МІНІСТЕРСВО ОСВІТИ І НАУКИ, МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ`Я УКРАЇНИ

СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ

ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

УДК

616.329-006.04-089.843-032:611.33 (043.3)

Некрасова Аліна Миколаївна

«Використання малоінвазивних і пластичних методик при оптимізації хірургічної тактики доброякісних захворювань молочної залози»

14.01.03 – хірургія

Робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра

Науковий керівник :

К.мед.н.,онкохірург вищої категорії

Андрющенко Володимир Вікторович

СУМИ – 2018

ЗМІСТ

Перелік умовних позначень 2

Вступ 3

Розділ 1 6

Огляд літератури 6

1.1. Класифікація, клінічні прояви мастопатії. 6

1.2. Діагностика доброякісних захворювань молочної залози. 11

1.3 . Залежність хірургічного лікування від анатомо-топографічної будови молочної залози.

1.4. Методи хірургічного лікування хворих з доброякісними захворюваннями молочних залоз. 22

Розділ 2 31

Матеріали та методи дослідження. 31

Розділ 3 40

Результати дослідження 40

Розділ 4 45

Обговорення результатів дослідження 45

Висновки 50

Список використаних джерел 51

Перелік умовних позначень

ДЗМЗ – доброякісні захворювання молочних залоз

МЗ – молочна залоза

ВПП – внутрішньопротокова папілома

САК – сосково-ареолярний комплекс

ТАПБ – тонкоголкова аспіраційна пункційна біопсія

УЗД – ультразвукове дослідження

ФА – фіброаденома

ФКМ – Фіброзно-кістозна мастопатія

ЛВ – лімфатичні вузли

РМЗ – рак молочної залози

ВСТУП

За останні роки частота виникнення доброякісних захворювань молочної залози постійно зростає. За даними статистики та чи інша форма мастопатії діагностується у 70% обстежуваних жінок, захворювання досягає максимуму до 45 років та знижується в період про-менопаузи. Фіброаденоми виявляються у 25% обстежуваних жінок старше 40 років, різноманітні патологічні стани молочної залози виявляються в 60 % випадків. При цьому у кожної другої жінки пізнього репродуктивного віку спостерігається дифузна форма фіброзної мастопатії (54%), вузлові форми мастопатії діагностуються у 26% жінок, фіброаденоми – у 18%.

Більшість хірургів вважають єдиним методом лікування доброякісних патології молочної залози, хірургічне лікування, видалення новоутворення молочної залози. Раніше, найбільш часто в якості основного доступу при видаленні доброякісного новоутворення молочної залози використовувався радіарний розріз. Однак, по даним літератури, після операцій з використанням радіарного розрізу, залишаються грубі, часто гіпертрофічні та деколи колоїдні рубці, що негативно впливає на психоемоційний стан жінок, особливо молодого віку. Страх перед операцією з вірогідним незадоволеним косметичним ефектом, призводить до несвоєчасного звернення до спеціаліста при виявленні ущільнення в молочній залозі та, як наслідок, виникнення задавнених форм раку молочної залози.

Актуальність даної проблеми призвела до спроби синтезу загально-хірургічних та косметичних принципів при виборі доступу в хірургії молочної залози. Стали розроблятись операції, забезпечуючи не тільки достатню радикальність, але і гарний косметичний ефект.

В хірургію молочної залози були впроваджені - периареолярний доступ, доступ по субмамарній складці та доступ з пахвової області, які повністю відповідають принципам пластичної хірургії. З розвитком ендоскопічної техніки та розширенням її використання у різних областях хірургії,

ендоскопічні операції стали виконуватись і при патології молочної залози, у тому числі і при доброякісних захворюваннях.

Мета роботи: Покращення результатів лікування хворих з доброякісними новоутвореннями молочних залоз шляхом застосування малоінвазивних і пластичних методик.

Задачі дослідження:

1. Розробити алгоритм передопераційного обстеження хворих на підставі якого здійснювати вибір операційного доступу.
2. Обгрунтувати вибір операційного доступу з використання малоінвазивних і пластичних методик при видаленні доброякісного новоутворення молочної залози.
3. Провести порівняльний аналіз безпосередніх та віддалених результатів.
4. Оцінити вплив хірургічного лікування на якість життя.

Наукова новизна одержаних результатів.

Результати роботи розширюють та поглиблюють розуміння сутності малоінвазивних і пластичних методик при доброякісних новоутвореннях молочної залози, та іх вплив на соціально-психологічний стан хворих.

Практичне значення одержаних результатів.

Виявлено залежність між нозологічною формою ДЗМЗ та віком хворих, що дозволило виконувати пацієнтам малотравматичні операції без пошкодження протоків та порушення форми МЗ, та виконувати резекцію МЗ з мастопексією, поліпшуючи естетичний вигляд молочних залоз.

Висвітлено та впроваджено в практику методику малоінвазивного хірургічного втручання через трансареолярний доступ при видаленні новоутворення. Також спосіб резекції молочної залози, яке полягає у

видалені ураженої тканини МЗ разом з протоками у вигляді конусу з виконанням циркумареолярної мастопексії.

РОЗДІЛ 1

Огляд літератури

1.1. Класифікація, клінічні прояви мастопатії.

Вперше кістозну хворобу молочної залози описав Cooper в 1829 р. У 1838 р J.Velpean в описі мастопатії застосовував термін «хронічна індурація». У 1840 р. R.Brodi запропонував називати це захворювання «серозно-кістозна пухлина молочної залози», а Schimmelbusch (1892) «кістозна аденома». Єдина загальноприйнята термінологія гіперпластичних процесів досі відсутня. У скандинавській і англійській літературі більшість форм мастопатії позначають як фіброаденоматоз або фіброаденоматоз з наявністю кіст або без них. У вітчизняній літературі найбільш часто використовують терміни «мастопатія», «фіброзно-кістозна мастопатія», «фіброаденоматоз», «дисгормональна гіперплазія молочної залози» та «дисгормональні захворювання молочних залоз».

За визначенням ВООЗ (Женева, 1984) мастопатія (дисплазія молочних залоз) визначається як фіброзно-кістозна хвороба, що характеризується широким спектром проліферативних і регресивних змін тканини молочної залози з порушенням співвідношення епітеліального і сполучно-тканинного компонентів. Все різноманіття змін в молочних залозах у відповідь на патологічний вплив характеризується нерівномірним розростанням епітелію і сполучної тканини, придушенням процесів фізіологічного росту та винекненням передчасних інволютивних процесів.

Незважаючи на наявні численні дослідження на сьогоднішній день етіологія мастопатії залишається нез'ясованою. Різноманіття форм диспластичних процесів і доброякісних пухлин молочної залози, що мають різний гісто- і морфогенез, свідчить про поліетіологічность їх виникнення (Семіглазов В. Ф., Веснін А. Г., Мойсеєнко В. М., 1992).

Виникненню фіброаденоматозу молочних залоз можуть передувати захворювання нервової системи, хвороби печінки, патологія репродуктивної системи, патологія наднирників, зміни в стані щитоподібної залози (Сидоренко Л. Н., 1997; Макаренко Н. П., 1999; Бурдина Л. М., 1999; Комаров Є. К., 1991; Огнерубов Н. А. і співавт., 1998).

Згідно з міжнародною класифікацією хвороб розрізняють різні доброякісні зміни МЗ не пухлинного походження, не пов'язані з пологами .

Виділяють наступні нозологічні форми:

-доброякісну дисплазію молочної залози;

-солітарну кісту МЗ;

- дифузну кістозну мастопатію (виключно з епітеліальною проліферацією);

- фіброаденому молочної залози;

- фіброз-склероз молочної залози;

- ектазію протоков;

- інші доброякісні дисплазії МЗ;

- запальні захворювання МЗ (без інфекційного маститу новонароджених);

- гіпертрофію молочної залози;

- неуточнене новотворення МЗ;

- інші захворювання МЗ;

- тріщину і свищ соска МЗ;

- жировий некроз МЗ;

- атрофію МЗ;

- галакторею, не пов'язану з пологами;

- мастодинію;

- інші ознаки і симптоми: індурацію МЗ, виділення із сосків, втягнутий сосок;

- інші, уточнені хвороби МЗ: галактоцеле, постлактаційну субінволюцію МЗ.

Згідно з клініко-рентгенологічною класифікацією мастопатії, запропонованою у 1985 році, виділяють дифузні та вузлові форми захворювання.

1.Дифузні форми мастопатії:

-дифузна мастопатія з переважанням залозистого компонента (аденоз);

-дифузна фіброзно-кістозна мастопатія з переважанням фіброзного компонента;

-дифузна фіброзно-кістозна мастопатія з переважанням кістозного компонента;

-змішана дифузна фіброзно-кістозна мастопатія;

2.Вузлові форми мастопатії:

-склерозуючий аденоз;

-вузлова фіброзно-кістозна мастопатія.

3) доброякісні пухлини і пухлиноподібні процеси: а) аденому; б) фіброаденому; в) внутрішньопротокову папілому; г) кісту.

За ступенем вираженості виявлених змін виділяють:

-незначно виражену дифузну мастопатію;

-помірно виражену дифузну мастопатію;

-різко виражену дифузну мастопатію.

Дифузно-вузлова мастопатія характеризується наявністю вузлових утворень у молочній залозі на тлі дифузних змін (груба часточковість, зернистість, тяжистість, болючість поза вузлом і виділення з сосків). Сучасні методи діагностики дозволяють детально охарактеризувати пальпуюче новоутворення (кіста, ліпома, фіброаденома, фіброз і т.д.). Гістологічне дослідження молочних залоз при вузловій формі захворювання визначає ті ж зміни, що і при дифузній формі, але ці порушення носять більш виражений характер. Ступінь проліферації в мастопатійний вузлах різна. При дифузно-вузловій формі мастопатії показано оперативне лікування.

Внутрішньопротокова папілома - це доброякісна папілярна пухлина, яка розвивається в протоці молочної залози. Папіломатозні розростання епітелію в більшості випадків легко травмуються при здавленні, ударах, сосочкові розростання відриваються і при цьому з'являються бурі виділення із сосків. За даними літератури цей стан зустрічається в 8,2% від усіх випадків мастопатії. Поодинокі папіломи розташовуються, як правило, в субареолярній зоні, частіше не мають тенденцію до переродження в рак. Множинні папіломи зазвичай розташовуються в периферичних відділах молочної залози і частіше малігнізуються. Гноєвидні, зелені, безбарвні виділення найчастіше є наслідком дифузної фіброзно-кістозної хвороби.

Фіброаденома - це доброякісна пухлина молочної залози, в якій є поєднана проліферація сполучнотканинного і епітеліального компонентів. Захворювання частіше зустрічається в молодому віці. У більшості випадків (в 90%) фіброаденоми бувають поодинокими. Розміри фіброаденом різні: від дуже маленьких до утворень діаметром кілька сантиметрів. Інтенсивність їх розростання різна, але найчастіше вони ростуть повільно, не завдаючи великих незручностей жінці. Клінічно і при ультразвуковому дослідженні діагноз фіброаденоми частіше за все не викликає сумнівів, проте цитологічне дослідження пунктату дозволяє уточнити діагноз. Гістологічно виділяють інтраканалікулярну, періканалікулярну і змішані фіброаденоми. Найбільш небезпечними є інтраканалікулярні фіброаденоми, так як вони малігнізуються в 2-7,5 разів частіше.

Дисгормональні захворювання молочної залози залежать від віку. Для ювенільного і раннього фертильного віку більш характерні дифузна мастопатія з переважанням залозистого компонента (аденоз) і фіброаденоми, для пізнього фертильного і пременопаузального віку є більш притаманними ДФКМ з переважанням кістозного або фіброзного компонента. Рак молочної залози частіше виникає у жінок пременопаузального і клімактеричного віку.

За ступенем вираженості клініко-рентгенологічних ознак розрізняють:

-незначно виражену мастопатію, при якій больовий синдром не виражений, ущільнень в залозі не визначається, а жирова тканина переважає над паренхімою залози;

-помірно виражену мастопатію, при якій відзначається виражений больовий синдром, набухання і ущільнення залози, а жирова тканина і щільні структури, що формують залозу, знаходяться приблизно в рівних співвідношеннях;

-різко виражену мастопатію, при якій жінку турбують сильні, часто постійні болі в молочній залозі, при пальпації визначається щільна болюча горбиста тканина, часто з ознаками вузлоутворення, при незначній кількості жирової тканини.

Розподіл мастопатії за ступенем вираженості процесу має важливе значення та потребує проведення інструментальних та лабораторних обстежень з подальшим вирішенням оптимального методу лікування.

Загальною проблемою є визначення ризику злоякісного переродження епітеліального компонента фіброаденом. Так, M. Sklair-Levy зазначає дуже низьку ймовірність малігнізації – 0,0125%, такої самої думки дотримується і N. Houssami, говорячи про відсутність достовірного підвищення ризику розвитку раку МЗ у пацієнток із фіброаденомами . На думку S. M. Al Salamah за 5–10 річний період спостереження лише 8 % фіброаденом збільшилися в розмірі, тоді як решта залишилася на тому самому рівні чи взагалі регресували, автор наголошує, що ризик малігнізації не більше 0,3%, причому найбільше своє значення він має у жінок старше 30 років .

У той самий час Dupont та R.W. Mc Divitt повідомляють, що відносний ризик розвитку РМЗ у жінок із гіперплазією епітеліального компонента фіброаденоми протягом 20 років підвищується майже у 7 разів .

За даними R. Greenberg, за наявності в гістологічній структурі фіброаденоми елементів склерозивного аденозу, епітеліальної кальцифікації і папілярної апокринної метаплазії ризик малігнізації збільшується майже у 4 рази .

Останні роки в зарубіжній літературі все частіше з’являються повідомлення про випадки розвитку протокових, лобулярних карцином, та раку in situ, що виникали з фіброаденом, тому хірургічне лікування таких доброякісних новоутворень молочних залоз можна вважати цілком виправданим. За даними M.J. Kwon ризик розвитку лобуярної карциноми є найбільшим у віці 42–44 роки.

Молодий вік пацієнток із фіброаденомами також не є обмеженням для виконання хірургічних втручань. S.S. Ezer виділяє такі показння до хірургічного лікування, як великий розмір фіброаденоми, відсутність регресу новоутворення впродовж декількох років або його швидке збільшення, а також обтяжений спадковий анамнез.

1.2. Діагностика доброякісних захворювань молочної залози

Діагноз мастопатії ставиться на підставі ретельно зібраного анамнезу, об'єктивного обстеження молочних залоз і зон регіонарного лімфовідтоку, УЗД, мамографії та цитологічного дослідження.

Основним клінічним проявом мастопатії є біль або больові відчуття в молочній залозі, які посилюються за кілька днів до менструації і припиняються або зменшуються після її закінчення. Болі можуть мати різну інтенсивність і характер. По мірі прогресування захворювання болі стають більш тривалими, зберігаються після закінчення менструації, а іноді протягом усього менструального циклу. Порушується сон, загострюються хронічні соматичні захворювання, розвиваються нервово-психічні порушення. Хворі скаржаться на головний біль, швидку стомлюваність, образливість, дратівливість, емоційну лабільність. У деяких з них болі можуть віддавати в пахву, плече, лопатку. Одним з проявів дифузної мастопатії є синдром передменструального напруження, який виражається в нагрубанні залоз, появі відчуття розпирання, наростанні набряклості строми, збільшенні кровонаповнення, появі ущільнень в лютеїнову фазу

менструального циклу. Це результат проліферативних змін протоків і епітелію молочної залози під впливом прогестерону.

Виділення із сосків зустрічаються у 5-6% жінок. Вони можуть бути кров'яними, серозними, молочними, гноєвидними. Колір виділень може бути найрізноманітніший, і частіше за все не вказує на причину виниклих змін. Несприятливими факторами слід вважати виділення крові з протоки однієї молочної залози, вік хворої старше 40 років, нетривалі терміни таких виділень.

Огляд і пальпація виконуються лікарем у вертикальному положенні жінки (з опущеними, а потім піднятими вгору руками) та горизонтальному положенні. При огляді молочної залози враховуються аномалії (додаткові молочні залози, політелія), зміна форми та об'єму, зміна кольору шкірних покривів (наявність і ступінь вираженості венозного малюнка, шкірні симптоми). Пальпаторно обстежують всю залозу послідовно по квадрантам і область субмамарної складки. При пальпації молочних залоз визначаються ділянки болючих ущільнень без чітких меж у вигляді тяжів, а також грубі залозисті часточки у вигляді «бруківки». Досить часто зустрічається локальна болючість. Зазначені зміни найбільш виражені в верхньо-зовнішніх квадрантах, які у функціональному відношенні є найбільш активними.

При виявленні патологічного утворення (пухлина, ущільнення) уточнюють його локалізацію, розміри, форму, консистенцію, розповсюдженість, рухливість. Будь-які виділення із сосків підлягають цитологічному дослідженню.

Лікар звертає увагу на розміри і симетричність молочних залоз, потовщення сосків (симптом Краузе) і їх втягнення при стисненні двома пальцями (симптом Бензадона), наявність вибухання або втягнення шкіри (симптом Янишевського) на обмеженій ділянці, наявність симптому "площадки", симптому "лимонної кірки ", виразки навколососкової ділянки.

Для раку характерні відсутність чітких меж, поступовий перехід в навколишні тканини, хрящова щільність, наростаюча від периферії до

центру, позитивний симптом Кеніга (при притисканні ущільнення долонею до грудної стінки в положенні лежачи, воно як і раніше визначається). При потягуванні за сосок ракова пухлина зміщується слідом за ним (симптом Прибрама). При пальпації можна визначити ділянки ущільнення в тканині залози, зв'язок зі шкірою і грудної стінкою, наявність виділень з соска, стан регіонарних лімфатичних вузлів (лімфовузли Зоргіуса у зовнішнього краю великого грудного м'яза, лімфовузли Труазье в медіальному відділі надключичного трикутника). Найбільшою частотою метастазування відрізняються пухлини ареолярної зони, де мережа лімфатичних судин особливо розвинена. Пухлини, розташовані у внутрішніх квадрантах, часто метастазують в парастернальний лімфатичний колектор, причому цей колектор може бути єдиним. Пухлини, розташовані в нижньо-зовнішньому квадранті в області перехідної складки нерідко метастазують в печінку (лімфатичний шлях Герота).

Для остаточного підтвердження клінічного діагнозу та уточнення ступеня поширеності процесу в молочній залозі застосовуються додаткові методи дослідження.

Основним методом об'єктивної оцінки стану молочних залоз є мамографія. За допомогою даного методу можна своєчасно розпізнати патологічні зміни в молочних залозах в 95-97% випадків.

Для залозистої форми мастопатії характерна наявність множинних тіней неправильної форми з нечіткими розпливчатими контурами. Кожна тінь відповідає ділянці лобулярної гіперплазії. Вогнища затемнення дають неоднорідну та нерівномірну тінь, що займає майже всю молочну залозу.

Для ДФКМ з переважанням фіброзного компоненту характерне інтенсивне затемнення з вузькою смужкою просвітлення, обумовленою підшкірно-жировою клітковиною. При фіброзі межі окремих частин лобулярної гіперплазії мають чіткі контури.

Для ДФКМ з переважанням кістозного компоненту характерний строкатий неоднорідний малюнок, обумовлений чергуванням жирової, сполучної і

залозистої тканини, на фоні якого визначаються округлі або овальні ущільнення.

Фіброаденоми виявляються при мамографії в 97% випадків. Для периканалікулярних фіброаденом характерні правильна округла або овальна форма, рівні чіткі контури, однорідна структура вузла, наявність «обідка просвітлення», можлива наявність кальцинатів. Для фіброаденоми інтраканалікулярної і змішаної будови більш характерна строката будова, горбисті нечіткі контури, частіше без «обідка просвітлення», неоднорідна структура вузла, частіше без вапняних включень.

В даний час загальновизнано, що у жінок менопаузального віку, при непальпуючих утвореннях і локалізації пухлини безпосередньо за соском, та наявності розвиненої премамарної жирової тканини - слід віддавати перевагу мамографії перед УЗД. На думку більшості авторів у віці після 40 років мамографія є найбільш інформативним методом діагностики захворювань молочної залози.

У розпорядженні лікарів, що займаються діагностикою захворювань молочних залоз, істотно доповнив існуючий арсенал сучасних методів обстеження, який можна використовувати як метод скринінгу у жінок всіх вікових періодів, доступний, безпечний і високоінформативний метод електроімпедансной мамографії, який також використовують в якості надійного контролю стану молочної залози при прийомі комбінованих оральних контрацептивів і прерпаратів замісної гормонотерапії без обмеження числа процедур обстеження. Пропонована програма багаточастотного електроімпедансного обстеження дозволяє виділити чіткі діагностичні критерії різної дифузійної і осередкової патології молочних залоз, диференціювати мастопатію різної етіології, що важливо для правильного вибору тактики ведення жінок із захворюваннями молочних залоз.

Перевагами електроімпедансной візуалізації є: можливість проведення динамічного спостереження у жінок будь-якого віку і проведення

порівняльної оцінки зображень в залежності від сторони і позиції при дослідженні, фази менструального циклу, попередньої діагностики; можливість обстеження молочних залоз під час вагітності та лактації; кольорове сканування і режим «фільтрації» зображення, що дозволяють диференціювати доброякісні та злоякісні утворення по різній кольоровій гамі, можливість візуальної оцінки на різній глибині сканування і візуалізація органу в цілому.

Дуктографія являється рентгеноконтрастною мамографією. Її проведення полягає в тому, що за допомогою спеціальних інструментів в проток молочної залози, який відкривається на соску, вводиться дуже тонкий пластиковий катетер, через який в залозу вводиться рентгеноконтрастна речовина. Далі проводиться звичайна мамографія. Внутрішньопротокова папілома на такій мамографії проявляється у вигляді дефекту заповнення молочної протоки. У нормі процедура займає близько 30 хвилин або більше. Сама процедура безболісна, але жінка може відзначати деякий дискомфорт.

При синдромі патологічної секреції з соска основним методом діагностики є дуктографія, який дозволяє точно локалізувати змінену ділянку.

Значний стрибок у діагностиці утворень молочної залози зробив метод ультразвукового дослідження (УЗД). Інформативність ультразвукового методу складає 85-95% (Баженова А. П. та співавт., 1985). Особливо цінний він в поєднанні з пункційною біопсією, що дозволяє з великою ймовірністю верифікувати пухлину.

В останні роки нагромаджено значний досвід в ультразвуковії діагностиці доброякісних змін молочних залоз. Цей метод застосований у 80% жінок з ДЗМЖ. При переважанні залозистого компонента чітко виявлялися гіпертрофовані залозисті часточки у вигляді широкого пласта із середньою або кілька підвищеною інтенсивністю ехосигналів, візуалізувалися незначно розширені молочні протоки у вигляді лінійних структур, позбавлених ехосигналів. При наявності фіброзної мастопатії виявляється фіброзна тканина у вигляді нерівномірної тяжистості, яка представлена відбитками

ультразвукових хвиль з високою інтенсивністю ехосигналів. При дифузній мастопатії з переважанням кістозного компонента кісти визначаються у вигляді ізольованих округлих або овальних ехонегативних утворень, в неускладнених випадках позбавлених внутрішніх луна-сигналів. Мінімальний розмір виявлених кіст становить 2 мм., для яких характерний ефект дистального посилення ультразвуку. При ДФКМ з переважанням кістозного компонента визначаються множинні кісти, які локалізуються переважно в верхньо-зовнішніх квадрантах. Інколи кісти об'єднуються в багатокамерні утворення з внутрішніми перегородками.

Доброякісні захворювання молочної залози, що входять до пальпуючих вузлових новоутворень, (фіброаденоми, кісти, ліпоми, рідше - листоподібні фіброаденоми, атероми, ліпогранулеми, гамартоми, судинні пухлини, галактоцеле та ін.) мають досить схожу картину і проявляються у вигляді ділянки зниженої ехогенності в вигляді рівномірно крапчастих ехосигналів округлої або овальної форми. Залежно від співвідношення фіброзної і залозистої тканини змінюється вираженість акустичного сигналу позаду новоутворення. Чим менше фіброзної тканини, тим більше акустична тінь. При периканалікулярній фіброаденомі межі, як правило, більш чіткі за рахунок наявності капсули. Для інтраканалікулярних і листоподібних фіброаденом більш характерні поліциклічні контури, що відображають строкату будову.

Доплерографія, дає можливість візуалізувати кровотік в дрібних судинах і навіть перфузію в тканині молочної залози. За допомогою доплеросонографії можна оцінити стан кровотоку в вузловому новоутворенні і зробити висновок про ступінь проліферативного процесу. За даними Н. А. Смирнової з співавт. (1995) для інтраканалікулярних фіброаденом характерний високий відсоток васкуляризації, в той час як периканалікулярні фіброаденоми - аваскулярні.

В даний час завжди для верифікації діагнозу застосовується пункційна біопсія новоутворення, частіше всього під контролем УЗД, з наступним

цитологічним дослідженням пунктату. Цитологічний метод дуже простий у виконанні, малотравматичний і досить високоінформативний (від 60 до 98%). За допомогою пункції можна визначити морфологію та біологію клітини.

Відомо, що проліферативна форма мастопатії відноситься до предраку, так як при ній значно частіше настає малігнізація. Dupont W.D. et al., (1993) доведено, що жінки з проліферативними змінами хворіють на рак молочної залози в 1,3 рази частіше, а з атиповою гіперплазію - в 4,3 рази частіше, ніж жінки без проліферації епітелію. Збіг атипової гіперплазії і обтяженого сімейного анамнезу дає значний синергетичний ефект.

Пункційна біопсія у більшості хворих ДЗМЖ (96%) дозволяє охарактеризувати ступінь вираженості проліферації і атипии епітелію, підтвердити наявність кістозної порожнини і правильно визначити подальшу тактику обстеження і лікування.

На сьогоднішній день перспективною є магнітно-резонансна томографія (МРТ). Вона високочутлива при множинних та контралатеральних вузлах і може бути застосована при щільних молочних залозах. Динамічне контрастування в поєднанні з придушенням сигналу від жирової тканини забезпечує високий специфічність методу.

Передопераційне маркування.

Одночасно з розробкою і застосуванням нових методів діагностики і консервативного лікування останнім часом знайшли застосування високоефективні органозберігаючі і функціонально щадні методи хірургічного лікування.

Безліч утворень, що виявляються на УЗД або мамографії, не визначаються пальпаторно, а пошук новоутворення в молочній залозі під час операції:

- збільшує травму
-збільшує тривалість операції
-збільшує кількість видаленої тканини (в тому числі здорової тканини)
-іноді, неможливість зовсім відшукати пухлину.

При непальпованих утвореннях молочної залози надзвичайно важливо провести передопераційне внутрішньотканинне маркування.

Маркування пухлини до операції дозволяє точно локалізувати пухлину в органі та відповідно, забезпечує хірургу легкий і швидкий пошук новоутвору, його видалення з мінімальним пошкодженням здорових тканин, зменшує тривалість операції та кількість ускладнень після неї.

Розмітку виконують як під ультрозвуковим контролем, так і під контролем рентген-мамографії.

При поверхневій локалізації патологічного вогнища під час мамографії ставлять мітку в його проекції на шкірі молочної залози. Віддалений сектор обстежують за допомогою рентгенографії для оцінки повноти хірургічного втручання. В якості маркера використовують мандрен з заокругленим кінцем. Попередньо його розміщують в просвіті голки, яку підводять до ураженої ділянки молочної залози під контролем УЗД. Мандрен проштовхують в тканину патологічного утворення, а голку видаляють. Вводять барвник (метиленовий синій) під контролем УЗД, для виявлення непальпованих пухлин молочної залози.

1.3.Залежність хірургічного лікування від анатомо-топографічної особливості будови молочної залози.

Вигляд МЗ жінки повністю залежить від об’єму жирової клітковини, що оточує залозисту паренхіму. Власне тканина залози має неправильну форму, нерідко з відростками, що йдуть у бік ключиці, пахвової западини, підребер’я та у напрямку груднини. При значній гіпертрофії МЗ тканина може досягати великих розмірів, при цьому вона опускається нижче пупка, що призводить до значного фізичного дискомфорту жінки зі зміною статури і психосоматичного фону. Частіше, молочні залози не мають повної анатомічної симетрії. Ліва МЗ більш розвинена та схильна до розвитку д испластичних процесів.

За гістологічною будовою МЗ являє собою велику, складну альвеолярну систему, яка складається з 15–20 часток із власною вивідною протокою. Вивідні протоки починаються на рівні зовнішніх меж ареоли, що радіально сходяться у напрямку соска і входять уже власне в нього. Таке розміщення вивідної протокової системи молочної залози є дуже актуальним з точки зору проведення операцій у жінок, які не народжували і відповідно не годували грудьми.

Залоза з усіх боків оточена капсулою, що виконує функцію фіксації. Крім того, поверхнева фасція великого грудного м'яза утворює біля нижнього краю ключиці дублікатуру, що міцно зростається з окістям ключиці, формуючи так звану зв'язку, яка підтримує молочну залозу.

Проте основним фіксуючим апаратом для молочної залози є оточуюча її жирова клітковина. Шар останньої добре виражений та оточує залозу з усіх боків, що зумовлює щільно-еластичну, однорідну консистенцію під час пальпації. Сосково-ареолярний комплекс розміщений у центрі молочної залози, має значну варіабельність розмірів, форми, кольору та ін. Зазвичай сосок віддалений від поверхні ареоли вгору на 3–7 мм. Це особливо характерно для жінок, які годували грудьми. Інколи буває одно, чи двобічне втягнення соска, що не може бути розцінене як патологічний стан при існуванні такої його форми з пубертатного періоду чи дитинства. При природній формі молочної залози розміщення соска завжди вище від проекції субмамарної складки на 1–2 см.

САК на відміну від шкіри молочної залози є практично нерухомою структурою до самої паренхіми залози, адже не містить жирового прошарку. Ближче до САК шкіру залишають еластичні волокна у дермі, що є причиною грижоподібного випинання субареолярної залозистої тканини. У ділянці ареоли є залози Монтгомері, що вважаються сальними залозами, або рудиментарними молочними залозами. Ця анатомічна деталь дуже важлива з огляду на можливість розвитку гнійних ускладнень післяопераційної рани при проходженні лінії розрізу по сальному горбочку. Така будова залозистої

тканини, з хірургічної точки зору, пояснює необхідність збереження анатомічного зв'язку соска з ділянкою залозистої тканини під ареолою для забезпечення лактації у жінок, які перенесли хірургічне втручання на молочній залозі.

Кровообіг молочної залози забезпечується в основному через гілки зовнішньої грудної артерії, гілками внутрішньої артерії молочної залози, зовнішніми артеріями молочної залози, що відходять від бокової грудної та верхньої грудної артерій, а також перфорантними судинами з III-VII міжреберних артерій. Беззаперечно, важливим є живлення САК. Так, за даними А. Н. Максименкова, в деяких випадках, приблизно 10%, живлення САК відбувається за допомогою гілок бокової грудної артерії, тому цю судину та її гілки під час операції потрібно оберігати від травми, особливо при проведенні розрізів на латеральному боці молочної залози. Пересічення цієї судини у деяких випадках може призвести до некрозу соска. Гілки внутрішньої грудної артерії живлять центральні відділи МЗ. Переважна частина кровопостачання САК відбувається за рахунок внутрішньої грудної та міжреброві артерій.

Іншим істотним фактором, що має велике значення в хірургії МЗ, є тип анастомозування гілок живильних артерій навколо САК. За І.А. Фришбергом, зазвичай виділяють 3 типи судинних анастомозів сосково-ареолярного комплексу: 1) круговий – до 74% випадків анастомозування; 2) петльовий – у 20% випадків; 3) радіальний. Під час виконання операцій на МЗ найбільш сприятливим є круговий тип будови анастомозів, найменш сприятливим – радіальний. Оскільки доступи до тканини МЗ поблизу ареоли, через неї та через сосок не є рідкісними у сучасній лікувальній та естетичній хірургії, а хірург заздалегідь не може передбачити тип анастомозування гілок живильних САК судин, необхідно було б очікувати значну кількість некрозів соска, навіть часткових. Однак досвід показує, що таке явище відбувається досить рідко.

Дослідження останніх років показали, що кровоносні судини йдуть до ареоли через товщу паренхіми залози з більш великих судин, що з'єднують систему грудних артерій. Ці судини йдуть доверху через тканину МЗ і розгалужуються у верхній і середній третинах соска. Із системою грудних артерій анастомозують судинні гілочки з торакоакроміальних міжреберних артерій. Nakajima були одержані дані про те, що термінальні й субдермальні судинні сплетення не є достатньо потужними для живлення САК. Таким чином, основним джерелом живлення сосково-ареолярного комплексу є система основних грудних судин .

Венозний відтік здійснюється за рахунок глибоких і поверхневих вен МЗ. У ділянці ареоли підшкірні вени нерідко утворюють венозне кільце.

Іннервація МЗ відбувається за рахунок передніх гілок II–VII міжреберних нервів. Частіше пучки нервових волокон відходять від 4-го і 5- го міжреброві нервів. Передні гілки нервів на задній поверхні залози утворюють сплетення, яке віддає нерви в паренхіму залози, утворюючи власне сплетення МЗ. Власне нервове сплетення знаходиться в сполучнотканинних прошарках тканини, і від нього відходять тонкі гілочки до кровоносних судин та часточок залози з протоками. Наведене розміщення нервів і сплетень необхідно враховувати для проведення адекватної місцевої анестезії. Введення місцевого анестетика в потрібну ділянку молочної залози забезпечує адекватне знеболювання навіть при виконанні широких резекцій тканини молочної залози. Ареола і сосок одержують іннервацію від гілок IV, V, рідше VI міжреберних нервів. Визначним для соска є IV зовнішній шкірний нерв, який входить у залозу по задній її поверхні приблизно на 1,5–2 см від зовнішнього краю. Точкою виходу нерва є перетин зовнішнього краю великого грудного м'яза з четвертим міжребер'ям. Травма нерва під час операції спричиняє порушення чутливості соска і втрату його еректильної здатності.

Лімфатична система МЗ складається з поверхневої і глибокої сіток. Глибока сітка лімфатичних судин починається з капілярів часточок МЗ. Ці

капіляри йдуть паралельно протокам до ареоли, де зливаються й разом із поверхневою сіткою утворюють підареолярне сплетення, через яке проходить більша частини лімфи. Від субареолярного сплетення відходять 2 – 4 лімфатичні судини, що йдуть до зовнішнього краю МЗ. Зливаючись у два основні стволи, вони проходять біля края великого грудного м'яза до підпахвових лімфатичних вузлів. Поверхнева лімфатична сітка МЗ широко анастомозує з підшкірною і шкірною лімфатичними сітками грудної і черевної стінок. Регіонарні ЛВ формують три групи: пахвові, парастернальні та надключичні.

Чітке розуміння анатомічної будови МЗ є необхідною запорукою проведення якісного оперативного втручання з мінімізацією його негативного впливу на здоров'я жінки. Підсумовуючи вище викладене, можна зазначити деякі ключові аспекти: САК, враховуючи особливості його живлення і скоротливої здатності ареоли, є сприятливою анатомічною структурою для виконання оперативного доступу до тканини МЗ. Жирова клітковина, що оточує власне залозисту паренхіму, є формоутворюючим елементом МЗ, тому травма жирового прошарку під час операції не бажана. Особливості іннервації МЗ дозволяють проводити об'ємні резекції МЗ навіть в умовах місцевої анестезії.

1.4.Операції при доброякісних захворюваннях молочних залоз

Перша згадка про операції на молочній залозі зустрічається в кодексі Хаммурапі (Древній Єгипет, приблизно 2250 років до н.е.). Тоді лікарі виконували операції з приводу раку МЗ, для чого використовували бронзовий ланцет.

В даний час основними операціями при доброякісній вузловій патології МЗ є видалення всього сектора МЗ з новоутворенням (типова секторальна резекція, квадрантектомія), видалення частини сектора МЗ, що містить

пухлину (економна секторальна резекція, неповна секторальна резекція, лампектомія), вилущування новоутвору з тканини МЗ (при можливості) або видалення всієї МЗ при багатовузлових формах мастопатії (підшкірна мастектомія) з наступним заміщенням тканини МЗ імплантатом. Слід зазначити, що останнім часом найчастіше виконується лампектомія або вилущування новоутвору як менш травматичні і не викликаючі деформацію МЗ операції.

За багато років обсяг операції залишився колишнім, однак спосіб виконання операції і доступи зазнали значних змін. Протягом тривалого часу основним доступом для виконання операцій при доброякісних пухлинах МЗ був радіальний розріз на МЗ в проекції новоутвору, в рідкісних випадках, при локалізації пухлини в нижніх відділах МЗ виконували розріз по субмамарній складці. Техніка виконання секторальної резекції МЗ із застосуванням радіального розрізу загальновідома.

Шкіру МЗ розсікали в проекції новоутвору, вектор шкірного розрізу проходив по радіальнії лінії від соска до периферії залози. Тупим і гострим шляхами новоутворення виділяли з тканини залози, брали на тримач, після чого висікали в межах здорових тканин і видаляли. Порожнину ушивали із застосуванням різного виду швів (окремі вузлові, П-образні, у вигляді вісімки); деякі автори, щоб уникнути утворення грубого рубця і лігатурних свищів пропонували при ушивання порожнини виводити і фіксувати вільні кінці нитки на шкірі, тобто знімаючий внутрішній шов. У рані при великому об'ємі залишкової порожнини залишали силіконовий дренаж, виведений через контрапертуру. Шкіру ушивали або внутрішньошкірним швом, або вузловими швами.

Переваги традиційного доступу полягають в простоті виконання, невеликої тривалості операції. До того ж при традиційних операціях не потрібні застосування дорогого устаткування, спеціальне навчання, з чим пов'язана їх відносно невелика вартість. Однак косметичні результати операцій із

застосуванням радіальних розрізів на МЗ завжди були незадовільними, особливо при локалізації пухлини в верхніх або внутрішніх квадрантах.

Виникаючі рубцеві деформації шкіри МЗ негативно позначалися на психоемоційному стані жінок, особливо молодого віку. За даними деяких авторів, в кінці 70-х років XX століття, у кожної п'ятої жінки, яка перенесла операцію на МЗ (органозберігаючі), відзначалися незадовільні естетичні результати, зумовлені необхідністю хірургічної корекції. Природно, що причина незадовільних результатів не тільки в особливості доступу. Інститути, в той час мали слабку оснащеність операційних, часто відсутність електрокоагуляції, реактогенність шовного матеріалу, застосування при операції ножиць і скальпелів, перев'язування судин, - все це було причиною частого дренування рани, сприяло розвитку післяопераційних ускладнень і, відповідно, погані косметичні результати. Актуальність даної проблеми привела до спроби синтезу загальнохірургічних і косметичних принципів при виборі доступів в хірургії МЗ. Стали розроблятися операції, що забезпечують не тільки достатню радикальність, але і хороший косметичний ефект.

У хірургію МЗ були впроваджені періареолярний доступ, доступ по субмамарній складці які повністю відповідають принципам косметичної хірургії. Зазначені доступи для видалення утворень МЗ використовують уже тривалий час, але раніше застосовували для видалення утворень, що знаходяться поблизу розрізів.

Слід зазначити, що при відкритих малоінвазивних операціях найчастіше застосовують періареолярний доступ, так як з нього можливе видалення новоутвору, що знаходиться в будь-якому квадраті МЗ, тоді як з пахвового доступу в основному видаляють новоутвори латеральних квадрантів, а з субмамарного - нижніх квадрантів. Техніка виконання операції із застосуванням періареолярного доступу істотно не відрізняється від техніки секторальної резекції з застосуванням радіального розрізу. Різниця полягає у виконанні доступу до новоутворення. Перед виконанням кожного розрізу

асистент двома руками розтягує шкіру МЗ для того, щоб розпластати ареолу, при цьому значно збільшується її поверхня і, отже, довжина кола. Проводять лінію, що сполучає вузол з соском, відзначають точку перетину цієї лінії з межею ареоли (А.Г. Адамян). Дана точка і є серединою кожного розрізу, лінія якого проходить точно по межі між шкірою і ареолой. Подальший хід операції аналогічний такому при наведеної вище операції із застосуванням радіального розрізу.

Плюси періареолярного, пахвового і субмамарного доступів полягають в кращому косметичному результаті (у порівнянні з радіарними розрізами), маніпуляції в тканині МЗ проводяться не в зоні розрізу її шкіри, що значно полегшує перебіг післяопераційного періоду. При операціях із застосуванням даних доступів також не потрібно застосування дорогого устаткування, що позитивно знижує їх вартість.

Недоліки періареолярного доступу в порівнянні з пахвовим і субмамарним пов'язані з тим, що розріз виконують на МЗ, і існує ймовірність виникнення гіпопігментованого рубця на гіперпігментованній ареолі, порушення чутливості ареоли і соска. Застосування пахвового і субмаммарного доступів при відкритих малоінвазивних операціях, як було сказано вище, обмежено локалізацією утворень молочної залози.

Малотравматичні та органозбережні методики операцій у хірургії молочної залози є пріоритетними на сьогодні. При цьому техніки хірургічних втручань передбачають виконання доступу з малопомітних місць, а також збереження форми молочної залози. На сьогодні розріз по краю ареоли є звичайним доступом до тканини молочної залози, що забезпечує достатню візуалізацію в рані не лише для видалення доброякісного новоутворення, а й для виконання аугментаційної мамопластики. Розтин шкіри проводять по краю ареоли, обов’язково довжина доступу при цьому не повинна перевищувати половинідовжини окружності ареоли для запобігання розвитку ішемії та некрозу соска. Недоліком методу цілком можна вважати порушення контуріареоли у віддаленому післяопераційному періоді. Проте це

естетичнеускладнення можна вирішити за допомогою циркумареолярної мастопексії.

Трансареолярний доступ до тканини залози у своєму класичному варіанті, який запропонував J. Webster ще в 1945 році, передбачає діаметральний розтин ареоли та соска у вигляді прямої лінії. Проте через значний відсоток ускладнень, пов'язаних із порушенням живлення та чутливості САК, застосування його обмежене. При розміщенні доброякісного новоутворення на відстані від САК можливим є використання субмамарного доступу, як при аугментаційній мамопластиці, особливо при розташуванні новоутворення у нижніх квадрантах МЗ. Розміщення новоутворення біля аксилярної ямки або в додаткових часточках МЗ передбачає аксилярний доступ. Післяопераційний рубець залишається прихованим у складці МЗ.

З 1987 р, коли вперше була виконана лапароскопічна холецистектомія, ендохірургічні методики стали широко застосовуватися при інших патологіях, в тому числі при операціях на м'яких тканинах і МЗ. Визнаним лідером в цій області вважається Японія. У 1998 р K. Kitamura і співавт. повідомляли про перші 6 пацієнток, яким виконано видалення доброякісного новоутворення МЗ ендоскопічно з пахвового доступу. За оригінальною методикою по середній пахвовій лінії проводиться 3 розрізи довжиною 12, 5 і 2 мм. Через них встановлюють троакари і вводять ендоскоп і 2 маніпулятора. За допомогою електрокоагулятора формують робочу порожнину, яку підтримують інсуффляцією CO2. Після мобілізації новоутворення видаляють через 12-міліметровий розріз (причому при великому діаметрі новоутвору попередньо фрагментують на частини діаметром до 1 см - «колонки»), в порожнині залишають активний дренаж. Середня тривалість такої операції склала 2,5 ч. Середня тривалість перебування хворих в стаціонарі - 1,7 дня. З специфічних ускладнень в одному випадку відзначена підшкірна емфізема, що не вимагала додаткового лікування. Автори вказали на можливість виконання ендоскопічного трансаксіллярного видалення не тільки одиничного, а й множинних утворень МЗ.

У 2001 р K. Kitamura і співавт. повідомили вже про 37 пацієнток, оперованих за даною методикою. Випадків рецидиву новоутворень в зоні резекції, специфічних ускладнень не відзначено.

У 2002 р вперше в Росії з'явилося повідомлення про ендоскопічному видаленні доброякісного утворення МЗ. Різниця з методикою Kitamura полягала у виборі доступу до новоутворення і створення робочої порожнини. В.І. Зубкін і співавт. запропонували введення одного троакара 14 мм для ретрактора з відеоскопом і двох 5 мм для електрохірургічного гачка і затиску по субмамарній складці. Ретрактор підводили до зони пухлини, підняттям ручки ретрактора створювали порожнину. Після видалення новоутвору в межах здорових тканин електрохірургічним гачком пухлину видаляли щипцями. Порожнину ушивали П-образним кетгутовим швом. Рану не дренували. Всього виконано 6 операцій. Ускладнень в післяопераційному періоді не відзначено.

Osanai і співавт. в 2002 р запропонували свою методику ендоскопічного видалення доброякісних пухлин МЗ. Три розрізи проводили по передній пахвовій лінії. Використовували ендоскоп 5 мм, троакари 5 і 10 мм для маніпуляторів. Формували тунель над фасцією великого грудного м'яза. Робочу порожнину створювали шляхом роздування балона, причому порожнину створювали безпосередньо під новоутворенням, а широко мобілізували весь ретромамарний простір, дрібні перфорантні артерії, що йдуть через фасцію великого грудного м'яза до тканини МЗ, при необхідності коагулювали. Після експозиції протягом 5 хв балон видаляли, в порожнину нагнітали CO_2 під тиском 5-8 мм рт.ст. для підтримки робочого простору. Після створення робочої порожнини пухлину висікали в межах здорових тканин за допомогою біполярних ножиць і видаляли. Для досягнення гемостазу використовували той же балон, який роздували в сформованій порожнині з експозицією протягом 5 хв. З переваг своєї методики автор вказує на можливість видалення утворень будь-якої локалізації (за

методикою Kitamura видалення утворень внутрішніх квадрантів значно збільшує тривалість операції.

Жоден з авторів не вказує на наявність специфічних ускладнень, за винятком підшкірної емфіземи, можливої при всіх видах ендохірургічних втручань, і опіку шкіри, пов'язаного із застосуванням електрокоагулятора. Дані ускладнення не потребували спеціального лікування.

Перевагами ендоскопічної методики, на думку багатьох авторів, є косметичність, менша травматичність, виконання маніпуляцій не в зоні шкірного розрізу, більш чітка візуалізація новоутвору, можливість ретельного огляду залишкової порожнини, скорочення тривалості перебування хворих у стаціонарі, менша потреба в сильнодіючих анальгетиках. Однак поряд з перерахованими вище позитивними сторонами, застосування відеохірургічної методики пов'язано з використанням дорогої апаратури, що позначається на ціні (за даними авторів, ендоскопічна методика приблизно в 2-3 рази дорожче відкритої). Дотримання косметичних принципів часто призводить до подовження тривалості втручань - ендохірургічні операції на МЗ в середньому тривають 2,5 год (від 1,5 до 6 год). Але, на думку авторів, тривалість операції безпосередньо залежить від досвіду хірурга і ендоскопічні методи будуть все ширше застосовуватися в хірургічній мамології.

В даний час ендоскопічна техніка застосовується в усьому спектрі хірургії МЗ (протезування, мастопексія, мамопластика, мобілізація клаптів при реконструкції МЗ). Ендоскопічні методики використовуються також для черезшкірної ендоскопії у хворих з внутрішньокістнимі папіломами, коли через проколи можливі різні маніпуляції в порожнині кісти МЗ. Вони також застосовні при інтраопераційному обстеженні хворих з підозрою на супутню внутрішньопротокову папілому МЗ. В цьому випадку за допомогою ендоскопа 0,9 мм проводять дуктоскопію. В даний час на заході існує альтернатива оперативному лікуванню доброякісних вузлових утворень МЗ - кріо- і радіочастотна абляція. Через прокол розміром 1-2 мм в вузол

(гістологічно верифікований як доброякісна пухлина) під контролем УЗД вводять зонд і під дією низької температури або випромінюванням виробляють внутрішню деструкцію вузла. Після процедури за вузловим новоутворенням і станом МЗ спостерігають (огляди, мамографія і УЗД в динаміці). Протягом 1 року зменшення розміру новоутворення (резорбція), за даними авторів методики, становить майже 90%. Слід зазначити, що цей вид лікування застосовується недавно, в обмеженому числі клінік, а дані про віддалені (більше 1 року) результати лікування відсутні.

В економічно розвинених країнах вже кілька років використовується класифікація стану тканини МЗ, заснована на ехографічних і мамографічних характеристиках - BIRADS - класифікація (Breast Imaging Reporting and Data System). Ця класифікація створена для того, щоб привести до «спільного знаменника» дані, отримані за допомогою інструментальних неінвазивних методик обстеження МЗ.

Відповідно до класифікації, стан тканини МЗ можна розділити на 5 категорій. BI-RADS 1-я категорія - нормальна тканина МЗ; BIRADS 2-я категорія - доброякісна пухлина; BI-RADS 3-ю категорію - найімовірніше доброякісна пухлина; BI-RADS 4-я категорія - підозріле новоутворення; BIRADS 5-я категорія - висока ймовірність злоякісного новоутворення. В останні роки до 5 категорій BI-RADS була додана ще 1 категорія 0 - новоутворенн МЗ потребує додаткових діагностичних заходів.

Існують прихильники такої тактики ведення пацієнток з новоутвореннями МЗ: за відсутності ознак злоякісності (2, 3 і 4-я категорії BI-RADS) і відсутність злоякісних клітин при тонкоголкової аспіраційної біопсії проводять динамічне спостереження, новоутворення не видаляють (максимальний термін, за даними літератури, 29 міс). Спостереження ведуть за відсутності негативної динаміки за даними обстеження (зростання новоувору, зміна ехографічних і мамографічних характеристик). Частота виконання тонкоголкової біопсії в динаміці не вказується. У ряді статей повідомляється про застосування даної тактики і у пацієнток з 5-ю

категорією. В основному застосування цієї тактики виправдовують більш низькою вартістю в порівнянні з видаленням новоутворення.

Таким чином, виходячи з наведених даних, можна зробити висновок, що еволюція операцій при доброякісній патології МЗ проходить в напрямку мінімізації інвазії при збереженні радикальності втручання, і незабаром малоінвазивні операції остаточно замінять традиційні операції.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Клінічна характеристика груп пацієнток.

Основа роботи базується на результатах хірургічного лікування 123 пацієнток на доброякісні захворювання молочних залоз віком від 41 до 64 років за період з січня 2015 по квітень 2018 року, які проходили обстеження та лікування в Сумському обласному клінічному онкологічному диспансері, медичному центрі «Мрія» м.Суми та «Санаторії-профілакторії» Сумського державного університету.

Всі хворі в залежності від методу лікування були розподілені на дві групи. Основну групу склали 89 пацієнток, яким було проведено модифіковані лікувальні методи, групу порівняння склали 34 жінки, які були проліковані за стандартним алгоритмом.

Серед жінок дослідної і контрольної груп, віковий поріг хворих в основному складав від 41 до 50 років. Середній вік обстежених і пролікованих жінок склав 53,1± 2,05 років. Майже всі пацієнтки знаходились в працездатному віці.(табл.1)

Розподіл хворих за віком.

Табл.1

Віковий проміжок	Дослідна група (n=89)		Контрольна група (n=34)	
	Абс.	%	Абс.	%
41-50 років	46	51,6	24	70,5

51-60 років	35	39,3	10	29,4
Старше 60 р	8	8,9	0	0

Всі пацієнтки були розподілені на три нозологічні групи, залежно від патологічного процесу.

Розподіл хворих за нозологічними формами(табл.2)

Табл.2

Віковий проміжок	Основна група(n=89)			Група порівняння(n=34)		
	ФА	ФКМ та ВПП	Інші ДЗМЗ	ФА	ФКМ та ВПП	Інші ДЗМЗ
41-50 років	21	25	3	12	8	2
51-60 років	26	5	1	7	4	1
Старше 60 р	7	1	-	-	-	-
Всього	54 (60,6)	31 (34,8)	4 (4,5)	19 (55,8)	12 (35,3)	3 (8,8)

Середній вік пацієнтів на фіброаденому МЗ в основній групі склав 55 $\pm$ 2,5 років, на фіброзно-кістозну мастопатію з внутрішньопротоковими папіломами – 48,4$\pm$ 2,2 років.

Хворим групи порівняння за нозологічними формами також визначений середній вік з фіброаденомою МЗ 47,3$\pm$3,9 років, та фіброзно-кістозною мастопатією – 45,7$\pm$5,9 років.

У пацієнтів обох груп за нозологічними формами захворювань і віком, статистичних відмінностей не спостерігалось.

Патологічні процеси у хворих обох груп переважно локалізувались з однієї сторони молочної залози (67 жінок), та мали розміщення у нижніх квадрантах.

Розташування новоутворів у верхньому-внутрішньому квадранті створювало труднощі при оперативному втручанні через складну мобілізацію молочної залози, а також можливу деформацію у відстрочений період, особливо при резекції значного об`єму МЗ.

У 28 пацієнтів основної групи з діагностованими супутніми захворюваннями виявлено: у 9 жінок запальні та доброякісні захворювання внутрішніх статевих органів, 4 мали захворювання щитоподібної залози, у 1 пацієнтки виявлено аденому гіпофіза. Ці жінки проходили планове обстеження і лікування у профільних спеціалістів.

Для вирішення поставлених задач ми досліджували:

- Структуру захворювань, особливості тактики лікування пацієнток залежно від встановленого діагнозу та віку;
- Результати традиційного хірургічного лікування жінок і за модифікованими методами;
- Косметичний ефект після класичних операцій і розроблених нами методик;
- Психосоматичний стан пацієнток до та після проведення оперативних втручань.

Методи обстеження хворих на ДЗМЗ, підготовка до хірургічного втручання.

Перед оперативним втручанням проводили обстеження згідно стандартам надання спеціалізованої медичної допомоги регламентованими МОЗ України (Наказ №676 від 31.12.2004р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», наказ № 554 від 17.09.2007р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія»).

Були проведені первинні діагностичні заходи, а саме: збір анамнезу захворювання, життя, сімейного анамнезу, фізикальне обстеження, сонографічне дослідження МЗ, мамографія. Хворим з виявленими кістозними та солідними новоутворами здійснювали тонкоголкову аспіраційну пункційну біопсію (ТАПБ) з цитологічним дослідженням матеріалу, а також проводили обстеження у гінеколога, та профільних спеціалістів при виявленні супутньої патології.

При огляді визначали симетричність, розмір молочної залози, форму та розмір ареоли і соска, наявність вибухання або втягнення, рубців та еластичність шкіри, стан регіональних лімфатичних вузлів. При виявленні новоутворення уточнювали його локалізацію, консистенцію, розмір, рухливість по відношенню до прилеглих тканин.

Також проводили УЗД молочної залози, при якому оцінювали патологічні зміни, співвідношення жирового та залозистого прошарку, локалізацію новоутворення та його васкуляризацію.

Враховуючи віковий прошарок обстежених жінок, всім проведено мамогрфічне дослідження в двух проекціях.

Після встановлення діагнозу, визначали план хірургічного лікування з урахуванням потреб та сподівань жінки. Проводили лабораторні дослідження, огляд терапевта, анестезіолога при проведенні наркозу.

Проводили передопераційну розмітку на шкірі молочної залози з точною локалізацією патологічного новоутворення під контролем УЗД в день операції. При неможливості про пальпувати новоутворення, встановлювали маркер безпосередньо в новоутвір або біля нього в тканину молочної залози. Маніпуляцію виконували під контролем УЗД з використанням місцевої анестезії.

Всі хірургічні втручання були виконані за безпосередньої участі онкохірурга вищої категорії, к.мед.н., доцента кафедри хірургії та онкології Сумського державного університету Андрющенко В.В.

Видалені новоутворення, а також прилегла тканина залози всіх пацієнток підлягали стандартному патоморфологічному (гістологічному) дослідженню. Біологічні тканини фіксували в розчині формаліну відразу після видалення, та в спеціальних герметичних контейнерах відправляли в Обласне патологоанатомічне бюро м.Суми. Далі методика проведення гістологічного дослідження проводилась стандартним чином з дегідратацією фрагменту тканини, обробкою його парафіном, мікротомуванням на тонкі зрізи і фарбуванням розчинами гематоксиліну з еозином.

Методи оцінки ефективності лікування.

Оцінку результатів хірургічного лікування проводили з урахуванням ускладнень, віддалених результатів, впливу лікування на якість життя та психоемоційний стан пацієнтів обох груп.

При дослідженні якості життя використовували анкетування 2 типів. Неспецифічний опитувальник якості життя SF-36v^{TM}(The Short Form Medical Study,USA) для дослідження змін показників фізичного та психічного самопочуття і опитувальник задоволеності виглядом молочних залоз BEQ (Beast Evaluation Questionnaire, USA). Анкетування проводилось в день перед операцією, через 3 місяці та 1 рік після оперативного втручання з урахуванням динамічних змін результатів хірургічного лікування, зокрема самопочуття жінок та їх естетичне задоволення. При заповненні анкет в 3-місячний термін та 1 рік після операції також враховували термін розсмоктування шовного матеріалу (біля 100 днів для PGA) та закінченням формування рубця (від 3 місяців до 1 року відповідно).

Опитувальник SF-36v^{TM} був розроблений в ЗША для оцінки загального стану здоров`я, його ефективність при оцінці впливу різних методів лікування доведена понад чотирма тисячами досліджень. Стандартна анкета опитувальника включає в себе 36 пунктів запитань, що згрунтовані в вісім

шкал: фізичне функціонування,рольове функціонування зумовлене фізичним станом, інтенсивність болю, загальний стан здоров`я, життєва активність, соціальне функціонування, рольове функціонування зумовлене емоційним станом та психічне здоров`я. показники кожної шкали варіюють в значеннях між 0 і 100, де рівень 100 визначає повне здоров`я. всі вісім шкал формують два показники: психічне та фізичне благополуччя, в них підсумовують відповіді від 2 до 10 запитань. Кожна відповідь оцінюється лише один раз. По 4 шкали використовують для сумарної оцінки фізичного та ментального компонентів здоров`я. Фізичний компонент включає в себе шкали фізичного функціонування, рольового функціонування зумовленого фізичним станом, інтенсивності тілесного болю та загального здоров`я. Ментальний компонент це шкали життєвої активності, соціального функціонування, рольового функціонування зумовленого емоційним станом та психічним здоров`ям.

Опитувальник BEQ був розроблений R. Anderson та співавторами в 2006 році для оцінки естетичного стану грудей після хірургічного втручання. Анкета складається з 55 питань, що мають 5 варіантів відповідей-тверджень від вкрай негативного до вкрай позитивного. Питання анкети складені таким чином, що дозволяють дослідити 3 показники – задоволеність властивостей грудей, такі як форм, розмір та пружність(9 питань), рівень самовпевненості, що об`єднував запитання про відчуття комфорту і задоволеності загальним виглядом власного тіла і грудей в одязі та без нього в різних ситуаціях (36 питань), та важливість загального вигляду грудей для себе та оточуючих (10 питань). Цей аналіз показав себе як надійний, достовірний і чутливий до клінічних змін. Опитувальник спрямований для оцінки естетичних результатів у пацієнток після проведення їм аугментаційної мамопластики, реконструкції молочних залоз, редукційній пластиці, мастектомії, секторальній резекції та будь-якому хірургічному втручанні на молочних залозах включно з травмою. Обробку даних опитувальника задоволеності станом молочних залоз проводили за методом Likert з формуванням трьох вихідних критеріїв оцінки - самозадоволення властивостями грудей, відчуття

самовпевненості та важливість зовнішнього вигляду для оточуючих. Для кожного параметру по кожній пацієнтці підраховували середній бал, що був середнім арифметичним від суми балів отриманих в результаті відповідей.

Хірургічне лікування пацієнток з доброякісними захворюваннями молочних залоз.

Вплив секторальної резекції молочної залози на якість життя

Секторальна резекція молочної залози в класичному вигляді у групі порівння проведена 31 пацієнтці. Серед них 19 - мали діагноз фіброаденоми молочної залози, 12 - були прооперовані з приводу фіброзно-кістозної мастопатії та внутрішньопротокових папілом молочної залози, 3 жінки проліковані з приводу гемангіоми та ліпоми молочної залози.

Операції виконували під місцевою анестезією розчинами 0,5% новокаїну або 0,25% лідокаїну, проводили два напівовальні розрізи шкіри, ПЖК з видаленням сектору молочної залози разом з патологічним новоутворенням єдиним блоком. Операційна рана ушивалась вузловими кетгутовими швами, та дренувалась гумовим випускником. (мал.1).

Вплив секторальної резекції на якість життя досліджували по результатах обробки даних опитувальників через 3 та 12 місяців після операції, які мали порівняльне значення.

Оцінка стану здоров`я та якості життя.

Через 3 місяці після секторальної резекції більшість хворих групи порівняння скаржились на біль в ділянці післяопераційної рани, зниження працездатності обумовлене емоційним станом та болісні відчуття в молочній залозі під час навантажень, що підтверджувалось результатами опитувальників.

При аналізі даних загального самопочуття за період часу з 3 місяців до 1 року виявлено збільшення рівня всіх показників оцінювання. Пацієнтки вказували на зменшення больових відчуттів, збільшення фізичної активності та працездатності за наведений період. Фізичне і психічне самопочуття хвори х в річний термін опитування суттєво покращилось по відношенню до 3-місячного періоду, що підтверджено зростанням сумарних показників фізичного і психічного здоров`я. Такі зміни мали клінічну та статистичну значимість.

Проведений аналіз показує відсутність суттєвого впливу секторальної резекції на обумовлену здоров`ям складову якості життя через 1 рік після операції.

Через 3 місяці після операції хворі скаржились на деформацію, ущільнення молочної залози в зоні операції, наявність помітних рубців на шкірі. Такі наслідки хірургічного втручання були причиною сексуальних розладів, розвитку комплексу неповноцінності. При дослідженні змін естетичного задоволення виглядом молочних залоз, ми виявили зниження рівнів всіх трьох показників оцінки відносно до операційного стану. (табл.3)

Значення показників естетичного вигляду серед пацієнток групи порівняння в різні періоди після операції.

Табл.3

Показники якості життя (бали)	Термін опитування		
	До операції	**3 місяці після операції**	**1 рік після операції**
Задоволеність властивостями МЗ	3,65±0,16	3,07±0,17	3,3±0,17
Рівень самовпевненості	3,69±0,09	3,25±0,12	3,41±0,11
Важливість загального вигляду	3,55±0,14	3.27±0,13	3,28±0,15

Знизився рівень самовпевненості і задоволеності властивостями грудей у пацієнток після секторальної резекції (3,65±0,16 проти 3,07±0,17 балів до операції та через 3 місяці відповідно), що підтверджено порівняльним аналізом показників до та через 3 місяці після операції.

При аналізі впливу секторальної резекції на естетичну складову якості життя за період до операції – 1 рік після втручання, ми виявили зниження всіх трьох критеріїв оцінки. Жінки в основному скаржились на негаразди в особистому житті через деформацію МЗ і видимі рубці, також комплексували носити відкриту білизну.

Таким чином секторальна резекція молочної залози знижує задоволеність властивостями МЗ та рівень самовпевненості через 1 рік після операції відносно базового рівня. Проведене дослідження естетичної складової якості життя у пацієнток після секторальної резекції доводить, що класична секторальна резекція призводить до естетичного вигляду молочних залоз у віддалений післяопераційний період. Маючи достатній лікувальний

ефект,секторальна резекція не впливає на стан загального самопочуття через 1 рік після операції.

РОЗДІЛ 3

Результати дослідження

Малоінвазивне хірургічне втручання з трансареолярного доступу.

Через незадовільні естетичні наслідки секторальної резекції, в клінічну практику запропоновані методики, які направлені на збереження і поліпшення зовнішнього вигляду молочної залози після операції.

Запропоновані методики операції на молочній залозі принципово різнились між собою, залежно від нозологічних форм виявлених захворювань. Також метод хірургічного втручання для різних вікових груп з однаковими нозологічними формами захворювання був різний.(табл.4)

Табл.4

Назва оперативного втручання	N	Вік
Малоінвазивні операції	51	48,3±2,3

Конусовидна резекція МЗ з протоковою системою	38	58,8±2,6
Всього	89	53,5±2,5

Малоінвазивні хірургічні втручання були виконані 51 пацієтці основної групи. Середній вік пролікованих жінок склав 48,3 ±2,1 років.

Всі жінки даної категорії були прооперовані з приводу фіброаденом молочної залози, при цьому 6 (14,6%) пацієнток мали 2 і більше новоутворень МЗ, з них 4 (9,7%) жінки – з двобічним характером ураження.

Основною ідеєю розробки модифікованої малоінвазивної методики було запобігання розвитку віддалених ускладнень в пізній післяопераційний період, таких як - травми протоків, формування залишкової порожнини, рубцевої деформації МЗ, формування грубих, достатньо помітних рубців на поверхні залози (Патент України №84896 опубл. 11.11.2013р.,бюл. №21 «Спосіб профілактики лактаційної дисфункції в хірургічному лікуванні доброякісних новоутворень молочних залоз»).

Безпосередньо перед операцією проводили УЗД МЗ з маркуванням точної проекції новоутвору на шкірі 1% спиртовим розчином смарагдового зеленого.

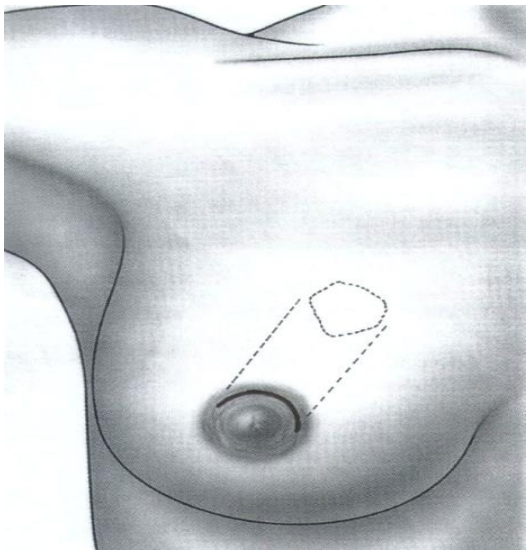
При непальпуючих формах використовували спеціальний маркер Mammorep N21G, який також встановлювали під контролем апарату УЗД.

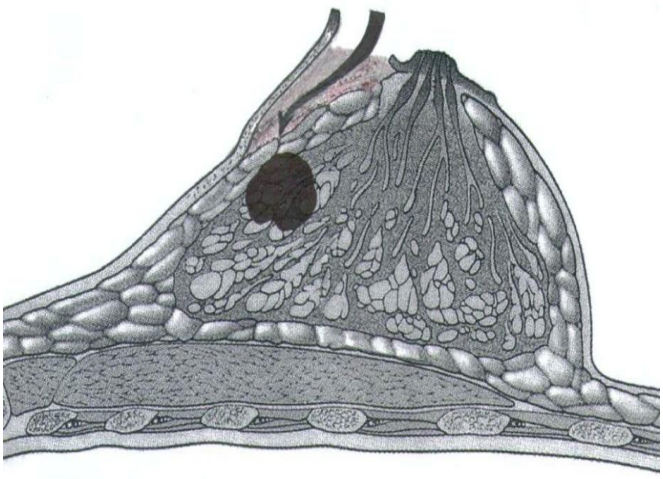
Оперативні втручання виконувались під місцевим знеболенням, переважно використовуючи 0,25% розчин лідокаїну в комбінації з адреналіном в розведенні 1:20000. Отриманим розчином проводили інфільтрацію від ареоли до новоутворення, включно з ретромамарним простором. Ареолу розсікали у вигляді півкола, не більш ніж на половоину її окружності, тим самим попереджуючи ішемію сосково- ареолярного комплексу. Сам розтин проводили зі сторони патологічного осередку, до якого формували тунель під шкірою під контролем на гемостаз, що забезпечувало відсутність травматизації протоків молочної залози.

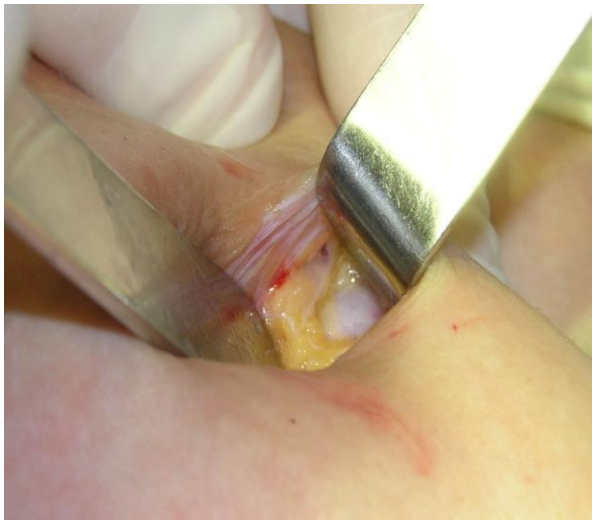
Враховуючи еластичність тканини ареоли, краї рани розтягувались двозубими і тризубими гачками Фолькмана та шпателем донизу, що забезпечували оптимальні умови для оперативних маніпуляцій. Дійшовши до новоутворення, фіксували та підтягували його до краю рани з наступним виділенням з навколишніх тканин молочної залози.

Операційну рану ретельно оглядали, проводили гемостаз за допомогою апарату діатермії в моно- та біполярних режимах. Порожнину рани додатково обробляли розчином атисептика (Повідон-йод 10% - розчин "Бетадін"), та зашивали. У випадку поверхневого розташування новоутвору шви на тканину залози не накладали. При глибокому розташуванні новоутвору і дефекту тканини залози більш ніж 1,5см, накладали шви атравматичним синтетичним шовним матеріалом, що розсмоктується (зазвичай "Вікрил") номером 3,0або 4,0. Таким же шовним матеріалом зашивали м`язовий шар ареоли, накладали внутрішньодермальний гофруючий шов. Рану дренували гумовим випускником, я зазвикийчай видаляли через добу.

Рана загоювалась первинним натягом. Лімфореї в післяопераційному періоді практично не відзначалось. В основному, хворі виписувались з відділення на наступний день після операції. Тимчасову деформацію ареоли внаслідок умисного гофрування країв рани за ускладнення не вважали. (мал.2)







Всі пацієнтки з метою премедикації отримували такі препарати: анальгін 50%-2,0мл.в/м, дімедрол 1%-1,0мл.в\м, антибіотик цефалоспоринового ряду “Зінацеф”(Цефуроксім 1,5г.) в\м. В післяопераційному періоді хворі отримували за схемою “Зінацеф” 0,75 г через 8 годин двічі, знеболюючі за потребою та протизапальні препарати - “Наклофен” 75мг.-3мл. або “Диклоберл” 75мг.-3мл. в\м 1 раз на добу впродовж 3 діб.

Конусовидна резекція молочної залози з мастопексією

Резекцію молочної залози виконували у пацієнток з вузловою, проліферативною формою мастопатії, при локальному дрібнокістозному ураженні залозистої тканини, доброякісних змінах протокової системи залози і фіброаденомах у пацієнток старшої вікової групи. (Патент України №83922 опубл. 10.10.2013р., бюл. 19 «Спосіб оперативного лікування доброякісних захворювань протокової системи молочної залози»).

Такі оперативні втручання виконані 34 пацієнткам, що становить 38,2% від загального числа основної групи. Середній вік жінок, яким проведено подібні втручання, склав 57±4,6 років. Основну частину групи складають жінки віком від 51 до 60 років.

Серед пацієнток з ДЗМЗ діагностовано у 11 (32,3%) жінок з доброякісні новоутворювання протокової системи МЗ, 8 (23,5%) жінок з фіброзно-кістозною мастопатією, 9 (26,4%) з фіброаденомою МЗ, 2 пацієнтки з іншими доброякісними новоутворами МЗ — фіброма молочної залози.

При встановлені діагнозу і вирішення питання про необхідність проведення резекції молочної залози в модифікованому вигляді, хворій в положенні лежачи (точно в такому ж, як і на операційному столі) проводили предопераційну розмітку в день операції з безпосередньою корекцією під контролем УЗ апарату. За необхідності зону інтересу під м/а помічали маркером Mammomer N 21G. При ураженні протокової системи проводили її контрастування спиртовим розчином смарагдового зеленого 1% в розведенні 1:2 вже безпосередньо на операційному столі.

Схема введення препаратів для премедикації така ж сама як при попередній методиці. Під місцевою анестезією проводили інфільтрацію ареоли і шкіри навколо САК. Потім, проводили деепідермізацію кільця тканини ареоли зі шкірою. В місці, де планували робити доступ до тканини залози, розсікали м`язовий деепідермізований шар тканини. Довжину лінії розрізу не перевищували більше половини довжини окружності ареоли для запобігання ішемії САК. Додатково, для збільшення ширини операційного доступу, виконували невеликий радіальний розріз в бік майбутнього конусу тканини залози, що підлягав видаленню. При цьому радіальний розріз не виходив за межі деепідермізованого кільця. Таким чином утворювався Т-подібний інвертований розтин деепідермізованої зони шкіри і ареоли.

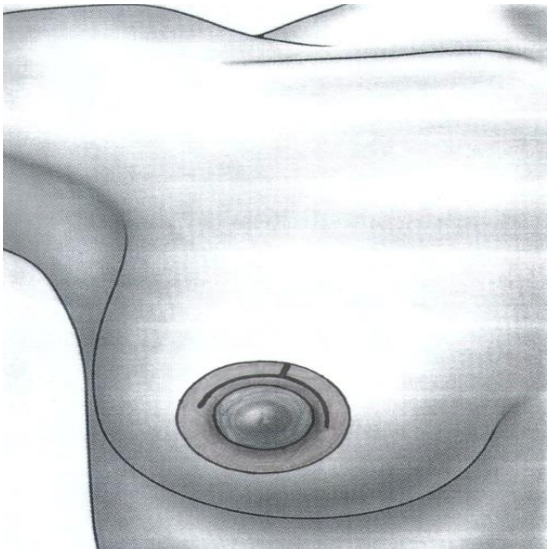
Слід зазначити,що фарбування протоків МЗ виконували після інфільтрації ретромамарного простору. Далі проводили інфільтрацію САК. Такий спосіб дозволяв якісно профарбувати уражені протоки МЗ та запобігав виходу контрастної речовини через сосок.

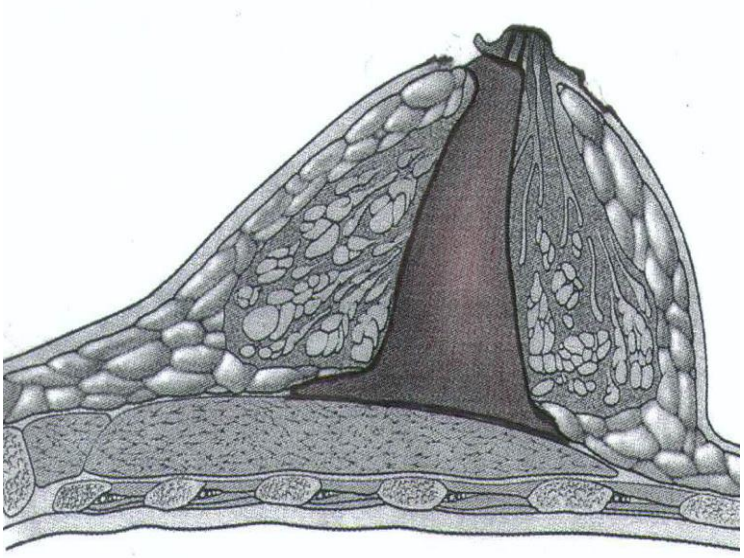
Утворена трикутоподібна порожнина операційного доступу розтягувалась гачками в протилежні боки. Виділення протокової системи полягало в візуалізації центрального вивідного протоку під соском, далі його виділяли і

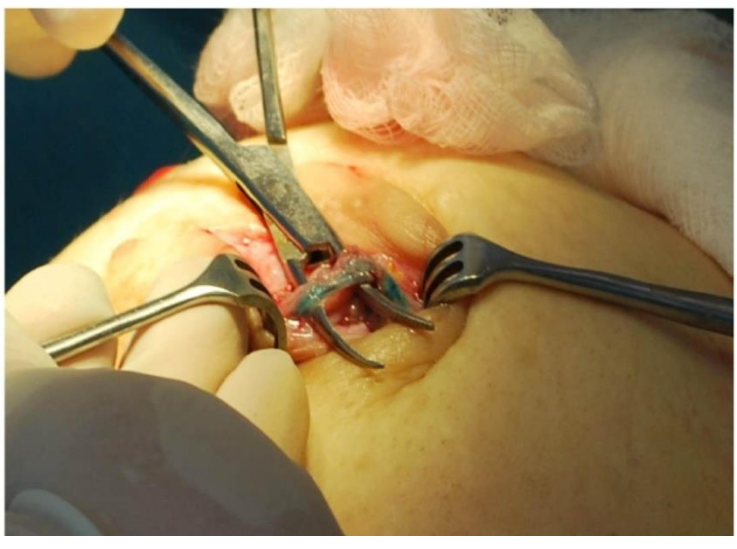
брали на лігатуру з подальшою перев`язкою в місці сходження дольових протоків. Промаркована протокова система за допомогою мало травматичних інструментів з використанням збільшуваної апаратури виділялась у вигляді конусу разом з ураженою частиною тканини залози, при цому намагались не травмувати жирову клітковину.

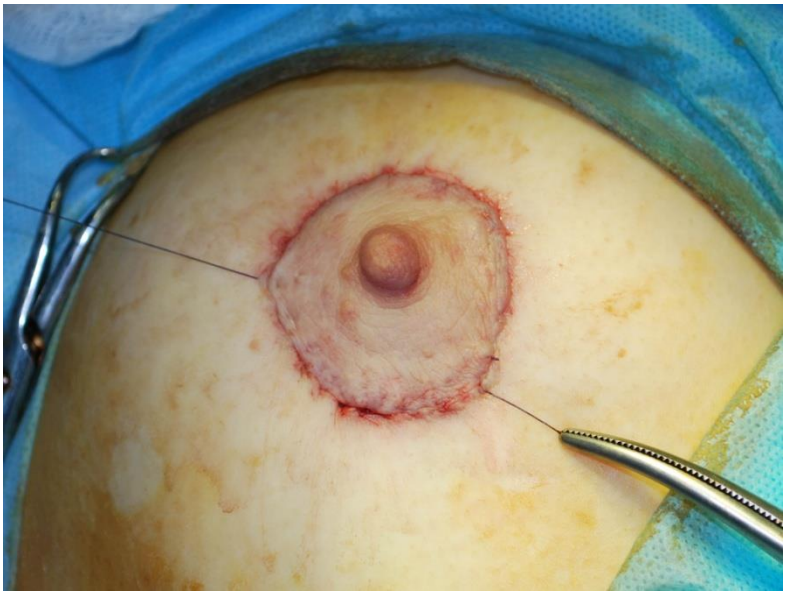
Жировий прошарок залишали без змін. Утворена порожнина рани підлягала ретельному гемостазу з використанням моно або біполярного режимів діатермії. Порожнину рани (власне залозисту тканину) ушивали оберненим до середини вузловими швами з синтетичного атравматичного матеріалу що розсмоктується.

Встановлювали профільний силіконовий дренаж з вакуум-аспіратором. На заключному етапі виконували мастопексію з фіксацією кола ареоли. (мал.3)









РОЗДІЛ 4

Обговорення результатів дослідження.

Всім пацієнткам виконано оперативне лікування на молочних залозах за розробленими методиками. Також для всіх використовували однакову схему антибіотикопрофілактики (Цефуроксим 1,5 в/м через 8 і 16 годин), при виконанні оперативного втручання використовували тільки атравматичний шовний матеріал, що розсмоктується з обов`язковим дренуванням післяопераційної рани.

Пацієнткам середнього віку з фіброаденомами молочних залоз виконували малоінвазивні доступи. Оперативне втручання виконували під місцевою анестезією з трансареолярного доступу. Даний метод дозволив виконувати оперативне втручання на молочній залозі без травмування протоків. Пацієнтки не потребували щоденних перев`язок та знаходження в стаціонарі більше одного дня. Тривалої лімфореї за рахунок мінімальної травматизації МЗ у хворих після проведеного лікування не спостерігали.

Пацієнткам з фіброаденомами старшої вікової групи, а також при вогнищевій кістозній трансформації виконували модифікований варіант секторальної резекції тканини молочної зало зи з циркумареолярною мастопексією, що застосовувалось і при ураженні протокової системи. Подібні операції виконували під місцевою анестезією, видаляли виключно уражену ділянку залозистої тканини, при цьому жирову тканину намагались не травмувати. Операція закінчувалась мастопексією з встановленням через контрапертуру силіконового дренажу з вакуум-аспіратором. Дренаж зазвичай видаляли на 2-3 добу після операції.

Жінки, яким були проведені операції більшого обсягу, потребували тривалого догляду і спостереження. Післяопераційній період у таких хворих супроводжувався помірним больовим синдромом, наявністю ускладнень.

Ускладнення після хірургічного лікування

Метод хірурургічного лікування	Ускладнення у пацієнток після хірургічного лікування			
	Тривалий період лімфореї	Кровотеча з п/о рани	Інфільтрат п/о рани	Крайовий некроз п/о шва
Мініінвазивні операції у пацієнток з фіброаденомами	-	-	2(4,8%)	-
Модифікована секторальна резекція з конусовидною резекцією протокової системи МЗ	2(5,8%)	2(5,8%)	3(8,8%)	-

Післяопераційна кровотеча в першу добу виникла у 2х жінок – проведено ревізії ран. Одній пацієнтці з крайовим некрозом післяопераційного шва була потрібна хірургічна корекція. У всіх інших випадках ускладнення лікували консервативним шляхом.

В досліджених гістологічних зразках злоякісних новоутворень не виявлено, всі препарати були доброякісними з різним ступенем проліфірації.

При виборі методу хірургічного лікування пацієнток дослідної групи ми керувались принципом мінімізації травми органу, а також збереженню естетичного вигляду МЗ та її функції. При аналізі змін показників загального самопочуття встановлено, що зміни в цій підгрупі хворих по трьом періодам виражені не значно що дозволяє зробити висновок про мінімальний вплив операції на загальний стан пацієнток навіть в 3х місячний термін операції.

Пацієнткам старшого віку при плануванні операції враховували додаткові показники стану МЗ з`ясували уподобання та подальші репродуктивні перспективи. Таким пацієнткам проводили більш розширені оперативні

втручання з переважним виконанням мастопексії. Зміни самопочуття у цій підгрупі більш суттєві відносно молодших пацієнток, оскільки більш травматичні операції мали більший відсоток ускладнень, а отже викликали певне обмеження фізичного стану.

Показники фізичного і психічного самопочуття в контрольній групі після оперативного втручання були нижчими за норму та нижчими від показників аналогічного періоду дослідної групи, особливо в 3х місячний термін, що пов`язано з тривалим загоєнням рани, наявністю ускладнень.

Аналіз змін показників задоволеності станом молочних залоз показав зниження показників по трьом критеріям через 3 місяці після оперативного втручання, що на сам перед пов`язано з розчаруванням жінок від зовнішнього вигляду МЗ, не виправданими на їх погляд очікуваннями після операції.

Через 1 рік після операції рівень задоволеності виглядом молочної залози та самовпевненості пацієнток основної групи був вищим ніж до операції, що може свідчити про виправдання і навіть перебільшення очікувань жінок від оперативного втручання, в той же час операції в контрольній групі зменшили рівень задоволеності молочної залози відносно вихідних показників, що може свідчити про загальне невдоволення від естетичних наслідків проведеного хірургічного лікування.

Показники фізичного самопочуття

Вид операції	Період	N	P	Нижня межа	Верхня межа	Критерій Стьюдента
Мініінвазивні оперативні втручання	До операції	51	0,05	52,87	53,41	2,015
	3 місяці		0,05	50,88	51,79	2,015
	1 рік		0,05	56,58	57,2	2,015
Конусовидна резекція протокової	До операції	34	0,05	48,54	51,72	2,179

системи молочної залози	3 місяці		0,05	47,02	50,21	2,179
	1 рік		0,05	51,02	54,03	2,179

Зміни показників задоволеності станом молочних залоз

Критерії Підрахунку	Терміни опитування	Основна група (n=89)		Контрольна група (n=34)	
		Мат.очікування (p=0,05)	Середній бал	Мат.очікування (p=0,05)	Середній бал
Властивості молочних залоз	До операції	3,474 – 3,594	3,534	3,483 -3,82	3,65
	3 місяці після операції	3,202 – 2,427	3,314	2,907 – 3,245	3,076
	1 рік після операції	3,736 – 3,903	3,82	3,128 – 3,473	3,3
Рівень самопевне-ності	До операції	3,505 – 3,665	3,585	3,6 – 3,782	3,69
	3 місяці після операції	3,358 – 3,502	3,43	3,134 – 3,381	3,257
	1 рік після операції	3,711 – 3,861	3,785	3,3 – 3,526	3,412
Важливість загального вигляду МЗ	До операції	3,452 – 3,642	3,547	3,404 – 3,702	3,55
	3 місяці після операції	3,09 – 3,275	3,181	3,14 – 3,409	3,274
	1рік після операції	3,325 – 3,521	3,423	3,134 -3,444	3,289

Враховуючі дані результати, можно стверджувати, що розроблені та використані методики оперативного лікування з впровадженням елементів

пластичної хірургії, покращили безпосередні та віддаленні результати хірургічного лікування пацієнток з ДЗМЗ.

Висновки.

- Традиційна методика секторальної резекції молочної залози погіршує естетичний вигляд молочних залоз: на 10% знижує показник задоволеності властивостями МЗ та на 8 % знижує показник рівня самовпевненості через 1 рік після спостереження.
- Удосконалена та застосована нова методика конусовидної резекції молочної залози з видаленням осередку ураженої тканини разом з протоковою системою і мастопексією, малоінвазивне хірургічне втручання на молочній залозі з трансареолярного доступу.
- Малоінвазивне хірургічне втручання у пацієнток з фіброаденомами молочних залоз є ефективним при виконанні з трансареолярного доступу. Жінкам з внутрішньопротоковими папіломами доцільно виконувати конусовидну резекцію молочної залози з мастопексією.
- Розроблені хірургічні втручання при доброякісних захворюваннях молочних залоз дозволили зменшити післяопераційні ускладнення з 44% до 17% та строки пребування в стаціонарі з 12 до 2 днів.
- Використання запропонованих хірургічних втручань, в порівнянні з секторальною резекцією, покращують якість життя: на 24% через рік після втручання,поліпшується психологічний стан, на 5 % - фізичне самопочуття, на 8% - збільшується показник задоволеності властивостями молочних залоз та на 6% - рівень самооцінки.
- Поєднання пластичних та малоінвазивних методик в хірургії доброякісних захворювань молочних залоз, допомагає зберегти природну форму та функцію молочних залоз, при цьому не впливаючи на радикалізм втручання.

Список використаних джерел

1. Язиков О.В. Оптимізація хірургічної тактики при доброякісних захворюваннях молочної залози з використанням малоінвазивних і пластичних методик / Дисертація – 2015/. –С. 44–49; 56-58; 65-79.

2. Андрющенко В. В. Малоинвазивная хирургия доброкачественных новообразований молочной железы / В. В. Андрющенко, И. М. Лукавенко // Пластична та реконструктивна хірургія: матеріали III з'їзду ВАПРЕХ. – 2008. – Т. 11, № 2 – С. 5.

3. Андрющенко В. В. Онкопластичні операції в лікуванні хворих на полікістоз молочних залоз / В. В. Андрющенко, В. В. Леонов, О. В. Язиков та ін. // Харківська хірургічна школа. – 2012. – № 3. – С. 39-41.

4. Андрющенко О. А. Повторные операции на молочных железах в исходе различных видов эстетической маммопластики: дис…канд. мед. наук: 14.00.27 / Андрющенко Олеся Анатольевна. – Москва, 2007.

5. Антоновская Я. В. Морфологические критерии выбора метода лечения локализованных форм дисгормональной гиперплазии молочных желез у женщин фертильного возраста /Я. В. Антоновская // Здоровье женщины. – 2009. – Т. 4. – С. 122–124.

6. Атлас онкологических операций / [под ред. Б. Е. Петерсона, В. И. Чиссова, А. И. Пачеса]. – М. : Медицина, 1987. – 536 с.

7. Атлас хирургии молочной железы / И. Джатой, М. Кауфманн, Ж. Ив Пети ; пер. с англ. под. ред. Н. И. Рожковой, В.Д. Чхиквадзе. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 144 с.

8. Бабаева Ю. В. Эндопротезирование при устранении дефектов молочной железы и её восстановлении : дис… канд. мед. наук : 14.00.27 / Бабаева Юлия Викторовна. – Москва, 2010. – 99 с.

9. Бабик А. И. Диагностика и лечение фиброаденом молочной железы / А. И. Бабик, А. П. Мартыненко // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2009. – № 9. – С. 54–57.

10. Бурдина Л. М. Практическое руководство. Методы и средства современной рентгенодиагностики заболеваний молочных желез / Л. М. Бурдина, Д. В. Маковкин. – М. : СТРОМ, 2003. – 184 с.

11. Воротников И. К. Листовидные опухоли и саркомы молочных желез: клиника, диагностика, лечение / И. К. Воротников, В. Н. Богатырев, Г. П. Корженкова // Маммология. –2006. – № 1. – С. 29–35.

12. Дубініна В. Г. Оптимізація алгоритму діагностики доброякісних новоутворень молочної залози / В. Г. Дубініна, С. Г. Четверіков, О.В. Заволока та ін. // Хірургія України. – 2013. – № 4. – С. 88 – 91.

13. Егиев В. Н. Эволюция хирургии доброкачественных узловых образований молочной железы / В. Н. Егиев, М. Н Рудакова, Е. А. Зорин // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – № 4. – С. 58–62.

14. Зорин Е. А. Малоинвазивные вмешательства при доброкачественных узловых образованиях молочной железы : дис…кад. мед. наук: 14.00.27 / Зорин Евгений Александрович. – Москва, 2008. – 81 с.

15. Иванова Л. И. Возможности комплексного ультразвукового исследования в комплексной диагностике образований молочных желез: дис...канд. мед. наук : 14.00.19 / Иванова Людмила Игоревна. – СПб., 2007. –197 с.

16. Ильченко Ф. Н. Осложнения и отдаленные результаты хирургического лечения больных с доброкачественными узловыми образованиями молочных желез / Ф. Н. Ильченко, Т. Э. Усманова, А. С. Филатов // Харківська хірургічна школа. – 2014. – Т. 66, № 3. – С. 134–137

17. Каздохова Ж. Х. Особенности хирургической тактики при дисгормональных заболеваниях молочных желез у девушек-подростков : дис. канд. мед. наук : 14.00.27 / Каздохова Жанна Хабасовна. – Нальчик,2005. – 113 с.

18. Коган М. И. Женские сексуальные дисфункции / М. И. Коган, А. Я. Перехов // М. : Практическая медицина, 2011. – 206 с.

19. Куклин И. А. Обоснованность секторальных резекций при диагностике и лечении патологии молочной железы / И. А. Куклин, Е. В. Панферова, Т. Л. Манькова // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2006. – № 6. – С. 65–67.

20. Куклин И. А. Оптимизация хирургического лечения и реабилитация при опухолях молочной железы: дис...докт. мед наук : 14.00.27 / Куклин Игорь Александрович. – Иркутск, 2009. – 167 с.

21. Курс пластической хирургии : Руководство для врачей. Т. II. Молочная железа. Туловище и нижняя конечность. Кисть и верхняя конечность / под ред. К. П. Пшениснова. – Ярославль ; Рыбинск : ОАО «Рыбинский дом печати», 2010. – 665 с.

22. Летягин В. П. Опухоли молочных желез / В.П. Летягин // Маммология. – 2005. – № 1. – С. 14–22.

23. Летягин В. П. Первичные опухоли молочной железы. Практическое руководство по лечению / В. П. Летягин. – М. : Издательство «Миклош», 2004. – 332 с.

24. Летягин В. П. Факторы риска развития рака молочной железы / В. П Летягин., И. В Высоцкая, Е. А Ким // Маммология. –2006. – Т. 4. – С. 10–12.

25. Методы получения материала для цитологической диагностики опухолей: пособие / под ред. Л. С. Болтовой, Т. Н. Тугановой, С. А. Родзаевского и др. – К. : КИМ, 2011. – 112 с.

26. Назаренко І. А. Методи естетичної мамопластики та їхні ускладнення / І. А. Назаренко, В. В. Храпач // Хірургія України. – 2009. – Т. 32, №4. – С. 98–104.

27. Наказ № 554 від 17.09.2007 р. «Про затвердження протоколів

надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія» [Електронний ресурс] / Міністерство охорони здоров'я України. – Режим доступу : http//www.moz.gov.ua.

28. Наказ № 676 від 31.12.2004 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» [Електронний ресурс] / Міністерство охорони здоров'я України. – Режим доступу : http//www.moz.gov.ua.

29. Озерова О. Е. Ультразвуковая маммография (дисплазия и возрастные особенности молочной железы в норме) / О. Е Озерова // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 6. – С. 58–73.

30. Пак Д. Д. Подкожные радикальные мастэктомии с одномоментной маммопластикой при лечении больных раком молочной железы / Д. Д. Пак, Л. И. Захарков, Е. А. Рассказова // Российский онкологический журнал. – 2007. – № 1. – С. 10–12.

31. Петровский Д. А. Осложнения реконструктивно-пластических операций на молочной железе [Електронний ресурс] / Д. А. Петровский, А. А. Васильев, В. В. Рыбачков // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 4. – режим доступа : www.science-education.ru/104- 6902.

32. Петровский Д. А. Оценка качества жизни после реконструктивно-пластических операций у пациенток с новообразованиями молочной железы / Д. А. Петровский // сибирский онкологический журнал. – 2012. – №3. – С. 87–90.

33. Пластическая и реконструктивная хирургия / К. Дж. Габка, Х. Бомерт ; пер. с англ. ; под ред. Н. О. Миланова. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 360 с.

34. Попова Т. Н. Результаты хирургического лечения больных с непальпируемыми доброкачественными опухолями молочных желез Т. Н. Попова, Л. И. Артеменко // Хирургия. –2007. – № 4. – С. 18–21.

35. Присташ Ю. Я. Негормональна реабілітація репродуктивної

системи жінок після хірургічного лікування фіброзно-кістозної мастопатії / Ю. Я. Приставш // З турботою про жінку. – 2014. – № 6. – С. 8 – 10.

36. Родионов В. В. Место органосохраняющих операций в лечении раннего рака молочной железы у пациенток пожилого и старческого возраста / В. В. Родионов, А. А. Мидленко, А. В. Суетин // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2011. – № 4. – С. 8–12.

37. Рожкова Н. И. Лекарственная патогенетическая коррекция доброкачественных заболеваний молочной железы / Н. И. Рожкова, Е. В. Меских, В. П. Бурдина // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2008. – Т. 2. – С. 48–54.

38. Самодай В. Г. Применение метода тонкоигольной аспирационной биопсии под ультразвуковым контролем при заболеваниях молочной железы / В. Г. Самодай, Н. Н. Черногорова, М. С. Тагиева // Прикладные аспекты медицины. – 2005. – Т. 8, № 1. – С. 30–37.

39. Сатыр Н. А. Выбор оптимального срока выполнения секторальной резекции молочной железы при узловой форме мастопатии / Н. А. Сатыр, В. В. Яновой // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2010. – № 5. – С. 126–128.

40. Сотников А. А. Клиническая анатомия сосково-ареолярного комплекса / А. А. Сотников, В. Ф. Байтингер // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2006. – № 2. – С. 22–27.

41. Сухарева Е. А. Современные аспекты проблемы лечения дисгормональной гиперплазии молочной железы / Е. А. Сухарева, С. В. Козлов, А. В. Гайлис // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2010. – № 3. – С. 11–15.

42. Тагиева Т. Т. Доброкачественные узловые образования молочных желез у женщин репродуктивного возраста / Т. Т. Тагиева // Вестник РОНЦ им. Блохина РАМН. –2007. –Т. 18. –№ 4. –С. 54-58.

43. Татарчук Т. Ф. Дисгормональные заболевания молочных желез в

практике гинеколога-эндокринолога / Т. Ф Татарчук., О. А. Ефименко, Н. В. Рось // Эндокринная гинекология (клинические очерки)/ – К. : Заповіт, 2003. – С.147–180.

44. Теплий В. В. Вплив хірургічної корекції косметичних дефектів тулуба на якість життя пацієнтів / В. В. Теплий // Пластична та реконструктивна хірургія. – 2012. – Т. 18, №1. – С. 20–30.

45. Тимербулатов А. Ю. Миниинвазивные методы хирургического лечения узловых форм гинекомастии и мастопатии: дис…канд. мед. наук : 14.00.27 / Тимербулатов Альберт Юнирович. – Уфа, 2010. – 106 с.

46. Успенский Д. А. К вопросу о тактике ведения пациенток с кистами молочных желез в поздний репродуктивный и перименопаузальный период/ Д. А. Успенский, С. А. Ласачко // Здоровье женщины. – 2009. – Т. 38, № 2. – С. 52–55.

47. Фомин Н. Ф. Хирургическая анатомия молочной железы / Н.Ф. Фомин, П. В. Еременко // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2007. – Т. 27, № 3. – С. 3–10.

48. Чистяков С. С. Комплексный подход к лечению фиброзно-кистозной болезни молочной железы / С. С. Чистяков, В. Ю Сельчук, О. П. Гребенникова, В. Е. Шикина и др. // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохона РАМН. – 2006. – Т. 17, № 1. – С. 49–53.

49. Abe H. Invasive ductal carcinoma within a fibroadenoma of the breast / H. Abe, K. Hanasawa, H. Naitoh et al. // Int. J. Clin. Oncol. – 2004. – Vol. 9, №. 4. – P. 334–338.

50. Abu-Rahmeh Z. Invasive ductal carcinoma within fibroadenoma and lung metastases / Z. Abu-Rahmeh, W. Nseir, I. Naroditzky // Int. J. Gen. Med. – 2012. – № 5. – P. 19–21.

51. Achebe J. U. Treatment of unilateral giant fibroadenoma by breast reduction skin incision: the inverted "T" technique / J. U. Achebe, G. E. Njeze, O. R. Okwesili // Niger J. Clin. Pract. – 2014. – Vol. 17, №.1. – P. 46–46.

52. Adhikary S. Endoscopic excision of a fibroadenoma breast: trans

axillary approach / S. Adhikary, S. Sood, K. Dhungel et al. // Kathmandu Univ. Med. J. –2012. – Vol.38, №.10. – P. 106–108.

53. Alderman A. K. Understanding the effect of breast augmentation on quality of life: prospective analysis using the BREAST-Q / A. K. Alderman, J. Bauer, D. Fardo // Plast. Reconstr. Surg. – 2014. – Vol. 133, № 4. – P. 787–795.

54. Al Salamah S. M. Do all fibroadenomas needs surgical excision? / S. M. Al Salamah // JK-Practitioner. – 2006.– Vol. 13, № 2. – P. 75–77.

55. Al. Sarakbi W. Breast papillomas: current management with a focus on a new diagnostic and therapeutic modality [Електронний ресурс] / W. Al Sarakbi, D. Worku, P. F. Escobar // Intern. Seminars in Surg. Oncology. – 2006. – Режим доступу до ресурсу: http://dx.doi.org/10.4061/2010/540590.

56. Amanti C. Periareolar subcutaneous quadrantectomy: a new approach in breast cancer surgery / C. Amanti, A. Moscaroli, M. Lo Russo // G. Chir. – 2002. – Vol. 23. – P. 445–449.

57. Berry M. G. Oncoplastic breast surgery: a review and systematic approach / M. G. Berry, A. D. Fitoussi, B. Curnier, B. // Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery. – 2010. – Vol. 63. – № 8. – P. 1233–1243.

58. Bianchi S. Non-malignant breast papillary lesions – b3 diagnosed on ultrasound – guided 14-gauge needle core biopsy: analysis of 114 cases from a single institution and review of the literature / S. Bianchi, B. Bendinelli, V. Saladino et al. // Pathol. Oncol. Res. – 2015. – Vol. 21, № 3. – P. 535–546.

59. Bieber E. S. Clinical Gynecology / E. S Bieber, S. S. Sanfilippo, I. R Horovits. – Elsevier, 2006. – P. 1003.

60. Bostwick J. III Plastic and reconstructive breast surgery anatomy and physiology, second edition / J. Bostwick. – St. Louis, Missouri: Quality medical publishing, 2000. – 736 p.

61. Buck W. D. Acellular Dermis-Assisted breast reconstruction with the use of crescentric tissue expansion: a functional cosmetic analysis of 40 consecutivepatients / W. D. Buck, H. Kamaldeep, D. DiBardino et al. //Aesthetic Surgery Journal. – 2010. – Vol. 30, № 2. – P. 193–200.

62. Camara O. Surgical management of multiply bilateral fibroadenoma of the breast: The Ribeiro technique, modified by Rezai / O. Camara, A. Egbe // Anticancer research. – 2009. – V. 29. – P. 2823–2826.

63. Cano S. J. Patient-based measures of outcome in plastic surgery: Current approaches and future directions. / S. J. Cano, J. P. Browne, D. L. Lamping // Br. J. Plast. Surg. – 2004. – V. 57, № 1. – P. 1–11.

64. Carty N.S. Management of fibroadenoma of the breast / N. S. Carty, C. Carter, C. Rubin // Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 1995. – Vol. 77. – P. 127–130.

65. Chiummariello S. Breastfeeding after reduction mammaplasty using different techniques / S. Chiummariello, E. Cigna, E. M. Buccheri et al. // Aesthetic Plast. Surg. – 2008. – Vol. 32, № 2. – P. 294–297.

66. Crenshaw S. A. Immediate breast reconstruction with a saline implant and AlloDerm, following removal of a Phyllodes tumor [Електронний ресурс] / S. A. Crenshaw, M. D. Roller, J. K. Chapman // W. J. of Surg. Oncol. – 2011. – Режим доступу до ресурсу: http://www.wjso.com/content/9/1/34.

67. Cruz-Korchin N. Effect of pregnancy and breast feeding on vertical mammoplasty / N. Cruz-Korchin, L. Korchin // Plast. Reconstr. Surg. – 2006. – Vol.117, № 1. – P. 25–29.

68. Debasish D. Multiple Papillomatosis of Breast and Patient's Choice of Treatment / D. Debasish, D. Al-Okati, W. Ismail // Pathology Research International. –2010. – Vol. 2010. – P. 540–544.

69. Deventer P. V. The blood supply to the nipple-areola complex of the human mammary gland / P. V. Deventer // Aesth. Plast. Surg. – 2004. – Vol. 28, № 6. – P. 393–398.

70. Deventer P. V. Vascular Anatomy of the Breast and Nipple-Areola Complex / P. V. Deventer, B. J. Page, F. R. Graewe // Plast. Reconstr. Surg. – 2008. – Vol. 121. – № 5. – P. 1860–1861.

71. Greenberg R. Management of breast fibroadenomas / R. Greenberg, Y. Scornick, O. Kaplan // J. Gen. Intern. Med. – 1998. – Vol. 13, № 9. – P. 640–645.

72. Guillemette C. Genetic Polymorphisms in UGT1A1 and Association with Breast Cancer among African Americans / C. Guillemette, R. C. Millikan, B. Newman et al. // Cancer Research. – 2000. – Vol. 60. – P. 950 – 956.

73. Hallberg G. Effects of pre- and postmenopausal use of exogenous hormones on receptor content in normal human breast tissue: a randomized study / G. Hallberg, I. Persson, T. Naessen et al. // Ginecological Endocrinol. – 2008. – Vol. 24. – P. 475–480.

74. Hartman L. C. Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in women with a family history of breast cancer / L. C. Hartman, T. P. Crotty, J. L. Myers et al. // N. Engl. J. Med. – 2001. – Vol. 245, № 3. – P. 61 – 75.

75. Hefter W. Lactation and Breast-Feeding Ability Following Lateral Pedicle Mammaplasty / W. Hefter, P. Lindholm, O. P. Elvenes // British Journal of Plastic Surgery. – 2003. – Vol. 56, № 8. – P. 746–751.

74. Kaur N. Bilateral Florid Juvenile Fibroadenomas of the Breast in an Adolescent: A Rare Indication for Subcutaneous Mastectomy / N. Kaur, S. Saini, S. Somasekhar // J Pediatr. Adol. Gynecol. – 2015. – Vol. 28, № 5. – P. 135–137.

75. Klassen A. F. Satisfaction and quality of life in women who undergo breast surgery: A qualitative study [Електронний ресурс] / A. F. Klassen, A. L. Pusic, A. Scott // BMC Women's Health. – 2009. – Режим доступу до ресурсу: http://www.biomedcentral.com/1472-6874/9/11.

76. Klijn J. G. Result of the extended series on prophylactic mastectomy versus surveillance in BRCA ½ mutation carriers in Rotterdam // 27th annual San Antonio Breast Cancer Symposium. – 2004. – Vol. 88. – Suppl. Abstr. 10.

77. Korus L. J. Patient-reported outcome measures in reconstructive breast surgery: is there a role for generic measures? / L. J. Corus, T. Cypel, T. Zhong et al. // Plast. Reconstr. Surg. – 2015. – Vol. 135, № 3. – P. 479–490.

78. Kompatscher P. The transareolar incision for breast augmentation revisited / P. Kompatscher, C. Schuler, G. M. Beer // Aesthetic Plast. Surg. – 2004. – Vol. 28, № 2. – P. 70–74.

79. Nakajima H. Arterial Anatomy of the Nipple-Areola Complex /

H. Nakajima, N. Imanishi, S. Aiso // Plastic and Reconstructive Surgery. – 1995. – Vol. 96, № 4. – P. 843–845.

80. Pennisi V. R. Subcutaneous mastectomy and fibrocystic disease of the breast / V. R. Pennisi // Clin. Plast. Surg. – 1976. – Vol. 3, № 2. – P.205–216.

81. Petronella P. The surgical treatment of benign breast lesions in young adolescents / P. Petronella, F. Freda, A. Fiora // Ann. Ital. Chir. – 2012. – Vol. 83. – P. 297–301.

82. Prado A. C. Minimal surgical access to treat gynecomastia with the use of a power-assisted arthroscopic-endoscopic cartilage shaver. / A. C. Prado, P. F. Castillo // Plast. Reconstr. Surg. – 2005. – Vol. 115, №3. – P. 939–942.

83. Pusic A. L. Measuring quality of life in cosmetic and reconstructive breast surgery: a systematic review of patient-reported outcomes instruments / A. L. Pusic, C. M. Chen, S. Cano et al. // Plastic and reconstructive Surgery. – 2007. – Vol. 120, № 4. – P. 823–837.

84. Sarrabayrouse M. Versatility of the 360 degrees periareolar approach for the treatment of mammary pathology / M. Sarrabayrouse, H. Loustau, H. F. Mayer // Aesthetic Plast. Surg. – 2006. – Vol. 30, № 1. – P. 9–14.

85. Schlenz I. Alteration of nipple and areola sensitivity by reduction mammaplasty: a prospective comparison of five techniques / I. Schlenz, S. Rigel, M. Schemper // Plast. Reconstr. Surg. – 2005. – Vol. 115. – P. 743–751.

86. Sklair-Levy M. Incidence and management of complex fibroadenomas / M. Sklair-Levy, T. Sella, T. Alweiss et al. // AJR Am. J. Roentgenol. – 2008. – Vol. 190, № 1. – P. 214 – 218.

87. Smith G. E. Ultrasound diagnosis of fibroadenoma – is biopsy always necessary / G. E. Smith, P. Burrows // Clin. Radiol. – 2008. – Vol. 63, № 5. – P. 511–515.

88. Smith R. L. Evaluation and management of breast pain / R. L. Smith, S. Pruthi, L. A. Fitzpatrick // Mayo. Clin. Proc. – 2004. – Vol. 79. – P. 353–372.

89. Thoma A. Methodology and measurement properties of health-related quality of life instruments: a prospective study of patients undergoing breast reduction

surgery / A. Thoma, S. Sprague, K. Veltri et al. // Health Qual. Life Outcomes. – 2005. – Vol.22, № 3. – P. 3–44.

90. Thompson P. A., Ambrosone C. Molecular Epidemiology of Genetic Polymorphisms in Estrogen Metabolizing Enzymes in Human Breast Cancer / P. A. Thompson, C. Ambrosone // Journal of the National Cancer InstituteMonographs. – 2000. – Vol. 27. – P. 125–134.

91. Ugburo A. O. Differential diagnosis and management of giant fibroadenoma: comparing excision with reduction mammoplasty incision and excision with inframammary incision / A. O. Ugburo, T. O. Olajide, I. O. Fadeyibi et al. // J. Plast. Surg. Hand. Surg. – 2012. – Vol. 46, № 5. – P. 354–358.

92. Unukovych D. Physical therapy after prophylactic mastectomy with breast reconstruction: a prospective randomized study / D. Unukovych, H. Johansson, E. Johansson et al. // Breast. – 2014. – Vol. 23, № 4. – P. 357–363.

93. Verkooijen H. M. Diagnosing non-palpable breast disease: short-term impact on quality of life of large-core needle biopsy versus open breast biopsy / H. M. Verkooijen, E. Buskens, P. H. Peeters et al. // Surgical Oncology. – 2002. – № 10. – P. 177–181.

94. Yamaguchi S. Endoscopy-assisted subcutaneous mastectomy and immediate breast reconstruction for breast cancer: advantage of the posterior approach / S. Yamaguchi, T. Asao, N. Uchida et al. // Int. Surg. – 2008. – Vol. 93, № 2. – P. 99–102.