

Микаилова Г.Н., Громыко А.В.

СРАВНЕНИЕ ТАКТИК РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель: преподаватель-стажер Острожжский Я.А.

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) – злокачественное новообразование молочной железы, развивающаяся из эпителиальных клеток железистых структур, которое является одним из наиболее распространенных видов онкологической патологии среди женщин разного возраста. РМЖ находится на первом месте по частоте распространения среди всех злокачественных новообразований у женщин и на втором месте среди онкологических патологий в целом. До 90% всех случаев РМЖ выявлены у женщин после 40 лет. Частота заболевания находится в диапазоне возрастов от 40 до 60 лет. В 2020 году в Республике Беларусь было выявлено 4745 случаев РМЖ (11,3% от общего количества злокачественных новообразований).

Согласно клиническому протоколу «Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований», РМЖ – гетерогенное заболевание с различными вариантами клинического течения опухолевого процесса. Лечение РМЖ на современном этапе предполагает использование хирургического, лучевого компонентов, а также проведение системной цитостатической, эндокринной, биотерапии. Большее значение придается вопросам улучшения качества жизни, которое достигается выполнением органосохраняющих операций на молочной железе, а также реконструктивно-восстановительных операций с использованием местных тканей, имплантатов

Цель: провести сравнение тактик хирургической реконструкции молочной железы после мастэктомии по поводу рака молочной железы.

Материалы и методы. Ретроспективное сравнительное клиническое исследование подходов к реконструкции молочной железы после мастэктомии. Проведен анализ медицинских карт пациентов с диагнозом рак молочной железы (n=655), находившихся в УЗ «МГКОЦ» за период с декабря 2020 г. по ноябрь 2024 г. Критерии включения в исследование (93,7%) – злокачественные новообразования: верхне- и нижне- наружного и внутреннего квадранта, центральной локализации, поражение с множественными очагами локализации, внутрипротоковый, с-г in situ. Критерии исключения: воспалительные процессы в железе, доброкачественная опухоль, фиброаденоз, рак молочной железы неуточненного генеза.

Результаты и их обсуждение. Получено две выборки пациентов: 360 (58,63%) пациенткам была проведена аутомамопластика и 254 (41,37%) – реконструкция железы эндопротезированием. Все пациентки выписаны с улучшением. Однако статистически значимых различий между данными методами реконструкции по продолжительности госпитализации не обнаружено: $13,2 \pm 0,4$ койко-дней (ДИ 95% 12,8–13,6) при аутомаммопластике и $12,3 \pm 0,5$ койко-дней (ДИ 95% 11,8–12,8) при эндопротезировании. Аналогичное отсутствие различий в возрасте: $38,0 \pm 1,2$ года (ДИ 95% 37,8–39,2 лет) при аутомамопластике и $37,5 \pm 0,9$ года (ДИ 95% 36,62–38,38 лет) при эндопротезировании.

Выводы. По результатам проведенного исследования статистически значимых различий в тактиках реконструкции молочной железы при мастэктомии по таким критериям как: выживаемость, возраст, койко-дни – не выявлено. Выбор хирургического восстановления молочной железы может производиться на усмотрение хирурга с учетом его обученности конкретным методом, возможности и оснащения учреждения здравоохранения с учетом пожеланий самой пациентки.