

**ЭТИОЛОГИЯ ПРИОБРЕТЕННЫХ ДЕФЕКТОВ НАРУЖНОГО НОСА  
В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Иванов С. А., Шляга И. Д., Солодкая А. Б.*

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Наружный нос (НН) является наиболее выступающей частью лица и подвержен интенсивному воздействию внешних повреждающих факторов. НН играет важнейшую роль в индивидуальном восприятии и социализации. НН имеет сложный рельеф и три слоя тканей. Устранение приобретенных дефектов (ПД) этой локализации представляет собой серьезную хирургическую проблему [1–5]. Этиология изъяна может оказывать влияние на методику его устранения [1–5]. Причины образования ПД менялись со временем: стигмация наказанных, третичный сифилис, военные увечья, лейшманиоз, бытовые и криминальные травмы, кокаинизм, гранулемы инородных тел, лечение злокачественных опухолей (ЗО) кожи, удаление предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей (ПЗиДО) [1, 2].

***Цель***

Проанализировать особенности ПД НН в Гомельской области.

***Задачи***

Изучить демографические характеристики пациентов с ПД НН разной этиологии, исследовать клинические параметры ПД НН разной этиологии, проанализировать особенности устранения ПД НН разной этиологии.

***Материал и методы исследования***

Проанализирована медицинская документация подразделений Гомельского областного клинического онкологического диспансера и Гомельской областной клинической больницы, осуществляющих оказание медицинской помощи пациентам с ПД НН. Период исследования — 2014–2015 гг. Общее число пациентов 217, мужчин было 67, женщин — 150. Средний возраст —  $62,4 \pm 8,5$  года, min — 3 года, max — 90 лет. Были сформированы группы пациентов в зависимости от этиологии ПД: удаление ЗО, лучевое лечение ЗО, удаление ПЗиДО, травма, гранулемы. Исследованы и сравнены демографические показатели, характеристики изъяна, особенности лечения в группах. Статистическая обработка при помощи пакета программ «Statistica» 8.0: расчет средней величины и среднего отклонения, сравнение показателей по критерию Манна — Уитни и  $\chi^2$ , значимость различия при  $p < 0,05$ .

***Результаты исследования и их обсуждение***

В нашем материале установлены следующие причины образования ПД НН: удаление ЗО — 161 (74,2 %) наблюдение, лучевое лечение ЗО — 6 (2,8 %), травматические повреждения — 18 (8,3 %), удаление ПЗиДО — 29 (13,4 %), другие — 3 (1,4 %). В обследуемую когорту могли не попасть пациенты, обращавшиеся в другие лечебные учреждения, но материал специализированных клиник области отражает состояние этой проблемы в регионе в целом. В Гомельской области более половины случаев утраты частей НН связаны с удалением ЗО: базальноклеточный рак — 129, метатипичный рак — 16, плоскоклеточный рак — 9, рак из придатков кожи — 3, меланома кожи — 4. Вторая по значимости причина — удаление ПЗиДО: невусы — 22, меланоз Дюбрея — 4, кератоакантома — 2, аденома потовой железы — 1. Травматические повреждения НН наблюдались значительно реже: укусы собаками — 14, удар тупым предметом — 3, укус человеком — 1. Остальные факторы встречались редко: лучевое лечение ЗО — 6, неспецифические гранулемы — 3.

Демографические показатели важны при планировании реконструкции [1–4]. Работающие лица придают значение длительности реабилитации. Женщины и лица публичных профессий интересуются окончательным косметическим эффектом. Пожилые пациенты чаще

имеют сопутствующие заболевания, но инволютивные изменения кожи обычно облегчают реконструкцию. Распределение по полу и возрасту в группах представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Демографические показатели пациентов с ПД НН различной этиологии

Группа	Половое отношение, М : Ж	Средний возраст, лет	Число пациентов трудоспособного возраста
Удаление ЗО, n = 161	46:115	66,2 ± 10,1	34 (21,1 %)
Травматические повреждения, n = 18	11:7	32,7 ± 5,9	16 (88,9 %)
Удаление ПЗиДО, n = 29	7:22	54,6 ± 5,7	14 (48,3 %)
Лучевая терапия ЗО, n = 6	2:4	68,1 ± 6,3	1 (16,7 %)
Гранулемы, n = 3	1:2	45,6 ± 8,7	2 (66,7 %)
Весь коллектив, n = 217	67:150	62,4 ± 8,5	67 (30,1 %)

В группах пациентов, которым проводилось лучевое и хирургическое лечение ЗО, вдвое больше лиц женского пола. Это связано с тем, что ЗО чаще встречаются у лиц старших возрастных групп, среди которых пропорция женщин выше. Это подтверждается средним возрастом пациентов этих групп, который наиболее высок во всем исследованном коллективе. Доля трудоспособных лиц составила пятую часть этих групп — заметно меньше, чем в группах с травмами и удалением ПЗиДО.

Удаление ПЗиДО также выполнялось чаще у женщин, чем у мужчин; преобладание более, чем трехкратное. Достаточно большой средний возраст пациентов указывает на приобретенный характер ПЗиДО. Профилактика озлокачествления была показанием к удалению в 17 наблюдениях, косметический дефект — в 5. Можно предположить, что преобладание лиц женского пола связано с более требовательным отношением к внешности и дисциплинированным исполнением врачебных рекомендаций. Около половины пациентов имели трудоспособный возраст, то есть в стоимость лечения входили социальные выплаты.

Травмы НН составляют менее одной десятой части в материале. Половое распределение резко отличается от «онкологических» групп: мужчины составляют большинство, 61,1 %. Средний возраст лиц с травмами НН значительно меньше, чем в группах онкобольных, подавляющее большинство составляют трудоспособные лица. Стоимость их реабилитации выше, чем пенсионеров. Различие по половозрастному распределению в парах удаление ЗО vs травмы НН, удаление ПЗиДО vs травмы НН является статистически значимым,  $p < 0,01$ . Различие по тем же признакам в парах лучевая терапия ЗО vs травмы НН, хроническое воспаление vs травмы НН не имеет статистической значимости,  $p > 0,05$ .

Размер, глубина и локализация дефекта являются важнейшими параметрами при выборе способа устранения. Значительно усложняют устранение изъянов: локализация в нижней трети НН, утрата кожи более 1,5 см, повреждение двух или трех слоев тканей [1–5]. Мы проанализировали клинические характеристики дефектов в группах (таблица 2).

Таблица 2 — Характеристика дефектов наружного носа различной этиологии

Группа	Размер, см	Глубина, число утраченных слоев			Локализация		
		1 слой	2 слоя	3 слоя	верхние 2/3 носа	нижняя 1/3 носа	все отделы
Удаление ЗО, n = 161	2,4 ± 0,5	144	10	7	94	49	18
Травматические повреждения, n = 18	2,1 ± 0,6	12	1	5	4	13	1
Удаление ПЗиДО, n = 29	0,9 ± 0,2	29	—	—	23	6	—
Лучевая терапия ЗО, n = 6	2,6 ± 0,3	3	1	2	2	4	—
Гранулемы, n = 3	1,3 ± 0,2	2	1	—	1	2	—
Весь коллектив, n = 217	2,1 ± 0,6	190	13	14	123	75	19

Наибольшее среднее значение размера отмечено в группах дефектов после удаления и лучевой терапии ЗО, а также травматических повреждений. Величина превышает 1,5 см во всех этих группах, это свидетельствует о востребованности реконструктивных хирургических техник для устранения этих изъянов. Удаление ПЗиДО и гранулем завершилось утратой

кожи менее 1,5 см во всех наблюдениях. Различие по размеру в парах удаление ЗО vs удаление ПЗиДО, травмы НН vs удаление ДО статистически значимое,  $p < 0,01$ . Различие в паре удаление ПЗиДО vs травмы НН не имеет статистической значимости,  $p > 0,05$ .

Доля дефектов с утратой 2 и 3 слоев наиболее велика после травматических повреждений — 33,3 %. Тот же показатель после удаления ЗО составил 10,6 %, после лучевой терапии ЗО — 66,7 %. При удалении ПЗиДО и гранулем во всех наблюдениях был утрачен только слой наружной кожи. Имеется статистически значимое различие по глубине дефекта в парах удаление ЗО vs удаление ПЗиДО ( $p < 0,0001$ ), удаление ЗО vs травмы НН ( $p < 0,05$ ), травмы НН vs удаление ПЗиДО ( $p < 0,01$ ).

Пропорция дефектов с вовлечением нижней трети носа более велика при травматических повреждениях — 77,8 %, при удалении ЗО — 41,6 %, при лучевой терапии ЗО — 66,7 %; различие в любой из пар этих групп не имеет статистической значимости,  $p > 0,05$ . ПЗиДО локализовались в нижней трети носа в 26,8 % — реже по сравнению с остальными группами. Имеется статистически значимое различие по локализации ПД в паре групп удаление ПЗиДО vs травмы НН,  $p < 0,01$ .

Дефект НН может быть устранен следующими способами: простое ушивание, первичная хирургическая обработка (ПХО), пластическое замещение (ПЗ) местными тканями, ПЗ региональными тканями, многоэтапная реконструкция [1–5]. Сложность и длительность мероприятий в перечисленном ряду возрастает. В таблице 3 представлено распределение способов устранения ПД НН в группах пациентов.

Таблица 3 — Устранение дефектов НН различной этиологии

Группа	Простое ушивание	ПХО	Пластическое замещение		
			местные ткани	региональные ткани	многоэтапная реконструкция
Удаление ЗО, n = 161	79	—	23	42	17
Травматические повреждения, n = 18	—	11	3	2	2
Удаление ПЗиДО, n = 29	25	—	3	1	—
Лучевая терапия ЗО, n = 6	—	—	1	3	2
Гранулемы, n = 3	2	—	—	1	—
Весь коллектив, n = 217	116	11	30	49	21

Устранение ПД НН в исследованном коллективе чаще всего (58,5 %) выполнялось простым ушиванием раны, как вариант — ПХО при травматических повреждениях. ПЗ местными тканями применено в 13,8 % наблюдений, ПЗ региональными тканями — в 22,6 %, многоэтапные методики реконструкции — в 9,7 %. Общая частота использования техник ПЗ составила 41,5 % при средней величине дефекта 2,2 см. Устранение изъяна после удаления ЗО потребовало ПЗ в 50,2 % случаев, после удаления ПЗиДО — 13,8 %, при травмах НН — 38,9 %, после лучевой терапии ЗО — 100 %. Пропорция многоэтапных реконструктивных вмешательств наиболее велика при дефектах после удаления и лучевой терапии ЗО и травм НН — более 10 % в каждой из этих групп. Частота использования техник ПЗ дефекта статистически значимо отличается в парах групп удаление ЗО vs удаление ПЗиДО ( $p < 0,01$ ), травмы НН vs удаление ПЗиДО ( $p < 0,05$ ).

### Выводы

Основные причинные факторы, приводящие к образованию ПД НН, в Гомельской области — удаление ЗО, удаление ПЗиДО, травматические повреждения. Среди пациентов после удаления ЗО и ПЗиДО преобладали женщины и лица пенсионного возраста, среди травмированных — мужчины трудоспособного возраста. Дефекты после удаления ЗО и травм имели более сложные клинические характеристики и значительно чаще требовали пластического замещения по сравнению с дефектами после удаления ПЗиДО.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Menick, F. J. Nasal Reconstruction: Art and Practice / F. J. Menick // MOSBY Elsevier. — 2009. — 759 p.
2. Baker, S. R. Principles of Nasal Reconstruction: монография / S. R. Baker. — New York: Springer Science + Buiseness Media, 2011. — 587 p.

3. Unger, J. G. Nasal reconstruction / J. G. Unger, J. F. Thornton, J. R. Griffin // Selected Readings in plastic Surgery. — 2014. — Vol. 11, Is. R6. — P. 1–45.
4. Beahm, E. K. Concepts in Nasal Reconstructions / E. K. Beahm, R. L. Walton, G. C. Burget // Principles of Cancer Reconstructive Surgery. — New York: Springer, 2008. — P. 161–189.
5. Рак кожи носа. Возможности пластического замещения дефектов при хирургическом лечении / М. А. Кропотов [и др.] // Опухоли головы и шеи. — 2014. — № 1. — С. 1–10.

УДК 616.831-005.1-0,36.82

## ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ ПОСЛЕ КУРСА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*Иванцов О. А.*

Учреждение

«Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны»  
г. Гомель, Республика Беларусь

### *Введение*

Актуальность совершенствования медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) обусловлена тем, что сосудистые заболевания головного мозга являются ведущей причиной инвалидизации и смертности, и признаются одной из важнейших медико-социальных проблем здравоохранения во многих странах, в том числе и в нашей. В Республике Беларусь заболеваемость инсультом в течение последних лет колеблется в районе 296 случаев на 100 тыс. населения, а по данным эпидемиологических исследований удельный вес случаев инсульта у лиц трудоспособного возраста достигает 23,7 % [1]. Социально-экономическое значение мозгового инсульта обусловлено также тем, что он является причиной стремительного роста расходов на стационарную помощь.

Проблема качества жизни у лиц после инсульта является наиболее актуальной как с медицинской, так и с социальной точки зрения. Внедрение новых медико-организационных технологий с использованием индивидуальных программ вторичной профилактики и реабилитации пациентов является перспективным для улучшения показателей качества жизни у данного контингента пациентов.

### *Цель*

Оценить качество жизни пациентов с ОНМК, прошедших курс непрерывной терапии и медицинской реабилитации на базе стационара учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ».

### *Материал и методы исследования*

Объектом исследования явились показатели качества жизни пациентов с ОНМК, прошедших курс лечения и реабилитации в инсультном центре учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов ИОВ».

В стационаре реализован непрерывный и поэтапный цикл организации медицинской помощи пациентам с ОНМК, который включает инсультное отделение, в составе которого имеется блок интенсивной терапии, отделение реанимации и интенсивной терапии и отделения ранней и поздней постинсультной реабилитации.

Обследовано 150 пациентов с ОНМК, проходивших лечение в госпитале ИОВ. Распределение пациентов по полу и возрасту показано в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение обследованных пациентов по полу и возрасту

N	Ср. возраст (M ± SD)	Мужчины		Женщины	
		N	ср. возраст (M ± SD)	N	ср. возраст (M ± SD)
150	56,4 ± 11,9	80	55,7 ± 11,7	70	57,3 ± 12,2

Для оценки эффективности лечения и реабилитации нами был выбран такой стандартизированный параметр как характеристика качества жизни пациентов. Качество жизни — это