

Опыт использования оригинальной «Омега- мастопексии»

О.Б. Добрякова, В.Н. Бочаров, В.А. Аршакян

Конфигурация молочных желез у женщин варьируется в широких пределах. В культурологическом аспекте практически в каждой устоявшейся эстетической школе имеются свои эталоны этого органа. В современных условиях законодателями моды на форму молочных желез являются цивилизованные страны, популяризирующие свои взгляды в средствах массовой информации.

«Омега мастопексия» О.Б. Добряковой

В 2020 году О.Б. Добряковой предложен новый оперативный доступ, напоминающий букву греческого алфавита «омега». Прототипом метода является горизонтальная маммопластика. Способ позволяет избежать вертикального рубца. Метод направлен на предотвращение уплощения молочной железы, которое характерно для горизонтальных маммопластик. Показанием к такой операции считаем недостаточный вертикальный размер кожи выше ареолы, когда при перемещении САК в новое ложе, сосок будет располагаться слишком высоко. Для удлинения вертикального размера кожного чехла молочной железы, разрез в инфрамаммарной складке, в центральной части, содержит полулунный выступ, в который вшивается конгруэнтная узора, образующаяся на верхнем лоскуте после отсечения верхней границы САК.

Способ маммопластики «Омега мастопексия». Планирование операции:

Определяем уровень местоположения будущего соска: сосок должен находиться на уровне инфрамаммарной складки. Определяем уровень инфрамаммарной складки. Расстояние от середины ключицы до соска к должно быть 2 раза больше чем расстояние от соска до инфрамаммарной складки.

Если мы видим, что ареола находится на уровне будущей инфрамаммарной складки или выше неё, выполняем следующий вид доступа: разрез производится в виде буквы "Омега" в области существующей инфрамаммарной складки.

На верхней плоскости производится разметка таким образом, чтобы нижний разрез сопоставился с верхним. При этом учитывается длина разметки на коже существующей инфрамаммарной складки и в области будущей складки. Если длина доступа на верхнем лоскуте значительно больше, её можно компенсировать, увеличив полуовал, в который вшивается в последствии кожа нижнего доступа.

Операция

Осуществляется разметка ареолы: по трафарету очерчивается существующий ареол и место будущей ареолы. Выполняются разрезы кожи. Избытки кожи в нижней части молочной железы дезэпидермизируются. Кожный лоскут отсепаровывается вверх до границы верхней линии ареолы. Края раны сопоставляются . Накладываются швы.

Результаты. С 1989 года выполнены мастопексии у 2070 пациентов. Использовались Т-образный инвертированный доступ, горизонтальная маммопластика, циркумвертикальная, вертикальная, периареолярная, мастопексия в двойном кожном каркасе, «Омега мастопексия». Разработаны показания к различным видам доступов при мастоптозе.

Данная операция позволяет избежать вертикального рубца при мастопексии. К преимуществам данной технологии является то, что можно осуществить горизонтальную маммопластику, при этом не уплотняя молочную железу. Методика может быть осуществлена при птозе первой, второй и третьей степени

Литература

1. Гребенькова (Добрякова) О.Б. Пластика молочных желез. Новосибирск: Офсет, 1994. 105 с.
2. Добрякова О.Б., Добряков Б С., Добряков Б.Б., Гулев В.С. Избранные вопросы пластической хирургии: В 6 ч.: Учебное пособие / Новосиб. гос. ун-т. Новосибирск, 2012. Часть 1. Пластика молочных желёз. 98 с.
3. Фришберг И.А. Хирургическая коррекция косметических деформаций женской груди. М.: Наука, 1997. 256 с.
4. Coelho de Almaeda C.I. Mammoplasty with L-Incision // Aesth. Surg. Journal. 2004. Vol. 24. № 2. P. 102.