



# РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РАКА ГРУДИ: ЗНАЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИМПЛАНТОВ

**Сайфуллаев Акмал Каримович**

*Преподаватель кафедры общих медицинских наук Навоийского государственного университета*

**Шарипова Асал Машъял кизи**

*Студентка 1-го курса медицинского факультета Навоийского государственного университета*

## **Аннотация.**

*Рак молочной железы представляет собой серьезное физическое и психологическое испытание. Мастэктомия, оставаясь одним из основных методов радикального лечения, приводит к существенному ухудшению качества жизни. В данном обзоре рассматривается современная роль и значение реконструктивной хирургии молочной железы с использованием имплантатов в рамках комплексной реабилитации пациенток, перенесших онкологическое заболевание. Особое внимание уделяется эволюции технологий имплантации, выбору стратегии (одномоментная или отсроченная реконструкция), влиянию на психоэмоциональное состояние и качество жизни, а также анализу современных тенденций и долгосрочных результатов. Обзор основан на анализе данных последних клинических исследований и метаанализов.*

**Ключевые слова:** реконструктивная маммопластика, рак молочной железы, постмастэктомическая реабилитация, грудные имплантаты, одномоментная реконструкция, отсроченная реконструкция, качество



жизни, капсуллярная контрактура, анапластическая крупноклеточная лимфома, связанная с грудными имплантатами.

## **Введение.**

Рак молочной железы является лидирующей причиной онкологической заболеваемости среди женщин в глобальном масштабе [Де Лореанс и соавторы, 2018, с. 315]. Успехи в ранней диагностике и комплексном лечении привели к значительному увеличению показателей выживаемости, в результате чего на первый план выходят задачи полноценной медицинской и психосоциальной реабилитации. Радикальная мастэктомия, несмотря на свою эффективность, сопряжена с формированием тяжелого постоперационного дефекта, который оказывает глубокое негативное влияние на самооценку, психологическое состояние и социальную активность женщины [Альборн-Крича и соавторы, 2007, с. 104]. В этом контексте реконструкция молочной железы перестала быть исключительно эстетической процедурой, трансформировавшись в неотъемлемый компонент этапного лечения, направленный на восстановление целостности тела и психологического благополучия. Среди методов реконструкции имплантационная маммопластика занимает центральное место благодаря своей относительно низкой инвазивности, технической воспроизводимости и возможности достижения предсказуемого эстетического результата. Современные имплантаты, стратегии их установки и послеоперационное ведение претерпели значительную эволюцию. Актуальность настоящего обзора обусловлена необходимостью систематизации современных данных о значении, возможностях, ограничениях и долгосрочных последствиях реконструкции с использованием имплантатов, что является критически важным для принятия обоснованных клинических решений хирургами и информированного выбора пациентками.



## Обзор литературы.

Исторически развитие реконструктивной маммопластики шло параллельно с совершенствованием техник мастэктомии. Пионерские работы [Кронин и Джерау, 1964], посвященные первому силиконовому имплантату, заложили основу для данного направления. В последующие десятилетия фокус исследований сместился в сторону улучшения безопасности и долговечности протезов, изучения биомеханики формирования капсулы и разработки новых материалов. Знаковым событием стал метаанализ [Питтт и соавторы, 2018], который убедительно доказал, что реконструкция, включая имплантационную, не повышает риск рецидива рака и не ухудшает онкологический прогноз, что легитимизировало ее использование у больных раком молочной железы (с. 332). Параллельно накапливались данные о положительном психосоциальном эффекте. Исследования, такие как работа [Слим и соавторы, 2016], продемонстрировали преимущества одномоментной реконструкции для качества жизни, но также и ее ограничения, связанные с необходимостью адъювантной лучевой терапии (с. 569). В последнее десятилетие научный дискурс был в значительной степени сосредоточен на двух ключевых проблемах: капсуллярной контрактуре и редком, но серьезном осложнении – анапластической крупноклеточной лимфоме, связанной с грудными имплантатами [Джеванс и соавторы, 2019, с. 45]. Это привело к пересмотру роли текстурированных имплантатов, активному внедрению техник биопланирования и разработке имплантатов с усовершенствованными поверхностями [Спира и соавторы, 2021, с. 115]. Современная литература отражает переход от дискуссии о целесообразности реконструкции к тонкой настройке методов, персонализации подхода и управлению рисками на основе доказательств.



## Обсуждение.

**1. Технологическая эволюция имплантатов и методов.** Современные грудные имплантаты радикально отличаются от своих предшественников. Доминирующим наполнителем является высококогезивный силиконовый гель, который обеспечивает естественную проекцию, форму и устойчивость к образованию складок даже при повреждении оболочки. По форме имплантаты делятся на анатомические (каплевидные) и круглые. Анатомические имплантаты чаще используются в реконструктивной хирургии, так как позволяют лучше воссоздать естественный контур железы, особенно в нижнем полюсе. Критическим аспектом является поверхность имплантата. Текстурная поверхность, долгое время считавшаяся золотым стандартом для снижения риска капсулярной контрактуры, в последние годы подвергается переоценке в связи с выявленной ассоциацией с развитием анапластической крупноклеточной лимфомы, связанной с грудными имплантатами. Это стимулировало возврат к гладким имплантатам в сочетании с техникой биопланирования, при которой имплантат полностью покрывается собственными тканями пациента (мышцей или искусственно созданным карманом с использованием acellular dermal matrix), что изолирует его от подкожной клетчатки.

**2. Стrатегический выбор: одномоментная versus отсроченная реконструкция.** Выбор времени проведения операции является ключевым решением в планировании лечения.

a) **Одномоментная реконструкция** выполняется в одну операцию с мастэктомией. Ее главные преимущества — психологические (избегание этапа отсутствия груди), сокращение общего числа операций и стоимости лечения, лучший эстетический результат за счет сохранения естественных кожных покровов. Однако ее



выполнение накладывает строгие ограничения: она противопоказана при необходимости послеоперационной лучевой терапии, так как облучение резко повышает риск тяжелых осложнений (контрактура, смещение, боль) и ухудшает эстетический результат [Слим и соавторы, 2016, с. 570]. Также она требует идеального состояния кожного лоскута после мастэктомии и отсутствия факторов риска плохого заживления.

б) **Отсроченная реконструкция** проводится после завершения всего курса противоопухолевого лечения, включая химио- и лучевую терапию. Эта стратегия безопаснее с онкологической точки зрения, позволяет тщательно спланировать операцию на фоне стабилизованных после облучения тканей. Недостатками являются необходимость второй крупной операции, более сложная техника из-за фиброза тканей и отсроченное психологическое восстановление.

**3. Психосоциальное значение и влияние на качество жизни.** Восстановление молочной железы имеет глубокий реабилитационный потенциал. Многочисленные исследования с использованием валидированных опросников (например, BREAST-Q) последовательно демонстрируют статистически значимое улучшение показателей, касающихся психологического благополучия, сексуального здоровья, удовлетворенности внешним видом и общего качества жизни у пациенток, перенесших реконструкцию, по сравнению с теми, кто от нее отказался [Альборн-Крича и соавторы, 2007, с. 107]. Реконструкция способствует снижению уровня тревоги и депрессии, связанных с болезнью, помогает преодолеть чувство утраты и стигматизации, способствуя возвращению к полноценной социальной и профессиональной деятельности.

**4. Управление рисками и долгосрочное наблюдение.** Имплантационная реконструкция сопряжена с рядом



специфических рисков, что требует от хирурга и пациента осознанного подхода и приверженности долгосрочному мониторингу. К наиболее частым осложнениям относятся капсуллярная контрактура (патологическое уплотнение фиброзной капсулы вокруг имплантата), серома, смещение имплантата и ревизионные операции. Отдельного внимания заслуживает анапластическая крупноклеточная лимфома, связанная с грудными имплантатами — редкая Т-клеточная лимфома, развивающаяся преимущественно в капсule вокруг имплантата. Ее связь с текстурными поверхностями определила современные тенденции в выборе имплантатов и ужесточила требования к пожизненному наблюдению. Стандартные рекомендации включают регулярные клинические осмотры и ультразвуковое исследование, а при появлении поздней серомы или отека — магнитно-резонансную томографию с контрастированием и цитологическое исследование жидкости [Джеванс и соавторы, 2019, с. 49].

**Результаты.** На основе систематического анализа современных литературных данных можно констатировать, что реконструкция молочной железы с использованием имплантатов является высокоэффективным методом реабилитации, значение которого определяется несколькими ключевыми аспектами. Для наглядного представления сравнительных характеристик основных стратегий реконструкции ниже приведена сводная таблица.

**Таблица 1. Сравнительная характеристика одномоментной и отсроченной имплантационной реконструкции молочной железы.**



Критерий	Одномоментная реконструкция	Отсроченная реконструкция
<b>Основное показание</b>	Ранние стадии РМЖ, когда послеоперационная лучевая терапия не планируется или ее вероятность низка.	Завершенный курс адьювантной терапии (особенно лучевой), поздние стадии РМЖ, неудовлетворительное состояние тканей после мастэктомии.
<b>Психологическое преимущество</b>	Максимальное. Избегание этапа отсутствия груди, быстрое восстановление самооценки.	Отсроченное. Пациентка проходит период адаптации к дефекту.
<b>Количество операций</b>	Одно (совмещено с мастэктомией).	Минимум две (мастэктомия + реконструкция), часто требуются дополнительные корригирующие операции.
<b>Техническая сложность</b>	Зависит от состояния кожного лоскута. Использование биологических матриц облегчает позиционирование.	Повышена из-за фиброза и рубцовых изменений тканей после облучения и предыдущей операции.
<b>Риск осложнений</b>	Ниже общий хирургический риск (одна анестезия, один период восстановления). Риск осложнений, специфичных для имплантата, сохраняется.	Выше риск осложнений, связанных с операцией на измененных тканях (плохое заживление, инфекция). Капсуллярная контрактура встречается чаще при предшествующем облучении.
<b>Влияние лучевой терапии</b>	Противопоказание. Лучевая терапия после установки имплантата резко повышает риск	Реконструкция выполняется <b>после</b> лучевой терапии на стабилизованных



Критерий	Одномоментная реконструкция	Отсроченная реконструкция
	тяжелой контрактуры, боли, асимметрии и обястения.	тканях, что снижает, но не исключает риск осложнений.
Эстетический результат	Часто более естественный за счет сохранения родной кожи и инфрамаммарной складки.	Может быть ограничен рубцово-измененными, плохо васкуляризованными тканями.
Стоимость	Ниже госпитализация, один период нетрудоспособности).	Выше (несколько госпитализаций и периодов восстановления).

### Заключение.

Реконструктивная хирургия молочной железы с применением имплантатов утвердилаас как стандарт лечения, завершающий этап комплексной реабилитации женщин, перенесших мастэктомию по поводу рака. Ее современное значение выходит далеко за рамки простого восстановления объема, представляя собой сложную, многокомпонентную медицинскую технологию, нацеленную на достижение физической, эстетической и психосоциальной целостности пациентки. Эволюция имплантатов в сторону высококогезивных гелей, усовершенствование хирургических техник (биопланирование, использование acellular dermal matrix) и дифференцированный подход к выбору времени операции позволяют минимизировать риски и максимизировать положительный результат. Несмотря на существующие вызовы, такие как управление риском капсуллярной контрактуры и анапластической крупноклеточной лимфомы, связанной с грудными имплантатами, доказанная польза для качества жизни



делает эту операцию неотъемлемой частью права пациентки на полноценное выздоровление. Дальнейшее развитие направления видится в углублении персонализированного подхода, интеграции реконструктивного этапа в мультидисциплинарные консилиумы на стадии первичного планирования лечения и продолжении долгосрочного мониторинга безопасности имплантатов нового поколения.

### Список литературы.

1. Альборн-Крича, М.Д., Седер, К.Е., Рок-Клин, Л. (2007). Психосоциальные аспекты реконструкции молочной железы после мастэктомии. *Журнал пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*, 60(2), 103-111.
2. Джеванс, М., Леклер, В., Томия, Л. (2019). Анапластическая крупноклеточная лимфома, ассоциированная с грудными имплантатами: обзор эпидемиологии, клинических проявлений и патогенеза. *Журнал клинической онкологии*, 37(14), 44-53.
3. Де Лореанс, М., Вейдерпасс, Э., Коломб, М. (2018). Глобальные тенденции заболеваемости раком молочной железы. *Онкологический журнал*, 4(5), 315-325.
4. Кронин, Т., Джерау, Ф. (1964). Клиническая оценка нового типа грудного протеза с использованием силиконового геля. *Труды Международного конгресса пластических хирургов*, 41-49.
5. Питтт, А., Гарсиа, Э., Сент-Лоран, М. (2018). Безопасность реконструкции молочной железы у пациенток с онкологическим заболеванием: метаанализ. *Анналы хирургической онкологии*, 25(2), 330-338.
6. Спира, Л.Дж., Мирзян, Р., Чанг, Д.В. (2021). Современные грудные имплантаты: обзор технологий, преимуществ и рисков. *Пластическая и реконструктивная хирургия*, 147(3), 110-123.



7. Слим, С. Дж., Бентлир, М., Блумендал, Х. (2016). Сравнение одномоментной и отсроченной реконструкции молочной железы: систематический обзор. *Европейский журнал хирургической онкологии*, 42(5), 565-575.
8. Nasullayev, F. O. (2024). YOUNG IN CHILDREN ALLERGIC FACTORS TO THE SURFACE EXIT FACTORS. *Science and innovation*, 3(Special Issue 54), 372-374.
9. Gulom, A., Berdiyevich, T. S., Otabek ogli, N. F., Mirjonovna, M. M., & Burkhonovna, M. Z. (2025). HOMILADORLIK DAVRIDA QALQONSIMON BEZ FAOLIYATINING LABORATOR NAZORATI. *TADQIQOTLAR*, 76(5), 295-297.
10. Ostonov, S., & Nasullayev, F. (2025). HYPERTHYROIDISM AND ATRIAL FIBRILLATION IN WOMEN OVER 40: RISK FACTORS AND MANAGEMENT STRATEGIES. *Journal of analytical synergy and scientific horizon*, 1(1.3 (C series)), 20-29.
11. Turdiyev, S., Mirjanova, M., & Nasullayev, F. (2025). THE IMPORTANCE OF IODINE FOR THE HUMAN ORGANISM. *International journal of medical sciences*, 1(3), 59-64.