполагаемой редукации.

При **легком мастоптозе** (до 3 см по классификации P.Regnault) и незначительной степени предполагаемой редукции ткани железы делали выбор в пользу периареолярной методики, что позволяло сочетать небольшие объемы редукции с коррекцией асимметрии положения сосково-ареолярных комплексов и субмаммарных складок. При необходимости симметризации диаметра ареол данную методику дополняли применением циркулярного стягивающего шва типа Бенелли. В случаях **умеренного и выраженного птоза** (от 3-х до 15 см) делали выбор в пользу вертикальной методики редукции. При **выраженном птозе более 15 см** предпочитали выполнять Т-инвертированную редукцию по методике D. Marchac, которая обеспечивала стабильно хороший эстетический результат с минимально короткими горизонтальными рубцами в субмаммарных складках.

Стабильность правильно нанесенной предоперационной разметки с учетом анатомических особенностей обеспечивала симметрию положения и размеров сосково-ареолярных комплексов в послеоперационном периоде. Кроме того, применяли специализированный режущий циркулярный скальпель для ареол, нанося разрезы до выполнения инфильтрации тканей вазоконстрикторами. В некоторых случаях асимметрию диаметра ареол устраняли путем наложения циркулярного стягивающего шва типа Бенелли нитью Goretex 4/0 или 5/0.

Выбор варианта дермального лоскута для транспозиции сосково-ареолярных комплексов был обусловлен надежностью в обеспечении адекватного их кровоснабжения. В этой связи при выраженных степенях птоза предпочитали осуществлять перемещение сосково-ареолярных комплексов на нижней пирамидной питающей ножке по Georgiade G. et al. (1989), длина которой достигала 30 см при увеличении ширины ее основания, что позволяло проводить редукцию пациенткам с гипермастией без некрозов в послеоперационном периоде.

При **асимметрии положения субмаммарных складок** после низведения более краниально расположенной или формирования новой субмаммарной складки симметрично контралатеральной производили фиксацию в новом положении отдельными узловыми швами нитью Vicryl 3/0 и фиксационными пластырями, а также рекомендовали ношение компрессионного белья до 3-х месяцев в послеоперационном периоде для профилактики ее смещения.

При **асимметрии объема молочных желез** на фоне гипермастии коррекцию осуществляли путем преимущественной редукции ниже-наружного сектора большей молочной железы. Карман для вновь сформированной железы формировали путем отслойки мягких тканей на расстояние до 7 см в верхнем и медиальном секторах с обеих сторон с последующим перераспределением тканей железы для обеспечения полноты верхнего склона и получения эстетичного кливиджа в послеоперационном периоде.

## **Особенности одноэтапного восстановления симметрии груди при хирургическом лечении рака молочной железы.**

В третью группу исследования были включены 37 пациенток с установленным диагнозом рак молочной железы, что составило 31,6% от общего числа наблюдений, так как неизбежным следствием хирургического лечения которого является вторичная приобретенная асимметрия молочных желез выраженной степени.

Наиболее приемлемым, на наш взгляд, является подход с позиций онкопластической хирургии, при котором одновременно с радикальным удалением опухоли производится реконструкция утраченного или частично утраченного органа и выполняется коррекция контралатеральной молочной железы для достижения симметрии, что позволяет добиться наилучших эстетических результатов.

Залогом благоприятного исхода операций подобного типа является согласованность действий пластического хирурга и онколога.

Полное обследование в соответствии с онкологическим профилем, а также составление плана лечения основного заболевания пациенток, вошедших в данную группу исследования, производил врач-онколог. Хирургическая тактика также обсуждалась совместно, а выбор наиболее подходящего варианта реконструкции и вида корригирующей операции зависел от выбора метода оперативного лечения основного заболевания, с учетом исходного состояния молочных желез как со стороны поражения, так и с контралатеральной стороны, а также пожеланий пациентки относительно формы и размеров груди.

Отбор пациенток для данной группы исследования осуществлялся в тандеме с онкологом. Из 37 пациенток 28 по онкологическим показаниям была выполнена подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией утраченной железы эндопротезом (75,7%), а 9 пациенткам потребовалось выполнение онкопластической редукции (24,3%). Все пациентки имели I или II стадию онкологического заболевания.

**Одномоментная реконструкция железы с использованием эндопротеза**, на наш взгляд, является наиболее предпочтительной при **подкожной мастэктомии**, обеспечивая наилучший эстетический результат при наименьшем травматизме операции. В таких случаях предпочтение отдавали текстурированным силиконовым имплантам анатомической формы.

Предварительно желаемый объем импланта, его ширину и высоту проекции определяли на этапе предоперационного планирования, руководствуясь данными морфометрии железы со стороны поражения и с контралатеральной стороны, а также пожеланиями пациентки с учетом особенностей анатомии передней грудной стенки. Для более точного выбора параметров эндопротеза интраоперационно использовали сайзеры.

Предоперационную разметку производили стандартно в положении стоя. Отмечали основные ориентиры: срединную линию, субмаммарные складки с обеих сторон, медиальный и

латеральный контуры молочных желез. Вид разреза для доступа к железе на стороне поражения определяли совместно с онкологом с учетом локализации опухоли и планируемой хирургической тактики ее удаления, а также с учетом типа требуемой корригирующей операции на контралатеральной стороне для получения симметричных минимально заметных рубцов в послеоперационном периоде.

Для восстановления симметрии нами применялись различные хирургические методики: редуционная маммопластика (21,4%), аугментационная маммопластика (39,3%), мастопексия (14,3%), аугментационная маммопластика в сочетании с мастопексией (25%).

При **нормальном**, по мнению пациентки, **объеме контралатеральной молочной железы** в сочетании с птозом той или иной степени для коррекции асимметрии выполняли мастопексию, выбор методики которой зависел от степени мастоптоза по классификации P.Regnault (1984). Так, для коррекции **птоза легкой и средней степени** делали выбор в пользу периареолярной мастопексии, существенным преимуществом которой являлась также возможность коррекции положения и размера сосково-ареолярного комплекса для симметризации с контралатеральной стороной. При **выраженном птозе** применяли вертикальную или Т-инвертированную методики мастопексии.

Для коррекции асимметрии груди у пациенток с **гипотрофией контралатеральной молочной железы** одновременно с реконструкцией утраченного органа эндопротезом выполняли эндопротезирование с контралатеральной стороны. При необходимости выполняли коррекцию птоза в зависимости от его степени, коррекцию положения и размеров сосково-ареолярных комплексов и субмаммарных складок при их асимметрии. Вид доступа со стороны поражения согласовывался и выполнялся онкологом.

Для пациенток с **гипертрофией контралатеральной железы** методом выбора была корригирующая операция в объеме редуционной маммопластики, выбор оптимальной методики которой зависел от типа онкологической операции на стороне поражения, степени выраженности птоза гипертрофированной железы и пожеланий пациентки относительно окончательного объема груди.

Из 28 пациенток, которым по онкологическим показаниям потребовалось выполнение подкожной мастэктомии, у 6 имела место гипертрофия контралатеральной железы, потребовавшая коррекции в объеме редуционной маммопластики, что составило 21,4% наблюдений. В таких случаях объем импланта для реконструкции утраченного органа и объем редукации контралатеральной железы подбирался, исходя из предпочтений пациентки и анатомических особенностей строения передней грудной стенки.

Из 37 пациенток с диагнозом рак молочной железы 9 было рекомендовано выполнение онкопластической редукации. Учитывая наличие у данных пациенток гипертрофии молочных



желез, проведение редуцирующей маммопластики в данном случае было идеальным вариантом восстановления симметрии в послеоперационном периоде.

При планировании **онкопластической редуции** с одномоментной симметризацией с контралатеральной стороны объем удаляемых тканей железы на здоровой стороне зависел от степени редуцируемого объема на стороне опухоли.

Выбор дермальной питающей ножки для транспозиции сосково-ареолярного комплекса на стороне поражения зависел в первую очередь от локализации злокачественного процесса.

В случаях, когда пациенткам с гипертрофией и/или выраженным птозом пораженной железы предполагалось выполнение подкожной мастэктомии, предпочтение отдавали одномоментному восстановлению утраченной железы эндопротезом с иссечением избытков кожи.

Отдаленные результаты одноэтапных коррекций асимметрии молочных желез были прослежены у 115 пациенток. Для этого пациентки были приглашены на контрольные осмотры спустя 6 месяцев после операции. Оценка результатов коррекции производилась как самими пациентками с помощью стандартных опросников для оценки эстетического результата операции, так и тремя независимыми хирургами. Из 117 пациенток 108 пришли на контрольный осмотр в сроки от 6 месяцев до 2-х лет после операции, 7 пациенток прислали свои фотографии и ответили на анкету опросника, контакт с двумя пациентками был потерян.

Из 115 пациенток 107 были полностью удовлетворены результатом одноэтапной коррекции, оценив его как хороший (93,04%). Восемь пациенток выставили оценку удовлетворительно (6,96%). Две из них от какой-либо дополнительной коррекции отказались, объяснив, что эстетический результат их полностью устраивает, шестеро попросили дополнительные корригирующие операции. Четверем из них была выполнена коррекция положения сосково-ареолярных комплексов под местной анестезией, двум потребовалось проведение 1 сеанса контурной липосакции с липофилингом. Оценки неудовлетворительно выставлено не было. Достоверных различий в оценке эстетических результатов пациентками и независимыми хирургами выявлено не было.

На основе проведенного исследования и анализа ближайших и отдаленных результатов мы составили алгоритмы выбора методики одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез для пациенток с гипомастией, гипермастией и пациенток с прогнозируемой асимметрией вследствие хирургического этапа лечения рака молочной железы, представленные на рисунках 2,3,4.

Таким образом, результаты оценки показали, что систематизированный подход к одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез позволил достигнуть хороших эстетических результатов за один этап более чем в 93% наблюдений.

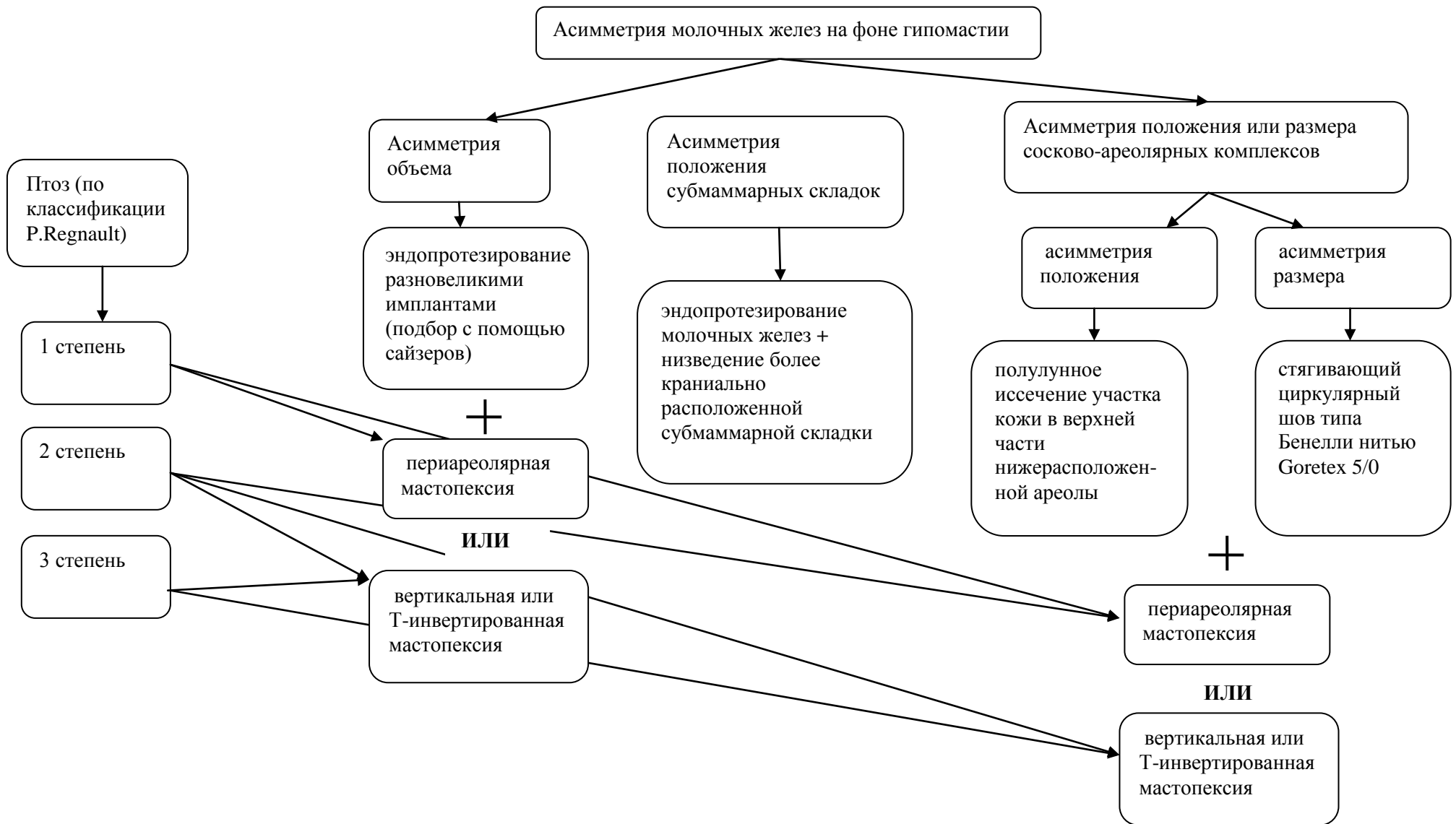


Рисунок 2. Алгоритм одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез у пациенток с гипомастией.



Рисунок 3. Алгоритм одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез у пациенток с гипермастией.

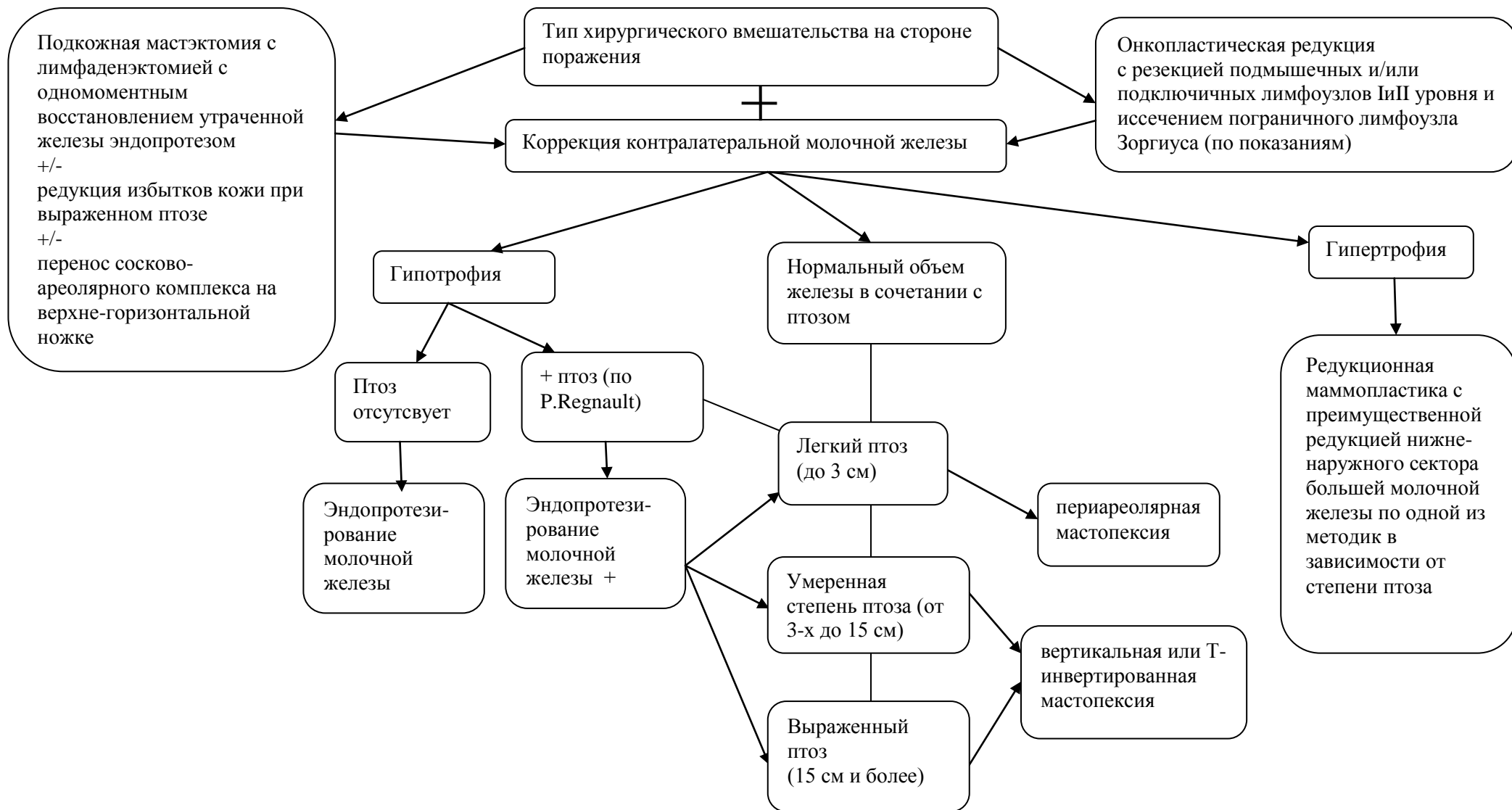


Рисунок 4. Алгоритм одноэтапного восстановления симметрии груди при хирургическом лечении рака молочной железы с учетом состояния контралатеральной молочной железы.

## **ВЫВОДЫ**

1. Одноэтапная коррекция асимметрии молочных желез у пациенток с гипомастией осуществляется исходя из типа асимметрии и ее степени. Устранение асимметрии объема, субмаммарных складок, положения и размеров сосково-ареолярных комплексов и птоза (при наличии) согласно разработанному алгоритму позволяет достигнуть хороших эстетических результатов в 94,1% наблюдений.
2. Методика одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез у пациенток с гипермастией зависит от степени птоза и асимметрии. Адекватная редукция объема с ориентиром только на нерезецируемые ткани с симметризацией субмаммарных складок и размеров и положения сосково-ареолярных комплексов согласно разработанному алгоритму позволяет достигнуть хороших эстетических результатов в 89,7% наблюдений.
3. Выбор варианта для одноэтапного восстановления симметрии при хирургическом лечении рака молочной железы зависит от типа онкохирургического вмешательства на стороне поражения, а также от исходного состояния желез с обеих сторон (исходный объем, наличие и выраженность мастоптоза). Наименее травматичной методикой с прогнозируемым результатом является одноэтапное эндопротезирование удаленной молочной железы с проведением корригирующей операции на контралатеральной стороне, включающей симметризацию объема и положения. Разработанный алгоритм одноэтапного восстановления симметрии груди у пациенток после хирургического лечения рака молочной железы позволяет достигнуть хороших эстетических результатов в 94,3%.
4. Систематизированный подход к одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез с учетом ее типа и степени позволяет достигнуть хороших эстетических результатов за один этап более чем у 93% пациенток.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Для получения наилучшего эстетического результата при одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез выбор комбинации хирургических методик необходимо осуществлять индивидуально с учетом типа и степени асимметрии и исходного состояния молочных желез.
2. На этапе предоперационного планирования необходимо производить тщательную морфометрию молочных желез для объективной оценки наличия асимметрии, ее типа и степени для выбора оптимального метода одноэтапной коррекции.

3. Предоперационную разметку, которая определяет результат операции, необходимо наносить в вертикальном положении.
4. Следует следить за ее сохранностью при обработке операционного поля и по ходу оперативного вмешательства. При угрозе визуализации целесообразно прибегать к нанесению эпидермальных надрезов по разметке во избежание ее стирания.
5. При асимметрии положения субмаммарных складок в сочетании с гипомастией целесообразно производить коррекцию путем низведения более краниально расположенной субмаммарной складки одновременно с эндопротезированием молочных желез.
6. Для обеспечения стабильности полученного результата целесообразно производить фиксацию вновь сформированной субмаммарной складки в новом положении отдельными узловыми швами, фиксационными пластырями, а также рекомендовать ношение компрессионного белья до 3-х месяцев в послеоперационном периоде.
7. При наличии асимметрии объема у пациенток с гипомастией наиболее рационально осуществлять коррекцию путем эндопротезирования молочных желез разновеликими имплантами.
8. В случаях выраженной асимметрии объема для более точного подбора параметров эндопротезов целесообразно пользоваться сайзерами.
9. Для предотвращения изменения размеров перемещенных сосково-ареолярных комплексов в послеоперационном периоде целесообразно наложение периареолярного циркулярного шва типа Бенелли нитью Goretex 4/0 или 5/0 с предварительной адаптацией краев раны несколькими субдермальными узловыми швами рассасывающейся нитью 3/0 или 4/0.
10. При коррекции асимметрии сосково-ареолярных комплексов в случаях инфильтрации тканей раствором местного анестетика (коррекция под местной анестезией) и/или растворами вазопрессоров объем инфильтрируемых препаратов должен быть идентичен с обеих сторон для адекватной интраоперационной оценки результата и обеспечения симметрии в послеоперационном периоде.

#### **Список опубликованных научных работ по теме диссертации**

1. Шаробаро, В.И. Реабилитация после эстетических операций на лице / В.И. Шаробаро, А.Е. Авдеев, М.В. Кадырова, Н.И. Яшина, А.А. Баева, М.О. Гоглов, О.П. Романец, М.И. Гречишников, З.И. Цховребова // Проблемы биологии и медицины. – 2014. - № 4. – С. 286.

2. Шаробаро, В.И. Методы оптимизации лечения и профилактики рубцов. (Обзор литературы) / В.И. Шаробаро, О.П. Романец, М.И. Гречишников, А.А. Баева // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова – 2015. - № 9. – С. 85-90 (*№2098 Перечня российских рецензируемых научных журналов*).
3. Шаробаро, В.И. Коррекция асимметрии молочных желез. Обзор литературы / В.И. Шаробаро, А.А. Баева, О.П. Романец // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2015. - №4. - С. 82 – 90 (*№54 Перечня российских рецензируемых научных журналов*).
4. Шаробаро, В.И. Оптимизация результатов редукционной маммопластики / В.И. Шаробаро, А.Е. Авдеев, А.А. Баева, О.П. Романец, М.И. Гречишников // Сборник тезисов IV Национального конгресса «Пластическая хирургия». – 2015. – С.129 - 130.
5. Шаробаро, В.И. Асимметрия молочных желез - одноэтапная коррекция / В.И. Шаробаро, А.А. Баева, О.П. Романец // Сборник тезисов IV Национального конгресса «Пластическая хирургия». – 2015. – С. 130.
6. Шаробаро, В.И. Методы оптимизации лечения и профилактики рубцов / В.И. Шаробаро, О.П. Романец, А.А. Баева // Сборник тезисов IV Национального конгресса «Пластическая хирургия». – 2015. – С. 131-132.
7. Шаробаро, В.И. Одноэтапная коррекция асимметрии молочных желез / В.И. Шаробаро, А.А. Баева, М.И. Гречишников, О.П. Романец // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2016. - №1. – С. 128-129 (*№54 Перечня российских рецензируемых научных журналов*).
8. Шаробаро, В.И. Комплексное лечение и профилактика рубцов различной этиологии / В.И. Шаробаро, О.П. Романец, А.А. Баева // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2016. - №1. – С. 129-130 (*№54 Перечня российских рецензируемых научных журналов*).
9. Шаробаро, В.И. Алгоритм одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез у пациенток с гипомастией / В.И. Шаробаро, Ю.В. Иванов, А.А. Баева // *Клиническая практика.* – 2016. – №2. – принята к печати (*№1573 Перечня российских рецензируемых научных журналов*).