

## КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Алексей Анатольевич Волченко<sup>1</sup>, Дингир Дмитриевич Пак<sup>2</sup>,  
Федор Николаевич Усов<sup>3</sup>, Екатерина Юрьевна Фетисова<sup>4</sup>

### СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕДУКЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

<sup>1</sup> К. м. н., старший научный сотрудник, отделение общей онкологии ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена»  
Минздрава России (125284, РФ, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, г. 3)

<sup>2</sup> Д. м. н., руководитель, отделение общей онкологии ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздрава России  
(125284, РФ, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, г. 3)

<sup>3</sup> К. м. н., научный сотрудник, отделение общей онкологии ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена»  
Минздрава России (125284, РФ, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, г. 3; e-mail: info@mniioi.ru)

<sup>4</sup> Клинический ординатор, кафедра онкологии и радиотерапии ФППОВ Первого МГМУ им. И. М. Сеченова  
(125284, РФ, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, г. 3)

Адрес для переписки: 125284, РФ, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, д. 3,  
ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздрава России, отделение общей онкологии,  
Усов Федор Николаевич; e-mail: fedus70@mail.ru

Цель исследования состояла в разработке новых хирургических методов органосохраняющего лечения больных раком молочной железы. В период с 2010 по 2011 г. 36 больным раком молочной железы выполнено органосохраняющее лечение с ремоделированием собственных тканей железы — терапевтическая маммопластика. Возраст больных составил от 25 до 55 лет, средний — 47 лет. Овариально-менструальная функция сохранена у 29 (80,5%) женщин, 7 (19,5%) были в менопаузе. Распределение по стадиям: I — II А — 27 (75%), II В — 9 (25%). У 36 пациенток реализовано органосохраняющее лечение с ремоделированием собственных тканей железы, из них у 25 (69,4%) произведена операция с перемещением сосково-ареолярного комплекса на нижней glandулярной ножке, у 11 (30,6%) — с использованием верхней glandулярной ножки (при локализации опухоли в нижних квадрантах). Основным пластическим материалом для реконструкции были оставшаяся после резекции ткань молочной железы, сосково-ареолярный комплекс на тканевой ножке. В раннем послеоперационном периоде отмечены 2 (5,5%) случая инфекционных осложнений и 3 (8,3%) — краевого некроза сосково-ареолярного комплекса. В течение 2 лет после операции прослежены 22 больные. Выживаемость при I стадии составила 96,9% за весь период наблюдения без местного рецидива. Для оценки косметического результата использована схема: результат удовлетворительный или неудовлетворительный. Его определяла пациентка. Проведен опрос группы больных из 24 женщин. Удовлетворительный результат получен у 22 (91,7%) пациенток. Терапевтическая маммопластика занимает важное место в комплексном лечении больных раком молочной железы. Согласно современным принципам методики пластической хирургии должны дополнять первичную онкологическую операцию. Тем самым снижается процент неудовлетворительных эстетических результатов и уменьшается необходимость отсроченных повторных реконструктивных вмешательств.

**Ключевые слова:** рак молочной железы, маммопластика, органосохраняющие операции.

Рак молочной железы (РМЖ) — самое распространенное злокачественное новообразование у женщин. По оценкам экспертов ВОЗ, в мире ежегодно выявляется от

800 тыс. до 1 млн новых случаев РМЖ. В структуре заболеваемости злокачественными образованиями женского населения России в 2010 г. РМЖ занимал 1-е место: заболеваемость составляла 65,5 на 100 000 населения. При этом число впервые выявленных случаев РМЖ увеличилось с 49 548 в 2005 г. до 57 241 в 2010 г. [1].

По данным ретро- и проспективных исследований, органосохраняющие операции в комбинации с лучевой терапией (ЛТ) на начальных стадиях РМЖ обеспечивают такую же общую и безрецидивную выживаемость, что и выполнение модифицированной радикальной мастэктомии. Цель органосохраняющего лечения состоит в том, чтобы при хороших косметических результатах частота местных рецидивов была сопоставима с частотой рецидивов после мастэктомии. У пациентов с опухолью размером менее 2 см при квадрантэктомии и расстоянии от опухоли до края резекции 2—3 см частота рецидивов сопоставима с таковой при мастэктомии — в среднем 2,6% в течение 6 лет наблюдения. В некоторых случаях косметический результат после органосохраняющего лечения может быть неудовлетворительным, а вместе с тем выполнение радикальной мастэктомии будет чрезмерным лечебным мероприятием.

В последние годы после органосохраняющего лечения, а также для коррекции дефектов формы, объема молочной железы (МЖ), расположения сосково-ареолярного комплекса (САК) и т. д. все чаще применяется редукционная маммопластика [2; 3].

В настоящее время принципы редукционной маммопластики постепенно становятся «золотым стандартом» лечения больных ранним РМЖ. Такой подход представляет собой сочетание радикального удаления опухоли и реконструкции оставшейся части МЖ [4; 5], что позволяет достичь хороших косметических результатов и ускорить психосоциальную реабилитацию. По данным рандомизированных исследований, отсроченные онкологические результаты при органосохраняющих редукционных маммопластических операциях сопоставимы с результатами органосохраняющих операций без реконструкции [6].

При обычном органосохраняющем лечении частота местных рецидивов колеблется от 10 до 14%, а при выполнении редукционных пластических операций снижается до 2—9%. Уменьшение частоты развития местных рецидивов связано с онкологической безопасностью редукционной маммопластики, т. к. иссекается нужный объем тканей МЖ без оглядки на косметические результаты [6; 7]. R. M. Rainsbury [8] сообщает, что при пластике собственными тканями МЖ частота местных рецидивов колеблется от 0 до 7%, а при перемещении аутологичных экстрамаммарных тканей — от 0 до 5%. После выполнения органосохраняющих операций все пациенты нуждаются в строгом наблюдении с проведением четкой дифференциальной диагностики между изменениями после операции (деформации, жировой некроз и т.д.) и рецидивом заболевания [9].

В отделении общей онкологии МНИОИ им. П. А. Герцена в период с 2010 по 2011 г. 36 больным РМЖ проведено органосохраняющее лечение с ремоделированием собственных тканей железы — терапевтическая маммопластика (ТМ). До начала лечения диагноз подтвержден результатами цитологического исследования тонкоиглольного пункционного биоптата из первичной опухоли и регионарных лимфатических узлов. Для определения распространенности опухолевого процесса выполняли маммографию, ультразвуковое исследование МЖ, печени и органов малого таза, радионуклидное

исследование костей скелета, рентгенографию органов грудной клетки.

Возраст больных колебался от 25 до 55 лет, средний — 47 лет. Овариально-менструальная функция сохранена у 29 (80,5%) больных, 7 (19,5%) были в менопаузе. Основную группу составили больные РМЖ начальных стадий: I—IIA — 27 (75%), IIB — 9 (25%).

Морфологическое строение опухоли оценивали по Международной гистологической классификации опухолей МЖ (ВОЗ, 2003). Наиболее часто диагностировали инвазивный протоковый рак — у 24 (66,7%) и инвазивный дольковый рак — у 8 (22,2%), комбинированные формы протокового и долькового рака выявлены у 4 (11,1%) пациенток. Независимо от объема операции 34 (94,4%) больным проведено комплексное и комбинированное лечение, только хирургическое вмешательство — 2 (5,6%) пациенткам.

У 36 больных РМЖ реализовано органосохраняющее лечение с ремоделированием собственных тканей МЖ, из них у 25 (69,4%) произведена органосохраняющая операция с перемещением САК на нижней glandулярной ножке, у 11 (30,6%) — с использованием верхней glandулярной ножки (при локализации опухоли в нижних квадрантах). Основным пластическим материалом для реконструкции была оставшаяся после резекции ткань МЖ, САК на тканевой ножке (рис. 1).

Первым этапом определяют объем удаляемых тканей и рассчитывают примерный объем лоскута. На предоперационном этапе производят разметку МЖ в положении больной стоя. Отмечают уровни субмаммарной складки, настоящую и планируемую линию расположения САК. Определяют границы разрезов кожи и область дезэпитализации кожного лоскута.

Вторым этапом формируют кожно-glandулярный лоскут (КГЛ). Выполняют дугообразный разрез, окаймляющий САК сверху, латерально и медиально, отступая от него на 2—3 см (в зависимости от размеров МЖ). При достижении нижней границы латерального и медиального краев САК разрезы продолжают вертикально вниз и параллельно друг другу до достижения субмаммарной складки. Разрезы производят строго вертикально с целью максимально полного сопоставления лоскутов в дальнейшем.

Затем разрезы продолжают на 3—4 см медиально и латерально с каждой стороны по ходу субмаммарной складки. Таким образом, мобилизуют КГЛ (верхнюю или нижнюю ножку), в который входит САК с фрагментом железистой ткани МЖ, а также образуются латеральный и медиальный КГЛ.

Затем производят дезэпитализацию полученного КГЛ (верхней или нижней ножки), оставляя полоску эпидермиса 3—4 мм лишь вокруг САК. Это позволяет обеспечить максимальный косметический эффект в области САК в последующем.

Третьим этапом выделяют сектор МЖ, содержащий опухоль, и иссекают его, отступая не менее 4 см от пальпируемых краев образования, что обеспечивает радикальное удаление опухоли при максимальном сохранении ткани МЖ. Ткань железы рассекают на всю глубину до наружной фасции большой грудной мышцы. Начиная от подсосковой области сектора, продвигаясь вниз и кнару-



**Рисунок 1. Предоперационная разметка.**

жи, иссекают фасцию передней поверхности подлежащих отделов большой грудной мышцы до ее латерального края.

Пластический этап операции заключается в перемещении САК, его фиксации и формировании окончательного вида МЖ. Образовавшиеся справа и слева вследствие разрезов по ходу субмаммарной складки КГЛ сшивают над деэпителизированным участком тканевой ножки. Вначале осуществляют сопоставление подкожного жирового слоя, а затем накладывают внутрикожный непрерывный шов на рану. САК фиксируют непрерывным внутрикожным швом.

В результате применения методики на реконструированной МЖ остается Т-образный шов, горизонтальная часть которого спрятана в субмаммарной складке, и малозаметный параареолярный рубец.

В раннем послеоперационном периоде отмечено 2 (5,5%) случая инфекционных осложнений и 3 (8,3%) — краевого некроза САК.

В течение 2 лет после операции прослежены 22 больные. Выживаемость при I стадии РМЖ составила 96,9%, за весь период наблюдения не отмечено случаев местно-рецидива.

Оценка косметических результатов является сложной проблемой. Наиболее часто используемое в публикациях деление на отличный, хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный результаты не совсем корректно. Представить эти результаты в единицах измерения невозможно. Мы использовали простую схему: результат был либо удовлетворительный, либо неудовлетворительный. Его определяла пациентка. Нами проведен опрос группы больных из 24 женщин — в целом удовлетворительный результат оказался у 22 (91,7%) пациенток.

Помимо достижения благоприятных эстетических результатов редукционные хирургические вмешательства на МЖ характеризуются следующими аспектами: облегчают проведение ЛТ, упрощают клиническое и инструментальное обследование МЖ в послеоперационном периоде.

Показанием к органосохраняющему лечению с применением редукционной маммопластики служит необходимость удаления более 20% ткани МЖ при среднем и большом размере МЖ для получения хорошего косметического результата. Решение о применении необходимой хирургической техники принимается в зависимости от локализации и размера первичного опухолевого узла, соотношения размера опухолевого узла и МЖ, формы и объема МЖ, возраста и желания самой пациентки [10; 11]. Пациенткам, у которых есть риск определения опухоли в краях резекции (мультифокальный рост, большой размер опухоли, диффузные микрокальцинаты, наличие распространенного внутрипротокового компонента, молодой возраст, ER-отрицательная опухоль, HER-2/неу-положительные опухоли), требуется более широкое иссечение опухоли. Подобные операции могут сопровождаться неудовлетворительными косметическими результатами [12; 13]. Стоит воздержаться от редукционной маммопластики у пациенток с отечно-инфильтративной формой рака, при мультицентрическом росте опухоли [14; 15].

Оптимальный объем хирургического вмешательства у больных со злокачественным новообразованием достигается лишь путем полного удаления опухолевой ткани и наличием чистых краев резекции. В прошлом операция считалась радикальной при крае резекции 1 см от опухоли [15; 16]. Недавно проведенный метаанализ показал эквивалентный риск развития местного рецидива при расстоянии от опухоли до края резекции 1—2 мм [17; 18], при меньшем расстоянии края резекции рассматриваются как положительные [19; 20]. По другим данным, края резекции могут быть квалифицированы как положительные, если непосредственно связаны с раковыми клетками, неадекватными — при расстоянии от опухоли меньше 1—2 мм и отрицательными — при расстоянии от опухоли более 10 мм [21].



**Рисунок 2. Результат органосохраняющего лечения с использованием редукционной маммопластики.**

Риск развития местных рецидивов значительно уменьшается в случае применения ЛТ после органосохраняющих операций. Полученные результаты лечения сходны с таковыми после мастэктомии [22].

Осложнения при маммопластике встречаются в 1—2% случаев. Ранние общие осложнения включают серомы, гематомы, развитие инфекции, краевой некроз кожи и некроз САК, которые приводят к задержке заживления раны. Поздние осложнения могут быть связаны с некрозом жировых клеток, потерей чувствительности соска [23; 24]. Жировой некроз наблюдается у 25% пациентов после адьювантной ЛТ [25].

По данным клинических наблюдений, ожирение является сильным предиктором неинфекционных раневых осложнений и раневой инфекции после аутологичной реконструкции МЖ. Пациенты с избыточной массой тела должны быть информированы о значительном риске возникновения нежелательных результатов [26].

Таким образом, редукционная маммопластика должна занимать важное место в комплексном лечении больных РМЖ. Успех при лечении пациентов данной группы достигается путем мультидисциплинарного подхода к каждой больной. Тщательное предоперационное обследование помогает выработать всесторонний план операции для достижения наилучшего результата. По мере того как принципами редукционной маммопластики начинают пользоваться многие хирурги, разрабатывается все больше новых методик онкохирургии при лечении больных РМЖ. Согласно современным принципам, методики пластической хирургии должны дополнять первичную онкологическую операцию, тем самым снижать процент неудовлетворительных эстетических результатов и необходимость в отсроченных повторных реконструктивных вмешательствах.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2010 г. (заболеваемость и смертность) / Под ред. В. И. Чисова, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. — М.: ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2012. — 260 с.
2. The use of oncoplastic reduction techniques to reconstruct partial mastectomy defects in women with ductal carcinoma in situ / Song H. M., Styblo T. M., Carlson G. W., Losken A. // *Breast J.* — 2010. — Vol. 16, N 2. — P. 141—146.
3. Patani N., Carpenter R. Oncological and aesthetic considerations of conservational surgery for multifocal/multicentric breast cancer / *Breast J.* — 2010. — Vol. 16, N 3. — P. 222—232.
4. Oncoplastic breast surgery for cancer: analysis of 540 consecutive cases / Fitoussi A. D., Berry M. G., Fam F., Falcou M. C., Curnier A., Couturaud B., Rey F., Salmon R. J. // *Plast. Reconstr. Surg.* — 2010. — Vol. 125, N 2. — P. 454—462.
5. Rainsbury R. M. Breast reconstruction: choices and challenges // *Proceedings of the 2nd EASO education workshop on breast reconstruction surgery*, 2010. — P. 1—4.
6. Long-term oncological results of breast conservative treatment with oncoplastic surgery / Rietjens M., Urban C. A., Rey P. C., Mazzarol G., Maisonneuve P., Garusi C., Intra M., Yamaguchi S., Kaur N., De Lorenzi F., Matthes A. G., Zurrida S., Petit J. Y. // *Breast.* — 2007. — Vol. 16, N 4. — P. 387—395.
7. Oncoplastic principles in breast conserving surgery / Urban C., Lima R., Schunemann E., Spautz C., Rabinovich I., Anselmi K. // *Breast.* — 2011. — Vol. 20, Suppl 3. — P. 92—95.
8. Rainsbury R. M. Surgery insight: Oncoplastic breast-conserving reconstruction — indications, benefits, choices and outcomes // *Nat.*

*Clin. Pract. Oncol.* — 2007. — Vol. 4, N 11. — P. 657—664.

9. Management algorithm and outcome evaluation of partial mastectomy defects treated using reduction or mastopexy techniques / Losken A., Styblo T. M., Carlson G. W., Jones G. E., Amerson B. J. // *Ann. Plast. Surg.* — 2007. — Vol. 59, N 3. — P. 235—242.
10. Oncoplastic surgical techniques for personalized breast conserving surgery in breast cancer patient with small to moderate sized breast / Yang J. D., Lee J. W., Kim W. W., Jung J. H., Park H. Y. // *J. Breast Cancer.* — 2011. — Vol. 14, N 4. — P. 253—261.
11. Improving breast cancer surgery: a classification and quadrant per quadrant atlas for oncoplastic surgery / Clough K. B., Kaufman G. J., Nos C., Buccimazza I., Sarfati I. M. // *Ann. Surg. Oncol.* — 2010. — Vol. 17, N 5. — P. 1375—1391.
12. Obtaining adequate surgical margins in breast-conserving therapy for patients with early-stage breast cancer: current modalities and future directions / Pleijhuis R. G., Graafland M., De Vries J., Bart J., de Jong J. S., Van Dam G. M. // *Ann. Surg. Oncol.* — 2009. — Vol. 16, N 10. — P. 2717—2730.
13. Mac Donald S., Taghian A. G. Prognostic factors for local control after breast conservation: does margin status still matter? // *J. Clin. Oncol.* — 2009. — Vol. 20, N 30. — P. 4929—4930.
14. Outcome analysis of immediate and delayed conservative breast surgery reconstruction with mastopexy and reduction mammoplasty techniques / Munhoz A. M., Aldrighi C. M., Montag E., Arruda E., Brasili J. A., Filassi J. R., Aldrighi J. M., Gemperli R., Ferreira M. C. // *Ann. Plast. Surg.* — 2011. — Vol. 67, N 3. — P. 220—225.
15. Stöblen F., Rezai M., Kümmel S. Imaging in patients with breast implants — results of the First International Breast (Implant) Conference 2009 // *Insights Imaging.* — 2010. — Vol. 1, N 2. — P. 93—97.
16. Sardanelli F. Magnetic resonance imaging of the breast: recommendations from the EUSOMA working group // *Eur. J. Cancer.* — 2010. — Vol. 46, N 8. — P. 1296—1316.
17. Yang N., Muradali D. The augmented breast: a pictorial review of the abnormal and unusual // *Am. J. Roentgenol.* — 2011. — Vol. 196, N 4. — P. 451—460.
18. Prosthetic Breast Implant Rupture: Imaging-Pictorial Essay / Colombo G., Ruvolo V., Stifanese R., Perillo M., Garlaschi A. // *Aesth. Plast. Surg.* — 2011. — Vol. 35, N 5. — P. 891—900.
19. Oncoplastic breast surgery: a review and systematic approach / Berry M. G., Fitoussi A. D., Curnier A., Couturaud B., Salmon R. J. // *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* — 2010. — Vol. 63, N 8. — P. 1233—1243.
20. Oncoplastic breast surgery: a review and systematic approach / Berry M. G., Fitoussi A. D., Curnier B., Couturaud B., Salmon R. J. // *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* — 2010. — Vol. 63, N 8. — P. 1233—1243.
21. Law T. T., Kwong A. Surgical margins in breast conservation therapy: how much should we excise? // *South Med. J.* — 2009. — Vol. 102, N 12. — P. 1234—1237.
22. Nipple sparing mastectomy with nipple areola intraoperative radiotherapy: one thousand and one cases of a five years experience at the European institute of oncology of Milan (EIO) / Petit J. Y., Veronesi U., Orecchia R., Rey P., Martella S., Didier F., Viale G., Veronesi P., Luini A., Galimberti V., Bedolis R., Rietjens M., Garusi C., De Lorenzi F., Bosco R., Manconi A., Ivaldi G. B., Youssef O. // *Breast Cancer Res. Treat.* — 2009. — Vol. 117, N 2. — P. 333—338.
23. Predicting local recurrence following breast-conserving therapy for early stage breast cancer: the significance of a narrow ( $\leq 2$  mm) surgical resection margin / Groot G., Rees H., Pahwa P., Kanagaratnam S., Kinloch M. // *J. Surg. Oncol.* — 2011. — Vol. 103, N 3. — P. 212—216.
24. De Lorenzi F. Oncoplastic surgery: the evolution of breast cancer treatment // *Breast J.* — 2010. — Vol. 16, Suppl. 1. — S. 20—21.
25. Mammary fat necrosis following radiotherapy in the conservative management of localized breast cancer: does it matter? / Trombetta M., Valakh V., Julian T. B., Werts E. D., Parda D. // *Radiother. Oncol.* — 2010. — Vol. 97, N 1. — P. 92—94.
26. Autologous breast reconstruction: the Vanderbilt experience (1998 to 2005) of independent predictors of displeasing outcomes / Greco J. A., Castaldo E. T., Nanney L. B., Wu Y. C., Donahue R., Wendel J. J., Hagan K. F., Shack R. B. // *J. Am. Coll. Surg.* — 2008. — Vol. 207, N 1. — P. 49—56.

Поступила 25.08.2012

*Alexey Anatolyevich Volchenko<sup>1</sup>, Dingir Dmitriyevich Pak<sup>2</sup>,  
Fedor Nikolayevich Usov<sup>3</sup>, Ekaterina Yuryevna Fetisova<sup>4</sup>*

## **CURRENT STATE OF REDUCTION MAMMAPLASTY IN CONSERVATIONAL SURGERY FOR BREAST CANCER**

<sup>1</sup> MD, PhD, Senior Researcher, General Oncology Department, P. A. Hertzen Oncology Research Institute  
(3, 2 Botkinskiy pr., Moscow, 125284, RF)

<sup>2</sup> MD, PhD, DSc, Head, General Oncology Department, P. A. Hertzen Oncology Research Institute  
(3, 2 Botkinskiy pr., Moscow, 125284, RF)

<sup>3</sup> MD, PhD, Researcher, General Oncology Department, P. A. Hertzen Oncology Research Institute  
(3, 2 Botkinskiy pr., Moscow, 125284, RF)

<sup>4</sup> Postgraduate Student, Chair of Oncology and Radiotherapy, I. M. Sechenov First MSMU  
(3, 2 Botkinskiy pr., Moscow, 125284, RF)

Address for correspondence: Usov Fedor Nikolayevich, General Oncology Department,  
P. A. Hertzen Oncology Research Institute, 3, 2 Botkinskiy pr., Moscow, 125284;  
e-mail: fedus70@mail.ru

The purpose of this study was to develop new surgical approaches to conservational treatment of breast cancer patients. During 2010 through 2011 a total of 36 breast cancer patients underwent breast-conserving treatment with autologous breast reconstruction, i. e. therapeutic mammoplasty. The patient age ranged from 25 to 55 years, mean 47 years. Ovarian-menstruation function was preserved in 29 women (80.5%), 7 patients (19.5%) were postmenopausal. Twenty seven patients (75%) had stage I—IIA and 9 (25%) had stage IIB disease. Thirty six patients underwent conservational treatment with autologous breast reconstruction including 25 cases (69.4%) receiving surgery with transfer of the nipple—areola on the lower glandular pedicle and 11 cases (30.6%) having the same surgery using the upper glandular pedicle (if tumor was located in lower quadrants). Residual breast tissue and nipple—areola complex on a tissue pedicle were mainly used for mammoplasty. Early postoperative morbidity included infectious complications (2/5.5%) and marginal necrosis of the nipple—areola complex (3/8.3%). Twenty two patients were followed-up for 2 years. Survival of patients with stage I disease was 96.9% for the entire local recurrence-free follow-up period. Cosmetic results were assessed as satisfactory or unsatisfactory basing on patients' self-reports. Of 24 women questioned, 22 (91.7%) assessed cosmetic result as satisfactory. Therapeutic mammoplasty plays an important role in multimodality treatment for breast cancer. According to current guidelines, oncoplastic techniques should supplement primary cancer surgery. This approach is associated with reduced percentage of poor esthetic outcomes and lower need in delayed second surgical reconstruction.

**Key words:** breast cancer, mammoplasty, conservational surgery.