розподілу даних у вибірках перевіряли шляхом застосовування критеріїв Shapiro-Wilk. При нормальному розподілені незалежних груп використовували критерій (t) Стьюдента. У разі ненормального розподілення неперервних перемінних використовували критерії Манна-Уітні (U-тест). Розбіжності отриманих результатів вважали статистично вірогідними при $p<0,05$, що є загальноприйнятим у медико-біологічних дослідженнях.

Отримані результати дослідження вказують на відсутність вірогідної різниці густини теплового потоку поверхні шкіри між всіма квадрантами правої та лівої молочної залози впродовж першого тижня, після закінчення фази десквамації менструального циклу. Відсутня вірогідна різниця показників між обома молочними залозами, за винятком нижнього зовнішнього квадранту лівої залози, де густина теплового потоку вірогідно нижча. Впродовж третього тижня, після закінчення фази десквамації менструального циклу, спостерігається відсутність вірогідної різниці показників густини теплового потоку поверхні шкіри між всіма квадрантами правої та лівої молочної залози. Слід відмітити відсутність вірогідної різниці густини теплового потоку поверхні шкіри молочних залоз між всіма квадрантами останніх, впродовж четвертого тижня після закінчення фази десквамації менструального циклу.

Таким чином, між всіма квадрантами правої та лівої патологічно неураженої молочної залози жінок молодого віку, впродовж всіх фаз менструального циклу, відсутня вірогідна різниця густини теплового потоку поверхні шкіри, що надзвичайно важливо при розробці методу скринінгу онкологічної патології даної локалізації.

Сенютович Р.В., Шумко Б.І.

ПЕРШИЙ ДОСВІД РЕКОНСТУКТИВНИХ ТА ОНКОПЛАСТИЧНИХ ОПЕРАЦІЙ НА МОЛОЧНІЙ ЗАЛОЗІ

Кафедра онкології та радіології
Вищий державний навчальний заклад України
"Буковинський державний медичний університет"

Метою наших дослідження був аналіз проведених онкопластичних операцій в Чернівецькому обласному клінічному онкологічному диспансері.

Ми почали застосовувати онкопластичні та реконструктивні операції з 2008 року, коли нашу клініку відвідали двоє австрійських хірургів і виконали три оперативних втручання (дві реконструкції клаптем широкого м'язу спини і одну реконструкцію клаптем на прямому черевному м'язі). З того часу в клініці виконано ще одну реконструкцію клаптем з прямого м'яза живота, біля 40 онкопластичних реконструкцій з використанням широкого м'язу спини, 40 підшкірних мастектомії з силіконовими протезами, з переміщенням місцевих тканин – 12 операцій. Пластичні операції сьогодні виконуються одномоментно з видаленням пухлин. Щорічно в клініці проводиться біля 80 – 100 квадрантектомій та лампектомій. Онкопластичні операції з мобілізацією і пересуванням клаптів паренхіми та шкіри проводять рідко. Ускладнення реконструктивних операцій спостерігали рідко - на 100 втручань - 4 нагноєння рани, один частковий некроз країв переміщеного клаптя.

Показаннями до онкопластичних операцій в наших хворих були: молодий вік пацієнтів; невеликі молочні залози (при невеликих молочних залозах з'являються після видалення пухлин і з'єднання швами тканин молочної залози (гландулярних мас) грубі косметичні дефекти). В даному аспекті операції на великих грудних залозах більш вигідні і навіть при видаленні сектору (1/4 залози) і простому зашиванні країв рани – косметичні результати непогані, хоча виникають проблеми із здоровою молочною залозою – для збереження симетрії необхідна редукційна мамо пластика здорової залози.

Ми, як правило, використовуємо пластику торакодорзальним клаптем. Звертає на себе увагу мала кількість (12) онкопластичних втручань першої групи – з переміщенням гландулярної тканини (12). Зважаючи на рухомість молочної залози звести краї рани в молочній залозі вдається завжди. Не маючи можливості оприділяти гормональні рецептори і гени ризику в матеріалах тонкоголкової біопсії – операції, ми враховували тільки об'ємні показники доонкопластичних втручань, без біологічних властивостей пухлини. Одномоментні підшкірні мастектомії з використанням протезів виконували у пацієнтів, яким не планували післяопераційну променеву терапію. В останні роки, щороку виконується приблизно 10 онкопластичних. Особисті прохання молодих пацієнток в реконструкції були задоволенні в усіх випадках.

Реконструктивні та онкопластичні операції тривають приблизно 3 - 4 години, але враховуючи, що вони проводяться на м'яких тканинах і шкірі, вони не ускладнюють перебіг післяопераційного періоду.

Важливий аспект реконструкції – вплив на її результати хіміо – променевої терапії. Наш досвід показує, що адювантна хіміотерапія не впливає на результати і частоту ускладнень одномоментних реконструктивних втручань. Після операції призначали променеву терапію в дозі 20 Гр. Реконструкція власними тканинами повинна бути адаптована до комплексного лікування РМЗ і особливо, до променевої терапії. Ранніх і пізніх місцевих рецидивів після онкопластичних операцій не спостерігалось.

Отже, найчастішим єдиним видом онкопластичних операцій в Чернівецькому обласному клінічному онкологічному диспансері є використання торакодорзальних клаптів. Онкопластичні операції та підшкірна мастектомія із заміщенням залози силіконовим протезом протікають без ускладнень. Ранніх і пізніх локальних рецидивів (на 98 операціях) не спостерігалось.