

свидетельствуют о нарушении корково-стволовых взаимоотношений в условиях ноцицептивной афферентации из МФТП. В условиях искаженной афферентации из МФТП происходит ослабление механизмов тормозного контроля сенсорных входов на уровне супрасегментарных отделов центральной нервной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян Л.О., Скворцов И.А. Клиническая электромиография. — М., 1986.
2. Жирмунская Е.А., Лосев В.С. Система описания и классификация электроэнцефалограмм человека. — М., 1984.
3. Иваничев Г.А. Мануальная медицина. Руководство и атлас. — Казань, 1997.
4. Иваничев Г.А., Старосельцева Н.Г. Миофасциальный генерализованный альгический (фибромиалгический) синдром. — Казань, 2002.
5. Крыжановский Г.Н. Общая патофизиология нервной системы. — М., 1997.
6. Лиманский Ю.П. Рефлексы ствола головного мозга. — Киев, 1987.

7. Хабиров Ф.А. Мышечная боль. — Казань, 1995.

8. Esteban A.A. // Neurophysiol. Clin. — 1999. — Feb. — Vol. 29. — P.7–38.

9. Jasper H. // EEG a. Clin. Neurophysiol. — 1958. — Vol. 10. — P. 371.

Поступила 30.10.03.

SUPRASEGMENTAL PROFILE IN PATIENTS WITH MYOFASCIAL PAIN SYNDROME

A.M. Nasyrova, A.R. Gainutdinov, G.A. Ivanichev

S u m m a r y

Clinical and electroneurophysiologic study of the functional state of cortical and truncal parts of brain in 107 patients with myofascial pain syndrome was performed. Data of neuroorthopedic examination and analysis of integral parameters of spontaneous electroencephalogram and wink reflex made it possible to reveal in patients with myofascial pain syndrome the increase of excitability of propriobulbar neurons taking part in reflex activity of brain trunk and desynchronization of cortical rhythm. It suggests the disorder of corticotruncal relations in conditions of nociceptive afferentation out of myofascial trigger point.

УДК 618.19 — 006.6 — 089.844

ОДНОМОМЕНТНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Х.Исмагилов, А.М.Гимранов, Х.М.Губайдуллин

Клинический онкологический диспансер

(главрач — докт. мед. наук Р.Ш. Хасанов) МЗ РТ, г. Казань

Рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущее место в структуре онкологических заболеваний у женщин. Успех лечения РМЖ зависит от многочисленных условий, среди которых главную роль играют биологические черты опухоли, степень ее распространения к началу лечения. Основным этапом в лечении РМЖ является хирургический. В подавляющем большинстве случаев операция состоит в удалении пораженной молочной железы (МЖ), отсутствие же последней представляет собой не только физический недостаток, но и тяжелую психическую травму, особенно в молодом возрасте [7, 8]. Восстановление МЖ после радикальной операции существенно дополняет комплексную реабилитацию пациентов. Реконструкция МЖ стала широко внедряться в практику в 70-е годы; к этому времени

были разработаны методы, позволяющие добиваться удовлетворительных результатов. Поскольку после онкологического этапа операции чаще всего имеется дефицит ткани, то перед хирургом возникает проблема его возмещения. Исходя из некоторой полярности в решении этого вопроса [1, 3, 4, 5], а также учитывая то, что в нашей клинике используется почти весь арсенал наиболее распространенных методов реконструкций, мы посчитали возможным поделиться собственным опытом. В настоящее время не существует, по нашему мнению, универсального решения данного вопроса, и у каждой методики есть свои показания.

Под наблюдением находилась 281 пациентка с раком молочной железы 1-3Б стадий и одна больная с саркомой молочной железы, прооперированные в

отделении маммологии нашего диспансера с ноября 1998 по май 2003 г. Радикальную операцию сочетали с одномоментной реконструкцией молочной железы: 171 операцию провели с использованием торакодорзального лоскута (ТДЛ), 104 — с реконструкцией ректо-абдоминальным лоскутом (TRAM-лоскутом), в том числе 7 — с дополнитель-

орзальной пластике
в 2 случая полного
некроза лоскута и 2 — частичного. С уче-
том хорошего кровоснабжения ТДЛ это
объясняется ятрогенными причинами.
В ряде случаев для увеличения длины
ножки мы отсекали торакодорзальную
мышцу в проксимальной части, что при-
водило, по всей видимости, к перекру-
ту либо перегибу сосудистого пучка.

пиентной кожи, поскольку мы производим кожесберегающие варианты мастэктомии, 2 послеоперационные грыжи при ушивании апоневроза без укрепления проленовой сеткой (с применением последней грыж не возникало).

Негативизм в отношении любых восстановительных мер, в особенности хирургических, страх пациенток, перенесших комбинированную и комплексную терапию, перед объемным оперативным вмешательством — все это отнюдь не побуждает к выполнению отсроченных реконструкций. Косметические результаты при одномоментной реконструкции не всегда удовлетворяют пациентку, что снижает частоту востребованности этой операции, тем не менее она не дает женщине почувствовать свою

Рис. 3. Радикальная резекция молочной железы по типу редукционной маммопластики с Т-образным инверсированным рубцом.

ущербность, а хирургу позволяет легче воссоздать требуемую форму МЖ за счет сохранения части ее ткани (рис. 2).

Мы выделяем два основных требования к операции с одномоментным восстановлением МЖ.

1. Радикальная операция возможна в объеме квадрантэктомии, гемимастэктомии, субтотальной резекции, различных видов мастэктомий, но с обязательным соблюдением онкологического радикализма (линия резекции для органосохраняющих операций не менее 3 см от опухоли, исключение — мультицентричность опухоли и инфильтративные формы РМЖ).

2. Хороший косметический результат.

Первоначально основным показанием к восстановительным операциям был молодой возраст больных (до 45 лет), но биологический возраст не всегда совпадает с психоэмоциональным восприятием пациента. На сегодняшний день основным показанием к реконструкции стало желание пациентки, поэтому в возрастной группе до 45 лет установку на операцию дает хирург, в возрастной группе старше 45 лет — сама пациентка. Стадия процесса (кроме IV) значения не имела. Самой пожилой пациентке было 68 лет.

Органосохраняющие операции без пластики выполняют при следующих показаниях:

Рис. 4. Радикальная резекция молочной железы с торакодорзальной пластикой. При сохранении радикальности вмешательства достигнуто сохранение объема и формы.

1. Малый размер опухоли на фоне большой МЖ. Наш опыт показал, что в условиях постлимфаденэктомиического стаза, усугубляющегося под воздействием лучевой терапии, оставшаяся часть МЖ деформируется, нивелируя косметический результат, при этом он тем хуже, чем больше исходный и остающийся объем молочной железы.

2. Операции по типу редукционной маммопластики (рис 3).

3. Отказ больной от мастэктомии при невозможности выполнения более сложных типов операций.

Недостатками этих операций являются низкая эстетическая эффективность: только у 1/3 больных достигается удовлетворительный косметический результат [2, 6] и, кроме того, излишняя экономность резецируемых тканей повышает риск рецидива.

К основным преимуществам использования экспандеров и эндопротезов относится простота выполнения операции, а к недостаткам — высокая стоимость изделий (немаловажный фактор в нашей стране), длительные сроки приобретения протезов (представители фирм-производителей сконцентрированы в Москве) при невозможности задерживать радикальное вмешательство, относительное противопоказание к проведению лучевой терапии ввиду наличия металлических портов, высокая ве-

Рис. 5. Мастэктомия по Пейти с сохранением кожи медиальной части молочной железы. Пластика TRAM-лоскутом.

роятность потери протеза в условиях постлимфаденэктомической лимфорреи вследствие гнойных осложнений, невозможность создания выраженного птоза, неестественная наполненность верхней полусферы, немоделируемая заданность контуров протеза и как следствие проблема создания симметрии молочных желез.

Следует отметить лучший результат дермотензии при помощи двухкамерного экспандера, который достигается за счет возможности избирательного наполнения нижней камеры, но этот эффект нивелируется после замены его



дания симметрии не-
ство на здоровой МЖ.
по поводу РМЖ ис-
ные ткани женщины:
ициальный лоскут,
нашей клинике
1995 г. [2]; 2) ТДЛ,
Tansini в 1906 г.;
первые использован-
andez [9].

ам кожно-жиро-фас-
ута относятся простота
рошая маскировка пос-
о рубца донорской раны
складке. Недостатки —
перемещаемых тканей,
кровоснабжения, вслед-
развивается высокая час-
иционных осложнений —
з, тракция лоскута до 20%.

Основным показанием к данному типу операции считаем небольшую опухоль до 2,0 см в диаметре, расположенную в верхненаружном квадранте, на периферии МЖ.

Рис. 6. Мастэктомия по Пейти с пластикой TRAM-лоскутом, осложненная краевым некрозом медиальной части лоскута.

Бесспорным преимуществом ТДЛ (рис. 4) является хорошее кровоснабжение, а недостатком — небольшой объем замещаемых тканей. К данному типу операций имеются следующие показания: 1) опухоль на фоне малой МЖ (полное замещение МЖ); 2) малая опухоль — до 3 см на фоне средней МЖ (частичное замещение МЖ); 3) опухоли, локализованные в верхней полусфере МЖ (лоскут расположен на мышце, которая после отсечения от спины сокращается; он лучше подвергается деформации растяжения, нежели сжатия, поэтому эстетические результаты при размещении лоскута в нижней полусфере нивелируются).

ТДЛ с эндопротезированием мы считаем порочной практикой, так как при этом суммируются недостатки обеих операций: вмешательство становится дорогостоящим и травматичным. Приемлемым этот метод можно считать лишь в случае невозможности использования TRAM-лоскута.

Ректо-абдоминальный лоскут (рис.5): недостаток — неадекватное кровоснабжение и как следствие высокий риск краевых некрозов (рис. 6), преимущество —

Рис. 7. Мастэктомия по Пейти с сохранением кожи медиальной части МЖ и ареолы с пластикой TRAM-лоскутом. Деформация I степени с образованием втянутого, неравномерного и деформированного рубца при адекватном объеме и форме.

потенциально большой объем перемещаемых тканей. Показанием к нему является большой размер опухоли на фоне средней и большой молочной железы. Как правило, реконструкцию производим на контрлатеральной прямой мышце живота. В случае большого объема и сомнения в адекватности кровоснабжения на одной мышце используем обе мышцы.

С целью профилактики послеоперационных некрозов при расположении опухоли в центральной и медиальной зоне выполняем видеоторакоскопическую парастермальную лимфатическую диссекцию, при которой внутренние грудные сосуды пересекаются, что делает использование ипсилатеральной мышцы невозможным. Нами разработана оригинальная методика микрохирургической подкачки: в процессе видеоторакоскопической лимфаденэктомии производим дистальное пересечение внутригрудных сосудов, их мобилизацию с окружающей парастеральной клетчаткой, заключенными в ней лимфоузлами, затем блок «вывихиваем» в первое межреберье. Выполняем скелетизацию сосудов, клетчатку отправляем на гистологическое исследование (последнее трактуется как парастеральная лимфаденэктомия). Накладываем микрососудистый анастомоз между внутригрудными и нижними надчревными со-

Рис. 8. Мастэктомия по Пейти с пластикой TRAM-лоскутом. Рубцовая деформация II степени с изменением формы при адекватном объеме.

судами. Пластику соска осуществляем трехлепестковым методом, ареолу создаем при помощи косметического татуажа. От свободной кожной пластики мы отказались из-за депигментации пересаженного участка на отдаленных сроках.

Индивидуализация вмешательства позволяет в большинстве случаев сформировать МЖ, схожую по форме и объему со здоровой. Однако в последнее время у нас сложилось иное мнение, так как у большинства больных на момент операции имеется, как правило, та или иная степень птоза или гипертрофии. Восстанавливать МЖ, которая даже при идеальном симметричном моделировании не будет выглядеть эстетично, не имеет смысла. Повышается и без того высокий риск краевого некроза при попытке создания гипертрофированной груди с выраженным птозом. На сегодняшний день вопрос о моделировании груди с последующим вмешательством на здоровой МЖ (аугментационная, редукционная пластика либо мастопексия) решается в процессе предварительной беседы с больной.

Помимо ранних послеоперационных осложнений, развивающихся непосредственно в послеоперационном периоде, мы выделяем поздние осложнения, возникающие на отдаленных сроках, в частности рубцовую деформацию восстановленных молочных желез, которая встречается в 80% случаев. К рубцовой деформации ведут послеоперационная лимфоррея с образованием множественных сером, нагноение ран, в некоторых

нием собственных тканей, не влияют на течение болезни, не увеличивают количество послеоперационных осложнений по сравнению с отсроченными реконструкциями, не препятствуют проведению комбинированной или комплексной терапии и значительно улучшают качество жизни женщины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлаков А.С., Сороколетов А.В. Материалы V Всероссийского съезда онкологов. — М., 2000. — Т3. — С.10.
2. Дружков О.Б. Материалы V Всероссийского съезда онкологов. — М., 2000. — Т3. — С.28.
3. Малыгин С.Е. // Практич. онкол. — 2002. — №1. — С.69—76.
4. Овчинникова Л.К., Скворский В.Д., Осипов А.Г., Вишневский А.А. Материалы V Всероссийского съезда онкологов. — М., 2000. — Т3. — С.70—71.
5. Пак Д.Д., Демидов В.П., Евтягин В.В. Органосохраняющие и функционально-щадящие операции при раке молочной железы. /Пособие для врачей. — М., 2000.
6. Портной С.М., Лактионов К.П., Барканов А.И. // Вопр. онкол. — 1998. — С.439—442.
7. Baker J.L., Owsley J.Q., Peterson R.A. (Eds), Symposium on Aesthetic Surgery of the Breast. St. Louis: Mosby, 1978.
8. Dowden R., Yetman R. //Cleve. Clin. J. Med. — 1992. — Vol.59. — P. 499—503.
9. Fernandez J. // Bol. Trab. Soc. Cir. Buenos Aires. — 1968. — Vol.50. — P. 86.

Поступила 07.07.03.

ONE STEP RECONSTRUCTIVE AND PLASTIC SURGERY IN BREAST CANCER

A.Kh. Ismagilov, A.M. Gimranov, Kh.M. Gubaidullin

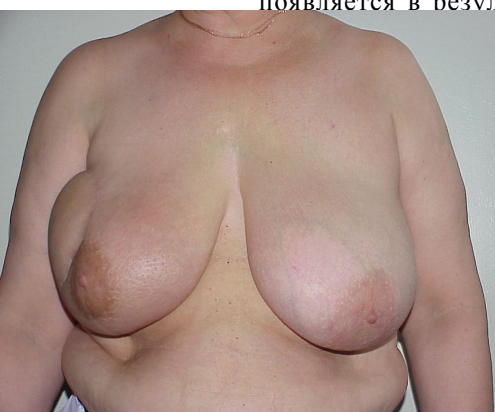
S u m m a r y

Results of 281 one step reconstructive and plastic operations in breast cancer and sarcoma are given. Indications were young age and wish to preserve the breast. The operation consisted of two stages: the first one — the radical intervention on primary focus, the second one — reconstruction. 171 operations by plasty with thoracodorsal graft, 104 operations — with rectoabdominal graft were carried out. Individualization of intervention made it possible to form breast similar in size and configuration with opposite one and maintain the radicality of treatment.

Рис. 9. Радикальная резекция молочной железы с торакодорзальной пластикой. Рубцовая деформация III степени с изменением формы и объема.

случаях с образованием свищей, неадекватно леченных врачами общей сети, скрытые под кожей краевые некрозы, послеоперационная лучевая терапия, короткая мышечная ножка.

Мы выделяем 3 степени рубцовой деформации: 1-я — изменение собственно шовной полосы с образованием втянутого, неравномерного и деформированного рубца (рис. 7), которая появляется в результате повторного на-



скожного шва. 2-я степень — изменение формы МЖ при повторном наложении шва (рис. 8). В данных случаях требуется операция по реконструкции МЖ, при этом сохраняется питающая ножка. При 3-й степени деформации МЖ (рис. 9), что является следствием образования МЖ приводит к необходимости липоаспирации и/или липофиляции при небольшом деформации МЖ. При 3-й степени деформации МЖ требуется операция по реконструкции МЖ, при этом сохраняется питающая ножка. При 3-й степени деформации МЖ требуется операция по реконструкции МЖ, при этом сохраняется питающая ножка.

Таким образом, одномоментные реконструктивно-пластические операции у больных, перенесших радикальные операции по поводу РМЖ с примене-