

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава (Чита)

Цель исследования — изучить особенности состояния здоровья детей первых месяцев жизни с перинатальным поражением центральной нервной системы (ППЦНС), изучить неблагоприятные факторы риска в биологическом, генеалогическом и социальном анамнезе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 235 детей периода новорожденности и грудного возраста в условиях детской поликлиники: клиничко-анамнестический анализ, нейросонография с доплерографией, эхоэнцефалография, офтальмоскопия. Дополнительно каждому второму ребенку проводились стандартная электрокардиография, эхокардиография с доплерографией (120 детей), кардиоинтервалография (40 детей).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среди обследованных детей мальчиков — 46 %, девочек — 54 %. От первой беременности 53,5 % детей, от первых родов — около 60 %. Неблагоприятное воздействие патологии беременности или родов встречалось у всех детей. У 78 % пациентов имело место сочетание трех и более неблагоприятных факторов. К социальным факторам были отнесены: неполные семьи — 47 %, проживание в общежитиях — 16,5 %, незаконченное среднее образование одного из родителей — 13 %, низкий доход в семье — 39,6 %, вредные привычки родителей (курение) — 53,3 %, профессиональные вредности — 36 %, родители-инвалиды — 1,4 %.

Большинство детей были от матерей в возрасте, благоприятном для родов. У 19 % женщин возраст на момент родов был меньше 20 лет, у 4,7 % — больше 35 лет. Акушерский анамнез отягощен предшествующими медабортами у 32 % матерей, спонтанными выкидышами — у 8 %. В структуре патологии настоящей беременности лидировали хроническая фетоплацентарная недостаточность — 80 %, угрозы прерывания — 37 %, хронические урогенитальные инфекции — 44 %. Гестозы встречались в 22 % случаях, анемия — в 28 %, отеки беременных — в 16 %, дефицит массы тела — в 12,5 %, маловодие или многоводие — в 19 %. Регистрация болезней щитовидной железы у матерей была низкой (14 %), несмотря на эндемичность территории Забайкалья по йододефициту. Документированы экстрагенитальные заболевания: гастроэнтерологические — 29 %, сердечно-сосудистые — 38 %, ожирение — 9,4 %, ОРВИ — 27 %. В интранатальном периоде представлены следующие отклонения: кесарево сечение — 20 %, обвитие пуповины вокруг шеи — 45 %, рождение в асфиксии — 16 %, патологический прелиминарный период — 5 %. Чаще регистрировалась задержка внутриутробного развития плода (33 %), чем крупный плод (9 %). Более половины детей имели отягощенный генеалогический анамнез (сердечно-сосудистые, нервные, эндокринологические, аллергические, гастроэнтерологические заболевания).

В структуре перинатальных поражений нервной системы, по данным нашего исследования, лидируют гипоксические нарушения — 75 %. Также отмечено сочетание в 25 % случаев гипоксического поражения с внутричерепной родовой травмой (ВЖК у доношенных), травмой шейного отдела позвоночника, врожденной аномалией развития головного мозга, гидроцефалией. В неврологическом статусе доминировали синдромы: гипертензионный — 61 %, вегето-висцеральный — 19 % в сочетании с двигательными расстройствами.

Изолированная мышечная гипотония встречалась у 13 % обследованных детей. Наиболее характерными изменениями со стороны кожных покровов были «мраморный» рисунок, периоральный цианоз и цианоз стоп, ладоней. Анемия зарегистрирована в 6 % случаях, конъюгационная желтуха — в 37 %, дисбактериоз — в 39 %.

При нейросонографии были выявлены: перивентрикулярный отек легкой степени — 89 %, средней степени — 11 %; псевдокисты сосудистых сплетений — 22 %; расширение межполушарной щели — 27 %, боковых желудочков мозга — 5,5 %. При доплерографии наиболее отчетливые изменения отмечены у детей со средней степенью тяжести поражения ЦНС: повышение диастолической конечной скорости кровотока и снижение индекса резистентности. При эхоэнцефалографии более чем у 2/3 (78 %) обследованных детей выявлен гипертензионный синдром с признаками пульсации боковых желудочков у 1/3 из них. Изменения сосудов глазного дна (сужение артерий, полнокровие вен) в 60 % случаев связаны с неблагополучием со стороны нервной системы.

При электрокардиографическом исследовании у 74,2 % детей зарегистрированы различные отклонения. Преобладали нарушения процессов реполяризации миокарда (инверсия и/или изменения амплитуды зубцов Т в грудных отведениях, депрессия или подъем сегмента ST) — у 45,8 % пациентов. В

структуре нарушений ритма сердца чаще встречались синусовая тахикардия и склонность к синусовой тахикардии (всего у 77 детей), синусовая брадикардия отмечена реже (у 5 детей). Нарушения внутрижелудочковой проводимости встречались у 7,5 % обследованных, укорочение интервала PQ — у 10,8 %, удлинение интервала QT — у 1,7 %, синдром ранней реполяризации желудочков — у 6,7 %. По данным эхокардиографии с доплерографией выявлены: функционирующее овальное окно в сочетании с ложными хордами левого желудочка (65 % детей), открытый артериальный проток (1,6 %), признаки дисфункции миокарда (2,5 %). Исследование вегетативного статуса показало значительное повышение индекса напряжения (575 ± 35 усл. ед.), что свидетельствует о преобладании тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы.

При проведении реабилитационных мероприятий детям с ППЦНС отмечена положительная динамика со стороны нервной и сердечно-сосудистой систем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у всех детей имелись неблагоприятные факторы риска развития перинатального поражения центральной нервной системы. В клинической картине преобладали синдромы: гипертонический, вегето-висцеральный и двигательных расстройств. Поражение нервной системы рассматривается как фактор риска нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, которые наиболее отчетливо проявляются при электрокардиографическом исследовании. Необходима коррекция выявленных изменений и контроль педиатра, невролога, кардиолога.

А.В. Красноперов, Д.А. Стёпин

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ПАРАСТЕРНАЛЬНАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ КАК СТАНДАРТ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ И МЕДИАЛЬНЫХ КВАДРАНТОВ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущее место в структуре онкологических заболеваний у женщин. Успех лечения РМЖ зависит от множества факторов и условий, среди которых немаловажную роль играют биологические черты опухоли и степень ее распространения к началу лечения. Основным этапом лечения РМЖ является хирургический. Одним из очагов поражения при лимфогенном метастазировании РМЖ являются парастернальные лимфатические узлы. Парастернальный лимфоток происходит по многочисленным лимфатическим сосудам, исходящим преимущественно из центральных и медиальных отделов молочной железы. Эти лимфатические узлы находятся в футляре между внутригрудной фасцией и межреберными мышцами, тесно прилегая к ним. Число парастернальных узлов с каждой стороны непостоянно, их количество составляет в среднем от 3 до 17. В большинстве случаев парастернальные лимфатические узлы небольшие — от 0,1 до 0,5—1,0 см, но могут достигать и 2 см в диаметре. При расположении первичной опухоли в центральных и медиальных квадрантах молочной железы метастазы в парастернальном коллекторе выявляются в 15,7—60 % случаев. Удаление регионарных лимфатических узлов позволяет, сохраняя онкологические принципы радикализма, достоверно оценить их состояние и степень вовлечения в метастатический процесс. По Международной классификации злокачественных опухолей TNM показатель N3 подразумевает поражение парастернальных лимфатических узлов.

Мы считаем, что обязательным этапом операции при раке молочной железы центральной и медиальной локализации должна быть видеоторакоскопическая парастернальная лимфодиссекция (ВТПЛ).

ВТПЛ производят под общим обезболиванием с отдельной интубацией легких двухпросветной трубкой типа Карленса. Под грудную клетку на стороне операции подкладывают высокий валик клинообразной формы. Больную укладывают в положение, промежуточное между положениями на спине и на боку. После выполнения мастэктомии анестезиолог выключает легкое из акта дыхания на стороне операции, и легкое коллабируется. В плевральную полость вводят 3 торакопорта: в пятом межреберье по среднеключичной и среднеаксиллярной линиям и в четвертом межреберье по переднеаксиллярной линии. Рассекают париетальную плевру параллельно внутренним грудным сосудам с первого до четвертого межреберья. После мобилизации клипируют и резецируют внутренние грудные артерию и вены, выделяют жировую клетчатку с лимфатическими узлами, препарат удаляют. Плевральную полость после расправления легкого дренируют одним дренажем в течение 2 сут.

Видеоторакоскопическая парастернальная лимфодиссекция при опухолях центральных и медиальных квадрантов молочной железы в нашей клинике выполнена 25 пациентам. Метастазы в пара-