



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(52) СПК
A61B 17/00 (2020.08)

(21)(22) Заявка: 2020129579, 08.09.2020

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
08.09.2020

Дата регистрации:
22.01.2021

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 08.09.2020

(43) Дата публикации заявки: 16.11.2020 Бюл. № 32

(45) Опубликовано: 22.01.2021 Бюл. № 3

Адрес для переписки:

125284, Москва, 2-й Боткинский пр-д, 3,
Московский научно-исследовательский
онкологический институт имени П.А. Герцена
- филиал ФГБУ "НМИЦ радиологии МЗ РФ,
патентоведу, Урванцева Татьяна Дмитриевна

(72) Автор(ы):

Ортабаева Дзерасса Радионовна (RU),
Зикирходжаев Азиз Дильшодович (RU),
Хакимова Шахноз Голибовна (RU),
Усов Федор Николаевич (RU),
Джабраилова Джамия Шринбековна (RU)

(73) Патентообладатель(и):

Федеральное государственное бюджетное
учреждение "Национальный медицинский
исследовательский центр радиологии"
Министерства здравоохранения Российской
Федерации (ФГБУ "НМИЦ радиологии"
Минздрава России) (RU)

(56) Список документов, цитированных в отчете
о поиске: RU 2020114984 А, 06.08.2020. RU
2056794 С1, 27.03.1996. RU 2481070 С2,
10.05.2013. ВУ 19819 С1, 28.02.2016.
АРСЛАНОВ Х.С. и др. Корректирующие
операции и возможные осложнения после
реконструктивно-пластических вмешательств
на молочной железе. Онкология. Журнал им.
П.А. Герцена. 2015, N4(4), P.12-17.
ANONGPORN NIMBORIBOONPOR et al.
Nipple-areola (см. прод.)

(54) СПОСОБ РЕКОНСТРУКЦИИ СОСКА ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ОПУХОЛИ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЗОНЕ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЛЛОИМПЛАНТАТА НА ОСНОВЕ ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ

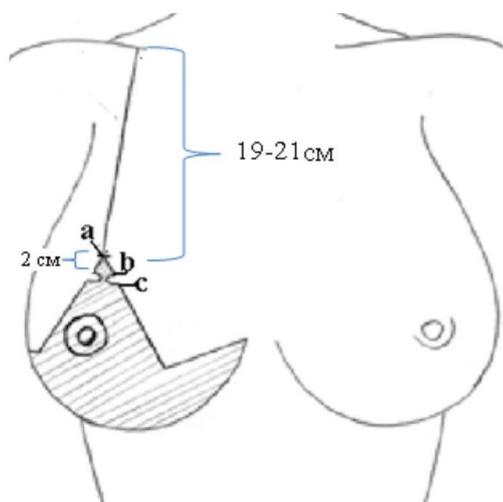
(57) Реферат:

Изобретение относят к медицине, а именно к реконструктивной хирургии молочной железы (МЖ) у больных раком молочной железы (РМЖ). Производят предоперационную разметку по типу редукционной маммопластики T-invers, согласно фиг.1: ставим точку «а», отмеряя 19-21 см от середины ключицы до соска, далее от точки «а» по медиальному меридиану отмеряют 2 см и ставят точку «b», от точки «b» отмеряют 1 см и ставят точку «с», создавая в виде овала лепестков размером 1,0×1,5 см. Аналогично производят

разметку в латеральной части и после подкожного удаления ткани молочной железы и формирования молочной железы с помощью силиконового имплантата кожно-подкожные лоскуты послыбно ушивают. Основание будущего соска фиксируют кисетным швом с захватом латерального и медиального лепестков. В ложе между которыми устанавливают свернутый в виде рулона лоскут аллоимплантата на основе твердой мозговой оболочки (ТМО), вокруг которого посредством узловых швов фиксируют

латеральный и медиальный лепестки с формированием соска. Способ позволяет выполнить одномоментную реконструкцию соска в случае его удаления при кожесохранной мастэктомии и онкопластических резекциях; отсроченную реконструкцию соска после обычной мастэктомии; достичь долговременного

эстетического эффекта за счет хорошей проекции соска после установления лоскута ТМО, симметричности молочных желез - оперированной и здоровой; улучшить качество жизни пациенток после комплексного лечения по поводу рака молочной железы. 1 пр., 10 ил.



Фиг. 1

(56) (продолжение):

complex reconstruction. *Gland Surg.* 2014, N 3(1), P. 35-42. KUBO, K., HAYASHI, Y. et al. Mammoplasty using an inverted-T technique following the excision of a giant phyllodes tumor. *Int Canc Conf J* 2013, N2, P. 174-177.

R U 2 7 4 1 2 0 5 C 2

R U 2 7 4 1 2 0 5 C 2



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(52) CPC
A61B 17/00 (2020.08)

(21)(22) Application: **2020129579, 08.09.2020**

(24) Effective date for property rights:
08.09.2020

Registration date:
22.01.2021

Priority:

(22) Date of filing: **08.09.2020**

(43) Application published: **16.11.2020 Bull. № 32**

(45) Date of publication: **22.01.2021 Bull. № 3**

Mail address:

**125284, Moskva, 2-j Botkinskij pr-d, 3, Moskovskij
nauchno-issledovatel'skij onkologicheskij institut
imeni P.A. Gertsena - filial FGBU "NMITs
radiologii MZ RF, patentovedu, Urvantseva
Tatyana Dmitrievna**

(72) Inventor(s):

**Ortabaeva Dzerassa Radionovna (RU),
Zikiriakhodzhaev Aziz Dilshodovich (RU),
Khakimova Shakhnoz Golibovna (RU),
Usov Fedor Nikolaevich (RU),
Dzhabrailova Dzhamilia Shrinbekovna (RU)**

(73) Proprietor(s):

**Federalnoe gosudarstvennoe biudzhethnoe
uchrezhdenie «Natsionalnyi meditsinskii
issledovatel'skii tsentr radiologii» Ministerstva
zdravookhraneniia Rossiiskoi Federatsii (FGBU
«NMITs radiologii» Minzdrava Rossii) (RU)**

(54) **METHOD OF RECONSTRUCTING THE NIPPLE WHEN THE TUMOR IS LOCATED IN THE CENTRAL ZONE OF THE GLAND WITH THE USE OF AN ALLOIMPLANT BASED ON THE DURA MATER**

(57) Abstract:

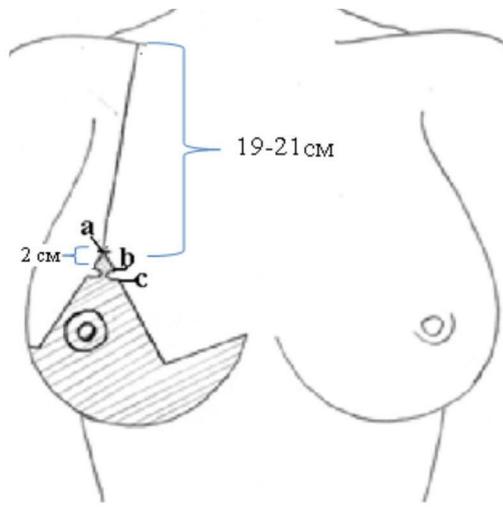
FIELD: medicine.

SUBSTANCE: invention refers to medicine, namely to reconstructive breast surgery in breast cancer patients. Performing preoperative marking according to the type of reduction mammoplasty T-invers, according to Fig. 1: setting point "a", measuring 19-21 cm from middle clavicle to teat, then from point "a" on medial meridian is measured 2 cm and put point "b", from point "b" is measured 1 cm and put point "c", creating in form of oval lobe with size of 1.0×1.5 cm. Similarly, lateral and subcutaneous removal of breast tissue is performed in the same manner and breast is formed with the help of a silicone implant skin-subcutaneous flaps are closed in layers. Base of the future nipple is fixed with a purse-string suture with a grip of the lateral and medial lobes.

Dental plex folded in the form of a roll is placed in a bed between which the dura mater (DM) flap is fixed, around which the lateral and medial lobes are fixed around the nasal sutures to form a nipple.

EFFECT: method enables one-stage nipple reconstruction in case of its removal in skin mastectomy and oncoplastic resections; delayed nipple reconstruction following conventional mastectomy; achieve a long-term aesthetic effect due to a good projection of the nipple after establishing a flap DM, symmetry of mammary glands - operated and healthy; improving quality of life of patients after complex treatment for breast cancer.

1 cl, 1 ex, 10 dwg



Фиг. 1

RU 2741205 C2

RU 2741205 C2

Изобретение относят к медицине, а именно к реконструктивной хирургии молочной железы (МЖ) у больных раком молочной железы (РМЖ), и заключается в реконструкции соска местными тканями в комбинации с аллопластическим материалом.

5 Удовлетворенность пациентки косметическим результатом после реконструкции МЖ во многом зависит от наличия соска и его формы, симметричности и расположения относительно другого, т.е. реконструкция МЖ после мастэктомии считается полностью
10 завершенной после воссоздания соска.

Реконструкция соска обычно выполняется на последнем этапе (втором или третьем) реконструкции МЖ. Оптимальным сроком реконструкции соска принято считать 3
10 месяца после выполнения последнего этапа реконструкции МЖ.

Исторически для реконструкции соска использовались различные аутологичные композитные графты, такие как мочка уха, кожа внутренней поверхности бедра, малая половая губа, часть контралатерального соска. Однако в настоящее время наиболее
15 предпочтительным хирургическим методом реконструкции соска является использование местных тканей по различным техникам, отличающихся лишь схемой кожных разрезов на месте будущего соска: F flap, Z flap, Skate flap, Star flap, Fish tail flap, CV flap, S-flap и др. Суть данных техник заключается в том, что на месте будущего соска кожа и
20 подлежащая жировая клетчатка согласно разметке рассекаются, отсепааровываются в стороны и фиксируются друг к другу по прямым углом по отношению к поверхности МЖ, тем самым воссоздавая форму и проекцию соска.

Потеря проекции соска в отдаленном периоде после реконструкции местными тканями является наиболее распространенной проблемой и жалобой пациенток. Основными
25 причинами потери проекции соска являются отсутствие жесткой соединительнотканной опоры и рубцовая контрактура.

С целью поддержания проекции соска были предложены методики с применением аутогенных и аллопластических материалов. Так, использование ушного или реберного хрящей позволяет достичь хороших косметических результатов, но является технически
30 сложно выполнимой, более длительной по продолжительности техникой и нередко сопряжено с осложнениями со стороны донорских зон. Не лишены недостатков также и аллопластические материалы, поскольку они как инородного тела нередко становятся причиной повышенного риска инфицирования, экстрезии и ишемии прилежащих местных тканей.

Наилучший косметический эффект был достигнут при использовании в качестве наполнителя соска керамитового имплантата (искусственной кости) - проекция сосков
35 сохранялась у 100% пациенток.

Однако, именно эта методика сопровождалась самой высокой частотой послеоперационных осложнений (18%), включая некроз соска (13%) и экстрезию искусственной кости (5%).

Использование ацеллюлярного дермального матрикса (АДМ) для увеличения
40 проекции соска впервые описано М. Nahabedian в 2005 году (Nahabedian MY. Secondary nipple reconstruction with local flaps and AlloDerm. Plast Reconstr Surg 2005;115:2056-61). Из пластины АДМ выкраивают лоскут 10 мм × 6 мм (размер может варьировать в зависимости от размера кожных лоскутов и доступного пространства между ними), затем его складывают, фиксируют швами для сохранения его положения и формы
45 внутри кожного лоскута.

Таким образом, до сих пор не существует общепризнанных методик и материалов для реконструкции соска, что связано с техническими сложностями, большей продолжительностью операции и частыми осложнениями со стороны донорских зон при

использовании аутологичных тканей; дорогостоящей аллопластических материалов и осложнений в виде ишемии и некроза подлежащих местных тканей, в связи с чем необходим поиск новых материалов.

Получение твердой мозговой оболочки (ТМО) от трупов проводят на основании федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", федерального закона Российской Федерации от 22.12.1992 №4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

Известен способ изготовления биотрансплантатов твердой мозговой оболочки для эндоскопических вмешательств в реконструктивной хирургии (RU 2506955 C1).

Осуществляют заготовку ткани ТМО от трупа. ТМО после заготовки погружают в консервирующий раствор. Биотрансплантаты ТМО размораживают и выкраивают лоскуты биотрансплантата требуемых размеров. Полученные лоскуты помещают в пластиковые пакеты и проводят лиофилизацию. Полученный трансплантат расщепляют, получая биотрансплантат ТМО с толщиной 0,2-0,4 мм.

Известен способ хирургического формирования ареолы и соска на молочной железе (RU 2647154 C1). Выполняют разметку в виде овала места ареолы на вновь сформированной молочной железе. Деэпителизируют кожу в этом овале и иссекают полнослойный лоскут кожи по размеру будущей ареолы и пересаживают его на деэпителизированный участок кожи в виде овала с последующим его подшиванием к краям здоровой кожи молочной железы. При этом предварительно в верхней трети внутренней поверхности бедра пациентки на участке, расположенном на границе с паховой складкой, делают разрез кожи длиной 0,4-0,8 см. Под кожей формируют туннель длиной 2-4 см и через разрез подсаживают под кожу силиконовый шарик диаметром 0,8-1,3 см до конца проделанного туннеля с последующим наложением на рану кожи одного узлового шва. Затем через 1-2 месяца иссекают лоскут кожи в виде овала диаметром 3-4 см, в центре которого расположен под кожей силиконовый шарик, переносят его на деэпителизированный участок кожи в виде овала и подшивают к краям здоровой кожи молочной железы. В частном случае на молочной железе делают разметку, а затем деэпителизируют участок кожи овальной формы диаметром 3-4 см. Силиконовый шарик подсаживают под пигментированную кожу верхней трети внутренней поверхности бедра, расположенной на границе с паховой связкой.

Однако данный способ реконструкции соска имеет следующие недостатки:

- является более инвазивным, подразумевая хирургическое вмешательство не только непосредственно в зоне реконструкции соска, но и в паховой области, приводя к возникновению дополнительных рубцов на коже;

- является более продолжительным по времени выполнения;

- является двухэтапным вмешательством (1-2 месяца между двумя этапами);

- имплантированный силиконовый шарик в паховой области может вызывать у пациентки физический дискомфорт, в том числе, в сексуальной сфере жизни;

- силиконовый шарик не подвергается в организме биodeградации и не замещается собственной соединительной тканью, тем самым подразумевая постоянное присутствие в организме инородного тела.

Самым близким является способ реконструкции соска при расположении опухоли в центральной зоне молочной железы (RU 2020114984 А, Оpubл.: 06.08.2020, Бюл. № 22). Выполняют кожесохранную мастэктомию с одномоментной реконструкцией силиконовым имплантом, либо силиконовым имплантом в комбинации с торакодорзальным лоскутом; либо отсроченную реконструкцию молочной железы с использованием силиконовых имплантов или аутологичных лоскутов; либо

органосохраняющих операций на молочной железе с удалением соска. Перед операцией пластину ксеноперикарда БиоЛАБ-ПП/ПА подготавливают согласно инструкции, и выкраивают из нее фигурный лоскут, сворачивают его в рулон, в соответствии с размером единственного контралатерального соска. Во время операции, по предварительной разметке, кожу рассекают фигурным трехлепестковым «C-V flap» разрезом до подкожной жировой клетчатки, кожные лоскуты отсепааровывают с небольшим слоем жировой ткани и воссоздают кожный каркас будущего соска - сводят края донорской зоны в области основания соска и накладывают узловые швы не рассасывающим шовным материалом. Латеральные «лепестки» фиксируют между собой, основание сформированного конуса закрепляют к краям сведенной донорской зоны и в образовавшуюся полость внутри сформированного конуса, будущего соска, помещают свернутый в виде «рулона» лоскут из пластины ксеноперикарда БиоЛАБ-ПП/ПА, после чего верхнюю часть конуса соска накрывают средним «лепестком» кожи и фиксируют тремя не рассасывающимися узловыми швами.

Однако данная методика имеет некоторые недостатки:

- невозможность одномоментной реконструкции соска после удаления сосково-ареолярного комплекса ввиду необходимости наличия целостного кожного покрова в зоне реконструкции для соответствующих кожных разрезов;
- удлинение продолжительности общего наркозного времени и периода реабилитации больной;
- используемый при данной методике биоматериал (ксеноперикарда БиоЛАБ-ПП/ПА) по стоимости в два раза превышает биоматериал, применяемый при заявленном способе (аллоимплантат на основе твердой мозговой оболочки).

Техническим результатом предлагаемого изобретения является разработка эстетически удовлетворительного и стабильного долгосрочного эффекта после реконструкции соска.

Технический результат достигается тем, что также как и в известном способе согласно предварительной разметке рассекают кожу и подкожную жировую клетчатку с формированием двух «лепестков» для будущего соска, фиксируют узловыми швами у основания с формированием конуса соска, в который помещают лоскут аллоимплантата на основе твердой мозговой оболочки, свернутый по типу рулона в соответствии с размером единственного контралатерального соска.

Особенностью заявляемого способа заключается в том, что производят предоперационную разметку по типу редукционной маммопластики T-invers, согласно фиг.1, ставим точку «а», отмеряя 19-21 см от середины ключицы до соска, далее от точки «а» по медиальному меридиану отмеряют 2 см и ставят точку «b», от точки «b» отмеряют 1 см и ставят точку «с», создавая в виде овала лепесток размером 1,0×1,5 см, и аналогично производят разметку в латеральной части, и после подкожного удаления ткани молочной железы и формирования молочной железы с помощью силиконового имплантата кожно-подкожные лоскуты послойно ушивают, основание будущего соска фиксируют кисетным швом с захватом латерального и медиального лепестков, в ложе между которыми устанавливают свернутый в виде рулона лоскут аллоимплнтата на основе твердой мозговой оболочки, вокруг которого посредством узловых швов фиксируют латеральный и медиальный лепестки с формированием соска.

Изобретение поясняется подробными описанием, клиническим примером и иллюстрациями, на которых изображено:

Фиг. 1 - схема предоперационной разметки

Фиг. 2 - вид пластины ТМО.

Фиг. 3 - сформированный наполнитель для соска из ТМО: а) в прямой и б) в боковой проекциях.

Фиг.4 - предоперационная разметка: а) по типу T-invers с удалением сосоково-ареолярного комплекса; б) разметка будущего соска.

5 Фиг. 5 - вид операционной раны после удаления ткани молочной железы: а) нижний деэпидермизированный лоскут снаружи; б) ложе для силиконового эндопротеза; в) удаленная ткань молочной железы.

Фиг.6 - вид сформированных молочных желез с помощью силиконовых эндопротезов.

Фиг. 7 - установка ТМО в ложе сформированного соска.

10 Фиг. 8 - окончательный вид сформированного соска.

Фиг.9 - вид пациентки Т., перед операцией: а) слева, б) справа и в) в прямой проекциях.

Фиг. 10 - вид пациентки Т., на 15-е сутки после операции: а) слева, б) справа и в) в прямой проекциях.

15 Показания к данному изобретению - РМЖ I-III стадий при расположении опухоли в центральной зоне железы - менее 3 см от соска, что требует удаления последнего - как на 1 этапе лечения, так и после предоперационной системной терапии.

Восстановление соска по данной методике возможно на всех этапах реконструкции МЖ как после полного удаления ее ткани (обычная мастэктомия, кожесохранная мастэктомия), так и при органосохраняющем лечении (онкопластических резекциях).

20 Способ осуществляют следующим образом.

Согласно прилагаемой инструкции производителя предварительно подготавливают пластину аллоимплантата на основе ТМО путем замачивания в 0,9% раствор хлорида натрия комнатной температуры на 15 минут (Фиг.2).

25 Из пластины ТМО выкраивают лоскут размером 1,0×0,5 см и заворачивают по типу «рулона», фиксируя лигатурой из нерассасывающегося шовного материала (Фиг.3 а, б).

30 Производят предоперационную разметку (Фиг. 1), аналогичную редукционной маммопластике по типу T-invers, согласно фиг.1, ставят точку «а», отмеряя 19-21 см от середины ключицы до соска, далее от точки «а» по медиальному меридиану отмеряют 2 см и ставят точку «б», от точки «б» отмеряют 1 см и ставят точку «с», создавая в виде овала лепесток размером 1,0×1,5 см, и аналогично производят разметку в латеральной части.

Согласно разметке рассекают кожу и подкожную жировую клетчатку.

35 Кожные лоскуты широко отсепаровываются в стороны. Выделяют нижний кожно-подкожно-фасциальный лоскут размерами 10×8 см, деэпидермизируется. Молочную железу мобилизуют и удаляют (Фиг.5 а, б, в).

На поверхность большой грудной мышцы помещается силиконовый имплантат. Последний укрывается нижним деэпидермизированным лоскутом по нижнему склону и отсепарованными медиальным и латеральным кожно-подкожными лоскутами.

40 Производится послойное ушивание раны с оставлением внутрикожного рассасывающегося шва (Фиг.6).

С целью укрепления основания будущего соска накладывается внутрикожный кисетный шов из нерассасывающегося шовного материала с захватом латерального и медиального «лепестков». В образовавшуюся полость внутри сформированного конуса будущего соска помещается сложенный в виде «рулона» лоскут из пластины ТМО (Фиг.7).

«Лепестки» кожи сведены и фиксирована 5-ю нерассасывающимися узловыми швами (Фиг. 8).

Швы снимают на 10-е сутки после операции.

Клинический пример

5 Больная Т., 46 лет. По поводу генетически ассоциированного рака левой молочной железы (носитель мутации в гене BRCA1) IIА стадии, cT1N1M0G3, тройной негативный тип, с 19.12.2019 г. по 28.05.2020 г. проведена НАПХТ по схеме 4АС+12 введений паклитаксела в еженедельном режиме. При контрольном обследовании на фоне проведенного лечения отмечена положительная динамика в виде частичной регрессии опухолевого узла левой молочной железы и метастатически измененного лимфатического узла левой аксиллярной области (Фиг.9 а, б, в).

10 На II этапе проведено хирургическое лечение - 22.06.2020 г. подкожная мастэктомия слева с одномоментной реконструкцией силиконовым эндопротезом с полиуретановым покрытием объемом 445 мл. Профилактическая подкожная мастэктомия справа с одномоментной реконструкцией силиконовым эндопротезом с полиуретановым покрытием объемом 445 мл.

15 Согласно предварительной разметке (Фиг. 1), аналогичной редуccionной маммопластике по типу T-invers с удалением сосково-ареолярного комплекса и разметкой латерального и медиального «лепестков» будущего соска (Фиг. 4 а, б) рассечены кожа и подкожная жировая клетчатка.

20 Кожные лоскуты широко отсепарованы в стороны (Фиг. 5 а, б). Выделен нижний кожно-подкожно-фасциальный лоскут размерами 10x8 см, дезэпидермизирован, толщина составила 0,5-0,7 см. Молочная железа мобилизована, удалена (Фиг. 5 в). Рана промыта физиологическим раствором с амикацином. Гемостаз, сухо.

25 На поверхность большой грудной мышцы помещен силиконовый имплантат с полиуретановым покрытием объемом 445 мл (Фиг.6) Последний укрыт нижним дезэпидермизированным лоскутом по нижнему склону и отсепарованными медиальным и латеральным кожно-подкожными лоскутами, из которых сформирован конус соска, в который установлена свернутый по типу «рулона» лоскут ТМО (Фиг. 7). Послойное ушивание послеоперационной раны с оставлением вакуум-дренажа в области нижнего склона реконструированной молочной железы, выведенного через контрапертуру.

30 Ушивание сформированного соска отдельными узловыми нерассасывающимися швами.

35 Произведен отдельный кожный разрез в подмышечной области, осуществлен доступ к краям большой и малой грудных мышц, клетчатке подмышечной и подлопаточной областей. Клетчатка подмышечно-подлопаточной области удалена единым блоком. Установлен силиконовый дренаж в рану, выведен через контрапертуру по передней подмышечной линии. Послойное ушивание послеоперационной раны (Фиг.8).

По аналогичной методике произведена профилактическая кожесохранная мастэктомия справа с одномоментной реконструкцией силиконовым эндопротезом с полиуретановым покрытием и реконструкцией соска с использованием аллоимплантата на основе твердой мозговой оболочки.

40 Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление послеоперационных ран первичным натяжением. Узловые швы на реконструированных сосках сняты на 10-е сутки после операции. Пациентка удовлетворена полученным косметическим эффектом (Фиг. 10 а, б, в).

45 Использование заявляемого способа в клинической практике позволяет достичь нескольких результатов:

- одномоментную реконструкцию соска в случае его удаления при кожесохранной мастэктомии и онкопластических резекциях;
- отсроченную реконструкцию соска после обычной мастэктомии;

- долговременного эстетического эффекта за счет хорошей проекции соска после установления лоскута ТМО;
- симметричность молочных желез - оперированной и здоровой;
- улучшение качества жизни пациенток после комплексного лечения по поводу рака молочной железы.

(57) Формула изобретения

Способ реконструкции соска при расположении опухоли в центральной зоне железы с использованием аллоимплантата на основе твердой мозговой оболочки, включающий рассечение кожи и подкожной жировой клетчатки с формированием двух лепестков для будущего соска по предварительной разметке и фиксирование узловыми швами у основания с формированием конуса соска, в который помещают лоскут аллоимплантата на основе твердой мозговой оболочки, свернутый по типу рулона в соответствии с размером единственного контралатерального соска, отличающийся тем, что производят предоперационную разметку по типу редуцированной маммопластики T-invers, согласно фиг.1: ставим точку «а», отмеряя 19-21 см от середины ключицы до соска, далее от точки «а» по медиальному меридиану отмеряют 2 см и ставят точку «b», от точки «b» отмеряют 1 см и ставят точку «с», создавая в виде овала лепесток размером 1,0x1,5 см, и аналогично производят разметку в латеральной части и после подкожного удаления ткани молочной железы и формирования молочной железы с помощью силиконового имплантата кожно-подкожные лоскуты послойно ушивают, основание будущего соска фиксируют кистным швом с захватом латерального и медиального лепестков, в ложе между которыми устанавливают свернутый в виде рулона лоскут аллоимплантата на основе твердой мозговой оболочки, вокруг которого посредством узловых швов фиксируют латеральный и медиальный лепестки с формированием соска.

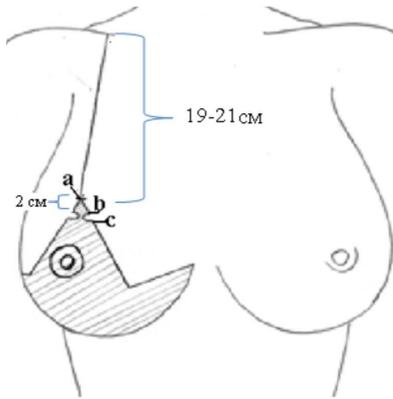
30

35

40

45

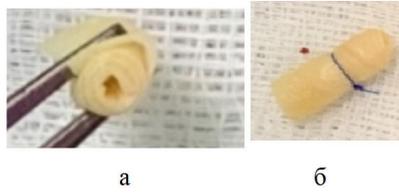
1



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3

2



а

б

Фиг.4



а

б

в

Фиг.5



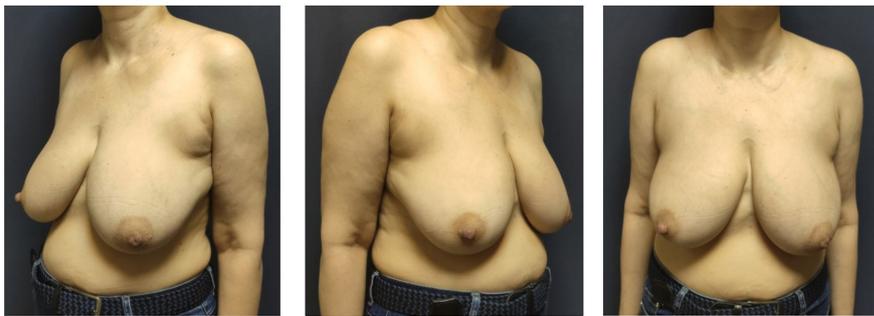
Фиг.6



Фиг. 7



Фиг. 8

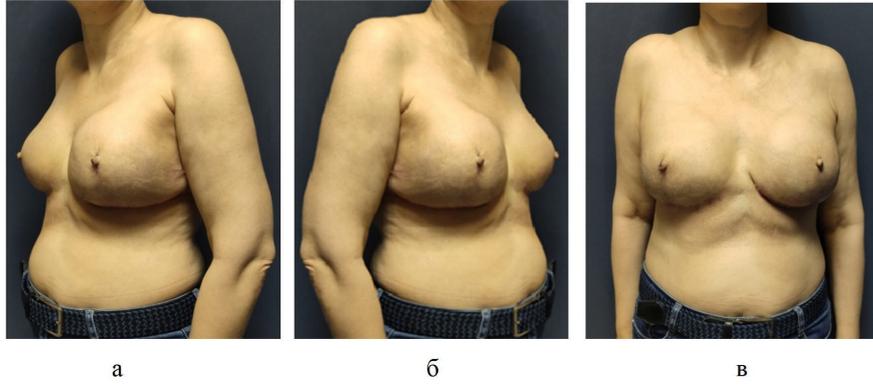


А

Б

В

Фиг. 9



Фиг. 10