

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Ходырев С.А.\*<sup>2</sup>, Левчук А.Л.<sup>1</sup>, Шабаетв Р.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова», Москва

<sup>2</sup> Военно-медицинское учреждение, Голицыно

**Резюме.** В настоящее время лечение новообразований молочных желез подразумевает не только удаление первичной опухоли, но и системное воздействие на весь организм пациентки, в связи с чем его эффективность значительно возросла. Реконструктивные операции по поводу утраченной молочной железы в комплексе с симметризирующими операциями на контрлатеральной молочной железе играют важнейшую роль в ранней реабилитации пациенток. Их конечной целью является исключение психо-социальной дезадаптации пациенток с новообразованиями молочных желез, их сохранение в окружающем социуме.

Цель исследования: изучение качества жизни пациенток, перенесших хирургическое лечение по поводу новообразований молочных желез.

Задачи исследования: оценка степени влияния реконструктивной хирургии (способов реконструкции молочных желез, развившихся послеоперационных осложнений) на психоэмоциональный статус пациенток в послеоперационном периоде; сравнение способов реконструкции молочных желез, развившихся осложнений и их воздействие на показатели качества жизни; оптимизация хирургической тактики при выборе того или иного способа реконструкции молочных желез для достижения наилучших показателей физического и психологического благополучия пациенток.

Изучены показатели качества жизни 70 пациенток, перенесших реконструктивные операции на молочной железе, с использованием опросника депрессивности Бека и опросника «MOS Short Form 36». Пациентки разделены на 3 группы в зависимости от объема хирургического лечения.

Результаты: более высокий уровень депрессии у пациенток II группы по сравнению с I группой обусловлен преобладанием пациенток в возрасте 30–49 лет с более требовательным психоэмоциональным статусом; низкий уровень депрессивности пациенток III группы объясняется отсутствием злокачественных новообразований, оптимальными результатами хирургического лечения с меньшим количеством осложнений; показатели физического компонента здоровья наибольшие во II группе по сравнению с I и III группами; низкие показатели физического компонента здоровья у пациенток III группы связаны травматичностью резекционного этапа операции; показатели психологического компонента здоровья выше в III группе по сравнению со II и I группами в связи с избавлением пациенток от риска возникновения РМЖ; более высокие показатели психологического компонента здоровья пациенток II и III групп объясняются проведением одномоментных реконструктивно-восстановительных операций, исключая психотравмирующий фактор отсутствия МЖ.

Выводы: реконструктивные операции на молочных железах играют немаловажную роль в реабилитации пациенток, перенесших лечение по поводу новообразований молочных желез.

**Ключевые слова:** новообразования молочных желез, реконструктивные операции, опросник депрессивности Бека, качество жизни.

### Введение

Заболелаемость злокачественными новообразованиями молочных желез (МЖ) неуклонно растет с каждым годом, в 2019 г. выявлено 73918 новых случаев рака молочной железы (РМЖ), при этом I–II стадии заболевания диагностированы в 71,7%, III–IV стадии в 27,9%

## THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER RECONSTRUCTIVE BREAST SURGERY

Khodyrev S.A.\*<sup>2</sup>, Levchuk A.L.<sup>1</sup>, Shabaev R.M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow

<sup>2</sup> Military Medical Organization, Golitsyno

**Abstract.** Currently, the treatment of breast neoplasms involves not only the removal of the primary tumor, but also a systemic effect on the entire patient's body, and therefore its effectiveness has increased significantly. Reconstructive operations for the lost breast in combination with symmetrizing operations on the contralateral breast play an important role in the early rehabilitation of patients. Their ultimate goal is to exclude psycho-social maladaptation of patients with breast neoplasms, their preservation in the surrounding society.

The purpose of the study: to study the quality of life of patients who underwent surgical treatment for breast neoplasms.

Objectives of the study: assessment of the degree of influence of reconstructive surgery (methods of breast reconstruction, developed postoperative complications) on the psycho-emotional status of patients in the postoperative period; comparison of methods of breast reconstruction, developed complications and their impact on quality of life; optimization of surgical tactics when choosing one or another method of breast reconstruction to achieve the best indicators of physical and psychological well-being of patients.

The quality of life indicators of 70 patients who underwent reconstructive breast surgery were studied using the Beck depression questionnaire and the MOS Short Form 36 questionnaire. The patients were divided into 3 groups depending on the volume of surgical treatment.

Results: the higher level of depression in group II patients compared to group I is due to the predominance of patients aged 30–49 years with a more demanding psycho-emotional status; the low level of depression in group III patients is due to the absence of malignant neoplasms, optimal results of surgical treatment with fewer complications; indicators of the physical component of health are highest in group II compared to groups I and III; low indicators of the physical component of health in patients of group III are associated with the traumatism of the resection stage of the operation; indicators of the psychological component of health are higher in group III compared to groups II and I in connection with the release of patients from the risk of breast cancer; higher indicators of the psychological component of the health of patients of groups II and III are explained by simultaneous reconstructive and reconstructive operations, excluding the psychotraumatic factor of the absence of breast cancer.

Conclusions: reconstructive breast surgeries play an important role in the rehabilitation of patients who have undergone treatment for breast neoplasms.

**Keywords:** breast neoplasms, reconstructive surgery, Beck's depression questionnaire, quality of life.

случаев, средний возраст пациенток составил 61,6 года. Хирургическое лечение РМЖ изолированно проведено в 33,6% случаев, комбинированное и комплексное лечение в 66,3% [1].

Реконструктивно-восстановительные операции в лечении новообразований МЖ являются неотъемлемой

\* e-mail: lolita-74@mail.ru

частью ранней реабилитации [2] и направлены на предотвращение психосоциальной дезадаптации, улучшение качества жизни пациенток [3]. Современная литература показывает противоречивые результаты оценки качества жизни из-за использования различных критериев [4]. Показатели исходов, сообщаемые пациентками (PROM), являются важным инструментом оценки различных хирургических методик [5]. Использование валидированных опросников PROM позволяет оптимизировать тактику хирургического, в том числе и реконструктивно-восстановительного лечения пациенток с новообразованиями МЖ [6]. В то же время, информирование о возможных краткосрочных и долгосрочных последствиях после реконструктивно-восстановительного лечения позволяет пациенткам принимать оптимальные для них решения [7].

**Цель исследования:** изучение качества жизни пациенток, перенесших хирургическое лечение по поводу новообразований молочных желез.

### Материалы и методы

Для изучения роли реконструктивно-восстановительных операций на МЖ мы оценили показатели качества жизни пациенток, перенесших лечение по поводу новообразований МЖ, в период с 2010 по 2021 годы. Всего в исследование включено 79 пациенток, 5 из них не ответили, 4 пациентки ответили не на все предложенные опросники, в связи с чем также были исключены из исследования. Все пациентки ( $n = 70$ ) были разделены по объему хирургического пособия на три группы: I группа пациенток, контрольная, ( $n = 18$ , 25,7%), которым выполнена традиционная радикальная мастэктомия (РМЭ) по поводу РМЖ; II группа пациенток ( $n = 46$ , 65,7%), которым выполнена радикальная модифицированная мастэктомия по Мадену с одномоментной или отсроченной реконструкцией МЖ; III группа пациенток ( $n = 6$ , 8,6%) с высоким риском развития РМЖ, которым выполнена билатеральная сосок-сохраняющая подкожная мастэктомия без аксиллярной лимфаденэктомии с одномоментной реконструкцией МЖ.

Возраст пациенток колебался от 30 до 70 лет и старше, в основном это были пациентки трудоспособного и репродуктивного возраста (Табл. 1).

Для оценки уровня депрессивности среди пациенток мы использовали тест-опросник депрессии (Beck Depression Inventory), предложенный Аароном Т. Беком в 1961 году на основе клинических наблюдений, позволивших выявить

перечень симптомов депрессии [8]. Каждый из 21 пункта опросника состоит из 4–5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям депрессии. Оценка результатов проводилась по суммарному баллу, при наличии 9 баллов и менее депрессивные симптомы отсутствовали, от 10 до 18 баллов состояние оценивалось как легкая депрессия, 19–29 баллов — умеренная депрессия, 30–63 балла — явно выраженная депрессивная симптоматика.

Использованный нами для оценки показателей качества жизни опросник «MOS Short Form 36» является наиболее распространенным и широко применяется как в популяционных, так и в специальных исследованиях качества жизни [9; 10]. Он состоит из 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал. Количественно от 0 до 100 оценивались следующие показатели: физическое функционирование (Physical Functioning — PF) — отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок; ролевое функционирование (Role-Physical Functioning — RP) — показывает влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность; интенсивность боли (Bodily Pain — BP) — ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома; общее состояние здоровья (General Health — GH) — оценка пациентом своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения; жизненная активность (Vitality — VT) — ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным; социальное функционирование (Social Functioning — SF) — степень, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность, общение; ролевое эмоциональное функционирование (Role-Emotional — RE) — степень, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности; психическое здоровье (Mental Health — MH) — характеризует настроение наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Все шкалы формируют два показателя — физическое (1–4 шкалы) и душевное (5–8 шкалы) благополучие [9].

Тест-опросники в большинстве случаев рассылались в электронном виде через доступные средства коммуникации. Пациентки самостоятельно заполняли тест-опросники, после чего проводился перенос данных на формализованные бланки, их систематизация и анализ с использованием программы «Medstat».

### Результаты исследования

В ходе анализа мы не выявили ни одной пациентки с умеренной и выраженной степенью уровня депрессии (Табл. 2).

Обращает на себя внимание более высокий уровень депрессии у пациенток II группы по сравнению с I группой (5,5 и 4,9 баллов, соответственно;  $p < 0,001$ ), обусловленный преобладанием пациенток в возрасте 30–49 лет с более требовательным психоэмоциональным статусом. Низкий уровень депрессивности пациенток III группы

Табл. 1. Распределение пациенток по возрасту

Группа	30–39 лет	40–49 лет	50–59 лет	60–69 лет	70 лет и старше
I группа ( $n = 18$ )	1	7	5	4	1
II группа ( $n = 46$ )	8	23	9	6	—
III группа ( $n = 6$ )	—	4	—	2	—
Всего: 70	9	34	14	12	1

(2,5 балла) объясняется отсутствием злокачественных новообразований, оптимальными результатами хирургического лечения с меньшим количеством осложнений.

При детальной оценке влияния реконструктивно-восстановительных операций на психоэмоциональное состояние пациенток II группы становится очевидным более низкий уровень депрессивности при использовании для одномоментной реконструкции утраченной МЖ силиконового импланта в сочетании с сетчатым эндопротезом или перемещенным TD-лоскутом по сравнению одномоментным использованием перемещенного TRAM-лоскута (4,7 и 6,8 баллов, соответственно;  $p < 0,01$ ) и отсроченной двухэтапной реконструкцией с тканевым экспандером/силиконовым имплантом (4,7 и 7,3 баллов, соответственно;  $p < 0,01$ ) (Табл. 3).

При оценке абсолютных показателей наибольший уровень депрессивности показали 2 пациентки с прогрессированием онкопроцесса (11 и 12 баллов), 1 пациентка с развившейся капсулярной контрактурой восстановленной МЖ после отсроченной двухэтапной реконструкции тканевым экспандером и силиконовым имплантом (11 баллов), 2 пациентки с выраженной сопутствующей патологией (14 и 15 баллов).

Любая хирургическая операция вносит определенные коррективы в образ жизни, самовосприятие, двигательную и социальную активность пациента. Показатели качества жизни в соответствии с опросником SF-36 позволили объективизировать степень влияния рекон-

структивно-восстановительных операций на физическое и психологическое благополучие пациенток (Табл. 4).

При анализе полученных данных видно, что показатели физического компонента здоровья наибольшие во II группе по сравнению с I и III группами (47,5, 45,1 и 42,8, соответственно;  $p < 0,001$ ). Низкие показатели физического компонента здоровья (PF, BP) у пациенток III группы обусловлены травматичностью резекционного этапа операции, наибольшими ожиданиями пациенток в вопросе эстетических результатов реконструктивно-восстановительного лечения. Показатели психологического компонента здоровья выше в III группе по сравнению со II и I группами (49,5, 45,8 и 42,4, соответственно;  $p < 0,001$ ), что обусловлено избавлением пациенток от риска возникновения РМЖ. Более высокие показатели психологического компонента здоровья пациенток II и III групп объясняются проведением одномоментных реконструктивно-восстановительных операций, исключая психотравмирующий фактор отсутствия МЖ.

Характер и объем выполняемых операций влиял на физическое состояние, двигательную активность пациента в послеоперационном периоде (Табл. 5).

Наибольший уровень физического благополучия получен у пациенток II группы, что было связано не только с удалением новообразования, но и с выполнением корригирующих операций на контрлатеральной МЖ. Средний уровень показателя физического компонента здоровья у пациенток I группы был обусловлен минимальной операци-

Табл. 2. Распределение пациенток по уровню депрессии

	Отсутствие депрессии (менее 9)	Легкая депрессия (10–18)	Умеренная депрессия (19–29)	Выраженная депрессия (30–63)	Итого:
I группа (n = 18)	15 чел / 49 баллов	3 чел / 40 баллов	–	–	18 чел / 4,9 балла
II группа (n = 46)	36 чел / 139 баллов	10 чел / 113 баллов	–	–	46 чел / 5,5 балла
III группа (n = 6)	6 чел / 15 баллов	–	–	–	6 чел / 2,5 балла
p	0,005	0,027	–	–	<0,001

Табл. 3. Распределение пациенток в зависимости от объема хирургического лечения

	РМЖ по Мадену	Радикальная модифицированная мастэктомия по Мадену				Подкожная мастэктомия	
		Одномоментная		Отсроченная		TRAM	Экс / З/п
		TRAM	TDL+З/п	TRAM	Экс / З/п		
I группа (n = 18)	18 чел / 4,9 балла	–	–	–	–	–	–
II группа (n = 46)	–	9 чел / 6,8 баллов	31 чел / 4,7 балла	–	6 чел / 7,3 балла	–	–
III группа (n = 6)	–	–	–	–	–	2 чел / 2 балла	4 чел / 2,75 балла
p	0,027	<0,01	<0,01	–	<0,01	<0,05	<0,05

Табл. 4. Показатели качества жизни пациенток

	Физический компонент здоровья (PH)				Итого:	Психологический компонент здоровья (MH)				Итого:
	PF	RP	BP	GH		VT	SE	RE	MH	
I группа (n = 18)	75,0	56,1	74,8	46,7	45,1	48,9	75,7	59,3	58,0	42,4
II группа (n = 46)	83,2	68,5	78,2	49,6	47,5	48,7	86,1	88,4	57,7	45,8
III группа (n = 6)	55,0	66,7	73,3	52,0	42,8	50,0	95,8	88,9	60,0	49,5
p	<0,01	<0,01	<0,01	= 0,027	<0,001	= 0,035	= 0,035	= 0,035	= 0,027	<0,001

Табл. 5. Влияние реконструктивно-восстановительных операций на физический компонент здоровья

	РМЭ по Мадену	Радикальная модифицированная мастэктомия по Мадену				Подкожная мастэктомия	
		Одномоментная реконструкция		Отсроченная реконструкция		TRAM	Э/п+сетка
		TRAM	Э/п+TDL, Э/п+сетка	TRAM	Экспандер/Э/п		
I (n = 18)	45,1	–	–	–	–	–	–
II (n = 46)	–	43,7	48,5	–	48,2	–	–
III (n = 6)	–	–	–	–	–	44,8	41,8
p	0,035	0,027	0,033	–	0,035	0,025	0,02

Табл. 6. Влияние реконструктивно-восстановительных операций на психологический компонент здоровья

	РМЭ по Мадену	Радикальная модифицированная мастэктомия по Мадену				Подкожная мастэктомия	
		Одномоментная реконструкция		Отсроченная реконструкция		TRAM	Э/п+сетка
		TRAM	Э/п+TDL, Э/п+сетка	TRAM	Экспандер/Э/п		
I (n = 18)	42,4	–	–	–	–	–	–
II (n = 46)	–	48,8	44,9	–	45,2	–	–
III (n = 6)	–	–	–	–	–	49,6	49,5
p	0,033	0,027	0,027	–	0,035	0,027	0,02

Табл. 7. Влияние послеоперационных осложнений на физический компонент здоровья

	I группа		II группа		III группа	
	б/осл	с осл	б/осл	с осл	б/осл	с осл
РМЭ по Мадену	46,6 (n = 15)	37,9 (n = 3)	–	–	–	–
	p = 0,035		–		–	
Одномоментная реконструкция TRAM–лоскутом	–	–	43,6 (n = 5)	43,8 (n = 5)	–	–
	–		p = 0,027		–	
Одномоментная реконструкция Э/п+сетка или TD–лоскут	–	–	49,6 (n = 17)	47,3 (n = 14)	–	–
	–		p = 0,02		–	
Отсроченная реконструкция Эксп/Э/п	–	–	50,2 (n = 4)	40,3 (n = 1)	–	–
	–		p = 0,035		–	
Одномоментная реконструкция Э/п+сетка	–	–	–	–	41,9 (n = 4)	44,7 (n = 2)
	–		–		p = 0,027	

Табл. 8. Влияние послеоперационных осложнений на психологический компонент здоровья

	I группа		II группа		III группа	
	б/осл	с осл	б/осл	с осл	б/осл	с осл
РМЭ по Мадену	43,3 (n = 15)	41,1 (n = 3)	–	–	–	–
	p = 0,033		–		–	
Одномоментная реконструкция TRAM–лоскутом	–	–	49,7 (n = 5)	47,7 (n = 5)	–	–
	–		p = 0,02		–	
Одномоментная реконструкция Э/п+сетка или TD–лоскут	–	–	44,5 (n = 17)	45,4 (n = 14)	–	–
	–		p = 0,02		–	
Отсроченная реконструкция Эксп/Э/п	–	–	45,5 (n = 4)	44,2 (n = 1)	–	–
	–		p = 0,02		–	
Одномоментная реконструкция Э/п+сетка	–	–	–	–	49,4 (n = 4)	49,7 (n = 2)
	–		–		p = 0,027	

онной травмой, незначительными ограничениями в вопросе двигательной активности. Низкие показатели физического благополучия у пациенток III группы объясняются более травматичным билатеральным удалением МЖ.

В ходе анализа влияния характера выполненных операций, в том числе реконструктивно-восстановительных, на психологический компонент здоровья выявлены наи-

большие показатели у пациенток III группы, наименьшие у пациенток I группы (Табл. 6).

Для оценки влияния развившихся осложнений в послеоперационном периоде проанализированы показатели физического и психологического компонента здоровья пациенток с гладким послеоперационным периодом и с наличием осложнений (Табл. 7, 8).

Становится очевидным снижение показателей физического и психологического компонента здоровья у пациенток I и II групп с развившимися послеоперационными осложнениями. Увеличение данного показателя у пациенток II группы с послеоперационными осложнениями, перенесшими одномоментную реконструкцию силиконовым имплантом в сочетании с сетчатым эндопротезом или перемещенным TD-лоскутом, — объясняется лучшими эстетическими результатами после проведения им корригирующих операций (капсулэктомия с резэндопротезированием и др.) для ликвидации развившихся осложнений (45,4 и 44,5, соответственно;  $p = 0,02$ ).

### Обсуждение результатов

После радикального резекционного этапа во II группе 10 пациенткам выполнена реконструкция МЖ перемещенным TRAM-лоскутом, 31 пациентке силиконовым имплантом в сочетании с сетчатым эндопротезом или перемещенным TD-лоскутом. В III группе после билатеральной сосок-сохраняющей подкожной мастэктомии без аксиллярной лимфаденэктомии 2 пациенткам реконструкция МЖ выполнена перемещенным TRAM-лоскутом, 4 пациенткам силиконовым имплантом и сетчатым эндопротезом.

Из осложнений у 3 пациенток I группы длительно (до 20–25 дней) сохранялась лимфорея постмастэктомического ложа, купированная пункционным способом. У 3 пациенток II группы после одномоментного восстановления МЖ перемещенным TRAM-лоскутом развился частичный некроз перемещенного лоскута, потребовавший реконструкции другим способом (силиконовый имплант и перемещенный TD-лоскут), пролабирование передней брюшной стенки развилось у 2 пациенток. У 5 пациенток II группы после одномоментной реконструкции силиконовым имплантом в комбинации с перемещенным TD-лоскутом или сетчатым эндопротезом развился частичный некроз постмастэктомического лоскута, что было обусловлено радикализмом резекционного этапа, сопутствующими предрасполагающими факторами

(курение, избыточная масса тела). В 8 случаях после одномоментной реконструкции и 1 случае после отсроченной реконструкции у пациенток выявлена капсулярная контрактура восстановленной МЖ 2–3 степени по Backer, из них в 3 наблюдениях постлучевого характера. Длительно некупируемое парапротезное лимфоцеле отмечено у 1 пациентки II группы. У пациенток III группы в 1 случае развилось длительно некупируемое парапротезное лимфоцеле, в 1 случае некроз постмастэктомического лоскута, в результате чего силиконовый имплант был удален, а от дальнейшей коррекции пациентка временно отказалась.

Прогрессирование онкопроцесса на момент исследования диагностировано у 1 пациентки I группы и 1 пациентки II группы. На фоне проводимого комбинированного лечения (радиочастотная термоабляция метастатических очагов печени, полихимиотерапия) у них была достигнута стабилизация онкопроцесса.

Сравнительный анализ уровня депрессии среди пациенток I и II групп показал незначительную разницу показателей (4,9 балла и 5,5 балла, соответственно;  $p < 0,001$ ), отсутствие умеренной и выраженной депрессии, что обусловлено эффективностью проводимого специального лечения (радикальное хирургическое лечение, полихимиотерапия, лучевая терапия), наличием возможности отсроченного восстановления МЖ при стабилизации онкопроцесса. Полученные данные соответствуют результатам систематического обзора и метаанализа [11]. Наименьший уровень депрессии у пациенток III группы обусловлен исключением психотравмирующего фактора риска возникновения рака без нарушения эстетического самовосприятия.

Более высокие показатели физического и психологического благополучия среди пациенток II группы подтверждают результаты проведенных ранее исследований [12]. Проводимые реконструктивно-восстановительные операции на МЖ позволяют исключить ограничивающие психо-физические факторы после радикального лечения и сохранить пациенток в окружающем их социуме (Рис. 1, 2).



**Рис. 1.** Пациентка Д., 1990 г.р., диагноз: Рак инфильтративный протоковый правой молочной железы, pT2mN0M0R0G3, IIa стадия. Комбинированное лечение: 4 курса неоадьювантной ПХТ по схеме AC + 4 курса доцетакселом + 5 введений трастузумаба; операции правосторонняя радикальная кожесохраняющая мастэктомия с одномоментной реконструкцией эндопротезом и перемещенным TD-лоскутом, левосторонняя аугментационная маммопластика от 08.05.2018 года, формирование неососка восстановленной правой молочной железы от 14.11.2019 года. Ремиссия онкопроцесса в течение 3 лет.



**Рис. 2.** Пациентка У., 1987 г.р., диагноз: Рак инвазивный протоковый левой молочной железы, pT1bN0M0G2, Ia стадия. Комплексное лечение: операции: секторальная резекция левой молочной железы, аугментационная маммопластика от 05.12.2016 года; расширенная секторальная резекция левой молочной железы от 27.12.2016 года; биопсия сигнального лимфоузла левой аксиллярной области от 06.03.2017 года; лапароскопическая двусторонняя овариэктомия от 20.03.2017 года; операция коррекция (липофиллинг) молочных желез от 17.11.2017 года; формирование неососка восстановленной левой молочной железы от 03.10.2018 года; адьювантная ДЛТ на над-, подключичные лимфоузлы слева РОД 2,6 Гр, СОД 40 Гр, аксиллярные лимфоузлы слева РОД 2,6 Гр, СОД 40 изогр. Антиэстрогенотерапия тамоксифеном. Ремиссия онкопроцесса в течение 5 лет.

## Выводы

Современные принципы лечения патологии МЖ позволяют не только увеличить безрецидивный период жизни, но и минимизировать уровень депрессивности, сохраняя активную жизненную позицию пациенток.

При анализе полученных данных мы очередной раз убедились в необходимости проведения реабилитационных мероприятий среди пациенток, перенесших радикальное хирургическое лечение по поводу новообразований МЖ. Реконструктивно-восстановительные операции играют немаловажную роль в реабилитации пациенток с новообразованиями МЖ. Их своевременное проведение позволяет вернуть пациенток к самостоятельной полноценной жизни.

Прогнозирование всех этапов специального онкологического лечения основного заболевания (нуждаемость в проведении химиолучевой терапии), тщательная оценка сопутствующей патологии, минимизация операционной травмы при выборе того или иного способа реконструкции МЖ после радикального лечения, позволяет уменьшить частоту и тяжесть возможных послеоперационных осложнений, необходимость повторных реконструктивных вмешательств, что исключит ухудшение показателей физического и психологического благополучия пациенток.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).**

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность). — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2020. — 252 с. [Kaprin AD, Starinsky VV, Shakhzadova AO. Malignant neoplasms in Russia in 2019 (morbidity and mortality). M.: P.A. Herzen Moscow State Medical Research Institute, 2020. 252 p. (In Russ).]
- Грушина Т.И., Жаворонкова В.В., Ткаченко Г.А. и др. Пособие для врачей о реабилитации больных раком молочной железы // Современная Онкология. — 2020. — 22(3). [Grushina TI, Zhavoronkova VV, Tkachenko GA, et al. A manual for doctors about the rehabilitation of patients with breast cancer. Modern Oncology. 2020; 22(3). (In Russ).] doi: 10.26442/18151434.2020.3.200404.
- Fang SY, Shu BC, Chang YJ. The effect of breast reconstruction surgery on body image among women after mastectomy: a meta-analysis. Breast Cancer Res Treat. 2013; 137(1): 13-21. doi: 10.1007/s10549-012-2349-1.
- Kouwenberg CAE, de Ligt KM, Kranenburg LW, Rakhorst H, de Leeuw D, Siesling S, Busschbach JJ, Mureau MAM. Long-Term Health-Related Quality of Life after Four Common Surgical Treatment Options for Breast Cancer and the Effect of Complications: A Retrospective Patient-Reported Survey among 1871 Patients. Plast Reconstr Surg. 2020; 146(1): 1-13. doi: 10.1097/PRS.0000000000006887.
- Davies CF, Macefield R, Avery K, Blazeby JM, Potter S. Patient-Reported Outcome Measures for Post-mastectomy Breast Reconstruction: A Systematic Review of Development and Measurement Properties. Ann Surg Oncol. 2021; 28(1): 386-404. doi: 10.1245/s10434-020-08736-8.
- Char S, Bloom JA, Erlichman Z, Jonczyk MM, Chatterjee A. A comprehensive literature review of patient-reported outcome measures (PROMs) among common breast reconstruction options: What types of breast reconstruction score well? Breast J. 2021; 27(4): 322-329. doi: 10.1111/tbj.14186.
- Rosenberg SM, Dominici LS, Gelber S, Poorvu PD, Ruddy KJ, Wong JS, Tamimi RM, Schapira L, Come S, Peppercorn JM, Borges VF, Partridge AH. Association of Breast Cancer Surgery With Quality of Life and Psychosocial Well-being in Young Breast Cancer Survivors. JAMA Surg. 2020; 155(11): 1035-1042. doi: 10.1001/jamasurg.2020.3325.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961; 4: 561-71. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992; 30(6): 473-83.
- Новик А.А., Ионова Т.И.. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: Олма Медиа Групп, 2007. — 320 с. [Novik AA, Ionova TI. Guide to the study of the quality of life in medicine. 2nd edition. Yu. L. Shevchenko, editor. M.: Olma Media Group, 2007. 320 p. (In Russ).]
- Zhang C, Hu G, Biskup E, Qiu X, Zhang H, Zhang H. Depression Induced by Total Mastectomy, Breast Conserving Surgery and Breast Reconstruction: A Systematic Review and Meta-analysis. World J Surg. 2018; 42(7): 2076-2085. doi: 10.1007/s00268-018-4477-1.
- Zehra S, Doyle F, Barry M, Walsh S, Kell MR. Health-related quality of life following breast reconstruction compared to total mastectomy and breast-conserving surgery among breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. Breast Cancer. 2020; 27(4): 534-566. doi: 10.1007/s12282-020-01076-1.