**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ сT1-3N0-3M0**

**Введение**. В то время как подход «отсутствия опухолевых клеток в краях резекции» является общепринятым для органосохраняющих операций (ОСО) при раке молочной железы РМЖ, остается неясным, является ли он безопасным с онкологической точки зрения для ОСО после неоадъювантной лекарственной терапии (НАЛТ). **Цель исследования** – изучение оптимальной ширины краев резекции при ОСО после НАЛТ и влияния на безрецидивную и общую выживаемость у больных РМЖ. **Материалы и методы.** С 2013 по 2018 гг. проанализирована медицинская документация 76 больным РМЖ, которым на I этапе проведена НАЛТ и на втором этапе выполнены ОСО. Средний возраст составил 54,6 года (медиана (Ме)=49,4 лет, стандартное отклонение (σ) — 9,2 года). Средний период наблюдения составил – 34,8 месяцев (95%, ДИ 30,6–38,9). IIA стадия РМЖ была диагностирована у 38,3% больных, IIB – 32,1%, IIIA - 4,9%, IIIC – 18,5%. Наиболее часто, в 67 (80,7%) случаях, была выявлена инвазивная карцинома неспецифического типа. Распределение пациенток в зависимости от иммуногистохимического типа опухоли: люминальный тип А - 15,6%, люминальный тип В,Her2/neu–негативный - 33,8%, люминальный тип В, Her2/neu–позитивный – 8,5%, Her2/neu – позитивный тип – 15,6%, тройной негативный тип – 26,5%.ОСО в виде традиционных радикальных резекций были выполнены у 37,3% больных, онкопластических резекций (ОПР) – 62,7%, среди них:. Варианты онкопластических резекций: модифицированная методика E. Hall-Findlay – 10,8%, Z-методика иссечения треугольника с закрытием Z-лоскутом – 6,0%, T-invers – 22,9%, Round-block -1,2%, Batwing – 3,6%, SBW-методика – 8,4%,M. Lejour – 1,2%, Grisotti – 1,2%, комбинированная гландулярная ножка – 1,2%, комбинированный кожно-гландулярный лоскут – 1,2%, ТДЛ – 2,4%, торакоэпигастральный лоскут – 2,4%. У всех больных выполнены срочное и плановое морфологическое исследование краев резекции. Для маркировки краев были использованы красители.

**Результаты**. При плановом морфологическом исследовании ширина краев резекции≤1 ммбыла установлена у 1,5% больных РМЖ, 2-5 мм – 4,5%, 5-10 мм – 17,9%, более 10 мм – 76,1%. Частота повторных операций составила - 1,3%. Безрецидивная выживаемость у больных после ОСО при краях резекции менее 2 мм составила – 98%, более 2 мм – 96,20%, общая выживаемость при краях резекции менее 2 мм составила – 98%, более 2 мм – 98%, что не имеет статистически значимой разницы.

**Заключение**. Статистически значимая разница в показателях безрецидивной и общей выживаемости при краях резекции более и менее 2 мм не выявлена. Подход «отсутствия опухолевых клеток в краях резекции» является безопасным с онкологической точки зрения при ОСО после НАЛТ.