

## ОНКОМАММОЛОГИЯ

### БИОПСИЯ СТОРОЖЕВОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРИ НЕИНВАЗИВНОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Магдалянова М.И., Петкау В.В.,  
Белоглазова Е.П.

ГАУЗ СО «Свердловский областной  
онкологический диспансер», г. Екатеринбург;  
ФГБОУ ВО «Уральский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
г. Екатеринбург

**Актуальность.** В настоящее время четкие показания к биопсии сторожевого лимфатического узла (БСЛУ) у пациенток с внутрипротоковой карциномой *in situ* не выявлены в связи с редким поражением регионарных ЛУ. У некоторых пациенток при послеоперационном гистологическом исследовании может быть диагностирована инвазивная карцинома, вследствие чего БСЛУ снижает вероятность повторной операции.

**Цель работы.** Установить вероятность положительной БСЛУ у пациенток с протоковой карциномой *in situ*.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 56 пациенток в возрасте 30–86 лет (средний возраст 58 лет), поступивших в отделение № 1 ГАУЗ СО «СООД» в период с 08.08.2023 по 12.08.2024. Все пациентки были дообследованы на амбулаторном этапе в объеме УЗИ и билатеральной рентгенографии молочных желез; впоследствии им была проведена трепан-биопсия новообразования с последующим гистологическим исследованием, на основании которого был установлен диагноз «Протоковая карцинома *in situ*».

**Результаты.** Из всех пациенток только 4-м не было проведено хирургическое лечение (7,14 %,  $n = 4/56$ ). Большинству (62,5 %,  $n = 35/56$ ) выполнена органосохраняющая операция, а 30,4 % — тотальная мастэктомия ( $n = 17/56$ ). Из 52 прооперированных пациенток у 17 была выявлена инвазивная карцинома по результатам гистологического исследования (32,7 %). Из них у 47,06 % была проведена повторная операция ( $n = 8/17$ ): радикальная резекция (12,5 %,  $n = 1/8$ ), радикальная резекция с БСЛУ (12,5 %,  $n = 1/8$ ), БСЛУ (25 %,  $n = 2/8$ ), тотальная мастэктомия (12,5 %,  $n = 1/8$ ), тотальная мастэктомия с БСЛУ (25 %,  $n = 2/8$ ),

лимфаденэктомия (12,5 %,  $n = 1/8$ ). БСЛУ была проведена у 50 % пациенток ( $n = 28/56$ ), 1,8 % выполнялась лимфаденэктомия ( $n = 1/56$ ), у остальных пациенток отсутствовало вмешательство на подмышечной впадине. При этом метастазы в ЛУ были обнаружены только в 10,7 % случаев ( $n = 3/28$ ). Во всех выявленных случаях при проведении маммографии были выявлены участки перестройки и полиморфные микрокальцинаты с сегментарным распределением.

**Выводы.** Органосохраняющие операции являются адекватным методом хирургического лечения неинвазивных форм РМЖ. При проведении гистологического исследования у части пациенток была обнаружена инвазивная карцинома. При этом из всех пациенток, которым была выполнена БСЛУ, только у 11 % были обнаружены метастазы. Для достоверного определения факторов прогноза положительного результата БСЛУ необходимо продолжение исследования.

### ВЛИЯНИЕ МЕТОДОВ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ И СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ ОТЕКОВ

Ильяхин П.А.

УО «Белорусский государственный  
медицинский университет»

**Актуальность.** В настоящее время влияние методов противоопухолевого лечения рака молочной железы на частоту возникновения наиболее часто встречающегося осложнения — постмастэктомического лимфатического отека — изучены недостаточно, а имеющиеся исследования, посвященные изучению данного вопроса, зачастую противоречивы.

**Цель работы.** Провести оценку влияния различных методов лечения на частоту возникновения и степень выраженности постмастэктомических лимфатических отеков.

**Материалы и методы.** В исследование включено 148 пациентов со злокачественным новообразованием молочной железы 0–III стадии, завершивших специальное лечение и проходивших медицинскую реабилитацию в стационарных условиях. Статистическая обработка проводилась с использованием статистического пакета StatSoft.

**Результаты.** Нами была установлена достоверная связь ( $\phi = 0,189$ ) между наличием хирургического вмешательства по поводу реконструкции молочной железы и частотой развития лимфатического отека ( $\chi^2 = 4,15$ ,  $p = 0,042$ ): частота возникновения данного осложнения составила 73,7 % (ДИ: 58,0–85,0), в то время как у пациентов, которым такое оперативное вмешательство не проводилось, отек развивался в 89,1 % случаев (ДИ: 81,9–93,7). Проведенный анализ влияния различных вмешательств на степень тяжести лимфатического отека показал наличие корреляционной связи между степенью отека и применением комплексного характера лечения ( $rt = 0,182$ ,  $p < 0,05$ ), а также с отсутствием в анамнезе хирургического вмешательства по поводу реконструкции молочной железы ( $rt = -0,206$ ,  $p < 0,001$ ). На степень тяжести постмастэктомического лимфатического отека объем хирургического вмешательства и предшествующая лучевая терапия статистически достоверного влияния не оказывали ( $p > 0,05$ ). Следовательно, комплексный характер лечебного воздействия и отсутствие в анамнезе реконструктивно-пластической операции по восстановлению молочной железы являются статистически значимыми факторами развития лимфатического отека конечности более тяжелой степени. Следует отметить, что описанное в зарубежных литературных источниках влияние лучевой терапии и объема хирургического вмешательства на степень тяжести лимфатического отека результатами нашего исследования не подтвердилось, что можно объяснить наличием более широкого спектра показаний к проведению лимфодиссекции при оперативных вмешательствах на молочной железе, а также различиями в схемах и режимах лучевой терапии.

**Выводы.** В результате исследования установлено положительное влияние на снижение риска возникновения лимфатического отека ( $RR = 0,83$ , 95СI: 0,7–1,0,  $p = 0,06$ ) или проявление его в более легкой степени ( $rt = -0,206$ ,  $p < 0,001$ ) реконструктивно-пластических хирургических вмешательств на молочной железе. Таким образом, выполнение органосохраняющих операций у пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы и последующее выполнение реконструктивно-пластической операции не только способствуют формированию удовлетворительных эстетических результатов и улучшению психоэмоционального состояния пациента, но и приводит к снижению риска возникновения и уменьшению степени тяжести лимфатического отека верхней конечности.

## ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ

**Русанова К.В.**

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького»  
Минздрава России, г. Донецк*

**Актуальность.** Доброкачественные опухоли молочной железы (ДОМЖ) составляют до 70 % всех новообразований молочной железы и являются значимой медико-социальной проблемой. Эти патологии чаще всего диагностируются у женщин репродуктивного возраста и оказывают влияние на качество жизни и эмоциональное состояние пациенток. Хотя ДОМЖ не являются злокачественными, некоторые их формы (например, атипичная гиперплазия) могут быть ассоциированы с повышенным риском развития рака молочной железы. Определение факторов риска их развития играет ключевую роль в профилактике и ранней диагностике.

**Цель работы.** Изучить факторы риска развития доброкачественных опухолей молочной железы на основе метаанализа данных современной литературы.

**Материалы и методы.** В метаанализ включены 30 публикаций за период с 2012 по 2024 г., доступных в базах данных PubMed, Scopus и Cochrane Library. Отобраны исследования, описывающие эпидемиологию, патогенез, гормональные и генетические факторы риска ДОМЖ. Основное внимание уделялось фиброаденомам, кистам молочных желез, атипичной гиперплазии.

**Результаты.** Гормональные факторы, такие как уровень эстрогенов и прогестерона, играют ключевую роль в развитии ДОМЖ. Нерегулярный менструальный цикл, раннее менархе (до 12 лет) и поздняя менопауза (после 55 лет) увеличивают риск развития ДОМЖ на 30 %. Генетические факторы: полиморфизм генов BRCA1/BRCA2 ассоциирован с повышенным риском атипичной гиперплазии, несмотря на его основную связь с раком молочной железы. Семейный анамнез является значимым предиктором возникновения ДОМЖ. Репродуктивные факторы: отсутствие родов или первая беременность после 30 лет увеличивают риск развития ДОМЖ на 20–25 %. Грудное вскармливание снижает вероятность развития ДОМЖ на 15 %. Экзогенные факторы: использование заместительной гормональной терапии (ЗГТ) более 5 лет связано с повышением риска. Кроме того, ожирение и курение увеличивают вероятность кистозных изменений. Образ жизни: снижение физической активности, стресс и высококалорийная диета являются дополнительными модифицируемыми факторами риска. Анализ подтверждает важность сочетанного влияния генетических, гормональных и экзогенных факторов на развитие ДОМЖ. Учитывая,



НМИЦ  
ОНКОЛОГИИ  
им. Н.Н.Блохина

**ОНКОАКАДЕМИЯ**  
НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина

# ИННОВАЦИОННАЯ ОНКОЛОГИЯ

VI МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ

Посвящен памяти академика М.И. Давыдова

3–6 СЕНТЯБРЯ 2025

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

## ХИРУРГИЯ И ОНКОЛОГИЯ

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ