

SOME FEATURES OF PROSTHETICS ON IMPLANTS AND TOOTH

V.V. Razdorsky, M.V. Kotenko
(Novokuznetsk State Institute for Medical Continuing Education)

A functionality and an aesthetics of denture with a bearing on implants are guaranteed with including in a prosthetic construction tooth near by a defect. Joining up tooth with implants by a much-section prosthetic construction against the background of a generalized periodontitis stabilize a dentition and prevent an aggravation of inflammatory and destructive processes in parodontal tissues. An appearance of stress zones on a bone-implant border is reduced, when implantation materials with close to vital bone deformative behaviors are used. A resistive capacity to transversal masticatory applications is creased by a displacement in implants on vestibular or oral direction is patients with anomalous bite.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голубых В.А. Сравнительная характеристика имплантационных систем на ортопедическом этапе лечения // Российский вестник дентальной имплантологии. — 2004. — №3/4. — С. 48-51.
2. Понтер В.Э., Миргазизов М.З. Имплантационные материалы нового поколения на основе сплавов с памятью формы. Концептуальные физико-технические основы // Российский вестник дентальной имплантологии. — 2004. — №1. — С. 52-56.
3. Иванов А.Г., Матвеева А.И. Биомеханические распределения жевательных нагрузок в системах естественные зубы-имплантаты // Российский стоматологический журнал. — 2000. — №2. — С. 46-49.
4. Линков Л. Теории и технологии оральной имплантологии // Клиническая имплантология и стоматология. — 1997. — №2. — С. 51-59.
5. Макарьевский И.Г. Внутрикостные имплантаты с памятью формы в лечении частичной адентии верхней челюсти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2001. — 18 с.
6. Макарьевский И.Г. Особенности ортопедического лечения при использовании дентальных имплантатов // Клиническая имплантология и стоматология. — 2002. — №3-4. — С. 17-25.
7. Мейснер Л.Л. Механические и физико-химические свойства сплавов на основе никелида титана с тонкими поверхностными слоями, модифицированными потоками заряженных частиц: Автореф. дис. доктора физ.-мат. наук. — Томск, 2004. — 32 с.
8. Мушеев И.У., Олесова В.Н., Фрамович О.З. Практическая дентальная имплантология. — М.: Парадиз, 2000. — 266 с.
9. Олесова В.Н., Мушеев И.Ю., Поздеев А.И. Титан — оптимальный конструкционный материал для протезов на дентальных имплантатах // Российский вестник дентальной имплантологии. — 2003. — №1. — С. 24-27.
10. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология: Основы теории и практики. — Минск: Юнипресс, 2002. — 386 с.
11. Суров О.Н. Конструирование протезно-имплантационной жевательной системы // Новое в стоматологии. — 1998. — №3. — С. 29-34.
12. Perel M.L., Ismail Y.H. Occlusion and biomechanism implant in dentistry // J. Oral Implantol. — 1993. — Vol.19. — №1. — P. 6-8.
13. Reitz J.V. Проблемы окклюзии при протезировании с помощью имплантатов // Квинтэссенция. — 1995. — №3. — С. 45-48.
14. Weiss, Ch.M. Главные критерии клинического прогноза зубных имплантатов // Квинтэссенция. — 1992. — №1. — С. 102-107.
15. Weiss Ch.M., Weiss A. Principles and practice of Implant Dentistry. — St. Louis: Mosby, 2001. — 447 p.

© ТЮКАВИН О.А., ДВОРНИЧЕНКО В.В., КУКЛИН И.А. — 2008

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.А. Тюкавин, В.В. Дворниченко, И.А. Куклин
(Иркутский областной онкологический диспансер, гл. врач — д.м.н., проф. В.В.Дворниченко; Научный центр реконструктивно-восстановительной хирургии Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения РАМН, г. Иркутск, директор — д.м.н., проф., член-корр. РАМН Е.Г. Григорьев)

Резюме. В работе проведен анализ различных реконструктивных операций при лечении рака молочной железы. Актуальным остается вопрос о показаниях для сохранения сосковоареолярного комплекса (САК), и более детальной проработки хирургических этапов во время выполнения кожсберегающей мастэктомии с сохранением САК.

Ключевые слова: рак молочной железы, сосковоареолярный комплекс, дерматосберегающая мастэктомия.

Адрес для переписки: О.А. Тюкавин. Областной онкологический диспансер г. Иркутск ул. Фрунзе, 32 отделение онкологии №2. Тел. рабочий (3952) 777-323.

Злокачественные опухоли молочной железы являются ведущей онкологической патологией у женщин. В России ежегодно регистрируется более 46 тыс. новых случаев рака молочной железы (РМЖ), что в структуре онкологической заболеваемости женского населения составляет 19%. Общее число умерших от рака молочной железы

(РМЖ) увеличилось с 12,5 тыс. (1983г.) до 22,7 тыс. (2003г.). Прирост составил 10,2 тыс. (85%) [1].

Радикальная мастэктомия (РМЭ) в различных модификациях остается основным методом хирургического лечения РМЖ. Эта операция спасает жизнь больным, но наносит женщинам тяжелый эстетический ущерб.

Известно, что после установления диагноза РМЖ, больные длительное время находятся в стрессовой ситуации, так как большинство пациенток связывают молочную железу с женственностью и сексуальностью. Потеря молочной железы отрицательно влияет на психический статус женщины. Во многих случаях отмечены депрессия, изменения характера, появление суицидальных мыслей, снижение качества сексуальной жизни, распад семьи [10].

Эстетический дефект после радикальной мастэктомии является причиной сохранения психоэмоционального дисбаланса и требует продолжительной психологической и психосоматической поддержки пациенток.

Психические расстройства после радикального лечения РМЖ встречаются в 96,1%. Диагноз рака молочной железы означает для большинства женщин потерю здоровья, ощущения бессмертности и своего тела как целого [20].

Потеря молочной железы у 50% женщин привела к ухудшению отношений с мужем, причем в 22,4% наступил межличностный конфликт. У 90% наблюдаемых больных отмечалось чувство неполноценности, у 75% страх смерти, депрессия, отчаяние. Исчезновение полового влечения выявлено у 30% больных [11].

Значимым событием в области реконструкции молочной железы, явилась разработка в начале 90-х годов кожноберегающей мастэктомии (КСМ). При этом удаляется железистая ткань, и сохраняется большая часть кожи молочной железы.

В 1991 г. В. Torth и P. Lappert опубликовали принципы мастэктомии и планирования реконструкции молочной железы с использованием данной техники [43].

Это способствовало широкому использованию техники КСМ при выполнении одномоментных реконструктивно-пластических операций [14,41].

С накоплением клинического опыта многие исследователи приходят к выводу, что сохранение кожи молочной железы не увеличивает риск возникновения местных рецидивов.

W.J. Sotheran в 2001 г. провел анкетирование среди членов Британской ассоциации онкологических хирургов. Количество хирургов использующих кожноберегающую мастэктомию увеличилось с 27% в 1997 г. до 95% в 2001г.[40].

Пластика молочной железы (ПМЖ) не ухудшает онкологический результат лечения. После проведения реконструктивной операции возможно проведение адъювантной химиотерапии и лучевой терапии [2,14].

Потребность в пластике молочной железы (ПМЖ) испытывают 7% пожилых женщин пожилого и 38% женщин молодого возраста [21]. Современные подходы к реабилитации больных состоят не только в том, чтобы устранить соматические проявления постмастэктомического синдрома, но и помочь женщине справиться с психосоциальными последствиями радикального лечения [7,9].

Реконструкция молочной железы может выполняться, как отсрочено после окончания радикального лечения РМЖ, так и одномоментно.

К преимуществам одномоментной пластики молочной железы, как отмечают многие авторы, относятся уменьшение протяженности рубцов после хирургического вмешательства, сохранность сосудов подмышечной области, возможность сохранить больше собственной кожи железы и более высокий эстетический результат [3,7,14].

Кроме этого, одномоментная пластика молочной железы позволяет нивелировать «психологическую яму», возникшую в результате потери молочной железы, что при отсроченной ПМЖ выполнить невозможно [17].

Одномоментная ПМЖ экономически более выгодна. Стоимость мастэктомии и одномоментной пластики всегда меньше двухэтапного лечения [38].

Основными целями реконструкции молочной железы являются: 1) восстановление объема, 2) реконструкция формы, 3) реконструкция сосково-ареолярного комплекса.

Существует три основных вида ПМЖ. 1. Восстановление молочной железы при помощи силиконовых изделий. 2. Собственные ткани (пластика лоскутом передней брюшной стенки на основе прямой мышцы живота, торакодорзальный лоскут, расширенный торакодорзальный лоскут, боковые лоскуты с грудной стенки, кожно-жировой лоскут из подвздошной области (лоскут Рубенса), верхний и нижние ягодичные лоскуты). 3. Сочетание силиконовых имплантов с собственными тканями.

Преимущества использования силиконовых изделий включает относительную простоту выполнения операции, отсутствие донорской зоны и небольшое операционное время. [28,26].

Такая реконструкция проводится с использованием трех вариантов имплантов:

1. Эндопротез, заполненный силиконовым гелем или изотоническим раствором NaCl.
2. Тканевой экспандер, который используется временно для растяжения тканей, после чего заменяется постоянным эндопротезом.
3. Протез-экспандер, используется для растяжения тканей и является постоянным, в замене не нуждается.

В большинстве случаев для достижения симметричности молочных желез часто требуются вмешательства на контралатеральной молочной железе, так, что одноэтапность такой реконструкции является формальной.

Обладая преимуществами, эта методика имеет и недостатки. Ранние осложнения — инфицирование раны, некроз кожи составляет от 5 до 28,7% [16].

Из поздних осложнений наиболее характерны капсулярная контрактура, свищи, деформация грудной стенки, разрывы протеза, кожные реакции [12,13,16].

Капсулярная контрактура при реконструкции протезами встречается достаточно часто. По данным разных авторов это происходит от 11,7% до 83,0% [12,33,34].

Если пациенты получали лучевую терапию, то у 60-80% пациенток возникали капсульные контрактуры и деформации. Женщины этой группы были

менее удовлетворены косметическими результатами [29,42].

Иногда для устранения осложнений в 6-12% случаев требуется удаление протеза [23,27].

Как показали исследования Н. Busch (1994) силикон не является инертным материалом. Он проходит через оболочку грудных имплантов и присутствует в капсуле или мигрирует отдаленные места. Выявляются реакции инородного тела, сопутствующие с гранулематозным воспалением и фиброзом. Часто утечка силикона увеличивается при нахождении его в организме более десяти лет [25]. У многих женщин существует предубеждение к силикону, и не устраивает отдаленный результат реконструкции имплантами [30,35].

Впервые пластика молочной железы ТРАМ-лоскутом была предложена в 1979 г. независимо друг от друга Т. Robbins и Н. Holmstrom.

Эта методика названа «золотым стандартом» в реконструктивной хирургии молочной железы. Она позволяет реконструировать молочную железу без применения силиконовых имплантов только за счет собственных тканей. Лоскут содержит ткани, которые обычно удаляются при нижней абдоминопластике. После выполнения реконструкции молочной железы этим лоскутом пациентка получает молочную железу естественного вида и консистенции и улучшенную фигуру за счет уменьшения жировых отложений на животе.

В настоящее время существует несколько вариаций этого лоскута:

1. Лоскут на одной мышечной ножке (прямая мышца живота),

2. Лоскут на двух мышечных ножках (обе прямые мышцы живота),

3. Свободный вариант лоскута на нижней эпигастриальной артерии с применением микрохирургической техники.

4. Лоскут с «суперпритоком» или турбо-лоскут. Это вариант, в котором объединены первая и третья методики, а лоскут получает питание из двух источников [7,4,24].

Пластика молочной железы торакодорзальным лоскутом.

Для пластики молочной железы Tansini в 1896 году предложил лоскут на ножке, выкраиваемый из широчайшей мышцы спины. Однако автор применял его для немедленного закрытия дефекта после мастэктомии. Второе рождение данная методика получает в работах N. Olivary в 1976 г. После чего получает бурное развитие, и торакодорзальный лоскут (ТДЛ) становится наиболее популярным способом для аутотрансплантации тканей в лечении ожоговых контрактур и для пластики молочной железы [6,15, 37].

Среди достоинств ТДЛ отмечается стабильность кровообращения, меньшая травматичность операции, чем при использовании ТРАМ-лоскута, снижение риска лимфостаза верхней конечности после операции.

Недостатки ТДЛ: меньшая мышечная масса, наличие послеоперационного рубца в донорской зоне на спине. Из-за недостаточности объема лоскута его использовали для замещения частичных дефектов молочной железы при радикальных

секторальных резекциях или квадрантэктомиях [8,19].

Небольшой объем торакодорзального лоскута и недостатки при использовании его в сочетании с силиконовыми изделиями побудили часть исследователей искать возможности увеличить объем лоскута за счет собственных тканей.

J. A. Hokin (1983) предложил включать в лоскут всю широчайшую мышцу спины и фрагмент поясничной жировой клетчатки. Кожная часть бралась в косопоперечном направлении. Объем лоскута удавалось увеличить до 900 см². Но автор столкнулся с высоким процентом осложнений (14,5%) это некрозы жировой клетчатки и части лоскута в дистальной его части [31].

T. Barnett, M. P. Giannoutsos (1996) предложили расширение объема лоскута за счет включения в его состав всей широчайшей мышцы спины, максимально возможно поперечного кожного лоскута и подкожной клетчатки по периферии кожного лоскута шириной до 5 см [23].

C. T. Papp (1988) описал технику забора всей широчайшей мышцы спины с максимально возможным горизонтальным лоскутом кожи, который диэпителизируется, вворачиваясь внутрь широчайшей мышцы для увеличения объема [36].

И. А. Куклин (2002) предложил методику забора расширенного торакодорзального лоскута, включая в комплекс широчайшую мышцу спины, нижнюю часть трапециевидной мышцы, и лопаточную фасцию [10].

Обладая очевидными преимуществами — надежностью кровоснабжения, относительно небольшая травматичность операции, простота мобилизации лоскута, этот метод обладает определенными недостатками. Среди которых наличие дополнительного рубца, частые серомы донорского места, необходимость коррекции формы контралатеральной молочной железы. Другие лоскуты: лопаточный, верхний и нижний ягодичный, сальник и прочие не получили широкого распространения.

Необходимо признать, что для достижения удовлетворительного эстетического результата после удаления САК возникает целесообразность в его реконструкции.

При мастэктомии по поводу рака удаление сосковоареолярного комплекса считается необходимым. Основанием для этого является указание на существование лимфатического дренажа от ткани молочной железы к соску и далее в субареолярное сплетение Салпея [39].

Сохранение САК значительно улучшает результат реконструкции молочной железы. В настоящее время реконструкция соска наиболее часто выполняется с использованием местных кожных лоскутов по CV методике или двойных противолежащих лоскутов с последующей нанесением внутрикожной татуировки [32,44]. При возможности многие хирурги пытаются провести реконструкцию САК одномоментно при выполнении реконструктивного этапа операции.

Однако эстетичность, созданных САК, в настоящее время значительно уступает естественным. Существует большое количество методик форми-

рования соска и ареолы, но надежных среди них нет [34,45]. Со временем размеры созданного соска уменьшаются, либо он вовсе исчезает [22].

Таким образом, успехи ранней диагностики РМЖ и внедрение методик органосохраняющего лечения существенно сократили частоту выполнения радикальных мастэктомий. Вместе с тем ещё долго эта операция будет оставаться в арсенале хирургического лечения. Это означает актуальность выполнения реконструктивно-пластических опе-

раций у больных с удаленной молочной железой. Широкий спектр методик, позволяющий выполнить реконструкцию молочной железы, способен обеспечить удовлетворительные результаты практически у любой пациентки, при желании её восстановит молочную железу. Сотрудничество онкологов и пластических хирургов, позволят в значительной мере увеличить количество пациентов, которым возможно восстановление молочной железы.

RECONSTRUCTIVE-PLASTIC SURGERY FOR BREAST CANCER TREATMENT

O.A. Tukavin, V.V. Dvornichenko, I.A. Kuklin
(Irkutsk Regional Oncological Center)

In the paper the analysis of different reconstructive operation for treatment of cancer is given. The issues of factors for preserving nipple areola complex (NAC) and more detailed surgical procedures during skin-sparing mastectomy with preserving of NAC are still disputable.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М. Злокачественные новообразования молочной железы: состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность // Маммология. — 2006. — №1. — С. 9-13.
2. Блохин С.Н., Лактионов К.П., Дадыхина И.Ю., Мелихова Е.А. Первичные пластические операции в хирургии рака молочной железы // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. — 1997. — №3. — С. 59-63.
3. Боровиков А.М., Пациора И.А., Коренькова Е.В. Пластика груди после мастэктомии ТРАМ — лоскутом // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. — 1997. — №1. — С. 63-74.
4. Боровиков А.М. Восстановление груди после мастэктомии. — Тверь: Губернская медицина, 2000. — 96 с.
5. Васильев С.А., Куренкова М.А. Организационно-методические основы реконструктивной хирургии молочной железы // Органосохраняющая и реконструктивно-пластическая хирургия в онкологии: Материалы межрегионального симпозиума. — Челябинск, 1997. — С. 11-13.
6. Герасименко В.Н., Летягин В.П., Иванов В.М. и др. Роль пластических реконструктивных операций в восстановительном лечении женщин после мастэктомии по поводу рака молочной железы // Вопр. онкологии. — 1983. — Т. 29. — №10. — С. 12-14.
7. Желтова Е.В. Реконструкция груди после мастэктомии с помощью ТРАМ лоскута: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1999. — 26 с.
8. Залуцкий И.В., Шаповал Е.В. Первичная и отсроченная маммопластика у онкологических больных // 1 съезд онкологов стран СНГ. — М., 1996. — Ч. 2. — С. 528.
9. Коренькова Е.В., Боровиков А.М. Практический опыт реабилитации инвалидов с постмастэктомическим синдромом // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. — 1997. — №3. — С. 70-80.
10. Куклин И.А. Клинико-анатомическое обоснования пластики молочной железы расширен- ным торакодорзальным лоскутом после мастэктомии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 26 с.
11. Малыгин Е.Н. Разработка реконструктивно-пластических операций молочной железы при раке: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1990. — 22 с.
12. Малыгин Е.Н. Разработка реконструктивно-пластических операций при реабилитации больных раком молочной железы // Рак молочной железы: Сб. науч. тр. /Под ред. В.П. Демидова. — М., 1991. — С. 154-161.
13. Малыгин Е.Н., Братик А.В. Результаты и осложнения при реконструктивных операциях на молочных железах у больных раком молочной железы // Маммология. — 1997. — №3. — С. 51-55.
14. Малыгин Е.Н., Малыгин С.Е. Мастэктомия с сохранением кожи молочной железы с одномоментным использованием нижнего ректо-абдоминального лоскута // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. — 1997. — №3. — С. 47-51.
15. Миланов Н.О., Боровиков А.М. Реконструктивные операции с использованием широчайшей мышцы спины в коррекции постмастэктомического синдрома // Вопр. онкологии. — 1983. — Т. 19, №9. — С. 7-10.
16. Остапенко В.М. Пластические корригирующие и реконструктивные операции больным с предраковыми заболеваниями и раком молочной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Вильнюс, 1992. — 22 с.
17. Сидоров С.В., Вардосанидзе К.В. Органосохраняющие операции в комбинированном и комплексном лечении рака молочной железы // Клиническая онкология и гематология. — 2000. — №1. — С. 26-28.
18. Сидоров С.В. Одномоментная реконструкция молочной железы аутоотканями у онкологических больных // Клиническая онкология. — 2003. — №1. — С. 20-23.
19. Шарова О.Н. Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения

рака молочной железы и формирование при них механизмов психологической защиты: Автореф. дис. ... к.м.н. — Челябинск 2000. — 23 с.

21. August D.A., Wilkins E., Rea T. Breast reconstruction in older women // *Surgery*-1994. — Vol. 115. — №6. — P. 663-668.

22. Banducci D.R., Le T. K., Hughes K. C. Long-term follow-up of a modified Anton-Hartrampf nipple reconstruction // *Ann. Plast. Surg.* — 1999. — Vol. 43. — № 5. — P. 467-469.

23. Barreau Pouher L., Le M.G., Rietjens M., et al. Risk factors for failure of immediate breast reconstruction with prosthesis after total mastectomy for cancer // *Cancer.* — 1992. — Vol. 1: №70(5). — P. 1145-1151.

24. Bohmert H., Gabka C.J. Plastic and reconstructive surgery of the breast. A surgical atlas.-Stuttgart; New-York: Theme 1997. — 376 p.

25. Busch H. Silicone toxicology // *Semin. Arthritis Rheum.* — 1994. — Vol 24. -№1, suppl.1. — P. 11-17.

26. Carramaschi F., Gemperli R., Speranzini M., Ferreira M.C. Reconstrucao mammaria imediata e tartia com expansores de tecidos // *Rev.Hosp.Clin.Fac. Med.Sao-Paulo.* — 1995. — № 50, suppl. — P. 6-9.

27. Collis N., Sharpe D.T. Breast reconstruction by tissue expansion. A retrospective technical review of 197 two-stage delayed reconstruction following mastectomy for malignant breast disease in 189 patient // *British j. of Plastic surgery.* — 200. — Vol. 53. — P. 37-41.

28. Cordeiro P.G., Pusic A.L., Disa J.J., McCormick B. Irradiation after immediate tissue expander/implant breast reconstruction: outcomes, complications, aesthetic results, and satisfaction among 156 patients // *Plast. Reconstr. Surg.* — 2004. — Vol. 113. — №3. — P. 877-881.

29. Disa J.J., Cordeiro P.G., Heerdt A.H., et al. Skin-sparing mastectomy and immediate autologous tissue reconstruction after whole-breast irradiation // *Plast. Reconstr. Surg.* — 2003. — Vol. 111(1). — P. 118-124.

30. Fee Fulkerson K., Conaway M.R., Winer E.P., et al. Factors contributing to patient satisfaction with breast reconstruction using silicone gel implants // *Plast.Rec. Surg.* — 1996. Vol. 97. — №7. — P. 1420-1426.

31. Hokin J.A.B., Silfverskiold K.L. Breast reconstruction without a prosthetic implant // *Plast. Reconstr.Surg.* — 1983. — Vol. 72. — №6. — P. 810-816.

32. Hudson DA, Dent DM, Lazarus D. One-stage immediate breast and nipple-areolar reconstruction with autologous tissue I: a preliminary report // *Ann*

Plast Surg. — 2000. — Vol. 45(5). — P. 471-476.

33. Hunter-Smith D.J., Laurie S.W. Breast reconstruction using permanent tissue expanders // *Aust.N.Z.J.Surg.* — 1995. — Vol. 65. — №7. — P.492-495.

34. Jahnkola T., Asko-Seljavaara S., von Smitten K. Safety of immediate breast reconstruction // *J.Handchir Mikrochir Plast Chir.* — 2004. — Vol. 36. — №6. — P. 355-361.

35. Logothetis M.L. Women,s reports of breast implant problems and silicone-related illness // *J.Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs.* — 1995. — Vol. 24. — №7. — P. 609-616.

36. Papp C.T., Zanon E., Mc Craw J. Breast volume replacement using the deepithelialized latissimus dorsi myocutaneous flap // *Eur.J.Plast.surg.* — 1988. — №11. — P. 120.

37. Pomel C., Missana M.C., Atallah D., Lasser P. Endoscopic muscular latissimus dorsi flap harvesting for immediate breast reconstruction after skin sparing mastectomy // *Eur. J. Surg. Oncol.* — 2003. — Vol. 29. — №2. — P. 127-131.

38. Rashid M., Ilahi I., ur Rehman Sarwar S. Skin sparing mastectomy and immediate breast reconstruction // *J. Coll. Physicians Surg. Pak.* — 2005 Vol.15. — №8. — P. 467-471.

39. Sappey P.C. Anatomie, physiologie, pathologie des vaisseaux lymphatiques considere chez l'homme et les vertebres. Paris: Lecosnier, 1885. — P. 85-101.

40. Sotheran W.J., Rainsbury R.M. Skin-sparing mastectomy in the UK-a review of current practice // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* — 2004. — Vol. 86. №2. — P. 82-86.

41. Takeda M., Ishida T., Ohnuki K., et.al. Breast conserving surgery with primary volume replacement using a lateral tissue flap// *J. J. Surg. Oncol.* 2001. — Vol. 21. — P. 611-620. 42. Taylor C.W., Horgan K., Dodwell D. Oncological aspects of breast reconstruction // *Breast.* — 2005. — Vol.14. — №2. — P. 118-130.

43. Torth B., Lappert P. Modified skin incision for mastectomy : The need for plastic surgical in out in preoperative planning // *Plast.reconstr.Surg.* — 1991. — Vol. 87. — P. 1048.

44. Vandeweyer E. Simultaneous nipple and areola reconstruction: a review of 50 cases // *Acta Chir. Belg.* — 2003 — Vol.103. — №6. P. 593-595.

45. Vasconez L. O., Johnson-Giebink R., Hall E.J. Breast reconstruction // *Clin. Plast. Surg.* — 1980. — Vol. 7. — P. 79.