

Результаты исследования

В ходе анализа сонографической картины миоматозных узлов было выявлено, что в большинстве случаев они имели интерстициальную и интерстициально-субсерозную локализацию; реже встречалась интестиициально-субмукозная локализация и субсерозная на широком основании; в 2 случаях узлы располагались субмукозно. Диаметр доминантного миоматозного узла колебался в пределах от 22 до 98 мм, в среднем составляя $49,8 \pm 19,1$ мм, при среднем объеме тела матки $422,1 \text{ см}^3$ (от 98 до 976 см^3). В ходе цветового доплеровского картирования в области сосудистых пучков матки с обеих сторон оценивалось состояние васкуляризации миометрия и эндометрия. Данные нашего исследования свидетельствуют об обильном кровоснабжении миоматозных узлов. Это подтверждают гипо- и изоэхогенная структура опухоли; большое количество исходящих от нее цветовых сигналов; наличие центрального и периферического внутриопухолевого кровотока; невысокие значения индекса сосудистой резистентности в маточных артериях.

Основными показаниями к проведению ЭМА являлись: высокий анестезиологический риск (6,2 %), сочетание миомы матки с бесплодием (4,2 %), рецидив миомы после консервативной миомэктомии (8,3 %), непереносимость гормональных препаратов (10,4 %). В большинстве (71 %) случаев ЭМА выполнялась по поводу симптомной миомы матки, сопровождающейся: меноррагиями (57,2 %), менометроррагиями (23,2 %), анемическим (82 %) и болевым (42,8 %) синдромом.

У 79 % пациенток на первые сутки после ЭМА развился постэмболизационный синдром. Он проявлялся болевым (89 %) и интоксикационным (в виде повышения температуры до $38 \text{ }^\circ\text{C}$ (81,2 %), тошноты (17,5 %) и общей слабости) синдромами. В качестве достоверного критерия эффективности ЭМА нами была использована динамика регрессии размеров доминантного миоматозного узла и объема матки.

Выводы

1. ЭМА — высокоэффективный самостоятельный метод лечения миомы матки, являющийся альтернативой хирургическим методам и длительному приему гормональных препаратов.

2. Основными показаниями к проведению ЭМА являются: высокий анестезиологический риск в виду соматической патологии, сочетание миомы матки с бесплодием, рецидив после консервативной миомэктомии, непереносимость гормональных препаратов и симптомная миома матки.

3. Тщательный отбор женщин по данным клинико-лабораторного обследования, учет всех показаний и противопоказаний в каждом конкретном случае позволяют ожидать от ЭМА практически 100 % эффективность.

4. В раннем послеоперационном периоде женщины требуют усиления проведения профилактических мероприятий в отношении развития постэмболизационного синдрома (79 %) и динамического наблюдения как со стороны гинеколога, так и со стороны узких профильных специалистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Лапотко М. Л.* Органосохраняющее лечение миомы матки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. Л. Лапотко. — Минск, 2010. — С. 3–5.
2. *Hatchins, F. L. Jr.* Uterine Fibroids : Embolization and Other Treatments / F. L. Jr. Hatchins; ed. T. Tulandi. — Cambridge, 2003. — P. 97–100.

УДК 616.212.3 – 089.843

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ХРЯЩА ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ НАРУЖНОГО НОСА

Платошкина Л. А., Иванов С. А., Тризна Н. М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Государственное учреждение

**«Республиканский научно-практический центр онкологии
и медицинской радиологии имени Н. Н. Александрова»**

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Устранение сквозных дефектов наружного носа (СДНН) является одной из наиболее сложных проблем пластической хирургии. Задачи реконструкции: формирование эпителиальной выстилки снаружи и со стороны преддверия носа, восстановление хрящевого каркаса, обеспечение естественного цвета, толщины и фактуры кожи, минимальные изменения в донорской зоне. При восстановлении СДНН возможно использование полнослойного комплекса тканей или только покровных тканей.

Цель

Охарактеризовать потенциальные преимущества и недостатки основных методик устранения СДНН.

Материал и методы исследования

Анализ доступных литературных источников, посвященных устранению СДНН, данных собственных исследований и клинического опыта.

Результаты исследования

Основными способами устранения СДНН являются: трансплантация фрагмента ушной раковины, формирование дубликатуры кожного лоскута с возможной трансплантацией хряща, использование органотипического пластического материала (ОТМ).

Трансплантация фрагмента ушной раковины производится способом Сулова, при котором резецируют полнослойный участок аурикулы и переносят в область дефекта [1]. Достоинства способа: одномоментность, естественная толщина; недостатки: риск осложнений в донорской зоне, ограниченность пластического материала, риск некроза трансплантата [2]. Метод неприменим у пациентов с рубцами, после лучевой терапии.

Моделирование кожных лоскутов для создания двусторонней эпителиальной выстилки описано в виде способов Йозефа и индийского способа, которые включают транспозицию кожного лоскута в область дефекта, дистальную часть лоскута перегибают [3]. Преимущества способа: одномоментность, техническая простота; недостатки: ограниченность площади донорской кожи, заметный рубец в донорской зоне, отсутствие хрящевого каркаса, риск некроза лоскута, избыточная толщина лоскута.

Для устранения сквозных дефектов периоральной области предложено использование ОТМ (О. П. Чудаков, Н. М. Тризна, Л. И. Тесевич). Способ основан на формировании двусторонней эпителиальной выстилкой путем подшивания расщепленного аутодермотрансплантата (РАДТ) к раневой поверхности кожного лоскута, помещении лоскута в погружные условия на 3 недели и транспозиции в область дефекта на втором этапе. Достоинства способа: использование РАДТ из косметически незначимой зоны, естественная толщина; недостатки: отсутствие хрящевого каркаса, заметный рубец в донорской зоне.

Таким образом, основные недостатки перечисленных способов связаны с ограниченностью пластического материала и отсутствием хрящевого каркаса в восстанов-

ленной части носа. Это побудило нас к совершенствованию реконструкции СДНН на основе ОТМ. На первом этапе формируем комплекс тканей с двусторонней эпителиальной выстилкой. Кожно-подкожный лоскут выкраиваем в надбровье или нососщечной области. Выбор донорской зоны обусловлен соответствием характеристик кожи нижней трети носа, лба и медиальной части щеки [4]. Рубцы в донорской зоне маскируем линией роста волос на брови или в мелолабиальной борозде. Для создания каркаса используем хрящевой ауто- или аллотрансплантат. Мы считаем, что трансплантация хряща на первом этапе формирования ОТМ нецелесообразна — это препятствует приживлению РАДТ, манипуляции на этапе транспозиции комплекса тканей в область дефекта приводят к травме формирующейся капсулы вокруг хряща. Имплантация хряща непосредственно перед транспозицией комплекса тканей приводит к значительной травме ОТМ. Перед подшиванием РАДТ мы формируем в лоскуте тоннель между дермой и подкожным слоем. В тоннель помещаем резиновую полоску для препятствия срастанию. Это позволяет избежать проблем приживления РАДТ. После извлечения ОТМ из погружных условий резинку удаляем и на ее место вводим хрящ. Такая техника минимизирует инвазивное воздействие на сформированный ОТМ и хрящевой фрагмент при моделировании и на шовном этапе.

Выводы

Сложный комплекс тканей при устранении СДНН может быть сформирован на основе ОТМ с использованием хрящевых трансплантатов. Методика включения хрящевого трансплантата определяется особенностями заживления раны при двухэтапном вмешательстве.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Михельсон, Н. М.* Восстановительные операции челюстно-лицевой области / Н. М. Михельсон. — М.: Медгиз, 1962. — С. 208–209.
2. *Кручинский, Г. В.* Сложные трансплантаты в пластической хирургии лица / Г. В. Кручинский. — Минск: Беларусь, 1978. — С. 6–7.
3. *Hilko Weerda.* Reconstructive Facial Plastic Surgery: A Problem-Solving Manual / Hilko Weerda. — Germany: Thieme, 2001. — P. 20–41.
4. The histology of facial aesthetic subunits: Implications for common nasal reconstructive procedures / M. Rahman [et al.] // Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. — 2010. — Vol. 63, Issue 5. — P. 753–756.

УДК 614.253:616-036.88 – 616.08-039.75(476)

ПРОБЛЕМА ЭВТАНАЗИИ И ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Поварова Д. В., Антонова М. А.

Научный руководитель: ассистент С. Н. Боброва

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В переводе с греческого «эвтаназия» — это «благая смерть». Впервые термин был использован в XVI в. английским философом Фрэнсисом Бэконом для обозначения «легкой», не сопряженной с мучительной болью и страданиями смерти, которая может наступить и естественным путем. В XIX в. эвтаназия стала обозначать «умерщвление» пациента из жалости [1].

Проблема эвтаназии была и по сей день остается одной из актуальных. Здесь есть