

О.Б. Добрякова^{1,2}, Б.С. Добряков^{1,2}, А.П. Носов^{1,2}, В.Г. Насрашвили¹

МАСКУЛИНИЗИРУЮЩАЯ МАММОПЛАСТИКА КАК БАЗИСНЫЙ МЕТОД РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИИ У FtM-ТРАНССЕКСУАЛОВ

О.В. Dobryakova, B.S. Dobryakov, A.P. Nosov, V.G. Nasrashvili

MASCULINISATIVE MAMMOPLASTY AS A BASIC METHOD OF THE GENDER DYSPHORIA DECISION IN FtM TRANSSEXUALS

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

Статья посвящена определению роли маскулинизирующей маммопластики в стабилизации психологического статуса и социальной адаптации FtM-транссексуалов.

Оценка результатов проводилась как по объективным морфологическим критериям, так и так и по данным анкетирования у 67 пациентов. Все они подверглись маскулинизирующей маммопластике в период с 1993 по 2015 г.

В результате исследования выявлено, что маскулинизирующая маммопластика у FtM-транссексуалов способствует социальной адаптации в значительной степени. Об этом свидетельствует тот факт, что большинство из них не продолжают гендерную трансформацию хирургическим путем после выполнения маскулинизирующей маммопластики.

Ключевые слова: маскулинизирующая маммопластика, FtM транссексуалы, гендерная дисфория, социальная адаптация.

The paper describes the indication of the masculinization mammooplasty role in psychological status stabilization in transsexuals.

The results estimation was made as by objective morphological criteria as questionnaire data in 67 patients. All of them were under went masculinization mammooplasty in a period between 1993 and 2015.

The study revealed that the masculinization mammooplasty in FtM transgender promotes social adaptation to a large extent. This is evidenced by the fact that most of them don't want to go on any gender transformations after the masculinization mammooplasty.

Key words: masculinization mammooplasty, FtM transgender, gender dysphoria, social adaptation.

УДК 618.19-089.844: 616.89-008.442.36

doi 10.17223/1814147/58/02

ВВЕДЕНИЕ

Транссексуализм (F64.0) – желание жить и восприниматься окружающими как лицо противоположного своему анатомическому полу, обычно сопровождаемое ощущением дискомфорта от пола или чувством неуместности своей половой принадлежности, желание подвергнуться хирургическому вмешательству или получить гормональное лечение с тем, чтобы достичь, насколько это возможно, соответствия предпочитаемому полу [2].

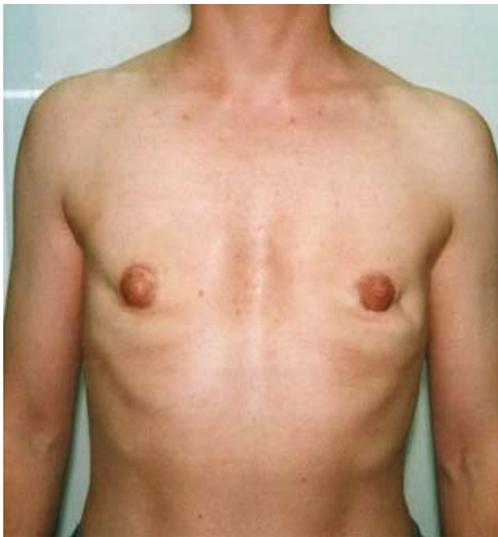
Лечение гендерной дисфории включает в себя гормональную терапию, психотерапию, гендерную социализацию (в нужном гендерном статусе) и операцию по смене пола. В целом, результаты являются более благоприятными для

перехода тела с женской анатомией к мужскому морфотипу (FtM), чем наоборот (MtF). Несмотря на то, что операция по смене пола часто ассоциируется с генитальной пластикой, редуцированная маммопластика считается практически более значимой в повседневной жизни FtM-транссексуалов [11]. На рис. 1 представлены исходное состояние и результат маскулинизирующей маммопластики (ММ).

Дисгармония личности у FtM-транссексуалов порождает множественные психологические конфликты, в большей степени осложненные суицидальным поведением. Данные проблемы воспринимаются пациентами как неразрешимые, и единственным выходом представляется саморазрушение, что и приводит к суицидальному поведению.



а



б

Рис. 1. Исходное состояние молочных желез (а) и результат маскулинизирующей маммопластики через 3 мес после ампутации желез (б) пациента М., 25 лет

На сегодняшний день для таких пациентов единственным способом решения существующей проблемы является приведение паспортного пола к психологическому. Существует утверждение, что «завершающим этапом перемены пола при транссексуализме является этап, при котором происходит социальная адаптация пациентов» [1], а физическая трансформация в подобных случаях, как правило, способна в значительной степени способствовать этому [6].

Маскулинизирующая маммопластика во многом является решающей на пути дальнейших хирургических трансформаций, так как зачастую пациенты ограничиваются лишь данной операцией, отказываясь от последующих этапов хирургической смены пола в связи с тем, что подобный вид оперативного вмешательства устраняет наиболее значимую визуальную принад-

лежность к женскому полу, адаптируя пациентов к социальной среде, и позволяет при необходимости отсрочить (или отменить) дальнейшие маскулинизирующие хирургические вмешательства. Данная операция обычно является первым этапом хирургического изменения пола. Именно на этом этапе у пациента появляется уверенность в принятом решении, формируется доверие к хирургу. Поэтому очень важно, чтобы сама операция и послеоперационный период прошли с как можно меньшим дискомфортом для пациента, меньшим количеством осложнений [3].

Цель исследования: определение роли маскулинизирующей маммопластики в стабилизации психологического статуса и социальной адаптации FtM-транссексуалов.

Задачи:

- 1) объективная оценка результатов маскулинизирующей маммопластики;
- 2) субъективная оценка и анализ удовлетворенности пациентов ООО «Сибирский институт красоты» эстетическими параметрами, чувствительностью;
- 3) на основании данных анкетирования – субъективная оценка эмоционально-психологического состояния пациентов до маскулинизирующей маммопластики и после нее.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На основании данных ООО «Сибирский институт красоты» с 1993 по 2015 г. был проведен ретроспективный анализ лечения 67 FtM-пациентов, подвергнутых ММ. Для анализа вышеперечисленных аспектов были изучены истории болезни пациентов, а также проведено их анкетирование. Анкеты состояли из вопросов, частично взятых из статьи L. Nelson и соавт. «Transgender patient satisfaction following reduction mammaplasty» [11], и были дополнены разработанными нами вопросами. К сожалению, из 67 пациентов только 41 (61,2%) ответили на вопросы. В основе лежали вопросы, касающиеся как предоперационного психологического состояния, послеоперационной адаптации, так и планов касательно дальнейших этапов маскулинизирующей трансформации. Участники опроса были предупреждены о конфиденциальности данных.

При объективной оценке результатов ММ использовался аппарат УЗИ LOGIQE9 (General Electric, США) для определения таких морфологических характеристик, как толщина тканей грудной стенки и сосково-ареолярного комплекса. Втяжения, неровности, западения и спайки должны отсутствовать. Оценка производилась по 4-балльной шкале, где 1 – «неудовлетворительно», а 4 – «отлично». Состояние послеоперационных рубцов оценивалось по Ванкуверской

шкале (Vancouver Scar Scale, VSS) с использованием аппарата Soft Plus Callegary (Италия).

Субъективная оценка проводилась по таким критериям, как эстетический вид контуров грудных желез и сосково-ареолярного комплекса, выраженность послеоперационного рубца, чувствительность соска.

Кроме того, оценивалась удовлетворенность пациентов результатами операции в зависимости от ее вида и исходных параметров объема молочной железы, и в случае возникновения тех или иных послеоперационных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным ультразвукового исследования мягких тканей передней грудной стенки были получены данные, представленные в табл. 1. При выполнении ММ были использованы: ампутация молочных желез, выполненная из субареолярного, периареолярного и горизонтального доступов. В качестве дополнительного хирургического приема при проведении первичной ММ в ряде случаев использовалась липосакция. Выбор метода определялся размерами молочных желез, выраженностью мастоптоза, толщиной подкожно-жировой клетчатки, тургором тканей на передней грудной стенке.

Объективная оценка результатов проведенных операций в отношении толщины грудной стенки в области молочной железы показала, что в большинстве случаев (у 41 пациента (61%)) результат был оценен на «отлично», у 24 пациентов (36%) – на «хорошо», в 2 случаях (3%) результат был удовлетворительным.

Результаты анкетирования пациентов по эстетическим параметрам молочных желез, представлены в табл. 2.

В исследуемой группе 31 опрошенный пациент (75,6%) оценил эстетический вид контуров грудных желез как «отличный», 8 пациентов (19,5%) – «хороший», 2 (4,9%) – как «удовлетворительный», ни один пациент не оценил результат как «неудовлетворительный». Что касается эстетического вида сосково-ареолярного комплекса (САК), то 29 (70,7%) пациентов дали «отличную» оценку результату, 10 опрошенных (24,4%) – «хорошую», 2 пациента (4,9%) – «удовлетворительную». При оценке выраженности послеоперационных рубцов 30 опрошенных (73,2%) оценили результат на «отлично», 7 (17,1%) – «хорошо», 4 пациента (9,7%) – на «удовлетворительно», никто из оперированных не оценил результат как «неудовлетворительный».

Чувствительность сосков оценивалась согласно субъективным ощущениям пациентов. Так, 25 (61,0%) опрошенных оценили чувствительность как высокую, что соответствовало оценке «отлично», 9 (22%) пациентов сообщили о снижении чувствительности, что соответствовало оценке «хорошо», 7 (17,1%) свидетельствовали о значительной утрате чувствительности и оценили ее на «удовлетворительно», ни один пациент не сообщил о полной утрате чувствительности сосков.

Из вышеизложенных данных видно, что по всем указанным критериям результаты подавляющим большинством пациентов оценены как «отлично».

Таблица 1

Объективная оценка качества маскулинизирующей маммопластики

Критерий	Количество пациентов в зависимости от оценки, абс. (%)			
	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Морфологическая характеристика грудной железы:				
толщина тканей грудной стенки в области молочной железы и по периферии от нее	0	2 (3)	24 (36)	41 (61)
толщина мягких тканей соска	0	4 (6)	26 (39)	37 (55)

Таблица 2

Субъективная оценка качества маскулинизирующей маммопластики

Критерий	Количество пациентов, в зависимости от оценки, абс. (%)			
	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Эстетический вид контуров грудных желез	0	2 (4,9)	8 (19,5)	31 (75,6)
Эстетический вид сосково-ареолярного комплекса	0	2 (4,9)	10 (24,4)	29 (70,7)
Выраженность послеоперационных рубцов	0	4 (9,7)	7 (17,1)	30 (73,2)
Чувствительность сосков	0	7 (17,1)	9 (21,9)	25 (61,0)

Таблица 3

Удовлетворенность пациентов полученными результатами в зависимости от вида операции и исходных параметров объема молочной железы

Вид операции (количество пациентов)	Исходные параметры объема МЖ и тургора мягких тканей	Количество пациентов в зависимости от оценки			
		1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Ампутация молочных желез с использованием субареолярного доступа (45)	Объем молочных желез до 200 мл, мастоптоз 0 степени по Regnault, высокий тургор мягких тканей	0	1	5	39
Мастэктомия с использованием перiareолярного доступа (12)	Объем железы 220–350 мл, мастоптоз I степени, умеренный или сниженный тургор мягких тканей	0	1	3	8
Горизонтальная маммопластика с перенесением сосково-ареолярного комплекса на нижней деэпителизированной ножке (10)	Объем железы 360–600 мл, мастоптоз II–III степени, снижен или резко снижен тургор мягких тканей	0	2	4	4

Данные опроса об удовлетворенности результатами ММ отражены в табл. 3.

Наиболее удовлетворены пациенты, при оперативном вмешательстве у которых была применена ампутация молочных желез с использованием субареолярного доступа, что можно объяснить как преимуществом в отношении размеров рубца, так и меньшей травматизацией, учитывая меньший объем железы. По тем же причинам менее высокую оценку получил метод мастэктомии из перiareолярного доступа и метод горизонтальной маммопластики. Неудовлетворительных результатов не было.

В результате горизонтальной пластики рубец остается более заметным, а сосок зачастую вытя-

живается в вертикальном направлении. При перiareолярном доступе после операции формируются кожные складки и (в некоторых случаях) по периферии ареолы возникают некротические участки. Эти факторы также влияют на удовлетворенность пациентов.

Результаты анкетирования пациентов с осложнениями ММ представлены в табл. 4.

Исходя из проведенных исследований и данных опроса установлено, что эстетический эффект операции хотя и важен, но не является определяющим в социальной адаптации пациентов. Даже несмотря на развившиеся осложнения, ухудшающие косметический эффект, сам факт удаления атрибута женственности – женской груди – является приоритетным для FtM-транссексуалов.

Таблица 4

Удовлетворенность пациентов результатами в случаях тех или иных послеоперационных осложнений

Послеоперационные осложнения	Количество пациентов, абс. (%)	Оценка удовлетворенности			
		1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Осложнения, не потребовавшие оперативного вмешательства:					
гематома	4 (6,0)	0	0	1 (1,5)	3 (4,5)
серома	2 (3,0)	0	0	0	2 (3,0)
втянутые рубцы	4 (6,0)	0	0	1 (1,5)	3 (4,5)
Операции в случаях осложнений:					
дренирование гематомы	1 (1,5)	0	0	0	1 (1,5)
улучшение эстетического вида рубца	2 (3,0)	0	0	1 (1,5)	1 (1,5)
липофиллинг контуров молочной железы	1 (1,5)	0	0	1 (1,5)	0
липосакция	1 (1,5)	0	0	0	1 (1,5)
эстетическая коррекция САК	1 (1,5)	0	0	1 (1,5)	0
коррекция «свиных ушек»	2 (3,0)	0	0	0	2 (3,0)

Тем не менее, операции выполняются настолько успешно, что молочная железа приобретает естественный внешний вид при отсутствии эстетически значимых рубцов. Безупречный внешний вид груди способствует расширению возможностей социальной адаптации, имеется возможность появляться на публике с обнаженным торсом, наблюдается раскованность при интимной близости.

Среди 4 пациентов (6%) с послеоперационными гематомами, не требовавшими дренирования, 3 (4,5%) оценили результат на «отлично», 1 (1,5%) – «хорошо». Полностью идентичной была ситуация в случаях с втянутыми рубцами. Серома встречалась в 2 случаях (3,0%), удовлетворенность здесь была оценена на «отлично». В ситуациях же, когда для лечения осложнений требовались оперативные манипуляции, дренирована 1 гематома (1,5%) – оценка удовлетво-

ренности «отлично»; улучшен эстетический вид рубца у 2 (3%) пациентов, один пациент оценил удовлетворенность на «отлично», другой – на «хорошо»; в 1 случае (1,5%) был осуществлен липофиллинг контуров молочной железы (оценка «хорошо»); в 1 случае (1,5%) выполнена липосакция (оценена на «отлично»); 1 случай (1,5%) эстетической коррекции САК («хорошо»); 2 случая (3%), в которых проведена коррекция «свиных ушек» (оба случая оценены как «отлично»).

Все пациенты были предупреждены о возможных осложнениях. Лечение осложнений было проведено эффективно, в кратчайшие сроки. Итоговая удовлетворенность пациентов, у которых возникли вышеперечисленные осложнения, оценивалась ими как «хорошо» и «отлично».

Корреляции между ожиданием и полученными результатами представлены в табл. 5 и 6.

Таблица 5

Предоперационные вопросы

Вопрос	Степень удовлетворенности и количество пациентов		
	Максимально	Умеренно	Минимально
Перед тем как будет выполнена операция, насколько положительное влияние, как вы думаете, она окажет на вашу жизнь?	Изменит полностью жизнь в лучшую сторону 28 (68%)	Изменит умеренно 12 (29%)	Изменит недостаточно 1 (3%)
Получили ли вы достаточный объем консультаций перед операцией?	Максимально полная консультация 39 (95%)	Достаточно полная 2 (5%)	Не достаточно 0
Какую поддержку оказали вам перед операцией семья и друзья?	Огромную поддержку 17 (41%)	Поддержали 20 (49%)	Не поддержали 4 (10%)

Таблица 6

Послеоперационные вопросы (не ранее через 6 мес после операции)

Вопрос	Степень удовлетворенности и количество пациентов		
	Максимально	Умеренно	Минимально
Насколько вы удовлетворены проведенной операцией?	Полностью удовлетворен 32 (78%)	Удовлетворен 9 (22%)	Не удовлетворен 0
Насколько вы удовлетворены положением сосков?	Полностью доволен 26 (63%)	Удовлетворен 15 (37%)	Не доволен 0
Стали ли вы чувствовать себя уверенней после операции?	Гораздо увереннее 28 (67%)	Увереннее 13 (33%)	Так же 0
Вы когда-нибудь сожалели об операции?	Никогда 37 (88%)	Иногда 4 (12%)	Все время 0
Стали бы вы рекомендовать операцию другим?	Очень рекомендую 34 (81%)	Рекомендую 7 (19%)	Не рекомендую 0
Планируете ли вы или выполнили уже генитальную или какие-либо другие операции, связанные со сменой пола?	Да 6 (15%)	Еще не решил 16 (39%)	Нет 19 (46%)

Большинство пациентов (28 (68%)) ожидали полного изменения жизни в лучшую сторону, надеясь на скорейшую адаптацию в новом гендерно-анатомическом статусе, умеренные ожидания от операции были у 12 (29%) и лишь 1 пациент (3%) изначально был настроен скептически. Большинство участников исследования – 39 (95%) – посчитали, что в ходе консультаций они были полностью посвящены во все аспекты операции. Достаточно полным объемом информации, по их мнению, обладали 2 пациента (5%). Ни один пациент не оценил консультации как неинформативные. Что касается поддержки родственников и друзей, то максимальную поддержку получили 17 пациентов (41%), некоторая поддержка была оказана 20 (49%), и в случаях 4 (10%) поддержки оказано не было.

Говоря о психологической подавленности, необходимо рассмотреть такие аспекты как суицид и иллюзорно компенсаторные аддикции. Частота суицида среди транссексуалов очень велика. Такие пациенты, в течение всей жизни находящиеся в сильнейшем психологическом напряжении, в конфликте с собой и окружающими, видят выход лишь в самоуничтожении при помощи седативного эффекта химических веществ [3]. Данные опроса представлены в табл. 7, 8.

Таблица 7

Суицидальное поведение

Вид поведения	До операции	После операции
Суицидальные мысли	32 (78%)	4 (9,8%)
Попытки суицида	9 (22%)	1 (2%)

Таблица 8

Иллюзорная компенсация

Средство	До операции	После операции
Алкоголь	35 (85,4%)	13 (31,7%)
Наркотики	12 (29,7%)	8 (19,5%)
Курение	33 (80,5%)	25 (61%)

Анализ результатов до операции и после нее показал четкую тенденцию снижения всех показателей психологической напряженности. Пациенты психологически стабилизируются, адаптируются к окружающему миру, задаются целями, строят планы на будущее.

ОБСУЖДЕНИЕ

Различные методы хирургической коррекции и рекомендации по их выбору в зависимости от исходных морфологических и конституциональных параметров описаны в литературе [8, 11, 13]. Обычно ампутация молочных желез может быть выполнена с использованием субареоляр-

ного, периареолярного или инфрамаммарного разреза. Избытки кожи и САК иссекаются согласно выбранной оперативной методике. Мастэктомия через субареолярный доступ впервые была описана J.P. Webster в 1946 г. для пациентов с незначительно выраженной гинекомастией [9]. Позднее другие исследователи [7] сообщили о 70 успешных случаях ампутации молочных желез с использованием субареолярного доступа у FtM-транссексуалов, у которых объем избыточных тканей после операции был минимальным либо умеренным. При использовании данного метода длина и выраженность рубца минимальны. Применение методики липосакции на первых этапах способствует сокращению сроков послеоперационной усадки кожи, облегчает процесс диссекции между капсулой молочной железы и окружающими тканями, а также (при необходимости) способствует сглаживанию неровностей контуров молочной железы. У пациентов с объемом молочных желез до 200 мл и мастоптозом 0-й или I степени, а также нормальным или сниженным тургором мягких тканей данный метод коррекции должен являться операцией выбора, так как способствует наиболее благоприятному эстетическому результату. Дополнительные коррекции рекомендуется осуществлять до 6–12 мес, так как окончательная усадка мягких тканей завершается в эти сроки.

Ампутация молочных желез через периареолярный доступ у пациентов с гинекомастией впервые описана В.А. Davidson в 1979 г., в 1990 г. L. Benelli использовал данную методику в качестве ММ у женщин [5]. В 2000 г. М.М. Colic и соавт. опубликовали исследование о 12 FtM-лицах, операция у которых проводилась с использованием периареолярного доступа, сообщая о высокой степени удовлетворенности пациентов эстетическим результатом операции. Преимуществом данной методики является возможность удаления избытков мягких тканей, а также перемещения САК. У лиц со бъемом молочных желез от 220 до 350 мл и мастоптозом I степени по Regnault, умеренным или сниженным тургором мягких тканей, значительное сокращение кожи в послеоперационном периоде маловероятно, и, согласно рекомендациям, опубликованным В.А. Davidson и L. Benelli [5], показана концентрическая мастопексия [10].

Для пациентов с объемом железы от 360 до 600 мл, мастоптозом II–III степени по Regnault, сниженным или резко сниженным тургором мягких тканей (3-я группа) рекомендована горизонтальная маммопластика с перенесением САК на нижней деэпителизированной ножке.

Наиболее близкой по описанию к используемой в Сибирском институте красоты методике является техника А.Н. Kornstein (1992).

Подобный способ ММ позволяет обеспечить целостность нервно-сосудистого пучка САК [12].

Основываясь на опыте 134 маскулинизирующих маммопластик у 67 пациентов в течение 22 лет, мы представляем наши результаты и алгоритм для выбора оптимальной хирургической техники. Для пациентов с объемом молочной железы до 200 мл, мастоптозом 0-й степени по Regnault и высоким тургором мягких тканей (1-я группа) мы рекомендуем ампутацию молочных желез с использованием субареолярного доступа, в ряде случаев сочетая ее с липосакцией. У пациентов с объемом железы от 220 до 350 мл, мастоптозом I степени по Regnault, умеренным или сниженным тургором мягких тканей (2-я группа) рекомендуется мастэктомия с использованием периареолярного доступа. У пациентов с объемом железы от 350 до 600 мл, мастоптозом II–III степени по Regnault, сниженным или резко сниженным тургором мягких тканей (3-я группа) мы рекомендуем горизонтальную маммопластику с перенесением САК на нижней деэпителизированной ножке.

По сравнению с ранее упомянутыми подходами к оперативной технике J.J. Hage и J.J. Bloem, а также S. Monstrey, мы воздерживаемся от ампутаций молочных желез со свободным переносом соскового трансплантата и

предпочитаем методики, направленные на сохранение целостности сосудисто-нервного пучка и минимизацию протяженности послеоперационного рубца.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, можно достоверно говорить о том, что маскулинизирующая маммопластика кардинально меняет жизнь и поведение пациентов. Если раньше они были вынуждены ежедневно бинтовать грудь, тщательно скрывая ее женские формы, не рассматривали себя в зеркало, избегая отражения, то теперь пациенты становятся более уверенными в себе и не стесняются своего тела. Данные объективных исследований и опроса подтвердили чрезвычайную важность именно этого метода в череде операций по коррекции пола. Маскулинизирующая маммопластика является базовой операцией на хирургическом этапе смены пола. Процент осложнений, требующих повторной операции, минимален. После проведения маммопластики значительная часть пациентов не идут на дальнейшие трансформации. Психологические проблемы постепенно исчезают, свойственные ранее психозы отступают, злоупотребление алкоголем и наркотиками часто прекращается, и пациент полностью адаптируется в обществе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бухановский А.О. Транссексуализм: клиника, систематика, дифференциальная диагностика, психосоциальная адаптация и реабилитация: диссертация в форме научного доклада. – Ростов н/Д, 1994. – С. 17–19.
2. МКБ-10 – «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем» 10-го пересмотра. Утверждена в РФ приказами МЗ РФ № 170 от 27.05.1997 и № 3 от 12.01.1998.
3. Пятов Г.В., Миланов Н.О. Маскулинизирующая маммопластика при смене у транссексуалов женского пола на мужской. – М., 1997. – С. 3–4.
4. Berry M.G., Curtis R., Davies D. Female-to-male transgender chest reconstruction: a large consecutive, single-surgeon experience // J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg. – 2012. – Vol. 65, № 6. – P. 711–719.
5. Cregten-Escobar P., Bouman M.B., Buncamper M.E., Mullender M.G. Subcutaneous mastectomy in female-to-male transsexuals: a retrospective cohort-analysis of 202 patients // J. Sex. Med. 2012. – Vol. 9, № 12. – P. 3148–3153.
6. Dobryakova O.B., Dobryakov B.S., Gulev V.S. Choice of Masculinistive Mammoplasty Method in Transsexuals // Abstract of 5th Central European Advanced Course and Czech National Symposium on Aesthetic Plastic Surgery with International Participation Body contouring: technologies, devices and human skill. – Prague, 2010. – P. 23-24.
7. Hage J.J., Bloem J.J. Chest wall contouring for female-to-male transsexuals: Amsterdam experience // Ann. Plast. Surg. – 1995. – Vol. 34, № 1. – P. 59–66.
8. McGregor J.C., Whallett E.J. Some personal suggestions on surgery in large or ptotic breasts for female-to-male transsexuals // J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg. – 2006. – Vol. 59, № 8. – P. 893–896.
9. Monstrey S.J., Ceulemans P., Hoebeke P. Sex reassignment surgery in the female-to-male transsexual // Semin. Plast. Surg. – 2011. – Vol. 25, № 3. – P. 229–244.
10. Morath S., Papadopulos N., Schaff J. Operative management and techniques of mastectomy in female-to-male transsexuals // Handchir. Mikrochir. Plast. Chir. – 2011. – Vol. 43, № 4. – P. 232–239.
11. Nelson L., Whallett E.J., McGregor J.C. Transgender patient satisfaction following reduction mammoplasty // J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg. – 2009. – Vol. 62. – P. 331–334.
12. Takayanagi S., Nagakawa C. Chest wall contouring for female-to-male transsexuals // Aesthetic. Plast. Surg. – 2006. – Vol. 30. – P. 206–212.

13. 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. – P. 184–191.

REFERENCES

1. Bukhanovsky A.O. *Transseksualizm: klinika, sistematika, differencial'naja diagnostika, psihosocial'naya adaptaciya i reabilitaciya: dissertaciya v forme nauchnogo doklada* [Transsexuality: clinic, systematics, differential diagnosis, psychosocial adaptation and rehabilitation. Thesis in the form of a scientific paper]. Rostov-on-Don, 1994. P. 17–19 (in Russian).
2. МКБ-10 – “Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikaciya bolezney i problem, svyazannyh so zdorov'em” 10-go peresmotra. Utverzhdena v RF prikazami MZ RF №170 ot 27.05.1997 i №3 ot 12.01.1998 [ICD-10 – “International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems” 10-th review. Approved orders in Russian Federation MH RF N 170 in 27.05.1997 and N 3 in 12.01.1998] (in Russian).
3. Pyatov G.V., Milanov N.O. *Maskuliniziruyushhaya mammoplastika pri smene u transseksualov zhenskogo pola na muzhskoy* [Masculinizing mammoplasty by changing transsexual female-to-male]. Moscow, 1997. P. 3–4 (in Russian).
4. Berry M.G., Curtis R., Davies D. Female-to-male transsexual chest reconstruction: a large consecutive, single-surgeon experience. *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.*, 2012, vol. 65, no. 6, pp. 711–719.
5. Cregten-Escobar P., Bouman M.B., Buncamper M.E., Mullender M.G. Subcutaneous mastectomy in female-to-male transsexuals: a retrospective cohort-analysis of 202 patients. *J. Sex. Med.*, 2012, vol. 9, no. 12, pp. 3148–3153.
6. Dobryakova O.B., Dobryakov B.S., Gulev V.S. Choice of Masculinizing Mammoplasty Method in Transsexuals. *Abstract of 5th Central European Advanced Course and Czech National Symposium on Aesthetic Plastic Surgery with International Participation Body contouring: technologies, devices and human skill*. Prague, 2010. P. 23–24.
7. Hage J.J., Bloem J.J. Chest wall contouring for female-to-male transsexuals: Amsterdam experience. *Ann. Plast. Surg.*, 1995, vol. 34, no. 1, pp. 59–66.
8. McGregor J.C., Whallett E.J. Some personal suggestions on surgery in large or ptotic breasts for female-to-male transsexuals. *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.*, 2006, vol. 59, no. 8, pp. 893–896.
9. Monstrey S.J., Ceulemans P., Hoebeke P. Sex reassignment surgery in the female-to-male transsexual. *Semin. Plast. Surg.*, 2011, vol. 25, no. 3, pp. 229–244.
10. Morath S., Papadopoulos N., Schaff J. Operative management and techniques of mastectomy in female-to-male transsexuals. *Handchir. Mikrochir. Plast. Chir.*, 2011, vol. 43, no. 4, pp. 232–239.
11. Nelson L., Whallett E.J., McGregor J. C. Transgender patient satisfaction following reduction mammoplasty. *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.*, 2009, vol. 62, pp. 331–334.
12. Takayanagi S., Nagakawa C. Chest wall contouring for female-to-male transsexuals. *Aesthetic. Plast. Surg.*, 2006, vol. 30, pp. 206–212.
13. 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.

Поступила в редакцию 28.06.2016

Утверждена к печати 22.08.2016

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).

Насрашвили Вано Гивиевич – клинический ординатор НГУ (г. Новосибирск).

Контакты:

Добрякова Ольга Борисовна

тел.: 8-383-292-8029

e-mail: dobryakova_1964@mail.ru