

## АСИММЕТРИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ: ПРАВИЛО ИЛИ ИСКЛЮЧЕНИЕ?

**О. Никитин**, кандидат медицинских наук  
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва  
**E-mail:** leoniks@mail.ru

*Изучена частота встречаемости асимметрии молочных желез у здоровых пациенток, которым планируется выполнение аугментационной маммопластики.*

**Ключевые слова:** пластическая хирургия, маммопластика, асимметрия молочных желез.

Растущие эстетические запросы пациенток, стремящихся улучшить внешний вид груди, диктуют необходимость глубокого понимания специалистом по пластической хирургии природы эстетики, дифференцированного подхода к решению той или иной эстетической проблемы и высокого уровня владения современной хирургической техникой. Коррекции поддается практически любой дефект молочной железы, в том числе и асимметрия. Необходимость медицинской реабилитации этой категории пациенток очевидна.

Под асимметрией мы понимаем отсутствие или нарушение закономерного расположения сходных частей тела относительно определенной точки, оси или плоскости. Различают асимметрию строения (морфологическую или структурную) и функциональную асимметрию. Асимметрию молочных желез мы рассматриваем с точки зрения различий объема, формы и положения. Выраженная асимметрия груди встречается довольно редко, но подчас этот эстетический дефект ведет не только к возникновению комплексов, снижению самооценки, но и к серьезным психологическим проблемам. С незначительной асимметрией молочных желез хирург в своей практике встречается гораздо чаще, что важно учитывать при планировании любых эстетических операций на груди. В противном случае результат операции не будет соответствовать ожидаемому, а асимметрия молочных желез может стать более явной.

По разным источникам, частота асимметрии молочных желез варьирует от 5,2 до 81,1% [1–5]. Причина столь разных оценок – в значительной вариабельности форм и степени выраженности асимметрии.

Изначально асимметрия молочных желез рассматривалась в рамках «синдрома амазонки» как одностороннее недоразвитие или отсутствие одной из молочных желез [6]. В 1975 г. В. Simon и соавт. расширили понятие асимметрии молочных желез, включив в классификацию наряду с гипоплазией также гиперплазию молочных желез [2]. L. Edstrom и соавт. [7] предложили рассматривать асимметрию молочных желез с позиции объема, формы и положения (желез, сосков, ареол, субмаммарной складки – СМС).

Вариабельность форм, степени выраженности и разная этиология асимметрии молочных желез получили от-

ражение в соответствующих классификациях. Одни из них строились по морфологическому принципу и носили прикладной характер [2, 4], в основу других был положен причинный фактор [3, 8, 9]. Классификация, учитывающая этиологические факторы и включающая практически все виды асимметрий молочных желез, предложена Н.О. Милановым и А.Г. Ли [10]. Важной ее особенностью является выделение эстетической врожденной асимметрии молочных желез.

Выраженная асимметрия молочных желез, требующая хирургической коррекции, встречается в отличие от небольших асимметрий не так часто. Многие пациентки, планирующие банальное увеличение молочных желез имплантатами, не догадываются об имеющейся у них асимметрии или не придают ей значения. При осмотре и планировании аугментационной маммопластики хирургу важно обратить внимание пациентки на наличие даже небольшой асимметрии; это необходимо для правильного прогнозирования послеоперационного результата и формирования реалистичных ожиданий.

Нами изучена частота встречаемости асимметрии молочных желез у 72 здоровых пациенток в возрасте от 18 до 37 лет, которым планировалось выполнение аугментационной маммопластики. С учетом решающего влияния процесса послеродовой лактации на морфологию молочных желез мы разделили всех пациенток на 2 группы: в 1-ю группу вошли 23 пациентки с эстетической гипомастией (нерожавшие), во 2-ю — 49 пациенток с постлактационной инволютивной гипотрофией молочных желез (имевшие в анамнезе роды и грудное вскармливание). Интерес представляло также выявление характерных особенностей асимметрий в этих группах.

Причиной обращения пациенток к пластическому хирургу послужила эстетическая неудовлетворенность объемом и формой молочных желез, целью обращения — коррекция объема и формы молочных желез посредством аугментации. Важные критерии отбора: отсутствие явной асимметрии и жалоб на асимметрию молочных желез, отсутствие птоза молочных желез, а также проведенных ранее хирургических вмешательств на молочных железах и грудной клетке.

Во всех наблюдениях оценивали следующие параметры: объем молочных желез, расстояние от яремной вырезки грудины до соска, ширину основания молочных желез, диаметр ареол, положение СМС. Регистрировали разницу между параметрами левой и правой молочных желез.

Метод измерений — фотограмметрический. Он позволяет добиться высокоточного автоматического определения пространственных координат и построить 3-мерную модель поверхности объекта на основе обработки его разноразмерных изображений, снятых в специальном структурированном под свете. Использовалось аппаратное обеспечение Vectra 3D производства Canfield Scientific, Inc. Программная обработка данных проводилась посредством Breast sculptor.

Для объективизации асимметрии молочных желез в целом предложена балльная система оценки степени выраженности отдельных признаков асимметрии. Баллы суммировали; чем больше сумма баллов, тем выраженнее асимметрия молочных желез у пациентки.

Разницу между объемом левой и правой молочной железы от 0 до 29 см<sup>3</sup> считали незначительной — 0 баллов, от 30 до 59 см<sup>3</sup> — 1 балл, ≥60 см<sup>3</sup> — 2 балла.

Разница в расстоянии от яремной вырезки грудины до соска, ширине основания молочных желез, диаметре ареол и положении СМС от 0 до 0,4 см считалась незначительной — 0 баллов, от 0,5 до 0,9 см — 1 балл, ≥1,0 — 2 балла.

Разница между минимальными и максимальными параметрами молочных желез у обследованных составила: в объеме молочных желез — от 0 до 81 см<sup>3</sup>, в расстоянии от яремной вырезки грудины до соска — от 0 до 1,6 см, в ширине основания молочных желез — от 0 до 1,4 см, в диаметре ареол — от 0 до 1,2 см, в положении СМС — от 0 до 1,7 см. В целом наиболее выраженная асимметрия (8 баллов) наблюдалась у 1 пациентки, полное отсутствие асимметрии (0 баллов) — у 11 (15,3%). У 61 (84,7%) женщины была выявлена та или иная степень асимметрии молочных желез, причем в 1-й группе такие обследованные составили 69,6%, во 2-й — 91,8%, т.е. более часто асимметрия молочных желез встречается среди рожавших пациенток.

Анализируя частоту разных видов асимметрии в целом и в отдельных группах, мы отметили, что в общей структуре асимметрий решающую роль играл не их объем, а асимметрия положения СМС и сосково-ареолярного комплекса (САК).

Так, в целом асимметрия положения СМС обнаружена нами в 26% наблюдений, положения САК — в 25%, ширины основания — в 20%, объема — в 18%, размера ареол — в 11%.

Похожей оказалась ситуация во 2-й группе (постлактационная инволютивная гипотрофия молочных желез): асимметрия положения СМС — у 24%, положения САК — у 26%, ширины основания — у 21%, объема — у 19%, размера ареол — у 10% пациенток. В 1-й группе соответствующие виды асимметрии составили (%): 31; 23; 17; 14,5 и 14,5. Таким образом, для 1-й группы наиболее характерна асимметрия СМС, для 2-й — асимметрия САК.

Одним из показателей симметричности молочных желез является уровень расположения САК. Расстояние яремная вырезка — сосок на одной стороне должно соответствовать показателю на контралатеральной стороне. У большинства наших пациенток указанное расстояние было различным, как и высота расположения инфрамаммарных складок. В итоге наблюдались разные по форме молочные железы с несимметричным расположением САК и разновысоким стоянием СМС.

Асимметрия груди может быть генетически обусловленной или приобретенной, возникающей на протяжении жизни вследствие гормональных и возрастных изменений, лактации. Практически у каждого человека правая и левая половины тела в большей или в меньшей степени несимметричны — различия касаются в том числе положения, формы, объема молочных желез. Такая природная диспропорция заложена генетически и не считается патологией. В нашем исследовании участвовали здоровые пациентки, без жалоб на асимметрию молочных желез, с которыми врач встречается в ежедневной практической деятельности. Именно у таких пациенток мы попытались объективно оценить наличие и степень выраженности того или иного вида асимметрии молочных желез. Такая оценка очень важна при планировании аугментационной маммопластики. В противном случае незначительная асимметрия молочных желез, на которую пациентка изначально не обращает внимания, становится явной, выраженной после операции, что служит причиной неудовлетворенности результатом.

*Простой пример: пациентка с асимметрией положения сосков и СМС — складка и сосок левой молочной железы расположены ниже, чем складка и сосок правой. Выполняя аугментационную маммопластику, мы понижаем складку правой молочной железы до уровня левой, значительно увеличивая тем самым расстояние от складки до соска с одной стороны и создавая новую и более явную асимметрию.*

Такие примеры нередки и свидетельствуют о важности внимательного отношения даже к незначительным, на первый взгляд, асимметриям молочных желез.

Итак, асимметрия молочных желез — скорее правило, чем исключение. Решающий вклад в асимметрию вносит не разница в объеме молочных желез, а асимметрия положения САК и СМС. Для пациентов с постлактационной инволютивной гипотрофией в большей степени характерна асимметрия положения САК, для не кормивших грудью пациенток — асимметрия СМС.

---

## Литература

1. Rees T., Gay C., Coburn R. The use of inflatable breast implants // *Plast. Reconstr. Surg.* — 1973; 52 (6): 609–15.
2. Simon B., Hoffman S., Khan S. Treatment of asymmetry of the breast // *Clin. Plast. Surg.* — 1975; 2: 375–89.
3. Vandenbussche F. Asymmetries of the breast: a classification system // *Aesthetic Plast. Surg.* — 1983; 7 (3): 139–44.
4. Kuzbari R., Deutingen M., Todoroff B. et al. Surgical Treatment of Developmental Asymmetry of the Breast // *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Hand Surg.* — 1993; 27 (3): 203–7.
5. Вишнеvский А.А., Кузин М.И., Оленин В.П. Пластическая хирургия молочной железы / М.: Медицина, АМН СССР, 1987; 224 с.
6. Hueston J. Surgical correction of breast asymmetry // *Aust. NZJ Surg.* — 1968; 38 (2): 112–6.
7. Edstrom L., Robson M., Wright J. A method for the evaluation of minor degrees of breast asymmetry // *Plast. Reconstr. Surg.* — 1977; 60 (5): 812–4.
8. Sadove A., Van Aalst J. Congenital and Acquired Pediatric Breast Anomalies // *Plast. Reconstr. Surg.* — 2005; 115: 1039–50.
9. Nahai F. The art of aesthetic surgery / Missouri, St. Louis: Quality Medical Publishing, 2005; p. 2046–74.
10. Миланов Н.О., Ли А.Г. Асимметрия молочных желез. К вопросу о хирургической систематизации // *Анналы пластической реконструктивной и эстетической хирургии.* — 2006; 2: 59–67.

---

## BREAST ASYMMETRY: A RULE OR EXCLUSION?

**O. Nikitin**, Candidate of Medical Sciences

*N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow*

*The incidence of breast asymmetry was studied in healthy patients who were to undergo breast augmentation.*

**Key words:** plastic surgery, mammoplasty, breast asymmetry.