

стаивать на его рождении, 16,6 % готовы на ее прерывание. В будущем 91,3 % хотели бы иметь 3–2 детей, 8,7 % — 1–2 детей. 98 % респондентов не планируют иметь детей в ближайшее время.

Согласились, что до брака молодым людям можно жить половой жизнью 98,1 %. При ответе на вопрос: «Если предположить, что Ваш(а) настоящий(ая) или будущий(ая) супруг(а) вступали в сексуальные связи с другими партнерами до брака, как Вы к этому отнесетесь?» выяснилось: 59 % юношей и 23 % девушек не устроит факт добрачных сексуальных контактов супруга (и).

Риск заражения ВИЧ и ИППП: 76,4 % опрошенных затруднились дать однозначный ответ на этот вопрос, 12,5 % молодых людей уверены, что им не грозит заражение, 11,1 % такой уверенности не высказали. Регулярно проходят медицинские осмотры у гинеколога/уролога 88 % респонденток и всего 5 % респондентов.

Большинство респондентов (94,6 %) признают имеющуюся проблему сексуального образования молодежи актуальной в настоящее время и положительно относятся (91 %) к идее сексуального просвещения молодежи.

Выводы

1. Основными источниками получения информации в области репродуктивного здоровья и сексуальных отношений для подростков являются консультации со специалистами (41,5 %) и мнение родителей (24,2 %).

2. Для учащихся характерно рискованное поведение: низкий процент использования презервативов и высокая распространенность прерванного полового акта при первом сексуальном опыте, а также половые контакты более чем с одним половым партнером, либеральное отношение к добрачным связям.

3. При оценке эффективности полового воспитания, проводимого в настоящее время в учебном учреждении, 67,1 % респондентов высказали негативное мнение.

УДК 618.19 – 006.6 – 089

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Березаев П. А., Федоркевич И. В., Василенко Д. В., Жданова Л. А.

Учреждение

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема рака молочной железы (РМЖ) для Беларуси, как и для многих стран мира, приобретает все большее значение из-за неуклонного роста заболеваемости, повышении его удельного веса в структуре онкологической патологии у женщин. Если в начале 1970-х рак молочной железы составлял 10,2 % всей женской онкопатологии и находился на 4 месте, а ежегодно регистрировалось около 800 новых случаев данной патологии, то к настоящему времени эта картина претерпела значительные изменения. На сегодняшний день в структуре онкологической заболеваемости женщин РМЖ устойчиво занимает первое место и составляет 18,4 %, а число вновь заболевших достигает 3400 в год [1]. Несмотря на значительные достижения в понимании биологической природы опухоли и успехи в лекарственной терапии, хирургический метод является до настоящего времени определяющим во всей программе радикального лечения РМЖ. Ради-

кальные хирургические вмешательства на молочной железе влекут за собой большое количество физических и эмоциональных последствий, основным из которых является утрата молочной железы, ассоциирующаяся с потерей женственности, сексуальности, физической привлекательности и нередко приводящая к необратимым изменениям в психике пациентки и ее социальной изоляции [2, 3]. По данным разных авторов 22–40 % женщин, перенесших мастэктомию, теряют семью вследствие ухудшения личностно-семейных отношений. Поэтому сегодня реконструкция молочной железы является перспективным направлением в реабилитации пациенток данной категории и занимает неотъемлемое место в программе комплексного и комбинированного лечения РМЖ. Первые шаги в этом направлении были сделаны еще в XIX в., когда в 1858 году Verneuil попытался восстановить удаленную молочную железу (МЖ) при помощи перемещения части контрлатеральной железы. В настоящее время можно выделить 2 основные тенденции в развитии хирургической составляющей лечения РМЖ: органосохраняющие операции, которые ставят перед собой цель максимально сохранить ткань молочной железы, не пренебрегая онкологическими принципами, и реконструктивно-пластические операции (РПО) с использованием собственных тканей. По данным большинства авторов, выполнение радикальной мастэктомии с восстановлением груди и без такового имеет преимущество перед органосохраняющими операциями, прежде всего, в аспекте развития локального рецидива. С эстетической точки зрения осуществление органосохраняющих радикальных операций либо секторальных резекций, адекватных по объему злокачественному процессу без реконструктивного компонента, как правило, не выдерживают критики и редко удовлетворяют и самих пациенток.

Материалы и методы

Работа основана на анализе наблюдений 160 пациенток, которым были выполнены разного рода РПО в период с 2000 по 2009 гг. Все пациентки находились на лечении в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере по поводу рака МЖ I–III стадии. Средний возраст пациенток — 44 года (28–60 лет). Мастэктомия была выполнена в 149 случаях (в том числе — 5 подкожных мастэктомий), органосохраняющие операции (радикальная селективная резекция) – в 11 случаях. Выбор варианта реконструктивной операции зависел как от онкологических факторов (стадия заболевания, объем радикальной операции, наличие нео-, адьювантной химиотерапии или облучения), так и от индивидуальных анатомо-физиологических особенностей пациентки (размер и форма молочной железы, наличие операций на брюшной полости, состояние мягких тканей, общее состояние пациентки) (таблица 1).

Таблица 1 — Вид радикальной операции, способ реконструкции, стадия заболевания

Вид радикальной операции	Способ реконструкции	Количество	Стадия заболевания		
			I	II	III
Органосохраняющая операция	Торако-дорзальный лоскут (ТДЛ)	11	3	8	0
Мастэктомия	ТДЛ	8	4	3	1
	ТДЛ + эндопротез	98	44	43	11
	Эндопротез	12	3	5	4
	TRAM-лоскут на ножке	23	3	19	1
	TRAM-лоскут на микрососудистом анастомозе (МСА)	8	1	5	2

Результаты и обсуждение

Одномоментная реконструкция была выполнена 135 пациенткам, отсроченная — 25. До последнего времени считалось, что одномоментная реконструкция МЖ должна ограничиваться лишь случаями с ранними стадиями рака. Пациентам с более выраженным опухолевым процессом рекомендовалось первоначально выполнять мастэктомию

с адьювантной химио- и лучевой терапией. Реконструктивный этап производился через несколько лет при отсутствии рецидива. Однако накопленный опыт показал, что восстановительная операция не является препятствием к проведению химиолучевой терапии и не затрудняет диагностику рецидива заболевания. Несмотря на более высокие требования пациента к конечному результату, выполнение одномоментной реконструкции является более предпочтительным в психологическом, техническом и экономическом аспектах. В психологическом аспекте преимущество заключается в том, что исключается временной промежуток жизни женщины без молочной железы, что резко снижает степень выраженности эмоциональной травмы. Технические преимущества заключаются в отсутствии рубцового процесса на грудной стенке и в зоне расположения реципиентных сосудов, что повышает надежность восстановительной операции. Экономические преимущества включают в себя уменьшение количества оперативных вмешательств, снижение количества койко-дней и уменьшение себестоимости реконструкции в целом.

Для реконструкции были использованы как собственные ткани, искусственные материалы, так и их комбинация.

Эндопротезирование как самостоятельный метод реконструкции было использовано в 12 случаях. Несмотря на простоту применения, этот способ имеет ряд существенных недостатков: трудности обеспечения симметрии из-за невозможности создания выраженного птоза, высокая стоимость имплантов. Данный вид реконструкции использовался для реконструкции желез небольшого размера с минимальным птозом при наличии достаточного количества тканей для формирования ложа для протеза.

Торакодorzальный лоскут (ТДЛ) как самостоятельный метод реконструкции был использован у 18 пациентов и в сочетании с эндопротезированием у 98 пациентов. ТДЛ является надежным и не слишком травматичным, однако, приносит хорошие эстетические результаты только у пациенток с небольшим размером молочных желез либо в сочетании с эндопротезами, так как максимальный объем ТДЛ составляет 300 см³. Основными кандидатами на выполнение этого способа восстановительной операции были пациенты с малым размером молочных желез и умеренным птозом. У пациенток с большим размером ТДЛ использовался в сочетании с имплантом. После проведения органосохраняющих операций ТДЛ являлся методом выбора и был использован в 100 % случаев у данной категории пациентов.

Лоскут на прямых мышцах живота был применен для реконструкции дефектов у 31 пациентки. Из них 8 — на микрососудистой анастомозе. Данный способ имеет целый ряд преимуществ: кожа нижних отделов передней брюшной стенки идеально подходит по цвету и консистенции для восстановления молочной железы, а жировая клетчатка живота по консистенции весьма напоминает паренхиму органа, рубец в донорском месте является стандартом в эстетической хирургии при абдоминопластике. Данный способ позволяет получить достаточный объем тканей для реконструкции молочной железы любого размера и с высокой степенью выраженности птоза, добиться адекватной симметрии сразу после первого оперативного вмешательства. Недостатками являются ненадежное кровоснабжение и существенная травма передней брюшной стенки. Свободный TRAM-лоскут имеет гораздо лучшее кровоснабжение и характеризуется меньшим повреждением прямой мышцы живота, однако, он технически более сложный и длительный по времени, ассоциируется с высоким операционным риском и требует тщательного отбора пациентов на данный метод реконструкции.

В раннем послеоперационном периоде имели место следующие осложнения: жировой некроз — 1, краевой некроз лоскута — 3, глубокий некроз лоскута — 2, некроз пупка — 1, тромбоз вен МСА — 2, лимфоррея — 2, краевой некроз донорской раны — 1 (таблица 2).

Таблица 2 — Осложнения после реконструктивно-пластических операций

Способ реконструкции	Осложнения						
	жировой некроз	краевой некроз	глубокий некроз	некроз пупка	тромбоз вен МСА	лимфорея	краевой некроз донорской раны
ТДЛ (n=19)	0	0	1	0	0	0	0
ТДЛ-эндопротез (n = 98)	0	2	1	0	0	1	0
Эндопротез (n = 12)	0	0	0	0	0	0	0
TRAM на ножке (n = 23)	0	1	1	0	0	1	0
TRAM на МСА (n = 8)	1	0	0	1	2	0	1

Заключение

Выполнение реконструктивных операций позволяет обеспечить высокие эстетические результаты у большинства пациенток с раком молочной железы и значительно улучшить качество их жизни при относительно невысокой частоте осложнений. Однако, проблема формирования заново объема и формы молочной железы, а также проблема закрытия выраженных послеоперационных рубцов остается открытой, что создает предпосылки к дальнейшему совершенствованию восстановительных операций для достижения более значимых результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Первичные опухоли молочной железы: практ. рук-во по лечению / В. П. Летягин [и др.]; под ред. В. П. Летягина. — М.: Миклош, 2004. — 332 с.
2. Вишневецкий, А. А. Пластическая хирургия молочной железы / А. А. Вишневецкий, М. И. Кузин, В. П. Оленин. — М.: Медицина, 1987. — 224 с.
3. Giele, H. Oxford Specialist Handbook in Surgery: Plastic and Reconstructive Surgery / H. Giele, O. Cassel. — Oxford: University Press, 2008. — 942 p.

УДК 614.258(476)

БОЛОНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ И ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Берещенко В. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

В 1999 г. в г. Болонье была принята декларация «Зона европейского высшего образования» или Болонская декларация, которая предусматривает интеграцию и приведение к единым нормативам подготовку специалистов с высшим образованием для Европейских стран. Первоначально декларацию подписали 29 стран. Сейчас в нем участвуют 47 европейских стран и с 2010 года одно центральноазиатское государство — Казахстан. Все положения Болонской декларации, были установлены как меры добровольного процесса согласования, а не как жесткие юридические обязательства [1].

В рамках Болонской декларации, раз в два года проводятся конференции министров образования, где министры выражают свою волю посредством коммюнике. Последняя — юбилейная конференция прошла в марте 2010 г. в Будапешт-Вене, где состоялось официальное объявление о создании европейского пространства высшего образования. Это указывает, что основные цели, поставленные в Болонской декларации, были выполнены. Надо отметить, что инициаторами создания единого европейского образования в основном выступали экономические факультеты и европейские бизнес-школы с целью повышения конкурентоспособности своих вузов в мире [2].

Рассмотрим девять пунктов Болонской декларации, принятых в Европе (шесть из них были дополнены тремя новыми в Пражском коммюнике (2001 г.):