

ШКІРОЗБЕРІГАЮЧА МАСТЕКТОМІЯ У ЖІНОК З ВУЗЛОВИМИ ФОРМАМИ ФІБРОЗНО-КІСТОЗНОЇ МАСТОПАТІЇ, ОПЕРОВАНИХ ПІСЛЯ СЕКТОРАЛЬНИХ РЕЗЕКЦІЙ

Язиков О.В., Андрющенко В.В., Лукавенко І.М.

Сумський державний університет, Хірургічна клініка "Сілмед", м. Суми, Україна

Ключові слова: фіброзно-кістозна мастопатія, шкірозберігаюча мастектомія

Проблема захворювань молочної залози (МЗ) є однією з пріоритетних в сучасній медицині. Це обумовлено перш за все тим, що дисгормональні ураження МЗ поза періодом лактації і вагітності – найбільш поширена патологія репродуктивної системи жінки, поширеність її в популяції жінок, за даними різних авторів, становить 50-72% [4, 7, 8, 11]. Крім того, саме на репродуктивний вік приходить пік захворюваності МЗ, найбільш частим проявом яких є фіброзно-кістозна мастопатія (ФКМ) [2, 5, 6, 9, 12]. Згідно визначення ВООЗ (1984), мастопатія – це фіброзно-кістозна хвороба, що характеризується порушенням співвідношення епітеліального і сполучнотканинного компонентів, широким спектром проліферативних і регресивних змін тканини. Розвиток нециклічних проліферативних процесів МЗ у хворих на ФКМ призводить до появи ділянок атипії, що, за даними рандомізованих досліджень, пов'язана зі зростанням ризику розвитку раку МЗ [15]. В нормі в епітелії МЗ є невисока експресія рецепторів естрогену і прогестерону, тоді як при патологічній трансформації значно підвищується експресія обох маркерів [1]. Власне гіперплазія протоків та залозистої тканини не збільшує ризик виникнення раку МЗ, в той час як атипова часткова або протокова гіперплазія є факторами, що достовірно збільшують ризик розвитку раку МЗ [14].

Системність, складність нейрогуморальних механізмів розвитку доброякісних дисплазій МЗ, взаємозв'язок з ендокринними органами жінки потребує комплексного підходу до вирішення проблеми ведення та спостереження жінок з ФКМ [10]. Велика кількість клінічних ознак, що спостерігаються при мастопатії, а також відсутність єдиного патогенетичного механізму розвитку цього захворювання призвели до значної варіабельності в виборі лікувальної тактики [2, 9, 13, 16]. Але консервативна терапія не може впливати і є майже неефективною в лікуванні вузлових форм ФКМ, при наявності кістозних змін, доброякісних перетворень протокової системи МЗ [3]. Оперативне лікування хворих з ФКМ є поширеною хірургічною практикою в Україні. Зазвичай при цьому пацієнткам пропонують секторальну резекцію однієї чи обох молочних залоз. Техніка операцій при новоутвореннях МЗ на перший погляд не викликає відчуття складності. Доступ втручання вибирається, як правило, з огляду на розташування

ділянки інтересу. Секторальна резекція МЗ є історично сформованим оперативним втручанням і представляє собою видалення ділянки молочної залози з новоутвором – доброякісною пухлиною або підозрілою на рак тканиною з частиною шкіри аж до фасції великого грудного м'язу, проте таке хірургічне лікування, особливо у розповсюджених випадках, призводить до значних тканинних дефектів.

Деформація молочної залози, втрата її естетичного вигляду після подібних оперативних втручань значно погіршує якість життя пацієнтів, а в деяких випадках призводить до соціальної дезадаптації. Тому вирішення питання про застосування методів пластичної хірургії у хворих з вузловими формами дисгормональних гіперплазій МЗ на сьогодні є пріоритетним завданням. Поєднання лікувальної операції з реконструктивно – пластичною дозволяє у занедбаних випадках видалити всю уражену патологічними змінами тканину молочної залози і одночасно зберегти або навіть поліпшити її зовнішній вигляд.

Мета роботи: покращити результати хірургічного лікування жінок з поширеними полікістозними змінами молочних залоз.

Матеріали і методи

За період з початку 2008 до початку 2011 року на базі хірургічної клініки "Сілмед" проліковано 10 пацієнток віком від 37 до 65 років з доброякісними новоутвореннями молочних залоз, яким було проведено шкірозберігаючі мастектомії з приводу розповсюдженого ураження тканини залози. У п'яти пацієнток був встановлений діагноз ФКМ з ураженням всієї залозистої тканини обох молочних залоз, у 4 пацієнток кістозні зміни переважали в одній молочній залозі. У одній пацієнтки в анамнезі мала місце аугментаційна мамопластика поліакриламідним гелем, який поступово фрагментувався з утворенням множинних гелеом, що розповсюдились по всій тканині правої та лівої молочної залози з утворенням значних капсулярних контрактур. Всі пацієнтки в анамнезі мали декілька секторальних резекцій однієї або двох молочних залоз та значний і неефективний період консервативного лікування. У 3-х пацієнток молочні залози внаслідок багатьох операцій були значно деформовані. Всі жінки попередньо обстежені, діагноз вузлових форм ФКМ з повним

або частковим ураженням молочних залоз встановлено за допомогою методів УЗД, КТ, МРТ, мамографії.

Результати та обговорення.

Виконано 16 шкірозберігаючих мастектомій з аугментаційною маммопластиком. П'яти пацієнткам з полікістозними змінами молочних залоз виконано білатеральну шкірозберігаючу мастектомію з одномоментним субм'язовим протезуванням обох молочних залоз сіліконовими імплантатами. Чотирьом пацієнткам з однобічним ураженням виконано шкірозберігаючу мастектомію з однобічним субм'язовим протезуванням сіліконовим імплантатом. Хворій на гелеому молочних залоз виконано шкірозберігаючу мастектомію праворуч з частково субпекторальним ендпротезуванням. М'язовий дефект, що утворився після видалення гелеоми, закрили сітчастим алотрансплантатом Ultrapro Ethicon, яким зафіксували нижній полюс імплантата і відтворили таким чином субмарну складку. Ліворуч аугментаційну маммопластику після видалення гелеоми вдалося виконати сіліконовим імплантатом, розташованим повністю під великим грудним м'язом.

Для верифікації діагнозу патології молочних залоз всі видалені тканини підлягали гістологічному дослідженню. У дев'яти хворих, крім пацієнтки з гелеомами, гістологічно виявлено фіброзно-кістозну хворобу з переважанням явищ проліферації, значної гіперплазії епітелію протоків в тому чи іншому випадку, дрібнокістозними змінами, запальними інфільтратами, лейкоцитарною інфільтрацією. Гістологічно капсули гелеом молочних залоз представлені фіброзною тканиною.

Висновки

В результаті застосування шкірозберігаючої мастектомії з одномоментним ендпротезуванням сіліконовими імплантатами вдається покращити естетичний вигляд та зберегти природну форму молочних залоз у жінок, покращити результати їх соціальної адаптації.

Хірургічне лікування розповсюджених форм ФКМ в обсязі шкірозберігаючої мастектомії є радикальним методом, що дозволяє уникнути в майбутньому чисельних секторальних резекцій.

Видалення ураженої тканини молочних залоз з поширеним гістологічним дослідженням повинно бути обов'язковим компонентом операцій, що дозволяє виявити ступінь тканинних змін.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Антоновская Я.В. Морфологические критерии выбора метода лечения локализованных форм дисгормональной гиперплазии молочных желез у женщин фертильного возраста [Текст] / Антоновская Я.В // *Здоровье женщины.* – 2009. – Т.4. – С. 122–124.
2. Винклер У.Х. Циклическая прогестинотерапия мастопатии и мастодии [Текст] / Винклер У.Х.,

Шиндлер А.Е., Бринкман Ю.С // *Гинекология.* – 2000. – № 2. – С.19–29.

3. Кочанова В.А. Хирургическая профилактика рака молочной железы: показания, результаты и исходы [Текст]: Дис. канд. мед. н. / Кочанова В.А. – Уфа: 2006. – 112 с.

4. Летагин В.П. Факторы риска развития рака молочной железы [Текст] / Летагин В.П., Высоцкая И.В., Ким Е.А. // *Маммология.* – 2006. – Т.4. – С. 10–12.

5. Огнерубов Н.А. Клинические и эндокринологические исследования при мастопатии и раке молочной железы [Текст] / Огнерубов Н.А., Кушинский Н.Е., Ткачова И.А. – Воронеж: Истоки, 1998. – 171 с.

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

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

8. Серов В.Н. Гинекологическая эндокринология [Текст] / Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсяникова Т.В. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 520 с.

9. Татарчук Т.Ф. Эндокринная гинекология (клинические очерки). Дисгормональные заболевания молочных желез в практике гинеколога-эндокринолога [Текст] / Татарчук Т.Ф., Ефименко О.А. – К.: Заповіт, 2003. – С.147–180.

10. Татарчук Т.Ф. Лечение циклической мастодии у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией [Текст] / Татарчук Т.Ф., Ефименко О.А. // *Здоровье женщины.* – 2007. – № 3. – С. 87–90.

11. Хомазюк Т.А. Взгляд в “корень женских проблем” среднего возраста [Текст] / Хомазюк Т.А., Горач Н.В., Дубровская И.Н., Крашановский А.П. // *Здоров'я України.* – 2004. – №22. – С. 4–9.

12. Bieber E.S. *Clinical Gynecology* [Text] / Bieber E.S., Sanfilippo S.S., Horovits I.R. – Elsevier, 2006. – 1003 p.

13. Dittmar F.-W. Treatment of fibrocyclic mastopathy [Text] / Dittmar F.-W., Luh W. // *Int. J. of Experimental and Clinical Chemotherapy.* – 1999. – Vol.5, №1. – P. 11–22.

14. Moore T. Expression of CD 34 and bcl-2 in phyllodes tumors, fibroadenomas and spindle cell lesions of the breast [Text] / Moore T., Lee A.H.S. // *Histopathology.* – 2001. – Vol. 38. – P. 62–67.

15. Pinder S.E. The diagnosis and management of pre-invasive breast disease: ductal carcinoma in situ and atypical ductal hyperplasia – current definitions and classification [Text] / Pinder S.E., Ellis I.O. // *Breast Cancer Res.* – 2003. – Vol. 5. – P. 254–257.

16. Smith R.L. Evaluation and management of breast pain [Text] / Smith R.L., Pruthi S., Fitzpatrick L.A. // *Mayo. Clin. Proc.* – 2004. – Vol.79(3). – P. 353–372.

**КОЖЕСОХРАНЯЮЩАЯ МАСТЭКТОМИЯ
У ЖЕНЩИН С УЗЛОВЫМИ ФОРМАМИ
ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ,
ОПЕРИРОВАННЫХ ПОСЛЕ СЕКТОРАЛЬНЫХ
РЕЗЕКЦИЙ**

Языков А.В., Андрущенко В.В., Лукавенко И.М.

*Сумской государственный университет,
Хирургическая клиника "Силмед",
г. Сумы, Украина*

Резюме. Проведено хирургическое лечение 10 пациенток с узловыми формами фиброзно-кистозной мастопатии, с множественными секторальными резекциями в анамнезе. Показано, что операции в объеме кожесохраняющей мастэктомии при тотальном поликистозном поражении молочных желез с последующим протезированием силиконовыми имплантатами является радикальным методом хирургического лечения, которое впоследствии позволит избежать секторальных резекций. При использовании методов пластической хирургии удаётся сохранить, а в отдельных случаях и улучшить естественную форму молочной железы.

Ключевые слова: фиброзно-кистозная мастопатия, кожесохраняющая мастэктомия.

**SKINSAVING MASTECTOMY IN WOMEN WITH
NODULE FORMS OF FIBROCYSTIC MASTOPATHY,
OPERATED AFTER SECTOR RESECTIONS**

Yazykov A., Andruschenko V., Lukavenko I.

*Sumy State University, "Silmed" Surgical Clinic,
Sumy, Ukraine*

Summary. Surgical treatment of 10 patients with nodule forms of fibrocystic mastopathy and numerous sector resections in anamnesis has been carried out. We showed that operations in the volume of skinsaving mastectomy with the total polycyclic defeat of mammary glands with following prosthetics with the silicon implants is a radical method of surgical treatment, that will in future allow to avoid the sector resections. By using methods of plastic surgery it is possible to save, and in some cases, to improve natural form of mammary gland.

Keywords: fibrocystic mastopathy, skinsaving (subcutaneous) mastectomy.