



С. П. Галич, О. Ю. Дабіжа, А. А. Костенко,
І. В. Гомоляко, К. А. Самко, Д. В. Боровик

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова НАМН України», Київ

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТУБУЛЯРНИХ ГРУДЕЙ II ТИПУ

Мета роботи — вивчити особливості кровопостачання залозистої тканини тубулярних грудей та вдосконалити тактику хірургічної корекції цієї патології шляхом розробки авторського методу операції.

Матеріали і методи. У період з 2004 до 2015 р. під нашим спостереженням перебували 30 пацієток віком 18—34 роки з тубулярними грудьми II типу, яким виконали корекцію грудей за різними методиками. Всі пацієтки мали асиметрію і тубулярність обох грудей. У доопераційний період, крім клінічних тестів, усім пацієткам проводили УЗД грудей для виявлення патологічних утворень.

Результати та обговорення. Корекція тубулярних грудей за методикою клініки полягала у широкій мобілізації центральної частини залози і формуванні за допомогою насічок залозистого клаптя, достатнього для покриття нижнього полюса імплантату. Клапоть фіксували до субмамарної складки прошивками, що запобігало його скороченню і підкреслювало нову субмамарну складку. Для обґрунтування методики і дослідження особливостей будови судинного русла тканини залози тубулярних грудей проведено морфологічні дослідження.

Висновки. Запропонована методика дала змогу отримати добрі та відмінні естетичні результати, які зберігалися у віддалений післяопераційний період.

■

Ключові слова: тубулярні груди, аномалія розвитку грудей, реконструкція грудей.

Тубулярні груди належать до мальформацій сполучної тканини, які виявляються у пубертатному періоді. Вперше цю патологію описали T. D. Rees і S. J. Aston у 1976 р. [14]. Патологія спричиняє великий психологічний дискомфорт у пацієток і є викликом для хірурга, бо потребує корекції у вигляді реконструктивної операції.

Кількість випадків і поширеність патології належним чином не досліджено. Через спорадичність виникнення і клінічну маніфестацію лише у пубертатний період немає доказів, що патологія передається генетично чи спричинена екологічними чинниками [9].

Серед клінічних характеристик тубулярних грудей виділяють: асиметрію грудей, щільне фіброзне кільце навколо ареоли, грижоподібне вип'ячування ареоли, мегаареолу, гіпоплазію двох, одного або всіх квадрантів молочної залози, звуження основи грудей, високе розташування субмамарної складки [9, 16].

Анатомічною основою тубулярних грудей вважають відсутність зовнішнього листка поверхневої

фасції в ділянці сосково-ареолярного комплексу та квадрантів залози. За даними деяких авторів, фіброзне кільце являє собою стоншену і фіброзовану поверхневу фасцію або гіпертрофію підтримувальних зв'язок Купера [9, 10, 16].

Морфологічні дослідження цієї патології показали порушення відкладення колагену і зміни в усіх стромальних компонентах грудей у зоні мальформації [7, 10]. Причини виникнення фіброзу від дерми до фасції, фіброзного кільця, а також дифузної кровоточивості тканин під час оперативних втручань на тубулярних грудях є предметом дискусії.

Існує декілька класифікацій зазначеної патології. Найпоширеніша — класифікація J. L. Grolleau та співавторів (1999) [3], згідно з якою виділяють три типи тубулярних грудей.

За даними J. Oroz-Torres та співавторів [12], пацієтки з II типом тубулярних грудей звертаються у клініку задля корекції частіше (54,76 %) ніж з I чи III типом.

Для корекції II типу тубулярних грудей розроблено найбільше методик. У пацієток з достатнім

об'ємом тканин нижнього полюса L. Ribeiro запропонував розсікати молочну залозу на два клапті в горизонтальній площині та за рахунок каудального формувати нижній полюс молочної залози [15]. У пацієнток з невеликим об'ємом залози найчастіше виконують операцію за С. Puckett та М. Concannon, яка полягає у високій дисекції молочної залози вздовж глибокої фасції та розсіканні її вздовж задньої поверхні з використанням імплантатів. Нижній клапоть залози розгортається і покриває ендопротез у нижньому полюсі [13]. Найбільш оптимальною є операція за А. Mandrekas у поєднанні з ендопротезуванням. Вона полягає у частковій мобілізації молочної залози, виведенні її в рану, розсіканні мобілізованої частини навпіл і розподіленні на поверхні імплантату з можливою фіксацією кризьшкірно до нової субмамарної складки [11].

При застосуванні різних методик корекції тубулярних грудей ми виявили, що висока препекторальна дисекція підвищувала ризик порушення кровопостачання клаптя. З іншого боку, мобілізація лише центральної частини залози і розсікання її вздовж не завжди давали змогу вкрити нижній полюс імплантату до рівня субмамарної складки. При цьому виникав ризик розвитку нерівності контуру нижнього полюса залози за рахунок скорочення залозистого клаптя, утворення подвійної субмамарної складки (double-bubble) тощо. Також звернули увагу на незвичайно високий рівень васкуляризації мобілізованого залозистого клаптя. Це стало передумовою для проведення дослідження.

Мета роботи — вивчити особливості кровопостачання залозистої тканини тубулярних грудей та вдосконалити тактику хірургічної корекції цієї патології шляхом розробки авторського методу операції.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Відбір пацієнтів. У період з 2004 до 2015 р. під нашим спостереженням перебували 30 пацієнток віком від 18 до 34 років з тубулярними грудьми II типу (за класифікацією J.L. Grolleau та співавторів, 1999), яким виконали корекцію грудей за різними методиками. Всі вони мали асиметрію і тубулярність обох грудей.

У доопераційний період, крім клінічних тестів, усім пацієнткам проводили УЗД грудей для виявлення патологічних утворень.

Морфологічні дослідження. Під час хірургічного лікування за різними методиками у 15 пацієнток взяли зразки залозистого клаптя з мобілізованої центральної частини молочної залози. Для порівняння використано аналогічні зразки 18 пацієнток з гіпоплазією молочних залоз, отримані під час ендопротезування. Проведено порівняльні дослідження морфологічних змін судинного русла молочної залози у пацієнток обох груп.

Зрізи фрагментів молочної залози після загальноприйнятої гістологічної обробки забарвлювали

гематоксиліном та еозином за методикою ван Гізона. Гістологічне дослідження препаратів проводили за допомогою світлооптичного мікроскопа Olympus BX-43 (Японія) з фотодокументуванням досліджених препаратів.

Техніка операції за методикою клініки. Після підготовки і стандартного маркування неоареоли та рівня нової субмамарної складки циркумареолярним доступом розсікали шкірні покриви. Проводили дисекцію у напрямку від 3-ї до 9-ї години умовного циферблата до глибокої фасції у площині між тканиною залози і шкірою та підшкірною клітковиною нижнього полюса. Виконували препекторальну дисекцію центральної частини залози і після ретельного гемостазу формували шкірний чохол для нижнього полюса залози до рівня маркування. Тканину молочної залози виводили в рану і по задній поверхні розсікали фіброзні тяжі, які спричиняли тубулярну форму. Послідовно за допомогою вертикальних і горизонтальних насічок по задній поверхні залози розсікали у вигляді «шахової дошки» (рис. 1А), і розтягували, як фартух, таким чином, щоб її тканина максимально вкривала нижній полюс імплантату, формуючи відсутні квадранти груді (див. рис. 1Б). Кровопостачання тканин залози контролювали візуально. Кровоточивість країв залозистого клаптя зберігалася протягом операції. Для запобігання скороченню клаптя і кращого формування нової субмамарної складки використовували дві зовнішні прошивки (див. рис. 1В). Після встановлення у сформовану порожнину імплантату анатомічної форми зовнішні шви затягували, фіксуючи залозистий клапоть максимально до рівня субмамарної складки. Прошивки виконували нитками Пролен 4—0. Для запобігання травматизації шкіри зовнішні прошивки закріплювали кризь маленькі ватні валики (див. рис. 1Г).

Усім пацієнткам встановлювали активні дренажі та призначали антибіотики впродовж 3—5 днів. Зовнішні прошивки знімали на 7-му добу.

РЕЗУЛЬТАТИ

Морфологічні дослідження показали, що судинне русло залозистого клаптя мало досить поліморфну структуру і було представлене капілярами, окремими судинами артеріальної та венозної ланки різного діаметра, диспластичними судинними утвореннями. Поліморфізм судинного русла в зоні уражених квадрантів визначався наявністю вогнищ вираженого мікроангіоматозу, геморагічного просочування, окремих синусоїдальних та диспластичних судин і ділянок, позбавлених капілярів.

Вогнища геморагічного просочування та окремі синусоїдальні судини є виявами патології і свідченням недорозвинутості судинного русла, незрілості капілярів та застійних процесів у зазначеній зоні. Такі ділянки в умовах хірургічного стресу можуть стати як причиною кровотечі, так і джерелом відновлення судинного русла.

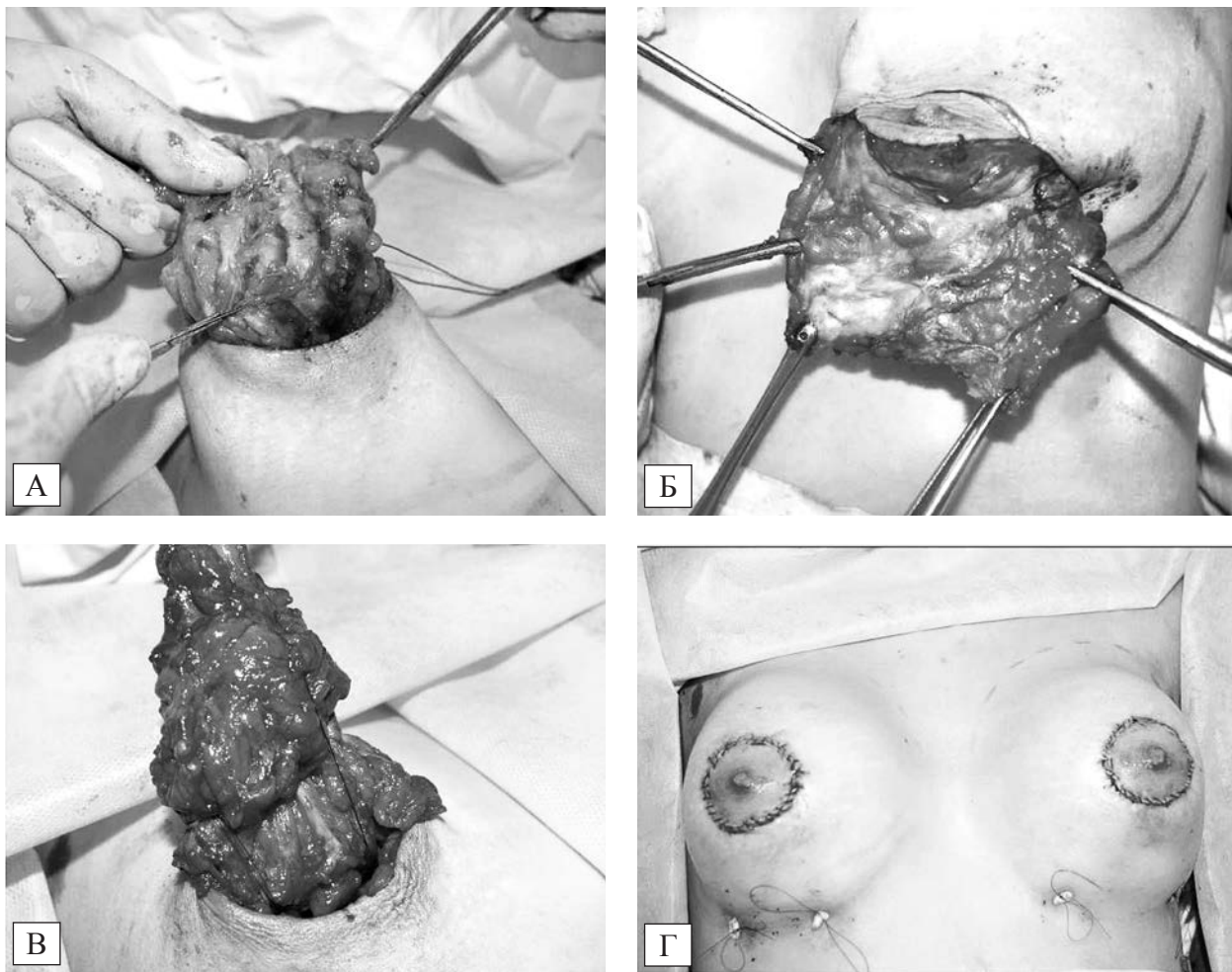


Рис. 1. Техніка операції (пояснення в тексті)

Спостерігали окремі групи судин з нормальним співвідношенням артерій і вен (1/2), які можна розглядати як «кореневі», такі, що забезпечують кровопостачання в окремі часточки. Привертала увагу відсутність проміжної ланки — артеріол і венул, що може свідчити про природжений характер патології.

Також спостерігали окремі скупчення судин — артерій і вен малого діаметра по 3—5 судинних утворень, які за загальною будовою, співвідношенням діаметрів, станом ендотелію та наявністю ознак артеріовенозного шунтування можна було віднести до дрібних мальформацій (рис. 2). Це свідчить про наявність відповідного проліферативного потенціалу щодо можливостей відновлення і посилення кровопостачання в зонах ішемії, гіпоксії і травматизації. Отже, навіть при значній мобілізації тканини клаптя, ризик його некротизування дуже низький.

У період з 2012 до 2015 р. за запропонованою методикою прооперовано 19 хворих віком від 18 до 34 років.

Під час доопераційної УЗД молочних залоз у жодної з пацієнток не виявлено патологічних утворень.

У ранній післяопераційний період в одному випадку виникла кровотеча з тканини лівої молочної залози.

У віддалений період оцінювали результати за такими критеріями: натуральність форми грудей, контур нижнього полюса залози, проекція соска і діаметр ареоли, вираженість субмамарної складки та її симетрія, задоволеність результатами пацієнта та лікаря.

Отримано задовільні (36,8%) і добрі (63,2%) естетичні результати (рис. 3, 4).

У двох пацієнток відзначено збільшення діаметра ареол на 1,0—1,5 см (через 12 міс), у однієї — грубі рубці навколо ареоли, а також формування подвійної субмамарної складки лівої залози (через 12 міс). Проведено корекцію діаметра ареол за допомогою циркумареолярної мастопексії з технікою round-block і корекцію рубців навколо ареоли.

У ділянці фіброзного кільця, де сформувалася double-bubble, виконано ліпофілінг за методикою Р. Тонпарт та співавторів (2013) [17]. Введено 20 мл мікрографту. Ліпоаспірат взято з гіпогастральної ділянки канюлею діаметром 2,5 мм з боковими отворами 1 мм. Отримано добрі естетичні результати, які збереглися через 12 міс після корекції (рис. 5).

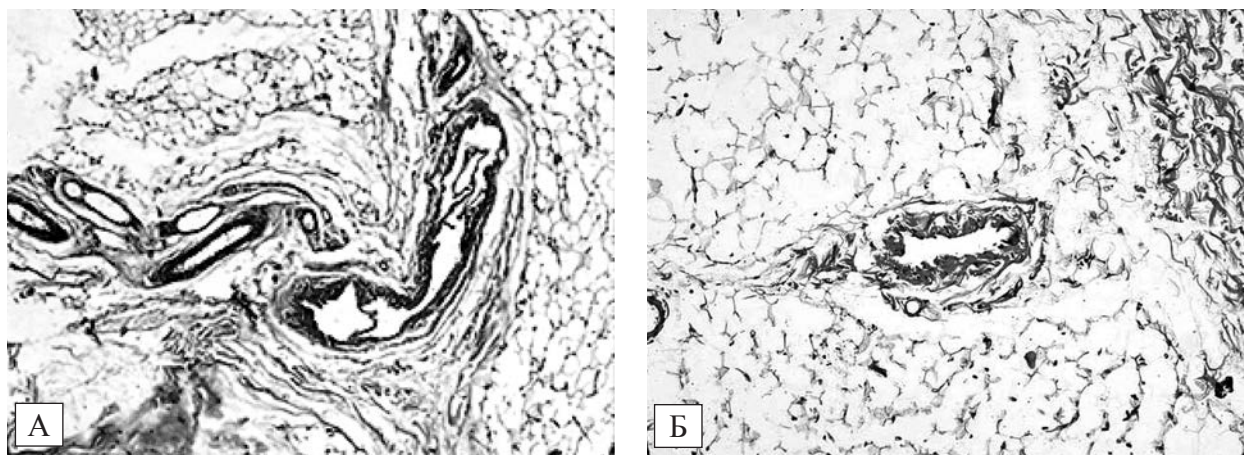


Рис. 2. Тубулярна молочна залоза: А — судинна мальформація. Скупчення артерій і вен різного діаметра в сполучній тканині. Стінка найбільшої судини має елементи венозної та артеріальної будови, наявні тонкі перетинки-клапани ($\times 400$); Б — артерія м'язового типу, яка за будовою нагадує шунт, у пухкій сполучній тканині поряд з дрібними капілярами. Забарвлення гематоксиліном та еозином ($\times 200$)

ОБГОВОРЕННЯ

Тубулярні груди — велика психологічна проблема для жінок. Патологія починає виявлятися у пубертатному періоді у вигляді асиметрії, звуження бази грудей, грижоподібного вип'ячування ареоли. Деякі автори вважають цю патологію природженою [6—8]. Проведені нами морфологічні

дослідження виявили ознаки (відсутність артеріол і венул, а також часточок молочної залози за наявності «кореневих» судин), які підтверджують природжений характер цієї патології.

Кожен випадок тубулярних грудей має свої особливості, тому корекція цієї патології — досить складне завдання для хірурга. Інколи при огляді

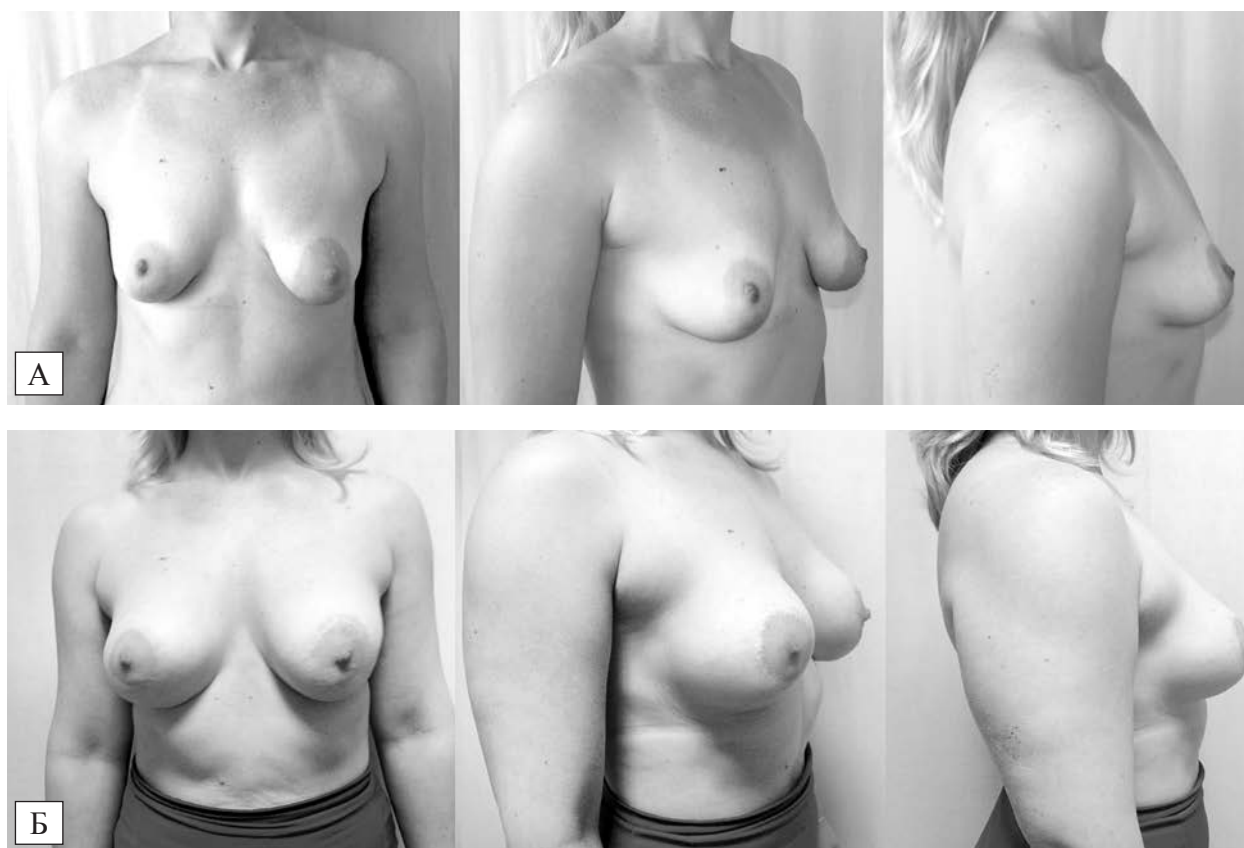


Рис. 3. Пацієнтка Н., 29 років. Тубулярні груди II типу: до (А) та через 2 роки після операції зі встановленням високoproфільного імплантату анатомічної форми об'ємом 260сс субгландулярно (Б)

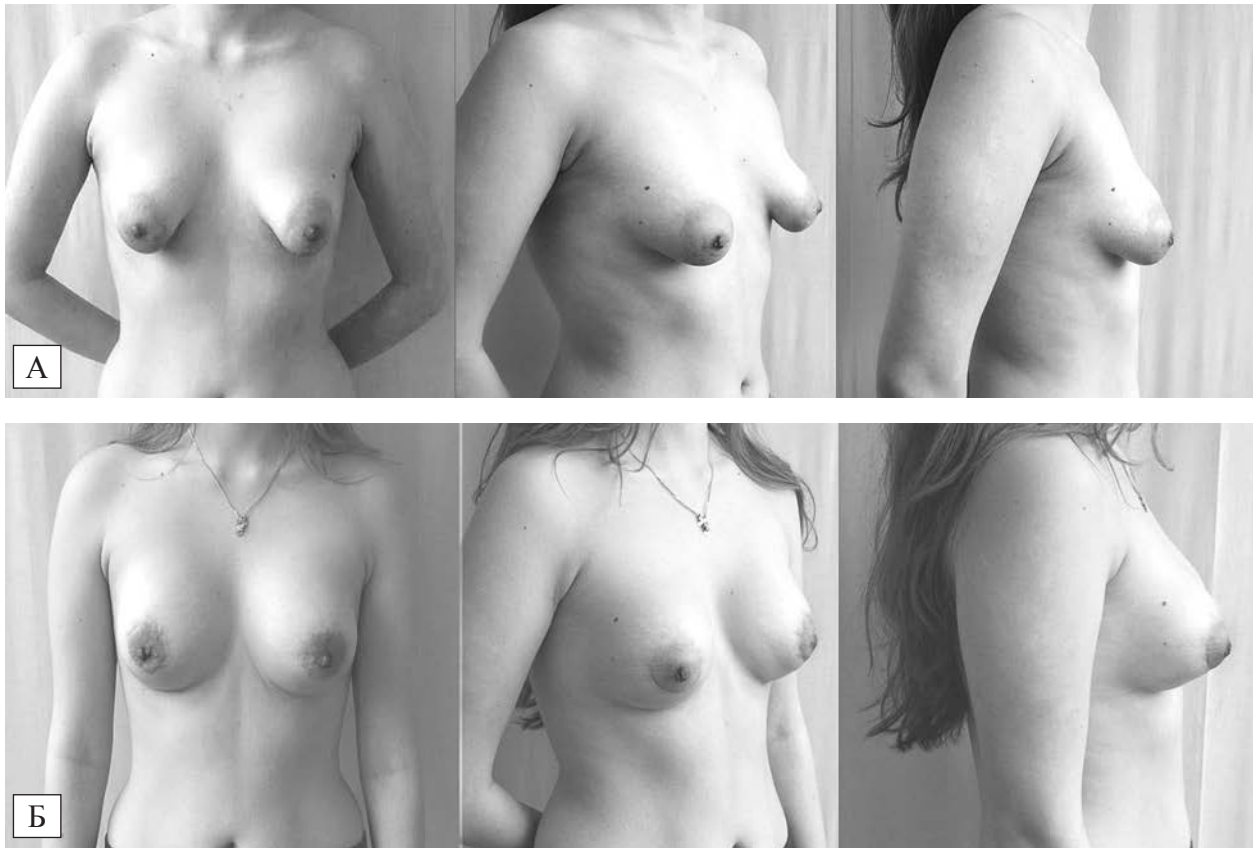


Рис. 4. Пацієнтка П., 18 років. Тубулярні груди II типу: до (А) та через 12 міс після операції зі встановленням високопрофільного імплантату анатомічної форми об'ємом 200сс субгландулярно (Б)

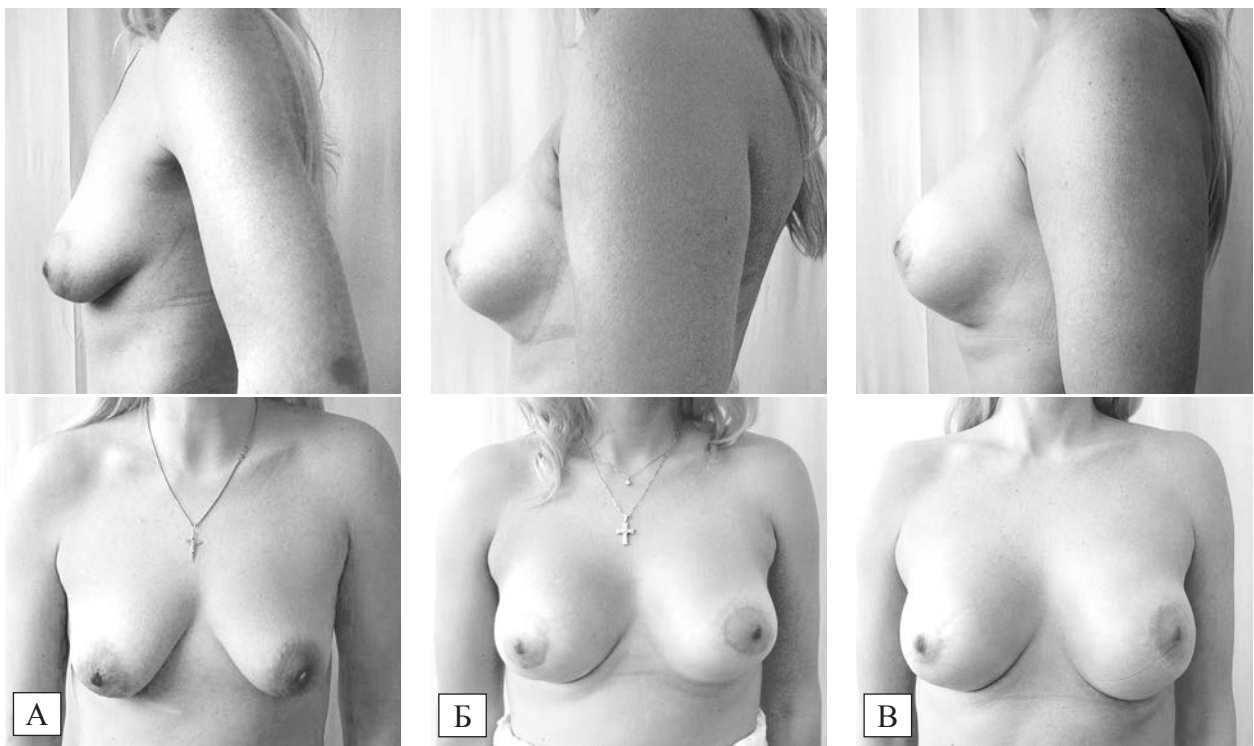


Рис. 5. Пацієнтка К., 31 рік. Тубулярні груди II типу: до операції (А); через 12 міс після операції зі встановленням високопрофільних імплантатів анатомічної форми об'ємом 255сс субгландулярно (Б); через 12 міс після корекції double-bubble за допомогою ліпофілінгу та корекції рубців навколо ареоли з використанням циркумареолярної мастопексії з технікою round-block (В)

пацієнтки можна виявити лише фіброзне кільце навколо ареоли. Це може її не турбувати, так само, як і невелике вип'ячування сосково-ареолярного комплексу (тип 0 за Costagliola) [2]. Хірурги також не надають значення таким ознакам, але під час різних операцій стикаються з ригідністю тканин залози, підвищеною кровоточивістю, нерівністю контуру залози і, як наслідок, отримують субоптимальний естетичний результат.

Якщо при корекції I типу тубулярних грудей у більшості випадків результати хірургічного лікування відмінні [6], то корекція грудей II типу асоціюється з низкою складнощів і є реконструктивною операцією. Завдання такої операції — створення не лише об'єму нижнього полюса при його дефіциті, а й надійного чохла для імплантату в разі ригідності власних м'яких тканин та забезпечення рівності контуру нижнього полюса тощо. Запропоновано багато методик для вирішення цих проблем, але універсальної не існує.

Для пацієнок з достатнім об'ємом власних тканин або для тих, хто не бажав його збільшувати, L. Ribeiro (1998) запропонував розсікати залозу в горизонтальній площині на два клапті. Нижній клапоть, удвічі більший за верхній, загортають донизу, створюючи об'єм нижнього полюса. Методика дає змогу отримати добрі естетичні результати, але пацієнтки часто бажують збільшити об'єм грудей.

Коли не вистачає об'єму грудей, С. Puckett пропонує застосовувати високу дисекцію молочної залози вздовж глибокої фасції та її розсічення по задній поверхні. Це дає змогу сформувати залозистий клапоть достатнього розміру, щоб вкрити імплантат у нижньому полюсі, але при цьому зростає ризик порушення кровопостачання клаптя та його атрофії у післяопераційний період. Тому у віддалений післяопераційний період нижній край імплантату може пальпуватися.

За методикою А. Kolker (2015) проводять дисекцію нижнього полюса, залишаючи в ньому частину молочної залози, а також виконують радіальні насічки з внутрішнього боку сформованого комплексу тканин [8]. Це, на нашу думку, створює умови для ішемізації залозистої тканини, асоціюється з ризиком перетворення її у післяопераційний період на рубець та появи нерівності контуру нижнього полюса.

А. Mandrekas [11] запропонував мобілізувати центральну частину залози, але створений за його методикою клапоть вкриває імплантат лише по центру нижнього полюса. Часто клапоть виявляється коротким, щоб фіксувати його до нової субмамарної складки. Тому у віддалений післяопераційний період він може скорочуватися, що призводить до нерівності контуру нижнього полюса та пальпування імплантату.

Запропонована нами методика має низку переваг, тому що дає змогу ширше мобілізувати та розсікати клапоть з центральної частини залози за

допомогою надсічок у вигляді «шахової дошки». При цьому не порушується його кровопостачання, а клапоть стоншується і не травмується вся залоза, як при високій препекторальній дисекції, залишаючи можливість для жінки годувати грудьми після оперативного втручання.

З іншого боку, методика дає змогу повністю вкрити імплантат залозистим клаптем і без натягу фіксувати його до субмамарної складки двома прошивками. Це запобігає його скороченню, створює надійний широкий чохол для імплантату і запобігає зміщенню сосково-ареолярного комплексу, що трапляється при спробі зафіксувати короткий клапоть до субмамарної складки. Завдяки прошивкам також вдається краще підкреслити нову субмамарну складку.

Циркумареолярний доступ дає змогу провести достатню мобілізацію залози, а потім скоригувати мегаареолу чи асиметрію сосково-ареолярного комплексу. При виборі імплантату ми віддавали перевагу текстурованим імплантатам анатомічної форми. Встановлювали їх субгландулярно. Це створює кращий естетичний ефект у віддалений післяопераційний період, бо ригідна шкіра нижнього полюса краще розтягується, і контур набуває натурального вигляду.

За даними багатьох авторів, однією з проблем при корекції тубулярних грудей є утворення double-bubble унаслідок того, що під час операції не завжди вдається повністю нівелювати фіброзне кільце. Що більш вираженим є фіброз тканин нижнього полюса, то вірогіднішим є виникнення double-bubble у віддалений післяопераційний період. Деякі автори використовують ліпофілінг для корекції тубулярних грудей як основну методику [4] або як доповнення до реконструктивної операції, корекції double-bubble [16]. Оскільки доведено позитивний ефект ліпофілінгу на рубцеву тканину, що сприяє її розм'якшенню, ми вважаємо за доцільне використовувати ліпофілінг для корекції цієї патології. Відмінні і стійкі естетичні результати ми отримали, використовуючи методику Р. Tonnard та співавторів (2013).

ВИСНОВКИ

Тубулярні груди — це мальформація сполучної тканини. Для досягнення добрих естетичних результатів щодо її корекції і зменшення кількості повторних операцій потрібно сформувати надійне покриття імплантату.

Морфологічні дослідження підтвердили, що тканини тубулярних грудей мають підвищену васкуляризацію за рахунок судин з характеристиками дрібних мальформацій і високий відновний потенціал судинного русла та сполучної тканини. Тому під час реконструктивної операції можна вільно розсікати тканини залози, не пошкоджуючи її кровопостачання, і формувати залозистий клапоть, який надійно вкриває імплантат.

Література

1. Галич С. П., Пинчук В. Д. Эстетическая хирургия груди: Рук-во для врачей. — К., 2009. — 450 с.
2. Costagliola M., Atiyeh B., Rampillon F. Tuberos breast: Revised classification and a new hypothesis for its development // *Aesthetic. Plast. Surg.* — 2013. — Vol. 37. — P. 896—903.
3. Crolleau J. L., Lanfrey E., Lavigne B. et al. Breast base anomalies: Treatment strategy for tuberous breast, minor deformities and asymmetry // *Plast. Reconstr. Surg.* — 1999. — Vol. 104. — P. 2040—2048.
4. Delay E., Sinna R., Quoc H. C. Tuberos breast correction by fat grafting // *Aesthetic Surg. J.* — 2013. — Vol. 33. — P. 522—528.
5. De Luca-Pytell D., Piazza R. C., Holding J. C. et al. The incidence of tuberous breast deformity in asymmetric and symmetric mammaplasty patients // *Breast augmentation: Principles and practice* / Ed. by M. A. Shiffman. — Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag, 2009. — P. 302—306.
6. Grotting J. C., Neligan P. *Plastic Surgery: Breast* // Muti E. *Congenital anomalies of the breast.* — 3rd ed. — Elsevier Inc., 2012. — Vol. 5. — P. 521—547.
7. Klinger M., Caviggioli F., Klinger F. et al. Tuberos breast: Morphological study and overview of a borderline entity // *Can. J. Plast. Surg.* — 2011. — Vol. 19. — P. 42—44.
8. Kolker A. R., Collins M. S. Tuberos breast deformity: Classification and treatment strategy for improving consistency in aesthetic correction // *Plast. Reconstr. Surg.* — 2015. — Vol. 135. — P. 73—86.
9. Kumar B., Darry J. Periareolar technique for correction and augmentation of the tuberous breast // *Breast augmentation: Principles and practice* / Ed. by M. A. Shiffman. — Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag, 2009. — P. 321—328.
10. Mandrekas A. D., Zambacos G. J. Aesthetic reconstruction of the tuberous breast deformity // *Breast augmentation: Principles and practice* / Ed. by M. A. Shiffman. — Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag, 2009. — P. 307—319.
11. Mandrekas A. D., Zambacos G. J., Anastasopoulos A. et al. Aesthetic reconstruction of the tuberous breast deformity // *Plast. Reconstr. Surg.* — 2003. — Vol. 112. — P. 1099—1108.
12. Oroz-Torres J., Pelay-Ruata M.-J., Escolàn-Gonzalvo N., Jordàn-Palomar E. Correction of tuberous breasts using the unfolded subareolar gland flap // *Aesthetic. Plast. Surg.* — 2014. — Vol. 38. — P. 692—703.
13. Puckett C. L., Concannon M. J. Augmenting the narrow-based breast: The unfurling technique to prevent the double-bubble deformity // *Aesthetic. Plast. Surg.* — 1990. — Vol. 14. — P. 15—19.
14. Rees T. D., Aston S. J. The tuberous breast // *Clin Plast Surg.* — 1976. — Vol. 3. — P. 339—347.
15. Ribeiro L., Canzi W., Buss A. Jr., Accorsi A. Jr. Tuberous breast: a new approach // *Plast. Reconstr. Surg.* — 1998. — Vol. 101. — P. 42—50.
16. Serra-Renom J. M., Muñoz-Olmo J., Serra-Mestre J. M. Treatment of grade 3 tuberous breast with Puckett's technique (modified) and fat grafting to correct the constricting ring // *Aesthetic. Plast. Surg.* — 2011. — Vol. 35. — P. 773—781.
17. Tonnard P., Verpaele A., Peeters G. et al. Nanofat grafting: Basic research and clinical applications // *Plast. Reconstr. Surg.* — 2013. — Vol. 132. — P. 1017—1026.

С. П. Галич, А. Ю. Дабиза, А. А. Костенко, И. В. Гомоляко, К. А. Самко, Д. В. Боровик

ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины», Киев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБУЛЯРНОЙ ГРУДИ II ТИПА

Цель работы — изучить особенности кровоснабжения железистой ткани тубулярной груди и усовершенствовать тактику хирургической коррекции данной патологии путем разработки авторского метода операции.

Материалы и методы. В период с 2004 по 2015 г. под нашим наблюдением находились 30 пациенток в возрасте 18—34 лет с тубулярной грудью II типа, которым выполнили коррекцию груди по разным методикам. Все пациентки имели асимметрию и тубулярность обеих грудей. В дооперационный период, кроме клинических тестов, всем пациенткам проводили УЗИ груди для выявления патологических образований.

Результаты и обсуждение. Коррекция тубулярной груди по методике клиники заключалась в широкой мобилизации центральной части железы и формировании с помощью насечек железистого лоскута, достаточного для покрытия нижнего полюса имплантата. Лоскут фиксировали к субмаммарной складке прошивками, что предотвращало его сокращение и подчеркивало новую субмаммарную складку. Для обоснования методики и исследования особенностей строения сосудистого русла ткани железы тубулярной груди проведены морфологические исследования.

Выводы. Предложенная методика позволила получить хорошие и отличные эстетические результаты, которые сохранялись в отдаленный послеоперационный период.

Ключевые слова: тубулярная грудь, аномалия развития груди, реконструкция груди.

S. P. Galych, O. Yu. Dabizha, A. A. Kostenko, I. V. Gomolyako, K. A. Samko, D. V. Borovyk

O. O. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology of NAMS of Ukraine, Kyiv

TYPE II TUBEROUS BREAST SURGICAL CORRECTION

The aim — to study the blood supply characteristics of tubular breast glandular tissue and to improve its surgical correction tactics with the author's surgical method.

Materials and methods. Between 2004 and 2015, we have observed 30 patients aged 18—34 years old with type II tubular breast who underwent breast correction by different techniques. All patients had asymmetry and bilateral tubular breasts. In the preoperative period, in addition to clinical tests a breast ultrasound to detect pathological structures were performed for all patients

Results and discussion. Tubular breast correction by clinic's method includes broad mobilization of the breast central part and formation of breast flap by cuts that were sufficient to cover the lower pole of the implant. The flap was fixed to the submammary folds with stitches that prevented its reduction and emphasized a new submammary fold. To justify the method and to study the vascular bed structural features of tubular breast tissue the morphological study has been conducted.

Conclusions. The proposed technique allowed achieving good and excellent cosmetic results followed in the remote postoperative period.

Key words: tubular breast, congenital breast abnormalities, breast reconstruction.