

МАСТЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С СОХРАНЕНИЕМ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА

Алтынпара А.И., Захарова А.Н., Есина А.И., Галкина Н.Л.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Спесивцев Ю.А.

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии

СБГБУЗ Мариинская больница

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность: генетическая предрасположенность имеет важную роль в развитии рака молочной железы. Для женщин, имеющих данный риск, рекомендована двусторонняя мастэктомия, снижающая риск развития заболевания на 89–100% [1]. Одна из методик — мастэктомия с сохранением сосково-ареолярного комплекса.

Цель исследования: анализ методов онкопластических операций, их сравнение и выявление преимуществ и/или недостатков мастэктомии с сохранением сосково-ареолярного комплекса.

Материалы и методы: работа выполнена на основе данных зарубежной и отечественной медицинской литературы по онкопластическим операциям при РМЖ.

Результаты: таким образом, сущность операции заключается в удалении молочной железы, жировой клетчатки, в которой содержатся лимфатические узлы (вероятные места метастазирования) и, в зависимости от варианта мастэктомии, удаление малой и/или большой грудной мышц. Мастэктомия с сохранением сосково-ареолярного комплекса обеспечивает лучшие косметические результаты после реконструктивных операций и частичное сохранение сосковой чувствительности у части пациенток. Некоторые хирурги — онкологи рассматривают эту операцию как возможную альтернативу стандартной мастэктомии. Данные о безопасности предлагаемого метода, однако, противоречивы: частота возможного поражения сосково-ареолярного комплекса варьирует в разных исследованиях от 0% до 50%, что является существенным недостатком операции. При этом зачастую мастэктомия проводится одномоментно с реконструкцией молочной железы. В данном случае в качестве наполнителя могут использоваться силиконовые импланты или диэпидермизированный ТРАМ-лоскут.

Выводы: при мастэктомии с сохранением сосково-ареолярного комплекса является наиболее перспективным и эффективным хирургическим методом в терапии РМЖ, который позволяет добиться хорошего эстетического результата и реабилитации у пациенток.

Литература

1. Блохин Н.С. Первичные пластические операции в хирургии рака молочной железы // Н.С. Блохин, К.П. Лактионов, И.Ю. Дадыкина, Е.А. Мелихова // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. 1997. № 3. С. 59–63.
2. Боровиков А.М., Пациора И.А., Коренькова Е.В. Пластика груди после мастэктомии ТРАМ-лоскутом // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. 1997. № 1. С. 63–74.

АНАТОМО-МАТЕМАТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ АКСИЛЛЯРНОГО ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА К ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Афанасьева А.А.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Карпатский И.В.

Городская больница № 26

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность: технические особенности эндовидеохирургической тиреоидэктомии, ее стоимость и необходимость уверенности в благополучном исходе требует строгого отбора

больных. Существующие критерии отбора часто носят эмпирический характер, авторы не приводят четкого анатомо-математического обоснования

Цель исследования: усовершенствование критериев отбора пациентов и техники выполнения трансаксиллярных эндовидеохирургических вмешательств на щитовидной железе с помощью математического моделирования доступа

Материалы и методы: математическая модель трансаксиллярного доступа разработана на основании изучения антропометрических данных 35 больных, оперированных традиционным и эндовидеохирургическим способом на базе ГБ № 26. Выполнен анализ расстояний и возможных угловых параметров инструментов для одной из схем доступа [1, 2, 3].

Результаты: в работе выполнена математическая оценка варианта трансаксиллярного доступа с расстановкой рабочих троакаров по краю большой грудной мышцы в месте ее прикрепления к плечу (№ 1) и в параареолярной области (№ 2). При этом создавался угол операционного действия 69–85гр, что достаточно для выполнения вмешательства. Видеопорт располагался по биссектрисе данного угла и позволял уверенно ориентироваться в ране при использовании угловой оптики 45 гр [1].

Средний угол наклона манипулятора № 1 по отношению к боковой поверхности трахеи составил около 90 гр, максимальная амплитуда движений кончика — 5–6 см. Это позволило использовать его для тракции доли железы и пересечения верхних щитовидных сосудов. Угол наклона манипулятора № 2 составил 15–35гр, что позволило использовать его для выделения возвратного нерва и пересечения ветвей нижней щитовидной артерии. Область ниже уровня ключиц и рукоятки грудины оказалась практически недоступной для обзора и манипуляций. ГДИ № 1 составила 17–22 см, № 2-19-27 см

Выводы: 1. Эндовидеохирургическая тиреоидэктомия характеризуется большой глубиной действия инструментов, что создает «эффект рычага» и затрудняет выполнение вмешательства у пациентов крупного телосложения. 2. Различные этапы вмешательства требуют перемещения режущих инструментов в разные троакары. 3. Вокруг крупных узлов щитовидной железы уменьшается объем рабочей полости, перемещение их требует значительных усилий из-за эффекта рычага. 4. Загрудинное расположение зоба является препятствием для выполнения вмешательства из-за невозможности манипуляций в области его нижнего полюса.

Литература

1. Бельцевич Д.Г., Ванушко В.Э., Мельниченко Г.А., Румянцев П.О., Фадеев В.В. Клинические Рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению узловатого зоба // Эндокринная хирургия –2015 № 1. С. 15–21.
2. Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Криволапов Д.С., Пришвин А.П., Михальченко Г.В. Минимальноинвазивная хирургия щитовидной железы // Международный научно-исследовательский журнал 2017 № 1. С. 144–151.
3. Решетов И.В., Севрюков Ф.Е., Голубцов А.К., Крехно О.П. Видеоассистированная резекция щитовидной железы из одностороннего подмышечного доступа // Федерация специалистов по лечению заболеваний головы и шеи. 2014. № 3. С. 15–19.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «БРАНОЛИНДА» С ПЕРУАНСКИМ БАЛЬЗАМОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ II–IIIА СТЕПЕНИ

Бадалян А.А., Молина Т.Р.

Научный руководитель: к. м. н. Сахаров С.П.
Кафедра факультетской хирургии — клиническая
Тюменский ГМУ

Актуальность: по данным ВОЗ, ежегодно в мире происходит до 180000 случаев летальных исходов от ожогов [2]. Комбустиолог должен владеть не только хирургическими способами операций, но и знать весь спектр современных раневых покрытий, позволяющих ускорить регенерацию тканей и способствовать улучшению результатов лечения [1,3].