

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Язиков Олександр Валерійович

УДК:618.19-006.03-089.81-089.844(043.3)

**ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ДОБРОЯКІСНИХ
ЗАХВОРЮВАННЯХ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ З ВИКОРИСТАННЯМ
МАЛОІНВАЗИВНИХ І ПЛАСТИЧНИХ МЕТОДИК**

14.01.03 – хірургія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Харків – 2015

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Медичному інституті Сумського державного університету.

Науковий керівник – доктор медичних наук, професор
Леонов Василь Васильович, Медичний інститут Сумського державного університету МОН України, завідувач кафедри хірургії з дитячою хірургією з курсом урології.

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор
Храпач Василь Васильович, Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця МОЗ України, професор кафедри хірургії № 4;

доктор медичних наук, професор
Тарабан Ігор Анатолійович, Харківський національний медичний університет МОЗ України, професор кафедри хірургії № 1.

Захист відбудеться «___» _____ 2015 р. о _____ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д. 64.600.01 при Харківському національному медичному університеті МОЗ України за адресою: 61022, м. Харків, проспект Леніна, 4.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Харківського національного медичного університету МОЗ України (61022, м. Харків, проспект Леніна, 4).

Автореферат розісланий «___» _____ 2015 р.

Вчений секретар спеціалізованої вченої ради д.мед.н., професор

О.В. Мерцалова

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Доброякісні захворювання молочних залоз (ДЗМЗ) досить поширені серед жіночої популяції світу (С. N. Chinyama, 2014). В Україні за різними статистичними даними біля 70% жінок страждають на різні форми мастопатії. Пік захворюваності припадає на репродуктивний і працездатний вік жінок (Т. Ф. Татарчук, 2007; Д. А. Успенский, 2009; Ю. Я Присташ, 2014). Доброякісні захворювання молочних залоз мають різні за клінічним перебігом і проліферативною активністю нозологічні форми (S. E. Singletary, 2004; E. S. Bieber, 2006). Можливість проліферативних змін у доброякісних новоутвореннях збільшує ризик розвитку раку молочних залоз (РМЗ) майже у 30 разів (В. П. Летягин, 2005; Т. Т. Тагіева, 2007).

Отже питання своєчасного виявлення і лікування передпухлинних новоутворень молочних залоз (МЗ) є важливим фактором зниження захворюваності на рак молочної залози серед жіночої популяції, проте загальноприйнятих стандартів лікування цих захворювань немає. У практичній роботі деякі лікарі призначають значну кількість медикаментозних засобів, у той час як інші вважають, що мастопатія взагалі не потребує лікування (А. І. Бабик, 2009; S. M. Al Salamah, 2006).

Відсутність єдиної тактики ведення хворих на різних етапах надання спеціалізованої медичної допомоги не сприяє досягненню оптимальних результатів, а тому потребує впровадженню нових діагностичних, лікувальних і профілактичних підходів для вирішення цієї проблеми.

Враховуючи репродуктивний вік пацієнток із доброякісними захворюваннями молочних залоз, актуальність хірургічного лікування зі збереженням функції і естетичного вигляду молочних залоз цілком очевидна (D. S. Chang, 2007; O. Samara, 2009). Виконання традиційної секторальної резекції у жінок дітородного віку призводить до порушення лактаційної функції молочної залози, а грубе травмування протокової системи веде до прогресування хвороби з утворенням солітарних кіст, ділянок ущільнення тканини залози, множинної кістозної проліферації з розвитком ділянок атипії аж до розвитку рубцевого раку молочної залози (В. В. Храпач, 2010; Б. О. Дружков, 2011).

У переважній більшості випадків видалення сектору МЗ хірургами виконується з огляду на розміщення патологічного процесу, широким доступом, без урахування естетичних наслідків. Деформація молочної залози, втрата її природного вигляду після подібних оперативних втручань значно погіршує якість життя пацієнток, а у деяких випадках призводить до соціальної дезадаптації (В. Н. Егієв, 2007).

Незважаючи на існування значної кількості методик пластичного моделювання молочної залози, можливість їх використання у хворих на ДЗМЗ значно обмежена (С. Amanti, 2002; M. V. Menke-Plugmers, 2007). зазвичай хірурги прагнуть досягти радикального лікувального ефекту, а не естетичних результатів операції. Проте потреби сучасного суспільства та сучасної жінки, зокрема, спонукають до активного впровадження пластичної хірургії у лікувальний процес.

Викладене обґрунтовує необхідність проведення наукових досліджень, спрямованих на з'ясування можливостей та ефективності використання методів пластичних операцій у хворих на ДЗМЗ. Вивчення особливостей хірургічної тактики, що визначає метод хірургічного лікування жінок, хворих на ДЗМЗ, є актуальною і недостатньо вирішеною проблемою, що свідчить про доцільність цієї наукової роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота є фрагментом комплексної теми Медичного інституту Сумського державного університету «Наукове обґрунтування покращення якості медичної допомоги та стану здоров'я населення» (№ державної реєстрації 0110U007572).

Мета дослідження. Поліпшити результати хірургічного лікування хворих на доброякісні захворювання молочних залоз та покращити естетичні наслідки шляхом застосування малоінвазивних і пластичних методик.

Завдання дослідження:

1. Дослідити причини ускладнень, що виникають після секторальної резекції МЗ та їх вплив на якість життя пацієнток із доброякісними захворюваннями молочних залоз.

2. Визначити роль методів візуалізації доброякісних захворювань молочних залоз у попередженні розвитку післяопераційних ускладнень.

3. Визначити показання до виконання операцій із застосуванням малоінвазивних і пластичних методик у хірургії доброякісних захворювань молочної залози.

4. Розробити методики операцій на молочної залозі з використанням елементів малоінвазивної і пластичної хірургії.

5. Провести порівняльний аналіз безпосередніх результатів секторальної резекції та розроблених методик хірургічного лікування пацієнток з доброякісними захворюваннями молочних залоз.

6. Вивчити вплив розроблених операцій на естетичну і обумовлену здоров'ям складову якості життя.

Об'єкт дослідження – доброякісні захворювання молочних залоз.

Предмет дослідження – лікувальна тактика при доброякісних захворюваннях молочних залоз із застосуванням методів малоінвазивної і пластичної хірургії.

Методи дослідження: загальноклінічні, лабораторні, рентгенологічні, ультразвукові, гістологічні, статистичні.

Наукова новизна. У дисертації набуло подальшого розвитку дослідження особливостей стану хворих, оперованих із приводу доброякісних захворювань молочних залоз. Встановлено, що збільшення об'єму резекції МЗ до 1 квадранта в 2,5 рази підвищує ризик післяопераційних ускладнень.

Встановлено, що секторальна резекція молочної залози у віддаленому післяопераційному періоді на 10% знижує задоволеність властивостями молочних залоз і на 8% рівень самовпевненості.

Уточнені наукові дані про те, що впроваджені методики оперативних втручань з елементами пластичної хірургії при доброякісних захворюваннях молочних залоз у віддалений період на 24% поліпшують психологічний стан жінок,

на 5% – фізичне самопочуття, збільшують задоволеність властивостями молочних залоз на 8% і рівень самооцінки – на 6%.

Доповнені наукові дані з розроблення методики малоінвазивного хірургічного втручання, що полягає у видаленні новоутворень із трансареолярного операційного доступу.

Доповнені наукові дані щодо способу резекції молочної залози, який полягає у видаленні конусовидної форми ділянки залози з пластичним моделюванням залишкової тканини і мастопексією.

Доповнені наукові дані з розроблення методики підшкірної мастектомії, що передбачає видалення всієї ураженої тканини молочної залози з одномоментним алопротезуванням силіконовим імплантатом, розташованим у закритому субмускулярному кармані.

Доповнені наукові дані про те, що полікістозне ураження молочних залоз у 37% випадків поєднується з проліферативно-дегенеративними змінами тканини.

Практичне значення отриманих результатів. Розроблено та запропоновано в практику методику малоінвазивного хірургічного втручання, яке полягає у видаленні новоутворення через трансареолярний розріз (деклараційний патент України № 84896 від 11.11.2013), а також хірургічний інструмент, що дозволяє видаляти новоутворення в умовах обмеженого доступу (деклараційний патент України № 83923 від 10.10.2013).

Розроблено спосіб резекції молочної залози, який передбачає видалення ураженої тканини молочної залози разом із протоками у вигляді конусу з виконанням циркумареолярної мастопексії (деклараційний патент України № 83922 від 10.10.2013).

Розроблено та впроваджено у практику спосіб підшкірної мастектомії з одночасним протезуванням силіконовими імплантатами при тотальному полікістозному ураженні молочних залоз (деклараційний патент України № 839654 від 10.10.2013).

Розроблено програму диференційованого хірургічного лікування жінок із ДЗМЗ залежно від нозологічної форми і віку пацієнток, що дозволило виконувати молодим пацієнткам малотравматичні операції, без пошкодження протоків і порушення форми МЗ, а пацієнткам старше 35 років виконувати резекцію МЗ з мастопексією, поліпшуючи естетичний вигляд молочних залоз.

Розроблено алгоритм передопераційної підготовки пацієнток із ДЗМЗ із використанням УЗД, що дозволило визначати об'єм тканин для видалення та обирати методику хірургічного втручання з метою попередження післяопераційних ускладнень. Основні положення дисертаційної роботи та наукові розробки впроваджені у навчальний процес студентів і лікарів-інтернів кафедри хірургії з дитячою хірургією з курсом урології Медичного інституту Сумського державного університету, а також у практику лікарняних закладів м. Суми.

Особистий внесок здобувача. Дисертантом проведені інформаційний пошук, аналіз джерел літератури, планування мети і завдань дослідження, вибір методів дослідження, підготовка фотоматеріалів та малюнків, аналіз і систематизація результатів хірургічного лікування пацієнток із доброякісними захворюваннями молочних залоз, обґрунтування висновків та практичних

рекомендацій. Дисертант приймав участь у хірургічному лікуванні хворих, а 30% від загальної кількості операцій виконав самостійно. Патентний пошук виконано дисертантом самостійно.

Апробація результатів роботи. Основні положення й результати наукової праці доповідалися і обговорювалися на: III Міжнародному науково-практичному семінарі, присвяченому Всесвітньому дню боротьби з раком (м. Київ, 2012), науково-практичній конференції за міжнародної участі «Актуальні питання невідкладної хірургії» (м. Харків, 2013 – 2014.), I та II Міжнародних науково-практичних конференціях студентів та молодих учених «Актуальні питання теоретичної та практичної медицини» (м. Суми 2013 – 2014), IV з'їзді Всеукраїнської асоціації пластичних, реконструктивних та естетичних хірургів «Актуальні питання пластичної, реконструктивної та естетичної хірургії» (м. Київ, 2014).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 25 наукових робіт, із них 7 статей у фахових наукових виданнях України; 2 статті – у виданнях, які реферуються базою Scopus, 2 – у зарубіжних виданнях, 10 публікацій у вигляді тез доповідей наукових конференцій та конгресів. Отримано 4 деклараційні патенти України на корисну модель.

Обсяг і структура дисертації. Дисертаційна робота викладена на 153 сторінках друкованого тексту, складається з наступних розділів: вступу, огляду літератури, матеріалів і методів дослідження, результатів дослідження та їх обговорення, висновків, практичних рекомендацій. Список використаних джерел містить 182 джерела. Робота ілюстрована 33 таблицями, 47 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи досліджень. В основу роботи покладено результати хірургічного лікування 151 пацієнтки з доброякісними захворюваннями молочних залоз віком від 17 до 63 років за період із січня 2008 до листопада 2013 року, яких обстежували та лікували в Сумському обласному клінічному онкологічному диспансері.

Усі хворі залежно від комплексу лікувальних заходів були поділені на 2 групи. Основну групу становили 106 жінок, яким було реалізовано модифіковану лікувальну програму: 46 пацієнткам молодого віку виконано малоінвазивні операції з трансареолярного доступу, 27 пацієнткам виконано конусовидну резекцію МЗ із мастопексією, 14 хворим із ВПП виконано резекцію протокової системи МЗ з мастопексією, пацієнткам з полікістозом МЗ проведено редуційні мамопластики і мастектомії з одномоментним ендопротезуванням силіконовими імплантатами. Групу порівняння становили 45 жінок, які перенесли стандартну секторальну резекцію МЗ (таблиця 1).

Таблиця 1

Розподіл хворих за методом хірургічного лікування

	Операції у пацієток із ДЗМЗ	n	Вік (роки)
Основна група	Малоінвазивне хірургічне втручання	46	27,1±2,1
	Конусовидна резекція МЗ	27	41,6±2,7
	Конусовидна резекція протокової системи МЗ	14	42,5±6,5
	Редукційна мамопластика (за McKissock, L. Benelli)	8	44±2,7
	Підшкірна мастектомія з одномоментним ендопротезуванням силіконовими імплантатами	11	42,8±2,5
Група порівняння	Секторальна резекція МЗ	45	36,6±2,0
Разом		151	36,1±2,0

Усі пацієнтки основної групи залежно від превалювання того чи іншого патологічного процесу були поділені на 3 нозологічні підгрупи (таблиця 2).

Таблиця 2

Розподіл хворих за нозологічними формами ДЗМЗ

Вік, роки	Основна група (n = 106)			Група порівняння (n = 45)		
	ФА	ФКМ та ВПП	Інші ДЗМЗ	ФА	ФКМ та ВПП	Інші ДЗМЗ
До 20	9	–	–	2	1	–
21–30	25	1	–	10	2	–
31–40	16	14	–	9	2	1
41–50	8	24	2	2	9	1
51–60	2	3	1	2	4	–
Старше 60	–	1	–	–	–	–
Разом	60 (56,7%)	43 (40,5%)	3 (2,8%)	25 (55,5%)	18 (40,0%)	2 (4,5%)

Пацієнтки основної групи і групи порівняння за нозологічними формами захворювань і віком не мали статистичних відмінностей.

Більше ніж у половини пацієток обох груп – 80 (52,9%), патологічний процес був розташований у верхніх відділах молочної залози. Тотальне ураження паренхіми залози спостерігалось лише у 15 (14,1%) пацієток основної групи, для інших локалізацій частота розподілу серед пацієток обох груп не мала значущих відмінностей.

Для вирішення поставлених завдань ми досліджували:

- структуру захворювань, особливості тактики лікування пацієнток залежно від установленого 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.

Обстеження і підготовку хворих до оперативного втручання проводили згідно зі стандартами надання спеціалізованої медичної допомоги, регламентованими МОЗ України (Наказ № 676 від 31.12.2004 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», Наказ № 554 від 17.09.2007 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія»).

Усім жінкам проводилось ультразвукове дослідження (УЗД) молочних залоз і підпахвових лімфатичних вузлів на апараті Toshiba Nemio XG SSA-580A, 6-12MHz, Japan, 27 (25,5%) пацієнткам із виявленими новоутвореннями виконано тонкоголкову пункційну аспіраційну біопсію під контролем УЗД. Серед досліджених цитологічних зразків не виявлено клітин злоякісних новоутворень. Солітарні кістозні новоутворення додатково склерозували 96% розчином етилового спирту.

Мамографічне дослідження проведено 42 (39,6%) жінкам основної групи старше 40 років і 2 (1,8%) пацієнткам у віці 38 та 39 років. Для кожної молочної залози виконували стандартні знімки в медіолатеральній та краніокаудальній проекціях на апараті Hologic MIV з дігітайзером Kodak Direct View Classic CR, USA. Двом жінкам виконано трепан-біопсію з гістологічним дослідженням отриманих препаратів, що виявило проліферативну форму мастопатії. Для 1 пацієнтки з гелеомами МЗ та 1 хворої з філоїдними фіброаденомами великих розмірів проведено обстеження на магнітнорезонансному томографі Toshiba Excelart Vantage XGV 1,5T, Japan.

Після встановлення діагнозу доброякісного захворювання молочної залози вирішували питання про доцільність операції. Пацієнткам із солідними доброякісними новоутвореннями, що прогресивно збільшувалися впродовж останнього року спостереження, пропонували хірургічне лікування. Також операцію пропонували жінкам із вогнищевою або тотальною кістозною трансформацією молочних залоз, за неефективності консервативної терапії.

План хірургічного лікування полягав у повторному огляді, бесіді з пацієнткою, з'ясуванні її потреб та побажань. Проводили оцінювання стану шкірних покривів, еластичності тканин ареоли, розміщення сосків, ступеня птозу молочних залоз, складали проект пластичного етапу операції з можливістю редукції або мастектомії з реконструкцією молочної залози силіконовими імплантатами.

У день операції під контролем УЗД проводили передопераційну розмітку на шкірі МЗ з точною локалізацією новоутворення, або патологічного вогнища. При солідних доброякісних новоутвореннях встановлювали маркер Mammozer N21G

(Italy) в саме новоутворення, або біля нього в тканину молочної залози. Маніпуляцію виконували під контролем УЗД, із використанням місцевої анестезії.

Видалені новоутворення, а також тканину залози всіх пацієток направляли на патоморфологічне (гістологічне) дослідження в Сумське обласне патологоанатомічне бюро.

Безпосередні результати хірургічного лікування оцінювали за наявності ускладнень серед пацієток обох груп. Для дослідження віддалених результатів вивчали вплив операцій на якість життя хворих.

Для дослідження якості життя ми використовували опитувальник SF-36v2™ (The Short Form Medical Study, USA) для дослідження змін показників фізичного і психічного самопочуття та опитувальник задоволеності виглядом грудей BEQ (Breast Evaluation Questionnaire, USA). Жінки заповнювали анкети в день перед хірургічним втручанням, через 3 місяці та 1 рік після операції.

Обробка отриманих даних опитувальника SF-36v2™ проводилась з формуванням 8 бальних шкал оцінювання самопочуття. Додатково розраховували мінімально важливу різницю (MBP), що повинна становити ≥ 2 бали. Обробку даних опитувальника BEQ проводили за методом Likert із дослідженням рівнів показників задоволеності властивостями МЗ, самооцінки та важливості загального вигляду. Стосовно кожного параметра для кожної пацієтки підраховували середній бал, що був середнім арифметичним від суми балів, одержаних в результаті відповідей.

У роботі використовували тест Колмогорова – Смірнова для визначення нормального розподілу у вибірках. Порівнювали середні значення з використанням t-критерію Стьюдента (для вибірок, які мають правильний розподіл), тест χ^2 (для вибірок, що не підпорядковуються гауссівському розподілу). Виконували кореляційний аналіз Спірмана. Відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$. Статистичну обробку даних виконували з використанням ліцензованої програми Microsoft Office Excel 2007 та IBM SPSS Statistics 20.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усім 45 пацієткам групи порівняння виконані стандартні секторальні резекції МЗ. Доведено, що частота виникнення післяопераційних ускладнень після секторальної резекції корелює з обсягом операції. При видаленні новоутворення більше 20 см³ або сектора МЗ об'ємом до 1 квадранта ризик ускладнень збільшується у 2,5 раза.

Дослідження впливу хірургічного втручання на якість життя пацієток групи порівняння показало, що секторальна резекція істотно знижує показники фізичного і психічного самопочуття ($t = 5,89$; $p < 0,001$; MBP = 5,3 та $t = 2,45$; $p = 0,018$; MBP = 2,2 відповідно для PCS і MCS), а також рівень естетичного задоволення виглядом грудей в перші 3 місяці після операції (3,65 проти 3,07 та 3,69 проти 3,25 балів до операції та через 3 місяці відповідно для задоволеності властивостями і рівня самовпевненості, $p < 0,001$) (таблиця 3).

Таблиця 3

Середні значення показників якості життя пацієнок після секторальної резекції МЗ за 3 періоди опитування.

Показник якості життя (бали)	Термін опитування		
	до операції	3 місяці після операції	1 рік після операції
PCS (фізичне здоров'я)	* 51,9 ± 1,66	* 46,56 ± 1,93	50,82 ± 1,64
MCS (психічне здоров'я)	* 46,08 ± 1,71	* 43,85 ± 2,02	47,75 ± 1,5
Задоволеність властивостями грудей	* 3,65 ± 0,16	* 3,07 ± 0,17	* 3,3 ± 0,17
Рівень самооцінки	* 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
<i>Довірчі інтервали для математичного сподівання 95% (*p<0,05 відносно базового рівня)</i>			

Дані щодо погіршення обумовленої здоров'ям якості життя в перший тиждень після відкритої ексцизійної біопсії доброякісних новоутворень МЗ також наводить Н. М. Verkooyen (2002). У ранній післяопераційний період автор відзначає зниження насамперед таких показників фізичного самопочуття, як PCS, BP і PF, SF.

Аналіз змін сумарних показників фізичного і психічного самопочуття пацієнок групи порівняння через 1 рік після хірургічного втручання не виявив статистично значущих відмінностей зі станом до операції (51,9 проти 50,8 та 46,08 проти 47,7 бали; $p = 0,32$ та $p = 0,1$ для PCS і MCS відповідно, MBP < 2 для обох показників). У той самий час показники естетичного задоволення станом молочних залоз через 1 рік після операції були достовірно нижчими, ніж значення до хірургічного втручання: на 10% знизився показник задоволеності властивостями молочних залоз і на 8% ($p < 0,01$) знизився показник рівня самооцінки (3,3 проти 3,65 та 3,4 проти 3,69 бала до операції для показників задоволеності властивостями грудей і рівня самовпевненості відповідно).

Таким чином, дослідження якості життя пацієнок після секторальної резекції свідчить про відсутність змін фізичного та психічного самопочуття через 1 рік після операції. Проте показники естетичної складової якості життя через 1 рік після втручання достовірно знизилися, що свідчить про загальне незадоволення естетичними наслідками секторальної резекції.

Деякою мірою наші результати дослідження якості життя після секторальної резекції збігаються з даними Р. G. Domeyer (2010) після проведення ексцизійної вакуум-асистованої біопсії новоутворень, що не пальпуються. Проведене анкетування опитувальниками SF-36 та EQ-5D через 4 дні та 18 місяців після операції показало погіршення сумарного показника фізичного здоров'я, а також посилення больових відчуттів у ділянці післяопераційного рубця і пригнічення життєвої активності через 1,5 року.

Враховуючи те, що осяг хірургічного втручання на молочній залозі безпосередньо корелює з розвитком ускладнень, ми розробили програму комплексної доопераційної підготовки стосовно пацієток із ДЗМЗ. Передопераційні заходи були спрямовані на зменшення травматичного впливу операцій та попередження можливих ускладнень і включали в себе визначення точної локалізації новоутворення за допомогою УЗД за 30 хв до хірургічного втручання, розрахунок об'єму тканин для резекції і меж деєпідермізації для виконання мастопексії за математичною формулою. Відсутність бажаного естетичного ефекту від секторальної резекції спонукала до пошуку нових методик хірургічного лікування ДЗМЗ. У нашому баченні таке завдання повинне вирішуватися виключно з урахуванням індивідуальних особливостей захворювання жінки, її віку, стану молочних залоз та клінічного перебігу захворювання.

Молодим пацієткам основної групи з фіброаденомами МЗ, які ще не народжували або планували вагітність у майбутньому, виконували малоінвазивні хірургічні втручання з трансареолярного доступу (патент України № 84896, опубл. 11.11.2013 р., бюл. № 21 «Спосіб профілактики лактаційної дисфункції в хірургічному лікуванні доброякісних новоутворень молочних залоз»). Такі операції виконані 46 пацієткам середнім віком $27,1 \pm 2,1$ року. Хірургічні втручання виконувались під місцевою анестезією з використанням розробленого інструменту для роботи в умовах обмеженого простору (патент України № 83923, опубл. 10.10.2013 р., бюл. № 19 «Хірургічний інструмент для фіксації і утримання тканини молочної залози»). Пацієткам із внутрішньопротоковими папіломами виконували розроблену конусовидну резекцію протокової системи МЗ. Таке втручання проведене 14 пацієткам середнім віком $42,5 \pm 6,5$ року (патент України № 83922, опубл. 10.10.2013 р., бюл. № 19 «Спосіб оперативного лікування доброякісних захворювань протокової системи молочної залози»). Цю методику використовували також у хворих із проявами ФКМ у вигляді вогнищевих кістозних і проліферативних змін МЗ, а також у жінок старшого віку з фіброаденомами. Дане хірургічне втручання на МЗ виконане 27 пацієткам середнім віком $41,6 \pm 2,7$ року.

Жінкам із полікістозними змінами на фоні ФКМ виконували реконструктивно-пластичні втручання – 8 жінкам проведено редуційну мамопластику (середній вік $44 \pm 2,75$ року), 11 пацієткам виконано підшкірну мастектомію з одномоментним ендопротезуванням силіконовими імплантатами, середній вік становив $42,8 \pm 2,5$ року (патент України № 839654, опубл. 10.10.2013 р., бюл. № 19 «Спосіб підшкірної мастектомії з одномоментним субмускулярним ендопротезуванням молочних залоз силіконовими імплантатами»).

Серед видалених новоутворень, а також тканини молочної залози ознак злякисних захворювань не виявлено. Понад 20% (10 із 49) зразків тканини і новоутворень, отриманих після операцій у хворих на ФКМ, мали виражену часточкову і протокову проліферацію. У 6 жінок із 16 (37,5%), які мали полікістозні зміни МЗ, під час дослідження виявили проліферативно-дегенеративні зміни тканини. Наші результати доповнюють дані V. Nabor (2010) та R. M. Jales (2012) про існування підвищеної проліферативної активності тканини МЗ та ризику розвитку РМЗ у жінок на фоні полікістозних змін молочних залоз. Загальний відсоток зразків препаратів з проліферативними формами новоутворень був вищим

в основній групі – 13,1% (18) проти 8,7% (4) в групі порівняння, проте статистично достовірної різниці між числом проліферативних форм не виявлено ($\chi^2 = 0,64$; $p = 0,55$).

Аналіз безпосередніх результатів базувався на вивченні ускладнень серед пацієток обох груп залежно від виду хірургічного втручання, нозологічної форми захворювання, віку та розміщення патологічного вогнища.

Сумарний відсоток ускладнень у пацієток групи порівняння становив 44,4% (20 із 45 хворих). Серед них у 9 (20%) спостерігали лімфорею тривалістю більше 2 тижнів, інфільтрат післяопераційної рани, що діагностували за набряком шкіри і підшкірно-жирової клітковини – у 6 жінок (13,3%), розходження країв післяопераційної рани – у 4 (8,9%), нагноєння післяопераційної рани було у 1 пацієтки (2,2%).

У хворих основної групи сумарний відсоток ускладнень становив 17% (18 із 106 жінок). Серед них лімфорею тривалістю більше 2 тижнів спостерігали у 6 (5,6%) пацієток, 7 (6,6%) хворих мали інфільтрат післяопераційної рани, у 2 (1,9%) пацієток розвинулася кровотеча з післяопераційної рани на 2-гу добу, у 3 (2,9%) хворих виник крайовий некроз післяопераційного шва.

Загальна частота виникнення ускладнень в основній групі була у 2 рази меншою, ніж в групі порівняння ($\chi^2 = 12,65$; $p < 0,001$).

У структурі ускладнень в основній групі найбільший відсоток був у пацієток після мастектомій (45,5%), найменший – після малоінвазивних операцій (4,3%). На високий показник ускладнень після реконструктивних операцій вказує також С. М. Chen (2009). Автор зазначає, що при одномоментних реконструктивних операціях на молочній залозі ускладнення, серед яких крайовий некроз післяопераційного шва, розходження країв післяопераційної рани, некроз САК і тривала лімфорея, становлять майже 50% випадків.

Лімфорею в 3 рази частіше спостерігали серед пацієток групи порівняння ($\chi^2 = 7,26$; $p = 0,006$), яким виконана класична секторальна резекція, в той час як частота виникнення інфільтрату післяопераційної рани не мала статистичної різниці серед жінок обох груп ($\chi^2 = 1,81$; $p = 0,2$). Літературні дані щодо частоти виникнення лімфореї після секторальної резекції МЗ суперечливі. Так, Н. А. Сатир (2010) зазначає, що лімфорея ускладнює післяопераційний період в 40% випадків. Проте Д. А. Петровський (2012) повідомляє про достатньо низький показник цього ускладнення – в 0,6% випадків, В.В. Родіонов (2011) наводить дані в 6% ускладнень після секторальної резекції. В групі порівняння ми спостерігали тривалу лімфорею в кожній 5-ї пацієтки (20%), що не збігається з літературними даними.

Серед пацієток віком до 30 років ускладнення у 5 разів частіше виникали в групі порівняння ($\chi^2 = 6,65$; $p = 0,01$), а у віці 31 – 40 років таких випадків у групі порівняння було у 2,5 рази більше ($\chi^2 = 4,92$; $p = 0,026$).

У 14,8% (8 із 54) жінок основної групи спостерігали ускладнення при локалізації новоутворень в верхніх квадрантах МЗ, це у 3 рази менше ($\chi^2 = 11,24$; $p < 0,001$) ніж у групі порівняння, – 43,4% (15 із 31). Менший відсоток ускладнень був також і у пацієток із фіброаденомами молочних залоз, оперованих за

розробленими методиками (6,6% проти 36,0% відповідно для основної і порівняльної груп).

Достовірно більший відсоток ранніх післяопераційних ускладнень у молодих жінок після секторальної резекції, а також розвиток їх після хірургічного доступу в верхніх квадрантах МЗ істотно збільшує ризик розвитку косметичних дефектів молочної залози, що доведено в дослідженні якості життя пацієнток групи порівняння.

Розвиток ускладнень у пацієнток обох груп корелював із терміном їх перебування в стаціонарі: середній ліжко-день для пацієнток основної групи становив $2,4 \pm 0,4$ дня (від 1 до 9 днів), що з великою часткою статистичної достовірності менше за аналогічний показник групи порівняння – $12 \pm 1,2$ дні (від 2 до 24 днів), $p < 0,001$.

Таким чином, безпосередні результати хірургічного лікування кращі в основній групі хворих на ДЗМЗ, яким були виконані розроблені хірургічні втручання.

Базовий рівень показників естетичної та обумовленої здоров'ям складової якості життя у пацієнток основної групи статистично не відрізнявся від такого в групі порівняння. Через 3 місяці після операції переважало зниження показників якості життя серед пацієнток основної групи. Сумарний показник фізичного самопочуття знизився відносно базового рівня, в той час як сумарний показник психічного стану підвищився ($47,7$ проти $51,0$ і $50,7$ проти $43,5$ бала відповідно для PCS та MCS через 3 місяці після операції та перед хірургічним втручанням), $p < 0,001$ (таблиця 4).

Таблиця 4

Середні значення показників якості життя пацієнток після розроблених операцій за 3 періоди опитування

Показник якості життя (бали)	Термін опитування		
	до операції	3 місяці після операції	1 рік після операції
PCS (фізичне здоров'я)	* $51,01 \pm 0,85$	* $47,7 \pm 0,98$	* $53,8 \pm 0,88$
MCS (психічне здоров'я)	* $43,51 \pm 1,69$	* $50,7 \pm 0,95$	* $53,91 \pm 0,98$
Задоволеність властивостями грудей	* $3,53 \pm 0,11$	* $3,31 \pm 0,11$	* $3,82 \pm 0,08$
Рівень самооцінки	* $3,58 \pm 0,07$	* $3,43 \pm 0,07$	* $3,78 \pm 0,07$
Важливість загального вигляду	* $3,54 \pm 0,92$	* $3,18 \pm 0,09$	$3,42 \pm 0,09$
<i>Довірчі інтервали для математичного сподівання 95% (*$p < 0,05$ відносно базового рівня)</i>			

Більшість пацієнток основної групи через 3 місяці були не задоволені естетичним виглядом грудей, що відобразилося в зниженні показників оцінювання ($p < 0,005$). Отже, можна стверджувати, що через 3 місяці після розроблених нами

хірургічних втручань якість життя знизилася так само, як і в групі порівняння, де жінкам виконували секторальну резекцію молочних залоз.

Через 1 рік після проведеного хірургічного лікування ми виявили зростання переважної більшості показників обумовленої здоров'ям якості життя стосовно 3-місячного рівня. Зниження працездатності пацієток, зумовлене емоційним станом (RE), а також покращення інших критеріїв оцінювання було статистично і клінічно вагомим ($p < 0,02$; $MVP > 2$). Під час порівняння показників естетичного задоволення виглядом молочних залоз у 3-місячний термін і через 1 рік після операції, ми виявили достовірне зростання всіх показників естетичної складової якості життя ($p < 0,001$).

Аналізуючи базові показники якості життя в основній групі до операції та через 1 рік після проведеного хірургічного лікування, ми виявили їх достовірне зростання. Так, сумарний показник фізичного здоров'я підвищився з 51,0 до 53,8 бала ($p < 0,001$, $MVP = 2,8$), сумарний показник психічного самопочуття підвищився з 43,5 до 53,9 балів ($p < 0,001$; $MVP = 10,4$). Показники задоволеності властивостями грудей та рівня самовпевненості були вищими за базовий рівень ($p < 0,001$). Показник важливості загального вигляду впродовж року знизився із 3,54 до 3,42 бала, проте така його зміна виявилася статистично не значущою ($t = 1,79$; $p = 0,076$).

Враховуючи те, що методики операцій у пацієток основної групи істотно відрізнялися між собою, ми провели кореляційний аналіз сумарних показників фізичного та психічного самопочуття залежно від обсягу хірургічного втручання. При цьому малоінвазивні операції вважали мінімальними за обсягом, натомість мастектомію з одночасним ендопротезуванням вважали операцією найбільшої складності і травматичності. Через 3 місяці після операції ми виявили сильну кореляцію фізичного і психічного компонентів якості життя з обсягом хірургічного втручання. Операції в обсязі редукційних мамопластик і мастектомій істотно погіршують самопочуття протягом перших місяців після операції, в той час як вплив малоінвазивних хірургічних втручань на обумовлену здоров'ям складову якості життя не суттєвий ($r = -0,505$; $p < 0,0001$ та $r = -0,266$; $p = 0,006$ відповідно для PCS та MCS).

Через 1 рік після операції низький коефіцієнт кореляції між психічним самопочуттям і обсягом хірургічного втручання свідчить про відсутність значимих наслідків як реконструктивно-пластичних, так і малоінвазивних операцій на ментальну складову якості життя. У той самий час вплив травматичних операцій на фізичне самопочуття зберігається впродовж року $r = -0,491$; $p < 0,0001$.

Оцінюючи естетичну складову якості життя залежно від обсягу хірургічного втручання, ми виявили слабку негативну кореляцію критерію задоволеності властивостями грудей через 3 місяці після операції ($r = -0,224$; $p = 0,021$). У той самий час критерії рівня самовпевненості і важливості загального вигляду сильно корелюють з обсягом хірургічного втручання ($r = -0,38$; $p < 0,0001$ та $r = -0,4$; $p < 0,0001$ відповідно). Отримані показники свідчать про те, що зі збільшенням обсягу операції через 3 місяці задоволеність естетичним виглядом грудей зменшується і, навпаки, при малоінвазивних хірургічних втручаннях – залишається достатньо високою. Через 1 рік після операції ми одержали низький коефіцієнт

кореляції Spearman, що демонструє відсутність зв'язку між зміною показників задоволеності властивостями грудей і рівнем самовпевненості з видом оперативного втручання ($r = -0,14$; $p = 0,15$ та $r = -0,19$; $p = 0,051$).

Одержані дані дають підстави констатувати, що в 3-місячний термін після розроблених нами хірургічних втручань якість життя пацієнток основної групи погіршується, що пов'язано перш за все з виконанням травматичних хірургічних втручань в обсязі мастектомії з ендопротезуванням силіконовими імплантатами і редуційної мамопластики. Такі хірургічні втручання обумовлюють погіршення фізичного і психічного компонентів здоров'я, а також знижують естетичне задоволення виглядом молочних залоз. Проте у віддаленому післяопераційному періоді наслідки травматичних операцій відбиваються лише на стані фізичного самопочуття.

Таким чином, запропоновані методики хірургічних втручань, що передбачають малоінвазивне трансареолярне хірургічне втручання, резекцію МЗ із мастопексією і протезування силіконовим імплантатом у пацієнток основної групи мали менший відсоток ранніх післяопераційних ускладнень, що дозволило скоротити середній ліжко-день із 12 до 2,5 дня та поліпшити показники якості життя через 1 рік спостереження: на 24% покращився психологічний стан, на 5% зріс показник фізичного самопочуття, на 8% збільшився показник задоволеності властивостями грудей і на 6% покращився рівень самооцінки.

ВИСНОВКИ

1. Поліпшення результатів лікування жінок із доброякісними захворюваннями молочних залоз є надзвичайно актуальним питанням сучасної хірургії, оскільки операції на молочній залозі часто призводять до порушення лактаційної функції органу, рубцевої деформації, ущільнення залози і розвитку множинної кістозної проліферації. За отриманими в процесі дослідження даними визначено, що збільшення об'єму секторальної резекції молочної залози корелює з розвитком ранніх післяопераційних ускладнень і у віддаленому періоді погіршує естетичний вигляд молочних залоз: на 10% знижує показник задоволеності властивостями грудей і на 8% знижує показник рівня самовпевненості.

2. На етапі передопераційної підготовки хворих необхідно проводити мамографічне та ультразвукове дослідження МЗ із визначенням точної локалізації новоутворення і розрахунком об'єму тканин для резекції та мастопексії.

3. Пацієнткам із фіброаденомами молочних залоз показано малоінвазивне хірургічне втручання із трансареолярного доступу. При фіброзно-кістозних змінах, що не перевищують 1 квадранту молочної залози, а також при внутрішньопрокових папіломах, хворим доцільно виконувати конусовидну резекцію молочної залози з мастопексією. Жінкам із поширеними фіброзно-кістозними змінами молочних залоз слід виконувати операції в об'ємі редуційної мамопластики та підшкірної мастектомії з одномоментним ендопротезуванням силіконовими імплантатами.

4. Розроблена методика конусовидної резекції молочної залози передбачає видалення осередку ураженої тканини разом із протоковою системою та виконання циркуареолярної мастопексії. Малоінвазивне хірургічне втручання передбачає

мінімальну операційну травму молочної залози із формуванням найменшого післяопераційного рубця на ареолі. Методика підшкірної мастектомії з одномоментним ендопротезуванням полягає у видаленні всієї ураженої тканини молочної залози із відновленням її форми силіконовим імплантатом, розміщеним у субм'язовому кармані.

5. Використання розроблених хірургічних втручань у лікуванні хворих на доброякісні захворювання молочних залоз дозволило знизити післяопераційні ускладнення із 44% до 17% і терміни перебування в стаціонарі з 12 до 3 днів.

6. Запропоновані хірургічні втручання на відміну від секторальної резекції поліпшують якість життя: через 1 рік спостереження на 24% покращується психологічний стан, на 5% – фізичне самопочуття, на 8% збільшується показник задоволеності властивостями грудей і на 6% – рівень самооцінки.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. При плануванні хірургічного втручання рекомендується використовувати розроблений передопераційний алгоритм, який передбачає розрахунок об'єму резекції молочної залози. При об'ємі резекції більше ніж 16см³ необхідно обчислювати площу деєпідермізації для виконання мастопексії з метою ліквідації залишкових порожнин післяопераційної рани і поліпшення форми молочної залози. Локалізацію новоутворення доцільно попередньо помічати маркером.

2. З метою мінімізації операційної травми і попередження розладів лактації у пацієнок репродуктивного віку треба застосовувати малоінвазивне хірургічне втручання з операційним доступом на ареолі. Доцільно при таких операціях використовувати розроблений хірургічний інструмент для фіксації і утримання тканини молочної залози, який дозволяє працювати в умовах обмеженого простору.

3. Пацієнткам із внутрішньопротоковими папіломами молочних залоз перед операцією необхідно контрастувати уражені протоки. Резекцію тканини залози у вигляді конусу з протоками слід виконувати в межах розповсюдження контрасту.

4. При полікістозних змінах тканини молочної залози із поширенням патологічного процесу об'ємом до 2 квадрантів в поєднанні з птозом II–III ст. необхідно застосовувати редуційні методики мамопластики. При тотальному полікістозному ураженні молочних залоз рекомендується застосовувати запропоновану методику підшкірної мастектомії з одномоментним ендопротезуванням силіконовими імплантатами.

СПИСОК ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Язиков О. В. Шкірозберігаюча мастектомія у жінок з вузловими формами фіброзно-кістозної мастопатії, оперованих після секторальних резекцій / [О. В. Язиков, В. В. Леонов, В. В. Андрющенко, І. М. Лукавенко] // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2011. – № 2. – С. 143–145. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає в опрацюванні і аналізі результатів, формулюванні висновків.*

2. Языков А. В. Клиническое значение экспрессии рецепторов эстрогена, прогестерона и маммаглобина при предопухоловой патологии молочных желез в практике хирурга-маммолога / [И. М. Лукавенко, В. В. Андриющенко, Н. Г. Кононенко, А. В. Языков] // Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень. – 2013. – № 1. – С. 100–105. *Особистий внесок здобувача полягає в аналізі, статистичній обробці матеріалу.*

3. Языков О. В. Онкопластичні операції в лікуванні хворих на полікістоз молочних залоз / [В. В. Андриющенко, В. В. Леонов, О. В. Языков, І. М. Лукавенко] // Харківська хірургічна школа. – 2012. – № 3. – С. 39–41. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає в опрацюванні та аналізі матеріалів, у написанні статті.*

4. Языков О. В. Оцінка ефективності хірургічного лікування доброякісних захворювань молочних залоз / [О. В. Языков, В. В. Леонов] // Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень. – 2014. – № 3. – С. 381–389. *Особистий внесок здобувача полягає у наборі клінічного матеріалу, статистичній обробці, написанні основної частини статті.*

5. Языков О. В. Хірургія доброякісних новоутворень молочної залози: становлення пріоритетів лікування / [О. В. Языков, В. В. Леонов] // Хірургічна перспектива. – 2013. – № 1. – С. 59-64. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає у аналізі літературних джерел, участі у написанні основної частини статті.*

6. Языков О. В. Малоінвазивна корекція форми молочної залози при видаленні доброякісних новоутворень / [О.В. Языков, В.В. Леонов] // Хірургічна перспектива. – 2014. – № 1. – С. 136–144. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає у пропозиції та впровадженні ідеї роботи, оформленні матеріалів і методів, статистичній обробці результатів.*

7. Языков О. В. Вплив поліморфізму PvuII гена EsR α на ступінь проліферативної активності та експресії рецептора естрогену альфа при доброякісній дисплазії молочної залози / [І. М. Лукавенко, В. В. Андриющенко, О. В. Языков] // Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень. – 2014. – № 4. – С. 450–457. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає в опрацюванні та аналізі результатів дослідження.*

8. Yazykov A. Immediate and long-term results of surgical treatment of benign breast disease / [A. Yazykov, V. Leonov, V. Andryushenko, I. Lukavenko] // Georgian Medical News. – 2015.– № 2 (239) .– P. 11–18. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає у пропозиції та впровадженні ідеї роботи, оформленні матеріалів та методів, статистичній обробці результатів.*

9. Yazykov A. The clinical significance of PvuII polymorphism estradiol receptor alpha gene to improve diagnosis of proliferative forms of benign breast dysplasia / [I. Lukavenko, V. Andryushenko, V. Garbuzova, A. Yazykov] // Georgian Medical News. – 2015. – № 1 (238) .– P. 12–17. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає в опрацюванні та аналізі матеріалів, у написанні статті.*

10. Yazykov A. Benign Breast Disease Surgery: Evaluation Of Life Quality / [A. Yazykov, V. Andriushchenko, I. Lukavenko] // British Journal Of Science, Education and Culture. – 2014. – Vol. 5. – № 1. – P. 168–176. *Особистий внесок здобувача у цій*

роботі полягає в пропозиції та впровадженні ідеї роботи, оформленні матеріалів і методів, статистичній обробці результатів.

11. Yazykov A. Association PvuII Estradiol Alpha (EsR α) Gene Polymorphism With Expression EsR α in Benign Breast Dysplasia/ [I. Lukavenko, V. Andriushchenko, V. Garbuzova, A. Yazykov] // European Journal of Medicine. Series B. – 2014. – Vol. 1, – № 1. – P. 20–26. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає у опрацюванні та аналізі результатів дослідження, оформленні статті.*

12. Спосіб підшкірної мастектомії з одномоментним субмускулярним ендопротезуванням молочних залоз силіконовими імплантатами: патент на корисну модель України № 83954. МПК (2013.01) А61В 17/00 від 10.10.2013 / В. В. Андрющенко, О. В. Языков, І. М. Лукавенко. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає у проведенні патентного пошуку, оформленні заявки на корисну модель.*

13. Хірургічний інструмент для фіксації і утримання тканини молочної залози: патент на корисну модель України № 83923. МПК А61В 5/107 (2006.01) А61В 17/28 (2006.01) від 10.10.2013 / В. В. Андрющенко, О. В. Языков, І. М. Лукавенко. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає у проведенні патентного пошуку, висуванні ідеї способу, оформленні заявки на корисну модель.*

14. Спосіб оперативного лікування доброякісних захворювань протокової системи молочної залози: патент на корисну модель України № 83922. МПК (2013.01) А61В 17/00 від 10.10.2013 / В. В. Андрющенко, О. В. Языков, І. М. Лукавенко. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає у проведенні патентного пошуку, висуванні ідеї способу, оформленні заявки на корисну модель.*

15. Спосіб профілактики лактаційної дисфункції в хірургічному лікуванні доброякісних новоутворень молочної залози: патент на корисну модель України № 84896. МПК (2013.01) А61В 17/00 від 11.11.2013 / В. В. Андрющенко, О. В. Языков, І. М. Лукавенко. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає у проведенні патентного пошуку, оформленні заявки на корисну модель.*

16. Языков О. В. Естетична хірургія доброякісних захворювань молочної залози / [О. В. Языков, В. В. Андрющенко, І. М. Лукавенко] // Актуальні питання теоретичної і практичної медицини: збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. – Суми, 2013. – С. 243–244. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає у пропозиції та впровадженні ідеї роботи, оформленні матеріалів та методів, результатів досліджень, статистичній обробці результатів.*

17. Языков О. В. Малоінвазивна хірургія солідних доброякісних новоутворень молочних залоз / [О. В. Языков, В. В. Андрющенко, І. М. Лукавенко] // Актуальні питання теоретичної і практичної медицини: збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. – Суми, 2013. – С. 243. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає в оформленні матеріалів та методів, висновків, статистичній обробці результатів.*

18. Языков А. В. Клиническое значение экспрессии стероидных гормонов у пациенток с предопухоловой патологией молочных желез / [И. М. Лукавенко, В. В. Андрющенко, А. В. Языков] // Актуальні питання теоретичної і практичної медицини: збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної конференції

студентів та молодих вчених. – Суми, 2013. – С. 221–222. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає в опрацюванні та аналізі матеріалів, написанні роботи.*

19. Языков А. В. Клиническое значение экспрессии маммаглобина у пациенток с предопухоловой патологией молочных желез / [В. В. Андриющенко, И. М. Лукавенко, А. В. Языков] // Актуальні питання теоретичної і практичної медицини: збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. – Суми, 2013. – С. 222. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає в опрацюванні та аналізі матеріалів дослідження.*

20. Языков О. В. Оцінка якості життя після хірургічного лікування доброякісних захворювань молочних залоз / [О. В. Языков, В. В. Андриющенко, І. М. Лукавенко] // Актуальні питання теоретичної і практичної медицини: збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. – Суми, 2014. – С. 290–291. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає у пропозиції та впровадженні ідеї роботи, оформленні матеріалів і методів, результатів досліджень, статистичній обробці результатів.*

21. Языков О. В. Профілактика ускладнень лактації при хірургічному лікуванні фіброаденом молочної залози / [І. М. Лукавенко, В. В. Андриющенко, О. В. Языков] // Актуальні питання теоретичної і практичної медицини: збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. – Суми, 2014. – С. 245–246. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає у статистичній обробці даних, формулюванні висновків.*

22. Языков О. В. Експресія α -рецептору естрогена при передпухлинній патології в тканині молочної залози / [І. М. Лукавенко, В. В. Андриющенко, О. В. Языков] // Актуальні питання теоретичної і практичної медицини: збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. – Суми, 2014. – С. 258. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає в опрацюванні та аналізі матеріалів дослідження, статистичній обробці даних.*

23. Языков О. В. Особливості хірургічного лікування аденоми молочної залози на фоні лактації (клінічний випадок) / [В. В. Андриющенко, І. М. Лукавенко, О. В. Языков] // Актуальні питання теоретичної і практичної медицини: збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. – Суми, 2014. – С. 259. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає в опрацюванні та аналізі матеріалів дослідження, статистичній обробці даних.*

24. Языков О. В. Естетична конусовидна резекція протокової системи молочної залози / [В. В. Андриющенко, О. В. Языков, І. М. Лукавенко] // Актуальні питання пластичної, реконструктивної та естетичної хірургії: матеріали IV з'їзду ВАПРЕХ. – Київ, 2014. – № 2-с. – С. 5–6. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає у наборі клінічного матеріалу, в частині статистичної обробки.*

25. Языков О. В. Новітні аспекти хірургії доброякісних захворювань молочних залоз / [В. В. Андриющенко, О. В. Языков, І. М. Лукавенко] // Актуальні питання пластичної, реконструктивної та естетичної хірургії: матеріали IV з'їзду ВАПРЕХ. – Київ, 2014. – № 2-с. – С. 6–8. *Особистий внесок здобувача у цій роботі полягає у наборі клінічного матеріалу, статистичній обробці даних дослідження, формулюванні висновків.*

АНОТАЦІЯ

Язык О. В. Оптимізація хірургічної тактики при доброякісних захворюваннях молочної залози з використанням малоінвазивних і пластичних методик. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук зі спеціальності 14.01.03 – хірургія. – Харківський національний медичний університет МОЗ України, Харків, 2015.

Проведене дослідження впливу класичної секторальної резекції на якість життя пацієнток із ДЗМЗ показало, що ця методика операції погіршує естетичний вигляд молочної залози. Через 1 рік спостереження показник задоволеності властивостями грудей зменшується на 10%, а показник самооцінки – на 8% відносно рівня до операції.

Проведено розроблення і впровадження операцій на молочній залозі з залученням методик пластичної хірургії: малоінвазивне хірургічне втручання з трансареолярного доступу при лікуванні пацієнток репродуктивного віку з фіброаденомами, конусовидна резекція молочної залози з мастопексією при хірургічному лікуванні пацієнток із внутрішньопротоковими папіломами, вогнищевими дрібнокістозними змінами молочних залоз, мастектомія з одномоментним субмускулярним протезуванням силіконовими імплантатами під час хірургічного лікування жінок із тотальним полікістозом молочних залоз.

Аналіз ефективності хірургічних втручань показав, що безпосередні результати кращі у пацієнток, яким виконані розроблені хірургічні втручання – частота ускладнень у хворих основної групи становила 17% проти 44% у групі порівняння, де виконувалася традиційна секторальна резекція молочної залози.

Розроблені операції під час лікування хворих на ДЗМЗ покращують якість життя пацієнток: через 1 рік спостереження на 24% покращується психологічний стан, на 5% – фізичне самопочуття стосовно рівня до операції. Поліпшується естетичний вигляд молочних залоз: на 8% збільшується показник задоволеності властивостями грудей і на 6% – рівень самооцінки.

Ключові слова: доброякісні захворювання молочних залоз, хірургічне лікування, якість життя.

АННОТАЦИЯ

Язык О. В. Оптимизация хирургической тактики при доброкачественных заболеваниях молочной железы с использованием малоинвазивных и пластических методик. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. – Харьковский национальный медицинский университет МОЗ Украины, Харьков, 2015.

Диссертационная работа посвящена улучшению непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения пациенток с доброкачественными заболеваниями молочной железы. В основу работы положены результаты хирургического лечения 151 пациентки с ДЗМЖ, которые были оперированы по разработанным и традиционным методикам.

Проведенное исследование влияния секторальной резекции на качество жизни пациенток показало, что такое хирургическое вмешательство ухудшает эстетический вид молочных желез. Через 3 месяца после операции на 16% снижается показатель удовлетворенности свойствами груди, на 12% – самооценка, на 8% показатель важности внешнего вида относительно уровня до операции. Через 1 год после секторальной резекции показатели эстетической составляющей качества жизни также ниже базового уровня: удовлетворенность свойствами груди снизилась на 10%, а самооценка – на 8% относительно показателей до операции. Изменения состояния физического и психического здоровья через 1 год после операции не имели статистической достоверности.

С целью улучшения эффективности хирургического лечения пациенток с новообразованиями молочных желез мы разработали и внедрили хирургические вмешательства в зависимости от нозологической формы ДЗМЖ и возраста. Пациенткам с ФА репродуктивного возраста выполняли малоинвазивную операцию с трансареолярного доступа при помощи специального разработанного инструмента для фиксации и удержания тканей МЖ. Женщинам с внутрипротоковыми папилломами МЖ, локальными мелкокистозными и узловыми изменениями МЖ в объёме до 1 квадранта, а также пациенткам с фиброаденомами старше 35 лет выполняли конусовидную резекцию МЖ с мастопексией. Пациенткам с поликистозным поражением ткани МЖ выполняли редукцию молочной железы или подкожную мастэктомию с одномоментным субмулярным протезированием силиконовыми имплантатами.

Анализ непосредственных результатов показал достоверно большую частоту осложнений после секторальной резекции – 44% против 17% в группе пациенток после разработанных операций ($\chi^2 = 12,65$; $p < 0,001$). Меньший процент ранних осложнений в основной группе больных привел к сокращению пребывания в стационаре с 12 до 2 дней.

Анализ показателей здоровья и эстетического удовлетворения видом груди у пациенток после разработанных операций показал достоверное улучшение всех показателей качества жизни. Через 1 год наблюдения на 24% улучшается психологическое состояние, на 5% – физическое самочувствие относительно уровня до операции. Улучшается эстетическое состояние молочных желез: на 8% увеличивается показатель удовлетворенности свойствами груди и на 6% – больше исходного уровня показатель самооценки.

Ключевые слова: доброкачественные заболевания молочных желез, хирургическое лечение, качество жизни.

ANNOTATION

Yazykov A. V. Optimization of surgical treatment for benign breast disease using minimally invasive and plastic techniques. – Manuscript.

This is a thesis for seeking a degree of candidate of medical sciences on the speciality 14.01.03 – Surgery. – Kharkiv National Medical University of Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, 2015.

The analysis of the classical sector resection influence on the life quality of patients with breast benign disease showed that this technique degrades aesthetic appearance of the

breast. After 1 year of supervision index of satisfaction with breasts attributes decreased by 10%, and the rate of self-esteem decreased by 8% on the level before the operation.

We developed and implemented operations on the breast involving techniques of plastic surgery: minimally invasive surgery with transareolar incision in treating patients of reproductive age with fibroadenomas, conical resection of breast with mastopexy in surgical treatment of patients with intraductal papillomas of breasts, and focal fibro-cystic changes of breast, mastectomy with immediate submuscular prosthetic of silicone implants in the surgical treatment of women with polycystic total breast.

Analysis of the effectiveness of surgery showed that immediate results is better in patients who undergone developed surgical procedures - the frequency of complications in patients of the main group was 17% versus 44% in the comparison group, which performed traditional sector resection of the breast.

Developed surgery techniques in the treatment of benign breast disease improve the quality of life of patients in 1 year observation: by 24% improved the psychological state, by 5% – physical health on the level before the operation. It also improves the aesthetic appearance of breasts: increased by 8% of satisfaction with breasts attributes level and by 6% – the level of self-esteem.

Key words: benign breast disease, surgery, quality of life.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВПП – внутрішньопротокова папілома

ДЗМЗ – доброякісні захворювання молочних залоз

МВР – мінімально важлива різниця (для опитувальника SF-36v2™)

МЗ – молочна залоза

РМЗ – рак молочної залози

САК – сосково-ареолярний комплекс

УЗД – ультразвукове дослідження

ФА – фіброаденома

ФКМ – фіброзно-кістозна мастопатія

ВР – шкала інтенсивності тілесного болю

MCS – сумарний показник психічного самопочуття

PCS – сумарний показник фізичного самопочуття

PF – шкала фізичного функціонування

RE – шкала рольового функціонування, зумовленого емоційним станом

SF – шкала соціального функціонування

Язиков О. В. Оптимізація хірургічної тактики при доброякісних захворюваннях молочної залози з використанням малоінвазивних і пластичних методик : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.03 "хірургія" / Язиков Олександр Валерійович – Харків, 2015. – 20 с.