

О.Б. Добрякова^{1,2}, Б.С. Добряков^{1,2}, А.П. Носов^{1,2}, А.Б. Бальжиева¹

ЭТАПНАЯ МАСКУЛИНИЗИРУЮЩАЯ МАММОПЛАСТИКА У ТРАНССЕСУАЛА С ГИПЕРМАСТИЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

O.B. Dobryakova, B.S. Dobryakov, A.P. Nosov, A.B. Balzhieva

STAGE MASCULINIZATION MAMMAPLASTY IN A TRANSSEXUAL HAVING HYPERMASTY (CLINICAL CASE)

¹ Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск² ООО «Сибирский институт красоты», г. Новосибирск

Представлен клинический случай маскулинизирующей маммопластики (ММ). Особенностью операции является выполнение ампутации через мини-доступы при наличии значительных размеров груди. После удаления ткани молочной железы через субареолярные доступы образовались избытки кожи, которые удалось существенно сократить при помощи дальнейших амбулаторных этапных коррекций. Использовали иссечение избытков кожи, липофилинг и липосакцию грудной стенки и иссечение рубцов в течение 1,5 лет.

В результате удалось добиться хороших эстетических контуров груди и при этом минимизировать послеоперационный рубец. Такой подход отличается от общепринятого тем, что при гипермастии традиционно выполняются другие виды ММ, чаще всего горизонтальная маммопластика, которая неизбежно влечет за собой формирование протяженных рубцов. Предложенная нами технология этапного иссечения позволила получить ровную поверхность грудной стенки с минимальными послеоперационными рубцами.

Ключевые слова: маскулинизирующая маммопластика, FtM-транссексуалы, смена анатомического женского пола на мужской, редуцирующая маммопластика у транссексуалов.

A clinical case of masculinization mammoplasty is presented. Feature of the surgery is performing mammary gland amputation through mini - access in presence of significant breast size. After removal of glandular tissue through subareolar accesses, the skin excess was formed which we managed to significantly reduce using subsequent step by step ambulatory corrections. Throughout 1.5 years, we used excision of the excess skin, procedures of lipofilling and liposuction of chest wall and scars excision.

As a result, we could achieve favorable aesthetic contour of the breast and to minimize postoperative scar. This approach differs from conventional hypermastia reduction which traditionally is performed using other types of masculinization mammoplasty, more often horizontal mammoplasty. Horizontal mammoplasty inevitably leads to the forming extended scars. Our stage excision technique allowed to form smooth surface of the chest wall having minimal postoperative scars.

Key words: masculinization mammoplasty, FtM-transsexuals, female to male sex change, breast reduction in transsexuals.

УДК 616.89-008.442.36:618.19-007.61-055.1-089.844
doi 10.17223/1814147/59/03

ВВЕДЕНИЕ

Маскулинизирующая маммопластика (ММ) у FtM-транссексуалов (Female-to-Male, транссексуалы при смене анатомического женского пола на мужской) направлена прежде всего на социальную адаптацию пациентов данной категории, улучшение их психо-эмоционального статуса и повышение уровня качества жизни [1]. В связи с этим основной целью ММ является максимально возможный эстетический результат, включающий контурирование грудной мышцы по мужскому типу после удаления ткани

молочной железы и избытков кожи, позиционирование сосково-ареолярного комплекса (САК), разрушение инфрамаммарной складки, а также минимизацию послеоперационных рубцов [2]. Конечный эстетический результат напрямую зависит от исходных параметров молочной железы пациентов, и наиболее сложно прогнозируемый эстетический результат наблюдается у лиц с гипермастией и выраженным птозом железы. Частыми осложнениями у данной группы пациентов являются дефекты рельефа грудной стенки, выраженность послеоперационных рубцов, неровность контуров ареолы, несоответствие формы

соска и ареолы эстетическим канонам мужской груди. В соответствии с данными канонами, мужская грудная железа характеризуется значительно меньшими размерами соска, диаметра ареолы по сравнению с женской. Так, расположение соска у мужчин должно быть на высоте V ребра или, реже, на уровне IV или V межреберья, над поверхностью груди сосок должен выступать не более чем на 2–5 мм, диаметр ареолы – не более 3 см [1]. В зависимости от объема и выраженности птоза молочных желез ММ производят путем их ампутации через субареолярный или периареолярный доступы, а также через горизонтальный доступ с перенесением САК на нижней деэпителизированной ножке.

Мастэктомия через субареолярный доступ производится при объеме молочной железы до 220 мл, мастоптозе 0-й степени по Regnault и высоком тургоре мягких тканей. Мастэктомия с использованием периареолярного доступа применяется у пациентов с объемом молочной железы от 220 до 350 мл, мастоптозом 1-й степени по Regnault и умеренным или сниженным тургором мягких тканей. ММ через горизонтальный доступ с перенесением САК на нижней деэпидермизированной ножке выполняется пациентам с объемом молочной железы от 360 до 600 мл, мастоптозом 2–3-й степени по Regnault и сниженным или резко сниженным тургором мягких тканей [3].

Горизонтальная маммопластика оставляет после себя значительные рубцы [4], что в эстетическом плане не удовлетворяет пациентов. Мы постарались отойти от общепринятых алгоритмов и выполнить ММ при гипермастии через субареолярный доступ.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Рассмотрим клинический случай пациента Н., 25 лет, находившегося под наблюдением в ООО «Сибирский институт красоты» (г. Новосибирск) в период с ноября 2014 по май 2016 г.

При первичной консультации было оценено морфологическое состояние грудной стенки и определены исходные параметры молочных желез, исходя из УЗИ измерений: объем правой железы 380 мл, левой – 390 мл, мастоптоз 3-й степени по Regnault, диаметр ареолы 7 см, умеренный тургор мягких тканей. На рис. 1 представлен вид молочных желез данного пациента до операции. По результатам обследования был предложен метод горизонтальной маммопластики с перенесением САК на нижней деэпителизированной ножке. Ввиду предупреждения о наличии рубца по ходу бывшей инфрамаммарной складки после операции пациент отказался

от применения данного метода. Из-за риска снижения чувствительности соска и наличия рубца вокруг ареолы [5], пациент также отказался от ММ через периареолярный доступ. Поэтому, несмотря на гипермастию и птоз 3-й степени, был выбран метод ММ через субареолярный доступ с этапной коррекцией эстетических дефектов после ММ.



Рис. 1. Пациент Н. Вид молочных желез до операции

Первый этап в формировании мужского контура грудной стенки заключался в маскулинизирующей мастэктомии через субареолярный доступ. Цель операции заключалась в подкожной ампутации молочных желез с максимально возможным иссечением избытков кожи. Перед операцией производилась разметка доступа по краю ареолы в пределах нижней полуокружности (первая линия). Пересечение внутрикожных сосудов верхней полуокружности ареолы приводит к нарушению обеспечения кровоснабжения САК в полном объеме, что может вызвать некроз последнего. Также отмечалась зона избытков кожи полукружной линией ниже первой. Таким образом, зона иссечения кожи имела форму полумесяца, наибольшая ширина которого составила 2 см. Техника операции не отличалась от общепринятой подкожной мастэктомии. молочных желез до операции, На рис. 2 представлен вид грудной стенки пациента Н. сразу после выполнения маскулинизирующей маммопластики. Рис. 3 иллюстрирует внешний вид грудной стенки данного пациента через 1 мес после первичной маммопластики. Видно, что имеются избытки кожи.

Последующие этапы коррекции были направлены на ликвидацию складок и неровностей кожи и подкожно-жировой клетчатки передней грудной стенки. Поэтому II этап заключался в «полудунном» иссечении избытков кожи в

области нижней полукружности ареол с обеих сторон грудной клетки.



Рис. 2. Пациент Н. Вид после маскулинизирующей маммопластики на операционном столе

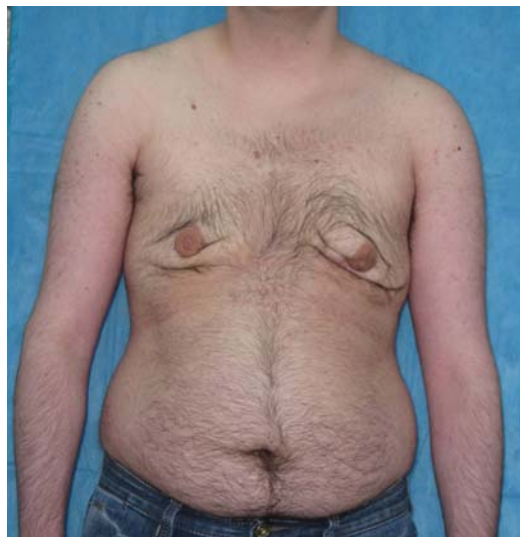


Рис. 3. Пациент Н. Вид через 1 мес после маскулинизирующей маммопластики

Во время предоперационной разметки отмечали рубец в области субареолярного доступа, через который производилась мастэктомия. Затем отмечалась зона иссечения избытков кожи полукружной линией, расположенной ниже этого рубца. Таким образом, зона иссечения кожи имела «полукружную» форму, максимальная ширина которой составляла 3 см.

Для анестезии мы использовали тумесцентный раствор, в состав которого входили: 0,2 мл 0,1%-го адреналина гидрохлорида, 10 мл 2%-го лидокаина, 200 мл 0,9%-го раствора натрия хлорида [1]. Данный раствор использовался не только для анестезии, но и для гидравлической препаровки тканей в области иссечения. На рис. 4 представлен разрез в пределах кожи и подкожно-жировой клетчатки (согласно разметке), который производили после тумесцентной анестезии. На рис. 5 показан этап отсепаровывания кожи и подкожно-жировой

клетчатки от подлежащей большой грудной мышцы. После иссечения кожи производили гемостаз, затем накладывали внутрикожный шов нитью Prolen 5,0. На рис. 6 представлен вид САК после наложения шва. С целью фиксации шва на концы нитей и поверхность шва накладывали стерильные лейкопластырные наклейки «Steri-Strip». Завершали амбулаторную операцию наложением давящей стерильной повязки и надевали компрессионное белье. Данная операция производилась с обеих сторон грудной клетки.



Рис. 4. Разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки полукружной формы



Рис. 5. Отсепаровывание кожи и подкожно-жировой клетчатки от подлежащей грудной мышце



Рис. 6. Окончательный вид сосково-ареолярного комплекса пациента Н. после наложения шва

На рис. 7 представлен вид грудной стенки пациента Н. через 3 мес после первичной маскулинизирующей маммопластики. Видно, что с левой стороны имеются выраженные избытки кожи подкожно-жировой клетчатки. Иссечение избытков кожи с правой стороны может привести к репозиции САК и не соответствовать эстетическим канонам мужской грудной стенки. Поэтому следующий этап коррекции (III этап) заключался в «полулунном» иссечении избытков кожи с левой стороны грудной стенки над САК в амбулаторных условиях.

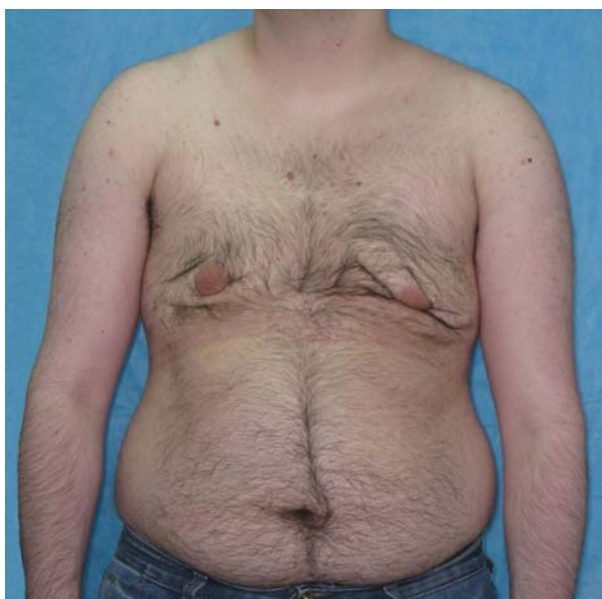


Рис. 7. Пациент Н. Вид через 3 мес после первичной маскулинизирующей маммопластики

При разметке мы отмечали линию, соответствующую краю ареолы в пределах верхней полукружности. Затем намечали вторую полукруглую линию выше первой. Таким образом, зона иссечения кожи соответствовала «полулунной» форме. Техника операции и используемый раствор для анестезии не отличаются от таковых при операции, описанной выше (II этап).

На рис. 8 представлен вид грудной стенки пациента Н. через 6 мес после первичной подкожной ампутации молочных желез. Как видно, имеется асимметрия расположения САК: левый комплекс расположен ниже правого. Это связано с тем, что слева имеются избытки кожи над САК, а справа отмечаются незначительные избытки кожи в виде валика ниже комплекса. IV этап коррекции эстетических осложнений представлял собой «полулунное» иссечение кожи и подкожно-жировой клетчатки с левой стороны грудной стенки над САК.

Разметка, техника операции и используемый тумесцентный раствор не отличаются от таковых при операции, описанной на III этапе коррекции.



Рис. 8. Пациент Н. Вид через 6 мес после первичной маскулинизирующей маммопластики

Через 9 мес после первичной маскулинизирующей маммопластики имелись неровности контура грудной клетки с обеих сторон (рис. 9). С левой стороны определялся избыток кожи, иссечение которого могло привести к репозиции САК и тем самым способствовать асимметрии расположения сосков. Поэтому V этап коррекции заключался в проведении аспирационной липосакции в области избытков кожи и неровностей с обеих сторон грудной стенки. Данная операция преследовала цель выровнять контур грудной стенки. Проведение аспирационной липосакции не только приводит к удалению избытков подкожно-жировой клетчатки, но и к контракции кожи.

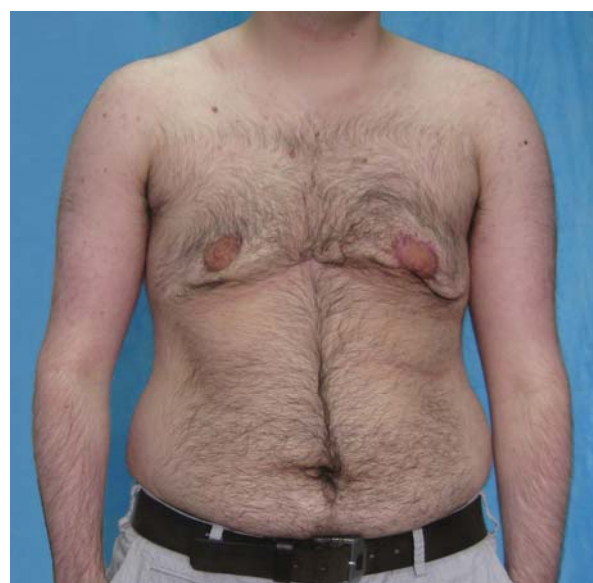


Рис. 9. Пациент Н. Вид через 9 мес после первичной маскулинизирующей маммопластики

В ходе предоперационной разметки были отмечены области липосакции, соответствующие зонам избытков кожи и подкожно-жировой клетчатки. Затем было произведено введение тумесцентного раствора (0,2 мл 0,1%-го адреналина гидрохлорида, 10 мл 2%-го лидокаина, 200 мл 0,9%-го раствора натрия хлорида) с целью анестезии и гидравлической препаровки тканей в области липосакции. Через 20 мин после введения раствора выполняли липосакцию. Аспирацию проводили шприцем объемом 20 мл. Для фиксации тканей на кожу наложили наклейки «Steri-Strip» и стерильные повязки, надевали компрессионное белье. Данная операция проводилась в амбулаторных условиях.

На рис. 10 представлен вид пациента Н. через 12 мес после маскулинизирующей мастэктомии. Видно, что после проведения аспирационной липосакции в области неровностей и избытков кожи с обеих сторон грудной стенки кожа значительно сократилась. Но с левой стороны ниже ареолы имелась зона избытка кожи, которую решили иссечь в виде полумесяца ниже ареолы. Разметка, тумесцентный раствор, техника операции не отличались от таковых при операции, описанной на II этапе коррекции эстетических осложнений.



Рис. 10. Пациент Н. Вид через 12 мес после первичной маскулинизирующей маммопластики

На рис. 11 представлен вид грудной стенки пациента Н. через 16 мес после первичной маскулинизирующей маммопластики.



Рис. 11. Пациент Н. Окончательный вид

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одномоментное формирование контуров мужской грудной стенки у FtM-транссексуалов с гипермастией при выборе метода маскулинизирующей маммопластики через субареолярный доступ не всегда представляется возможным. Так как при использовании горизонтального доступа остаются грубые рубцы, пациенты отказываются от данной методики, хотя она и позволяет одномоментно в ходе операции максимально иссечь избытки кожи и уменьшить размеры ареолы с позиционированием сосково-ареолярного комплекса согласно эстетическим канонам мужской грудной железы. В том случае, когда для пациента первостепенно важным является наличие минимально заметных рубцов, ампутацию молочных желез можно производить через субареолярный доступ. Несмотря на то что мастэктомия через субареолярный доступ у пациентов с гипермастией может быть сопряжена с рядом эстетических недостатков, все они могут быть устранены путем незначительных малоинвазивных коррекций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Добрякова О.Б., Добряков Б.С., Носов А.П. Пути улучшения эстетических результатов маскулинизирующей маммопластики у транссексуалов // Вестник НГУ. Серия: Биология, клиническая медицина. – 2015. – Т. 13, вып. 4. – С. 123–129.
2. Sutcliffe P.A., Dixon S., Akehurst R.L., Wilkinson A., Shippam A., White S., Richards R., Caddy C.M. Evaluation of surgical procedures for sex reassignment: a systematic review // J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg. – 2009. – V. 62. – P. 294–308.
3. Wolter A., Diedrichson J., Scholz T., Arens-Landwehr A., Liebau J. Sexual reassignment surgery in female-to-male transsexuals: An algorithm for subcutaneous mastectomy // J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg. 2015. – V. 68. – P. 184–191.

4. Takayanagi S., Nagakawa C. Chest wall contouring for female-to-male transsexuals // *Aesthetic. Plast. Surg.* – 2006. – V. 30. – P. 206–212.
5. Colic M.M., Colic M.M. Circumareolar mastectomy in female-to male transsexuals and large gynecomastias: a personal approach // *Aesthetic. Plast. Surg.* – 2000. – V. 24, № 6. – P. 450–454.

REFERENCES

1. Dobryakova O.B., Dobryakov B.S., Nosov A.P. Puti uluchsheniya estetieskih rezul'tatov maskuliniziruyushhey mammoplastiki u transseksualov [Ways to improve the aesthetic results masculinization mammoplasty in transsexuals]. *Vestnik NGU. Seriya: Biologiya, klinicheskaya medicina*, 2015, vol. 13, iss. 4, pp. 123–129 (in Russian).
2. Sutcliffe P.A., Dixon S., Akehurst R.L., Wilkinson A., Shippam A., White S., Richards R., Caddy C.M. Evaluation of surgical procedures for sex reassignment: a systematic review. *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.*, 2009, vol. 62, pp. 294–308.
3. Wolter A., Diedrichson J., Scholz T., Arens-Landwehr A., Liebau J. Sexual reassignment surgery in female-to-male transsexuals: An algorithm for subcutaneous mastectomy. *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.*, 2015, vol. 68, pp. 184–191.
4. Takayanagi S., Nagakawa C. Chest wall contouring for female-to-male transsexuals. *Aesthetic. Plast. Surg.*, 2006, vol. 30, pp. 206–212.
5. Colic M.M., Colic M.M. Circumareolar mastectomy in female-to-male transsexuals and large gynecomastias: a personal approach. *Aesthetic. Plast. Surg.*, 2000., vol. 24, no. 6, pp. 450–454.

*Поступила в редакцию 16.06.2016
Утверждена к печати 23.11.2016*

Авторы:

Добрякова Ольга Борисовна – д-р мед. наук, профессор, директор ООО «Сибирский институт красоты», профессор кафедры хирургических болезней НГУ (г. Новосибирск).

Добряков Борис Семёнович – д-р мед. наук, профессор, врач-хирург ООО «Сибирский институт красоты», профессор центра последипломного медицинского образования НГУ (г. Новосибирск).

Носов Алексей Павлович – пластический хирург ООО «Сибирский институт красоты», ассистент центра последипломного медицинского образования НГУ (г. Новосибирск).

Бальжиева Аюна Баировна – ординатор НГУ по специальности «Пластическая хирургия» (г. Новосибирск).

Контакты:

Добрякова Ольга Борисовна

тел.: 8-383-292-8029

e-mail: dobryakova_1964@mail.ru