

стернальные лимфатические узлы обнаружены у 9 (36,0 %) больных, у 16 (64,0 %) пациентов метастатического поражения парастернальных лимфатических узлов не выявлено. Следует отметить, что у всех оперированных пациентов морфологически подтверждено метастатическое поражение аксиллярного лимфатического коллектора. В случаях радикальной мастэктомии с одномоментной маммапластикой (как правило, использовался ТРАМ-лоскут) ВТЛА выполнялась первым этапом. После выполнения видеоторакоскопической парастернальной лимфодиссекции послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Таким образом, видеоторакоскопическая парастернальная лимфодиссекция является высокоэффективным и малотравматичным методом воздействия на пораженный метастазами парастернальный лимфатический коллектор. Эту операцию можно считать методом выбора в лечении рака молочной железы центральной и медиальной локализации.

А.В. Красноперов, Д.А. Стёпин

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Основным этапом комплексного лечения рака молочной железы является хирургический. Реконструктивно-пластические операции у больных раком молочной железы в настоящее время рассматриваются как этиотропное лечение психических расстройств, связанных с утратой женственности и целостности собственного образа. В процессе развития пластической хирургии предлагались различные виды реконструкции молочной железы. На сегодняшний день среди методов реконструкции молочной железы во всем мире наиболее популярной является реконструкция нижним поперечным кожно-мышечным лоскутом передней брюшной стенки живота (ТРАМ-лоскут), что позволило назвать этот метод золотым стандартом восстановления молочной железы. Однако основным недостатком этого метода является неадекватное кровоснабжение и высокий риск развития краевых некрозов.

Разработан способ оценки кровоснабжения выкроенного ТРАМ-лоскута с определением показаний к выполнению дополнительной васкуляризации за счет анастомозирования нижнего эпигастрального сосудистого пучка с торако-дорсальным («подкачки»).

С 2002 года в клинике НИИ гастроэнтерологии СибГМУ выполнено 19 одномоментных реконструктивно-пластических операций с использованием ТРАМ-лоскута. В 9 из них, проведенных с 2004 года, осуществлялось исследование микроциркуляции лоскута методом лазерной доплеровской флоуметрии на аппарате ЛАКК-01. Разметку ТРАМ-лоскута проводили по стандартной методике: поперечный кожно-мышечный лоскут передней брюшной стенки живота имел эллипсоидную форму, короткая ось которого проходила по средней линии живота от 2–3 см выше пупка до 4–5 см ниже. Протяженность длинной оси определялась предполагаемым размером дефекта. Нумерация секторов проводилась следующим образом: 1 сектор — в проекции питающего нижнего эпигастрального сосуда (контралатерального к пораженной молочной железе) ограничен средней линией живота и краем прямой мышцы; второй сектор симметричен первому относительно средней линии живота; третий сектор расположен латеральнее первого сектора относительно края прямой мышцы; четвертый сектор симметричен третьему. Для оценки кровоснабжения проводили измерение показателей микроциркуляции в каждом из секторов будущего ТРАМ-лоскута. Аналогичные измерения проводились интраоперационно после мобилизации и подъема ТРАМ-лоскута. Проводили сравнение среднего арифметического значения показателя микроциркуляции (M) в каждом секторе до операции (M_1) и интраоперационно (M_2), если соотношение M_2/M_1 в каком-либо секторе было менее 0,55, накладывали дополнительный сосудистый анастомоз.

Возраст женщин варьировал от 43 до 65 лет (средний возраст — 49,6); 57,9 % пациенток находились в возрасте от 40 до 49 лет, то есть в социально активном и творческом периоде. Влияние репродуктивного статуса пациентки как фактора, существенно влияющего на результаты проводимого лечения, общепризнано. 31,6 % женщин находились в репродуктивном периоде, в пременопаузе — 42,1 % пациенток, в постменопаузе — 5 (26,3 %) пациенток. Рак левой молочной железы диагностирован в 63,2 %, рак правой молочной железы — в 36,8 % случаев. Наиболее часто опухоль локализовалась в верхних квадрантах: в 42,1 % случаев — в верхне-наружном квадранте, в 21,1 % — в верхне-внутреннем квадранте, локализация опухоли в нижне-наружном квадранте отмечена в двух (10,5 %) наблюдениях, в центральных отделах молочной железы — в 21,1 % случаев. В большинстве случаев размеры опухоли соответствовали критерию T2 — 57,9 %, у пяти (26,3 %) пациенток размеры опухоли были более 5 см, и только в трех (15,8 %) наблюдениях определялась опухоль размерами менее 2 см. В 26,3 % случаев отмечено

участие аксиллярных лимфатических узлов в опухолевом процессе. Морфологическая верификация диагноза рака молочной железы была выполнена у всех пациенток.

В первых 10 (52,6 %) случаях реконструкции (1 группа) мы использовали лоскут лишь из трех секторов, отказываясь от четвертого как наиболее удаленного от источника кровоснабжения и заведомо обреченного на некроз. В остальных 9 (47,4 %) (2 группа) проводили исследование микроциркуляции лоскута в соответствии с описанной методикой.

Всем 19 пациенткам выполнены радикальные стандартные операции: мастэктомия по Маддену — в 73,7 % наблюдений, в остальных пяти (26,3 %) случаях — мастэктомия по Пейти. При локализации опухоли во внутренних квадрантах или центральной области радикальная мастэктомия дополнялась торакоскопической парастернальной лимфодиссекцией — 36,8 % наблюдений.

В раннем послеоперационном периоде у четырех (40 %) из 10 пациенток развились краевые некрозы лоскута, в том числе у двух из них потребовались повторные вмешательства (некрэктомия с последующей вторичной пластикой дефекта). У 2 (22,2 %) пациенток из 9 во второй группе интраоперационно выявлено ухудшение кровоснабжения ТРАМ-лоскута (3 и 4 секторов), в связи с чем была выполнена «подкачка». Ни у одной пациентки второй группы мы не наблюдали некрозов лоскута в послеоперационном периоде.

Отдаленные результаты: одна пациентка умерла от прогрессирования заболевания в сроки 19 месяцев, одна пациентка жива с рецидивом заболевания в сроки 15 месяцев, остальные 17 больных живы без рецидива и прогрессирования в сроки от 9 до 36 месяцев наблюдения.

Таким образом, использование методики оценки кровоснабжения лоскута с помощью лазерной доплеровской флоуметрии с проведением одномоментной коррекции ишемии за счет дополнительного сосудистого анастомоза, позволяет избежать одного из самых грозных осложнений реконструктивных операций на молочной железе — краевого некроза лоскута.

**Б.И. Кузник, В.Ц. Батожаргалова, Ю.А. Витковский, О.В. Гвоздева, А.Б. Долина,
М.Ю. Захарова, Н.Н. Ключерева, Е.М. Кустовская, И.Д. Лиханов, Е.Б. Порушничак,
Н.В. Хасанова**

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ БИОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава (Чита)

Проведены наблюдения у больных взрослых и детей с различными терапевтическими и инфекционными заболеваниями: острые и хронические поражения лёгких, острые и хронические гепатиты и холециститы, перикардит, сахарный диабет 1 и 2 типов, диффузный токсический зоб, перикардит, ишемическая болезнь сердца, которые позволили нам установить следующие факты.

1. При всех перечисленных заболеваниях развивается разбалансирование в отдельных показателях клеточного и гуморального иммунитета.

2. Происходит увеличение уровня провоспалительных (ИЛ-1 α и β , ИЛ-8, ФНО α , ИФН α и γ) и, в меньшей степени, противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-10). При этом наблюдается нарушение нормального соотношения концентрации между отдельными цитокинами.

3. Отмечается снижение уровня естественных антикоагулянтов — антитромбина III и протеина С, увеличение концентрации растворимых фибринмономерных комплексов и Д-димера, а также торможение фибринолиза.

4. Наблюдаются как увеличение (I фаза), так и уменьшение (II фаза) интенсивности лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии (ЛТА). Одновременно при многих из перечисленных заболеваний нередко повышается число розеток, образуемых между лейкоцитами и эритроцитами.

5. Выявляется резкое повышение концентрации позитивных и снижение негативных белков острой фазы воспаления (БОФ).

6. Возникает усиление процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и снижение антирадикальной защиты (АРЗ).

Применение биорегулирующих препаратов (тималина, тимогена, вилона, эпителина, эпителина) приводит к значительному улучшению показателей иммунограммы, уменьшает концентрацию провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, восстанавливая их нормальное соотношение, ликвидирует или значительно снижает интенсивность внутрисосудистого свёртывания крови, нормализует содержание БОФ, ЛТА, процессы ПОЛ и АРЗ, что существенно улучшает результаты терапии.

Полученные данные позволяют рекомендовать биорегулирующую терапию при самых различных заболеваниях, сопровождающихся нарушениями в иммунной системе и хроническим ДВС-синдромом.