

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-

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