

ляции дыхательной активности. Вполне вероятно, что при сочетании нескольких факторов, неспецифически модулирующих аэробный энергетический обмен миокарда, когда потребность в кислороде существенно возрастет, облучение, как дополнительный фактор риска, может усугубить состояние энергетики миокарда. В этих условиях могут сложиться неблагоприятные предпосылки для формирования патологий данного органа.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Влияние инкорпорированных радионуклидов цезия на ультраструктуру и процессы тканевого дыхания митохондрий кардиомиоцитов / А. И. Грицук [и др.] // Весці НАН Беларусі. — 2005. — № 2. — С. 63–70.
2. Конопля, Е. Ф. Последствия малых доз радиации для потомства и поколений в эксперименте / Е. Ф. Конопля // Отдаленные последствия воздействия ионизирующего излучения: Междунар. науч.-практ. конф., Киев, 23–25 мая 2007 г. — Киев, 2007. — С. 200–201.
3. Korge, P. Redox regulation of endogenous substrate oxidation by cardiac mitochondria / P. Korge, N. W. James // Am J. Physiol Heart Circ Physiol. — 2006. — Vol. 291. — С. 1436–1445.

УДК 616.212 – 006.6 – 089

## СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ КОЖИ НОСА

Жданова Л. А., Иванов С. А., Татчихин В. В., Ситников В. П.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

### *Введение*

Рак кожи относится к одной из наиболее часто встречающихся форм злокачественных опухолей в мировой популяции [1, 3]. Самой распространенной локализацией при данной патологии является кожа лица, как наиболее подверженная инсоляции область. Ряд авторов отмечает, что наиболее предрасположенным к развитию рака участком лица является кожа носа [2]. Основные методы лечения рака кожи — лучевой и хирургический. Последний считается более предпочтительным. Несмотря на то, что основную массу составляют пациенты с размером опухоли T1–2, при хирургическом лечении рака кожи носа возникает проблема закрытия пострезекционного дефекта, определяемая анатомической локализацией. К трудностям предрасполагают следующие факторы: специфика гистологического строения кожи носа, ее отличия по цвету, толщине и фактуре от других областей лица, ограниченность объема местных тканей, которые могут быть использованы в качестве донорского материала, близость естественных отверстий, малая подвижность и спаянность кожи носа с подлежащими тканями в нижней его трети, что практически исключает устранение дефекта путем простого сведения краев раны из-за неминуемой деформации органа, проблема закрытия донорского дефекта при пластическом замещении дефектов [4, 5].

### *Цель исследования*

Обосновать рациональные методики устранения пострезекционных дефектов кожи носа в зависимости от их локализации.

### *Методы исследования*

Исследование проведено на базе отделения опухолей головы и шеи Гомельского областного клинического онкологического диспансера за период 2009–2010 гг. Проанализирован опыт хирургического лечения 62 пациентов с первичными опухолями кожи носа стадии T1–2N0M0. Средний возраст пациентов  $71,5 \pm 0,7$  года, из них 27 мужчин и 35 женщин. Всем пациентам проведено хирургическое лечение включающее иссечение с последующим первичным восстановлением дефекта местными тканями. В послеоперационном периоде регистрировалось соответствие цвета и фактуры кожи до-

норской и реципиентной зон, выраженность рубца в донорском месте, развитие ишемических осложнений со стороны лоскута.

### ***Результаты и обсуждение***

Выбор тактики устранения дефектов, в первую очередь, определяется их расположением. Таким образом, для выбора оптимального способа закрытия пострезекционных дефектов кожи носа мы делим их на пять групп в зависимости от локализации: 1) дефекты корня носа; 2) дефекты боковых скатов; 3) дефекты спинки; 4) дефекты крыльев; 5) дефекты кончика носа. Устранение небольших дефектов первых трех групп не вызывает особых трудностей в силу мобильности кожи этих локализаций. Наибольшую сложность представляет собой устранение изъянов в области крыльев и кончика носа из-за спаянности кожи с подлежащими тканями, близости естественных отверстий, особенностей строения кожи в этой области, вероятности нарушения клапанной функции ноздри. Для получения наилучших косметических результатов приходится выполнять пластическое замещение даже относительно небольших дефектов данной локализации. В большинстве случаев мы используем с этой целью лоскуты с рандомизированным кровообращением из местных тканей. Пластическое замещение аутодермотрансплантатами и реваскуляризуемыми тканями имеет следующие недостатки: риск развития некрозов, медленное заживление, медленное и неполное восстановление кожной чувствительности, неудовлетворительный косметический результат из-за существенных различий в цвете, толщине и фактуре кожи донорской и реципиентной зон, а также формирования рубца в донорской зоне.

Среди способов местной пластики выделяют множество вариантов, что свидетельствует об отсутствии универсальной методики. При выборе способа мы ориентируемся на соответствие цвета, толщины и фактуры кожи донорской и реципиентной зон, возможность добиться минимальных изменений в донорской зоне, получение достаточного количества пластического материала для предупреждения деформаций в области естественных отверстий. При устранении дефектов кожи в области спинки, корня и скатов носа используются преимущественно лоскуты из глабеллы и подглазничной области. Оптимальных косметических и функциональных результатов при замещении изъянов в области кончика носа удавалось добиться при использовании способа пластического замещения по Marchac (1970 г.). Способ заключается в формировании кожного лоскута в области глабеллы, спинки и ската носа на боковом основании и скольжения его в область дефекта. Однако способ имеет ряд недостатков: несоответствие кожи донорской и реципиентных зон по цвету, толщине и фактуре, формирование рубцов в области переносицы и бокового ската. При локализации дефекта в области крыла носа мы применяем ротацию треугольного кожного лоскута из медиальной части щеки (заявка на изобретение № 20100910 от 11.06.2010 г.). На первом этапе формируется дефект треугольной формы. Затем выкраивается треугольный лоскут из медиальной части щеки на границе с нососщечной складкой, обращенный вершиной книзу. Выполняется ротация лоскута в область изъяна. При этом донорская рана располагается непосредственно в нососщечной борозде и остается незаметной. Преимуществами способа являются также сходство структуры кожи донорской и реципиентной зон по цвету, толщине и фактуре, отсутствие деформаций в области естественных отверстий, что определяет высокий косметический результат предложенного способа.

### ***Заключение***

Имеющийся клинический опыт показывает что наилучших функциональных и косметических результатов при устранении дефектов кожи крыла носа можно добиться путем пластического замещения лоскутами из медиальных отделов щек. Способ «Маршак» зарекомендовал себя наиболее оптимальным для устранения дефектов кончика носа, однако имеет ряд недостатков, что требует дальнейшего совершенствования с целью обеспечения соответствия цвета и фактуры кожи донорской и реципиентной зон, снижении выраженности рубца в донорском месте.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И. В. Залуцкий [и др]. — Минск: Зорны верасень, 2006. — 207 с.
2. Дерматоонкология / под ред. Г. А. Галил-Оглы, В. А. Молочкова. — М.: Медицина для всех, 2005. — 872 с.
3. Клиническая онкология / С. З. Фрадкин, И. В. Залуцкий. — Минск, 2003. — 784 с.
4. *Золтан, Я.* Пересадка кожи / Я. Золтан. — Венгрия: Академия наук, 1984. — 263 с.
5. *McCuskey, P.* Lower third reconstruction: when is skin grafting appropriate / P. McCuskey // *Plastic and Reconstructive surgery.* — 2008. — Vol. 124, № 3. — P. 826–825.

УДК616.831.3-02

### ОСОБЕННОСТИ МАНИФЕСТАЦИИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

**Жигальцова О. А., Силивончик Н. Н., Лихачев С. А., Адаменко Е. И.,  
Плешко И. В., Гайсенюк И. В., Жигальцов А. М., Придыбайло Е. А.,  
Сосновский А. Г., Тишко Н. Х., Шульга Н. А., Юдина О. А.**

**Государственное учреждение образования  
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
Учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет»  
Государственное учреждение  
«Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии»  
Учреждение здравоохранения  
«Минский консультационно-диагностический центр»  
Учреждение здравоохранения  
«Минская областная клиническая больница»  
Учреждение здравоохранения  
«Минская центральная районная больница»  
Учреждение здравоохранения  
«9-я городская клиническая больница»,  
Учреждение здравоохранения  
«Городское патологоанатомическое бюро»  
г. Минск, Республика Беларусь  
Учреждение образования  
«Гродненский государственный медицинский университет»  
г. Гродно, Республика Беларусь  
Учреждение здравоохранения  
«Борисовская центральная районная больница»  
г. Борисов, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Болезнь Вильсона-Коновалова — наследственное расстройство метаболизма меди, приводящее к накоплению меди в печени, других органах и их повреждению. Заболевание обусловлено мутацией *ATP7B* гена 13-й хромосомы, наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Распространенность болезни Вильсона-Коновалова в мире составляет 1:30 тыс. В настоящее время известно более 300 вариантов мутаций *ATP7B*. В Европе наиболее распространенной мутацией является замещение аминокислоты гистидин на глутамин (*H1069Q*) [3]. В Беларуси *H1069Q* встречается в 63 % мутантных аллелей [1]. Заболевание начинает развиваться в молодом возрасте. Клиническая картина болезни Вильсона-Коновалова отличается широким полиморфизмом и часто неспецифична. Это приводит к позднему распознаванию заболевания. Правильный диагноз выставляется в среднем спустя 10 лет после появления первых симптомов. Типичными проявлениями являются поражение печени, нервной системы, глаз, возможны психические расстройства, гемолитическая анемия, нарушения со стороны эндокринной, половой систем и