

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»



«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОДЕРМАТОЛОГИИ»

Сборник научных статей
I Республиканской научно-практической конференции
с международным участием
(г. Гомель, 8 апреля 2022 года)

Гомель
ГомГМУ
2022

УДК 616.5-006.6:005.745(06)

Сборник содержит данные оригинальных исследований, посвященных вопросам эпидемиологии, клинических проявлений, диагностики, лечения и профилактики предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований кожи.

Редакционная коллегия: **И. О. Стома** — доктор медицинских наук, доцент, ректор; **Е. В. Воронаев** — кандидат медицинских наук, доцент, проректор по научной работе; **Т. М. Шаршакова** — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПКиП; **И. А. Новикова** — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой лабораторной диагностики, иммунологии и аллергологии; **Е. И. Рублевская** — кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры внутренних болезней № 2 с ФПКиП; **И. В. Михайлов** — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой онкологии; **В. Н. Беляковский** — доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры онкологии; **Э. Н. Платошкин** — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней № 2 с ФПКиП.

Рецензенты: кандидат медицинских наук **С. А. Иванов**; кандидат медицинских наук **В. В. Похожай**.

Актуальные вопросы онкодерматологии: сборник научных статей I Республиканской научно-практической конференции с международным участием (г. Гомель, 8 апреля 2022 года) / И. О. Стома [и др.]. — Элект. текст. данные (объем 0,81 Mb). — Гомель: ГомГМУ, 2022. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). — Систем. требования: IBM-совместимый компьютер; Windows XP и выше; ОЗУ 512 Мб; CD-ROM 8-х и выше. — Загл. с этикетки диска.

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2022

УДК 616.596-006.81-037:665.584.73]:316.77

**ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ВОЗМОЖНОМ ФАКТОРЕ РИСКА
РАЗВИТИЯ МЕЛАНОМЫ ПОДНОГТЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНИКЮРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕЛЬ-ЛАКА**

Акулич А. М., Пугачёва А. В.

Научный руководитель: ассистент кафедры Н. Б. Янко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Меланома является одной из наиболее агрессивных злокачественных опухолей кожи. В структуре всех онкологических заболеваний на нее приходится около 5 % [1]. У лиц негроидной, монголоидной расы и латиноамериканцев среди всех случаев меланомы кожи не менее чем половина составляет меланома подногтевой локализации [2].

К факторам риска развития меланомы относятся: более 100 родинок или более 50 родинок в возрасте до 20 лет, солнечные ожоги в анамнезе, воздействие ультрафиолетового излучения (естественного и искусственного), острые или хронические травмы кожи, наследственная предрасположенность, принадлежность к первому и второму фототипу по Т. Фитцпатрику [3].

Одним из клинико-морфологических типов меланомы является акральнo-лентигинозная меланома кожи [1]. Она возникает на коже пальцев, ногтевого ложа, межпальцевых промежутков подошв, ладоней и характеризуется определенными клиническими и морфологическими особенностями, отличающимися от меланомы кожи других клинико-морфологических форм [2]. Наиболее частой формой акральнo-лентигинозной меланомы у лиц белой расы является подногтевая меланома [1].

Необходимой составляющей стильного образа современной женщины становится красивый маникюр. Одним из последних достижений в этой области стало покрытие ногтей гель-лаком. По заверениям производителей гель-лака и УФ-ламп для его сушки, такой маникюр абсолютно безопасен. Однако так ли это на самом деле?

Цель

Изучить информированность населения о меланоме и факторах, ее провоцирующих; выяснить осведомленность респондентов о связи между использованием покрытия гель-лаком и возникновением ониходистрофий, а также риском развития меланом подногтевой локализации.

Материал и методы исследования

Анкетирование на онлайн-платформе Survio 120 респондентов возрастом от 17 до 45 лет, анализ и интерпретирование полученных результатов, обобщение и анализ научно-методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

УФ-излучение как вероятная причина развития подногтевой меланомы — вопрос дискуссионный, так как считается, что УФ-лучи не проникают через ногтевую пластинку. Предполагается, что в генезе развития меланомы имеет место травма дистальной фаланги. Опухоль чаще поражает ногтевые пластины первых пальцев кистей и стоп [3]. В ходе исследования под руководством доктора Линдси Шипп из отдела дерматологии Медицинского колледжа Университета Джорджии было протестировано 17 различных УФ-ламп для сушки покрытия гель-лаком. В результате чего было сделано три вывода.

Во-первых, были обнаружены значительные различия в значениях УФ-излучения для всех 17 исследуемых устройств [4]. Во-вторых, было определено,

что значения энергетической освещенности не были равномерно распределены по всей области потенциального размещения рук внутри сушильных устройств [4]. В-третьих, воздействие энергии УФ-излучения от коммерческих устройств для сушки гель-лака находится в пределах предполагаемого диапазона, который определен как потенциально канцерогенный. Однако, учитывая низкое воздействие УФ-излучения при среднем посещении маникюра, потребуется несколько посещений, чтобы достичь порога потенциального повреждения ДНК [4].

В анкетировании приняли участие 117 (98 %) женщин и 3 (2 %) мужчин в возрасте от 17 до 45 лет. Большинство респондентов (68,2 %) начали покрывать ногти гель-лаком в школьном возрасте: 21,6 % — в 17 лет, 19,1 % — в 16 лет и 17,5 % — в 15 лет, 10 % — в возрасте 14 и 13 лет. 26,6 % респондентов начали использовать гель-лак в студенческие годы и только 5,2 % значительно позже. Большинство респондентов (64 %) используют покрытие ногтей гель-лаком 1 раз в месяц, 14 % — 1 раз в год, 11,5 % — 1 раз в полгода, 10,5 % — 1 раз в 2 недели. При сушке гель-лака неприятные ощущения (чувство жжения, боль, покраснение или шелушение кожи) испытывали 76,5 % респондентов, и только 24,5 % не ощущали дискомфорта при выполнении процедуры.

подавляющее число респондентов (62,5 %) не наблюдали изменений ногтевых пластин после того, как начали покрывать ногти гель-лаком, в то время как 37,5 % респондентов отметили изменения со стороны ногтей. Об использовании ламп с УФ-излучением для сушки гель-лака знают практически все респонденты (99 %). За сеанс используют УФ-лампу 5 и более раз 47,5 % респондентов, 4 раза — 22,5 %, 3 раза — 21 %, 2 раза — 9 %.

Большинство респондентов осведомлены о том, что такое меланома (86,5 %), и лишь 13,5 % опрошенных не знают, что представляет собой данное заболевание. О подногтевой локализации меланомы информировано 56,5 % респондентов, в то время как 43,5 % анкетированных не имеют представления о существовании данной разновидности меланом. О факторах риска развития меланомы знает 65 % респондентов, в то же время 35 % респондентов не знают, что может спровоцировать развитие этой злокачественной опухоли. О том, что УФ-излучение является основным фактором риска развития меланомы подногтевой локализации осведомлено 62,5 % респондентов, остальные 37,5 % респондентов не знают о том, чем опасно УФ-излучение для ногтей.

Выводы

О том, что покрытие ногтей гель-лаком вызывает неприятные ощущения во время процедуры или изменения ногтевых пластин, сообщает подавляющее число респондентов. Большая часть анкетированных знает о том, что такое меланома и что является основным фактором ее развития, однако немногие подозревают о возможности ее подногтевой локализации. В связи с этим хочется отметить важность оптимизации проведения информационно-образовательной работы среди населения всех возрастных групп, в том числе необходимость повышения осведомленности граждан в вопросах профилактики возникновения меланомы подногтевой локализации. Значимость повышенной онконастороженности особенно актуальна в наше время в силу роста заболеваемости меланомой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Морфологическая и иммуногистохимическая характеристика подногтевых меланом / Д. Е. Мацко [и др.] // Клиническая и экспериментальная морфология. 2018. № 1.
2. Мяснянкин, М. Ю. Подногтевая меланома в практике хирурга и онколога / М. Ю. Мяснянкин, Г. И. Гафтон, В. В. Анисимов // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. 2017. № 1–2. С. 65–66.
3. Шакирова, А. З. И снова все о ней: предостережение о редкой меланоме / А. З. Шакирова // Актуальные вопросы судебной медицины и права: сб. науч.-практ. ст., посвященный 70-летию организации Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ РТ. Казань: Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы министерства здравоохранения Республики Татарстан», 2020. С. 126–130.
4. Shipp, L. R. Further Investigation Into the Risk of Skin Cancer Associated With the Use of UV Nail Lamps / L. R. Shipp, C. A. Warner, F. A. Rueggeberg // JAMA Dermatol. 2014. № 1 50(7). P. 775–776.

УДК 616.5-006-07-08

**НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ: АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
И ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ**

Бондарчук В. М.

Научные руководители: старший преподаватель Л. А. Порошина,

к.м.н., доцент С. А. Иванов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Особую тревогу онкологов вызывает ежегодный и неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи, в том числе плоскоклеточным и базальноклеточным раком [1, 2]. Актуальность исследований в этой области обусловлена важностью выявления ранних форм данного заболевания, что благотворно сказывается на последующем лечении. Широкая распространенность среди населения кожных заболеваний во всем мире обуславливает необходимость ранней диагностики данных заболеваний.

Цель

Изучение клинических, гендерно-возрастных особенностей с новообразованиями кожи.

Материал и методы исследования

Произведен ретроспективный анализ карт 122 пациентов с новообразованиями кожи, из них 47 с базалиомой, 33 с плоскоклеточным раком и 42 с меланомой для выявления закономерностей по половому и возрастному признакам, а также выявлены наиболее частые локализации данных новообразований и их клинические стадии.

Был проведен анализ 39 карт пациентов для определения соответствия клинического и патоморфологического диагноза у пациентов с новообразованиями кожи, для выявления новообразований, вызывающих проблемы в диагностике.

Результаты исследования и их обсуждение

Была произведена оценка 47 карт пациентов с базалиомой, из которых женщин 26 (55,3 %), мужчин — 21 (44,7 %), пик заболеваемости приходится на мужчин 60–69 лет.

По локализации встречались базалиомы на следующих участках: конечности — 7, туловище — 7, щеки — 9, нос — 14, виски — 4, лоб — 4, шея — 1, ухо — 1.

Среди пациентов 39 (83 %) находились на I стадии заболевания, при которой размеры опухоли не превышают 2 см и не затрагиваются близлежащие ткани, 7 (15 %) — на II стадии, при которой размеры могут быть от 2 до 5 см, с прорастанием вглубь кожи, и 1 (2 %) пациент — на III стадии, когда размеры превышают 5 см и могут появляться опухолевые изменения в лимфоузлах.

Была произведена оценка 33 карт пациентов с плоскоклеточным раком кожи, из которых 55 % (18) женщины и 45 % (15) мужчины, пик заболеваемости для женщин приходился на 70–79 лет, а для мужчин 60–69 лет.

На лице плоскоклеточный рак встречался у 25 (75,75 %) пациентов из всех.

Наиболее частой локализацией плоскоклеточного рака была кожа лица и головы ($\chi^2 = 17,52$, $p < 0,001$).

Отмечено достаточно высокий уровень ранней диагностики плоскоклеточного рака кожи. Среди всех пациентов у 27 (82 %) заболевание было выявлено на I стадии, у 5 (15 %) — на II, и 1 пациент имел III стадию заболевания.

Был произведен ретроспективный анализ данных 42 карт пациентов с меланомой, из которых 25 (60 %) женщин и 17 (40 %) мужчин, пик заболеваемости для женщин составил 61–70 лет, а для мужчин приходился на возраст 51–60 и 61–70 лет.

Наиболее распространенной локализацией меланомы являлась спина (29 %). При этом статистически значимых отличий выявлено не было ($\chi^2 = 3,05$, $p = 0,08$).

Среди пациентов 17 (41 %) находились на IA стадии заболевания, 11 (26 %) — на IB стадии, 5 (12 %) — на IIA стадии, 3 (7 %) — на IIB стадии, 4 (10 %) — на IIIA, 1 (2 %) — на IIIB стадии и 1 (2 %) пациент — на IV стадии. Таким образом, около трети пациентов были выявлены на второй и более поздних стадиях заболевания, что существенно ухудшает прогноз для этих пациентов при данном заболевании.

У 95 % пациентов проведено хирургическое лечение, у 2,5 % (IV стадия) было проведено симптоматическое лечение и у 2,5 % было проведено комбинированное лечение.

Проведен ретроспективный анализ 39 карт пациентов с новообразованиями кожи для сравнения их предварительных и патогистологических диагнозов. Среди них было 33,33 % карт мужчин и 66,67 % карт женщин. Средний возраст пациентов составил 60 лет.

В 82,5 % случаях предварительный диагноз соответствовал заключительному, а именно: у 21 пациента — с базальноклеточной карциномой, у 3 — с плоскоклеточным раком кожи, у 3 — с меланомой. При несоответствии клинического и патоморфологического диагноза наиболее часто базалиома (3 несоответствия) была диагностирована у пациентов с направительным диагнозом меланомы и невуса, при плоскоклеточном раке кожи (3 несоответствия) выставлялись такие клинические диагнозы, как атерома и дерматофиброма. Меланома была диагностирована правильно у всех пациентов.

Наибольшие затруднения вызывала диагностика плоскоклеточного рака кожи, и составляла 42,8 % (3 несоответствия из 7) от всех случаев несовпадения предварительного и заключительного диагнозов и 50 % (3 неправильных диагноза из 6 ПКР) от диагностики самого плоскоклеточного рака. Наиболее часто ПКР напоминал базалиому, атерому или дерматофибром.

Выводы

Новообразования кожи располагаются на видимых участках и доступны для ранней визуальной диагностики, поэтому они требуют глубоких знаний врачей всех специальностей для идентификации новообразований, особенно в условиях постоянной тенденции к росту заболеваемости. Наиболее частой локализацией базалиомы является голова, встречалась у 70 % пациентов, для плоскоклеточного рака более характерно лицо — у 75 %, а меланома чаще всего встречалась на спине — у 29 %. Большинство пациентов находились на I стадии заболевания, 83 % — при базальноклеточном раке, 82 % — при плоскоклеточном, и 67 % — на IA и B стадиях при наличии меланомы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2009 году: (заболеваемость и смертность) / под ред. В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. М., 2011. 260 с.
2. Козловская, В. В. Новообразования кожи: патогенез, клиника, диагностика, лечение: учеб.-метод. пособие / В. В. Козловская, А. А. Порошина, Е. А. Хайкова. Гомель : ГомГМУ, 2011. 44 с.

УДК 616.5-006.81-089.844

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Гаерилкина Д. С., Иванов В. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Иванов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По данным ВОЗ ежегодно в мире регистрируется около 132 тыс. новых случаев меланомы. За последние десять лет количество заболевания в Беларуси уве-

личилось в 1,5 раза. Излюбленной локализацией меланомы у женщин являются нижние конечности (голень), а у мужчин — туловище (спина). У пожилых людей опухоль несколько чаще локализуется на коже лица. Основным методом лечения МК — хирургический. Объем иссекаемых тканей выбирают с учетом толщины опухоли.

Это приводит к образованию дефектов, которые не всегда могут быть устранены простым ушиванием раны. В ходе реконструкции производится закрытие раны в соответствии с ее размером и глубиной.

Анализ частоты и успешности использования различных техник реконструкции позволяет оценить оптимальный способ для частного клинического случая.

Цель

Проанализировать частоту и эффективность использования различных способов реконструкции после удаления меланомы кожи.

Материал и методы исследования

В исследование включены 100 пациентов с морфологически подтвержденным диагнозом меланомы кожи, в их числе 37 мужчин и 62 женщины в возрасте от 46 до 61 лет, медианное значение 55 лет. Размер пострезекционного дефекта составлял 11 (7; 13) см². Анализировали следующие показатели: распределение дефектов по локализации, частоту использования каждого из способов реконструкции в зависимости от локализации дефекта, частоту и структуру послеоперационных осложнений. Числовые данные представлены в виде медианы и межквартильного размаха Me (Q25; Q75). Статистическая обработка полученных результатов была проведена с использованием возможностей программы обработки электронных таблиц «Microsoft Excel 2007».

Результаты исследования и их обсуждение

Всем пациентам в нашем материале было выполнено первичное устранение дефекта. Распределение способов представлено на рисунке 1.

Использование приемов реконструктивной хирургии потребовалось в 92 % наблюдениях. В большинстве случаев дефекты, не требующие реконструкции, локализовались в области туловища. Распределение способов пластического замещения показывает, что чаще всего для этой цели использовали кожно-жировые лоскуты (79 %), рисунок 2.



Рисунок 1 — Распределение способов устранения дефекта

Общее число лоскутов сложного дизайна и СРА в нашем материале составило 19 %.

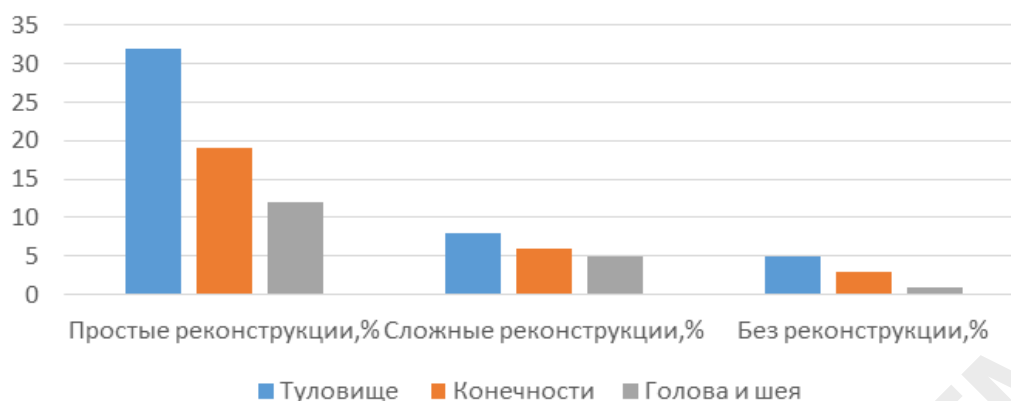


Рисунок 2 — Распределение частоты использования более сложных и менее сложных способов реконструкции в зависимости от локализации

При попарном сравнении доли реконструкций в зависимости от локализации дефекта не выявлено статистически значимого различия. В каждой из пар уровень значимости $p > 0,05$.

Общее число осложнений в нашем материале составило 7 %. Все возникшие осложнения пришлось на долю конечностей — 57,1 % и туловища — 42,8 %. Осложнения в области головы и шеи отсутствовали.

Это может быть связано с возможностью формирования хорошо кровоснабжаемых лоскутов для устранения дефектов лица.

Выводы

Таким образом реконструктивные мероприятия чаще используются при устранении дефектов головы и конечностей, так как в этих анатомических структурах ограничены резервы тканей для формирования донорского материала. Устранение дефектов лица, свода черепа, дистальных отделов конечностей является более сложной задачей в косметическом и функциональном отношении. Вероятность развития осложнений в области головы и шеи низкая, на фоне раннего обнаружения меланом из-за доступности для осмотра и самообследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирный день борьбы с меланомой // МЗ РФ [Электронный ресурс]. 2019. Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/sobytiya/vsemirnyy-den-borby-s-melanomoy%203/>. Дата доступа: 27.02.2022.
2. Дерматоонкология (злокачественные новообразования кожи, первичные лимфомы кожи): атлас / Н. П. Малишевская [и др.]; под общ. ред. проф. Н. В. Кунгурова. Екатеринбург: Макс-Инфо, 2016. 67 с.

УДК 616.5-006

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК

Есипова Е. А.

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

С целью предупреждения развития онкологических заболеваний кожи важная роль отводится профилактике и лечению так называемых предраковых заболеваний. Наличие предракового состояния, конечно, не указывает на неизбежность возникновения рака, но риск такого перехода достаточно высок. Малигнизация предраков кожи наблюдается всего у 0,5–1 % пациентов. Различ-

ные по своим проявлениям предраки представляют собой единый патологический процесс, который может подвергаться регрессии или напротив, очень быстро трансформироваться в злокачественный патологический процесс. В профилактике злокачественных новообразований кожи важную роль играет своевременная диагностика и лечение предраковых состояний кожи.

Выделяют две группы заболеваний кожи: *факультативные* и *облигатные* предраки.

Факультативные предраковые состояния:

- кожный рог;
- кератоакантома;
- актинический кератоз;
- папулез бовеноидный;
- старческая (себорейная) кератома.

Облигатные предраковые состояния:

- пигментная ксеродерма;
- болезнь Боуэна;
- эритроплазия Кейра;
- болезнь Педжета;
- кондилома гигантская Бушке — Левенштейна;
- ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ.

Кожный рог — располагается на открытых участках кожи, может располагаться в области диспластического или неопластического эпителия, являясь клиническим маркером патологических изменений в эпителии. Образование, имеющее цилиндрическую или конусообразную форму, серого или желто-бурого цвета, состоящее из плотных роговых масс. Может располагаться на неизменной коже, так и на эритематозном основании. Растет медленно, может достигать длину от 1 до 4–5 см. Признаками малигнизации является развитие болезненности, уплотнения в основании, воспаления вокруг кожного рога.

Кератоакантома (веррукома эпителиоподобная Гужеро) — солитарное опухолевидное образование, куполообразной формы, диаметром до 2 см, с центральным расположением «псевдоязвы», заполненной роговыми массами. Периферическая зона валикообразно приподнята, плотной консистенции, кожа над ней растянута, нередко, на поверхности обнаруживается телеангиоэктазии. Характерен циклический рост, наблюдается смена фаз активного роста периодом стабилизации. Нередко наблюдается спонтанная инволюция через три месяца. Характерной особенностью кератоакантом является ее архитектура, представляющая собой «чашу», заполненную роговыми массами, а по периферии в виде воротничка нависает активно пролиферирующий эпителий. В прошлом оставался неясным вопрос, считать ли кератоакантомы доброкачественным или предраковым состоянием; в настоящее время мнения большинства специалистов склоняются в пользу последнего. Прогноз благоприятный.

Атипичные формы кератоакантомы:

- гигантская кератоакантома — более 2 см в диаметре;
- стойкая — существует более 3 месяцев;
- мультинодулярная — образуется при слиянии нескольких очагов;
- центробежная — выраженный периферический рост с образованием рубца в центре;
- множественная;
- подногтевая;
- кератоакантома слизистых оболочек (язык, конъюнктивы, половые органы, гортань).

Актинический кератоз — предраковое заболевание, характеризующееся ограниченными плотными гиперкератотическими очагами на участках, под-

верженных инсоляции. Чаще наблюдается у мужчин старше 50 лет и локализуется на открытых участках тела. Представляет собой очаги гиперкератоза, желто-коричневого цвета, округлой формы, не более 1 см в диаметре, возвышающихся над уровнем кожи, особенно в центральной части. Удаление чешуек болезненно, так как они спаяны с подлежащей кожей. При снятии чешуек обнажается эрозивная, сосочковидная поверхность или рубцовая атрофия. Субъективные ощущения отсутствуют. О злокачественной трансформации в плоскоклеточный рак свидетельствует появление зуда, болезненности, инфильтрации, изъязвления и кровоточивости в области очага поражения.

Папулез бовеноидный — солитарные или множественные узелки диаметром 2–4 мм, бурого, красного цвета, цвета естественно окрашенных кожных покровов, поверхность может гладкой или покрыта серозной коркой. При длительном существовании могут сливаться в бляшки. Чаще всего возникают у лиц активного полового возраста, с локализацией высыпаний на коже головки или стволе полового члена, у женщин — наружные половые органы, вокруг заднего прохода. Выделяют 3 клинические формы: в виде эритематозных пятен; лихеноидных или пигментированных папул; лейкоплакиеподобные очаги. Характерно длительное течение с последующим спонтанным разрешением. Прогноз благоприятный. Редко трансформируется в плоскоклеточный рак.

Старческая (себорейная) кератома — происходит из клеток базального, реже шиповатого слоя эпидермиса. Представляет собой плоские и (или) бугристые папулы и бляшки, овальной или круглой формы, с четкими границами, коричневого или серо-черного цвета. Поверхность бляшки покрыта легко снимаемыми жирными корками, мелкобугристая, так как содержит роговые кисты. Может сопровождаться интенсивным зудом. Малигнизация наступает редко. Для малигнизации характерно появление эрозий, трещин, кровоточивости, гиперемии, болезненности.

Болезнь Боуэна — чаще поражает мужчин пожилого возраста. Поражаются туловище и верхние конечности, возможно наличие очагов на слизистой оболочке полости рта. Классическая клиническая форма характеризуется крупными (3–10 см в диаметре) одиночными, реже множественными бляшками, неправильной формы, с резкими границами, синюшно-красного с цвета с серозно-геморрагическими корками на поверхности. Типичными признаками являются отсутствие заживления в центре и неравномерный рост очага по периферии. Очаг имеет пестрый вид (из-за чередования участков атрофии, эрозий, корок). Мелкоузелковая форма — солитарный узелок розовато-бурого цвета, 1–5 мм в диаметре, с тонким пластинчатыми чешуйками. Роговая форма — характеризуется наличием роговых наслоений на поверхности бляшек, локализующихся на закрытых участках кожи.

При малигнизации болезни Боуэна в пределах очагов формируется быстро прогрессирующая опухоль с очагами изъязвления в центре и массивным инфильтратом в основании. Нередко болезнь Боуэна является паранеопластическим процессом, сочетаясь со злокачественными новообразованиями внутренних органов.

Эритроплазия Кейра — в настоящее время является вариантом болезни Боуэна с локализацией на слизистых оболочках. В развитии патологического процесса придается значение несоблюдению правил личной гигиены (раздражение головки смегмой), поскольку у мужчин с удаленной крайней плотью заболевание не встречается. У мужчин чаще поражается головка, у женщин наружные половые органы. Характерно наличие медленно растущей, бляшки ярко-красного цвета, сопровождающейся незначительной болезненностью, очаг имеет резкие, четкие границы, округлую форму, с слегка приподнятыми краями. Поверхность бархатистая, может быть эрозирована. При малигнизации очертания становятся «рваными», очаг инфильтрируется, возникает стойкая эрозивная поверх-

ность с последующим изъязвлением. Язва покрывается плотной геморрагической коркой, дно легко кровоточит, края язвы резко уплотняются.

Болезнь Педжета — болеют, как правило, женщины 40–60 лет. Типичным является расположение опухоли в области ореола, соска, значительно реже бывает экстрамаммарная локализация. Начинается с шелушения и мокнутия, плотно прикрепленных корок, трещин. Затем формируется экземоподобная бляшка с резкими границами, округлыми очертаниями, инфильтрацией, вишнево-красного цвета, мокнущей, эрозивной поверхностью. При экстрамаммарной локализации очаги болезни Педжета могут локализоваться на любом участке кожных покровов и слизистых оболочек с преимущественной локализацией в области апокриновых потовых желез. При малигнизации наблюдается инфильтрация с образованием узлов деревянистой плотности с последующим изъязвлением и распадом.

Кондилома гигантская Бушке — Левенштейна — характеризуется появлением мелких бородавчатоподобных узелков по типу остроконечных кондилом одновременно на нескольких участках кожи, которые быстро растут и сливаются между собой с образованием очагов поражения с широким основанием. На поверхности наблюдается мацерация с образованием экссудата с неприятным запахом. Образуются вегетации, борозды с роговыми наслоениями. По периферии очага образуются единичные остроконечные кондиломы. Наиболее частая локализация половые органы, анорекальная область, паховых складках, реже на лице, слизистой оболочки полости рта, прорастанием в подлежащие ткани. Часто рецидивирует после массивного иссечения.

Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ — имеет вид резко ограниченной плоской папулы полигональной формы, размером 2–15 мм. Очаг имеет серовато-белый цвет, покрыт тонкими плотно сидящими чешуйками, иногда центр очага слегка западает. В большинстве случаев фоновые изменения красной каймы губы при гиперкератозе отсутствуют, иногда гиперкератоз развивается на фоне хронического воспаления.

Пигментная ксеродерма — генетически детерминированное семейное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования. В основе патогенеза — повышенная чувствительность кожи к ультрафиолетовому излучению. Заболевание проявляется еще в раннем детском возрасте. В результате непродолжительной инсоляции на коже открытых участков тела, преимущественно на лице, возникают красные, слегка воспаленные пятна, на месте которых впоследствии образуются очаги пигментации. Постепенно кожа в этих местах становится сухой, развивается картина лучевого дерматита и на этом фоне развиваются злокачественные новообразования. Погибают такие больные обычно в возрасте 20–25 лет от множественных метастазов. Малигнизация пигментной ксеродермы в рак, меланому или саркому происходит в 100 % наблюдений. Встречается в Северной Африке.

УДК 616-008.9-006.6

**ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
НА РАЗВИТИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ РАКА**

Зайцева Е. Д., Меньшаков Я. Н.

Научный руководитель: старший преподаватель Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Метаболический синдром (МС) и сопутствующие ему заболевания являются серьезной проблемой здравоохранения во всем мире и, вероятнее всего, приоб-

ретут еще большее значение в будущем, поскольку распространенность ожирения с каждым годом растет [1]. Метаболический синдром включает абдоминальное ожирение, гипертензию, дислипидемию и гипергликемию и связан с резистентностью к инсулину и развитием сахарного диабета [2]. Значительная часть исследований выявило повышение риска смертности от рака, связанного с метаболическим синдромом (до 56 % после 14 лет наблюдения) [2]. Метаболический синдром чаще всего связан с раком молочной железы, эндометрия, колоректального рака, рака поджелудочной железы, печени и почек [3–4].

Другие исследования также подтверждают, что метаболический синдром или его компоненты могут играть важную роль в этиологии и прогрессировании, а также ухудшения прогноза некоторых видов рака.

В связи с актуальностью данной темы мы решили обобщить соответствующие данные специальной литературы относительно связи между некоторыми видами рака и МС.

Цель

Описать взаимосвязь между различными видами рака и МС, а также изучить особенности прогрессирования некоторых видов рака у пациентов с МС.

Материал и методы исследования

Для изучения влияния компонентов МС на развитие различных видов рака был использован системный анализ и метод анализа и обобщения данных специальной литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

Ожирение и рак. Большое эпидемиологическое исследование показало наличие связи между ожирением, сахарным диабетом 2 (СД2) типа и определенными типами рака. Исследование CPS II выявило значительно повышенный относительный риск колоректального рака у людей с ожирением [3]. Этот риск сохранялся даже после поправки на такие факторы, как ИМТ, семейный анамнез, физическая активность, курение, потребление красного мяса, употребление гормонов и аспирин. Интересно то, что именно окружность талии, а не ИМТ кажется сильным предиктором колоректального рака [5]. Кроме того, была показана связь между ожирением и раком кардиального отдела желудка, аденокарциномой пищевода и холангиокарциномой [3]. Другое исследование также связало высокий ИМТ у обоих полов с повышенным риском колоректального рака, рака пищевода и почек, а также неходжкинской лимфомы и множественной миеломы [3, 5]. Множественная миелома и крупноклеточная В-клеточная лимфома особенно связаны с ожирением у мужчин (16–17). Было также обнаружено, что у женщин с ожирением уровень эстрогена во много раз выше, чем у женщин с нормальным весом. После поправки на известные факторы риска рака молочной железы была обнаружена положительная корреляция между смертностью от рака молочной железы и ИМТ >25 кг/м². Приблизительно 30–50 % смертей от рака молочной железы связаны с ожирением и избыточным весом [6]. По сравнению с худощавым человеком без диабета риск развития рака эндометрия у лиц с ожирением возрастает с 2 до 6 раз, если у них развивается СД2. Аденокарцинома шейки матки также связана с ожирением (20). Относительно связи между ожирением и раком предстательной железы данные в литературе противоречивы [3].

Дислипидемия и рак. Низкие уровни ЛПВП в сыворотке крови были связаны с заболеваемостью раком легких, а также с неходжкинской лимфомой (НХЛ) и были предложены в качестве маркера повышенного риска рака молочной железы у женщин в пременопаузе, а также у женщин в постменопаузе [3]. Кроме того, высокие уровни общего холестерина в сыворотке крови повышают риск рака предстательной железы и постменопаузального рака молочной железы [3]. Низкий уровень ЛПВП в сыворотке уровни также были связаны с 15-кратным увеличением риска развития гематологического рака [3].

СД2 и рак. Несколько исследований проанализировали связь между диабетом и развитием рака. Большое исследование в США проводилось 16 лет на пациентах, у которых не был выявлен рак в анамнезе. После такого длительного наблюдения результаты показали, что независимо от высокой массы тела СД2 выступает в качестве предиктора смертности от рака толстой кишки, поджелудочной железы, молочной железы у женщин, печени и мочевого пузыря у мужчин [3-4, 6]. Исследование Physician Health Study подтверждает повышенную заболеваемость колоректальным раком у пациентов с диабетом независимо от ожирения [5]. Корейское исследование выявило повышенный риск рака легких у некурящих женщин с диабетом. Повышенный риск эстроген-рецептор-позитивного рака молочной железы был обнаружен у женщин с ожирением и с диабетом в постменопаузе [6].

МС и рак кожи. Сообщалось об ассоциации между компонентами МС, резистентностью к инсулину и несколькими злокачественными новообразованиями [7]. Однако возможная связь между МС и злокачественными новообразованиями кожи, включая немеланомный рак кожи, до настоящего времени не исследовалась.

Выводы

Исходя из результатов исследований, мы подчеркиваем, что ряд представленных в данной работе факторов может играть существенную роль в развитии или прогрессирования различных видов рака. Используя предложенные факторы, можно выявить основные механизмы, способствующие развитию рака, оценить терапевтические возможности для лечения метаболического синдрома и предотвращения появления такого распространенного заболевания, как онкология.

ЛИТЕРАТУРА

1. Никитин, Ю. П. Метаболический синдром и его компоненты как возможные модифицируемые факторы риска рака (литературный обзор) / Ю. П. Никитин, Т. Г. Опенко, Г. И. Симонова // Сибирский онкологический журнал. 2012. № 2. С. 68-72.
2. Metabolic syndrome and risk of cancer mortality in men / J. R. Jaggers [et al.] // Eur J Cancer. 2009. Vol. 45. P. 1831. 8 психических состояний // Психолог онлайн. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://psychologist.nsknet.ru/audit.html>. Дата доступа: 27.12.2020.
3. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults / E. E. Calle [et al.] // N Engl J Med. 2003. Vol. 348. P. 1625-1638.
4. Gallagher, E. J. The Increased Risk of Cancer in Obesity and Type 2 Diabetes: Potential Mechanisms; Principles of Diabetes Mellitus, 2nd ed. / E. J. Gallagher, S. Yakar // New York, USA: Springer, 2010. P. 579-599.
5. Метаболический синдром как фактор риска колоректального рака / Т. М. Никитенко [и др.] // Ожирение и метаболизм. 2017. Т. 14, № 2. С. 24-32.
6. Ожорбаев, М. Т. Роль ожирения в течении рака молочной железы / М. Т. Ожорбаев // Современные проблемы науки и образования. 2021. № 2. С. 132-132.
7. Metabolic Syndrome and Its Components are Linked with Increased Risk of Non-Melanoma Skin Cancers in Iranian Subjects: A Case-Control Study / F. Rezaian [et al.] // Nutrition and Cancer. 2021. С. 1-9.

УДК 616.212-089.844

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛЛОГЕННОГО РЕБЕРНОГО ХРЯЩА ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ НАРУЖНОГО НОСА

Иванов С. А., Лазарева Н. Ф., Войтюк М. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Реберный хрящ (РХ) — стандартный материал для реконструкции каркаса наружного носа [1]. Для этой цели может быть использован материал от самого пациента или от донора [1, 2]. Недостатки аутоотрансплантации хряща: ограниченность материала, дополнительная операционная травма в донорской зоне, увеличение длительности операции, инволюционные изменения хряща у пожи-

рых пациентов могут препятствовать формированию графта [2]. Для решения перечисленных проблем могут быть использован аллогенный реберный хрящ (АРХ) [2, 3]. Можно констатировать скептическое отношение к пластическому материалу от трупных доноров, что подтверждается незначительным числом публикаций о его использовании для реконструкции носа в доступной литературе.

Цель

Проанализировать непосредственные и отдаленные результаты реконструкции наружного носа (НН) с использованием АРХ.

Материал и методы исследования

Результаты 73 реконструкций, 32 мужчины, 41 женщина, возраст 39–86 лет. Операции выполнены в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере в 2014–2020 гг. Этиология дефекта: удаление карциномы кожи — 60 пациентов, вторичный дефект после лечения рака кожи — 10, травма — 2, ринофима — 1. Размер дефекта: одна субъединица — 12, две субъединицы — 43, три и более субъединиц — 18. В 66 наблюдениях были утрачены дистальные субъединицы. Глубина дефекта: утрата только наружной кожи — 11, кожа и мышечно-фасциальный слой — 16, все слои (сквозной) — 46. Факторы риска ранних осложнений (сахарный диабет, длительный стаж курения, лучевая терапия в анамнезе) присутствовали у 34 пациентов. Исследовали частоту и структуру послеоперационных осложнений, эстетический результат (ЭР) и функциональный результат (ФР) через 6 месяцев после реконструкции по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ), частоту и структуру неприемлемых результатов (НР) с оценкой 6 и менее баллов, нуждаемость в незапланированных корригирующих вмешательствах.

Результаты исследования и их обсуждение

Хрящевой графт (ХГ) формировали вручную из биопрепарата АРХ. В 9 случаях ХГ был использован для придания естественной формы спинке носа, в 50 случаях — для формирования утраченных каркасных структур, в 14 случаях была выполнена неанатомическая трансплантация в область свободного края крыла носа для предупреждения пролапса. Устранение дефекта кожи НН выполняли лоскутами: лобный лоскут использован в 30 случаях, носогубный лоскут — 14, пазл-лоскут — 21, лоскут типа Rieger — 8. Осложнения зарегистрированы в послеоперационном периоде у 8 (11 %) пациентов, в том числе: кровотечение — 1, парциальный некроз кожного лоскута — 4, расхождение краев раны — 1, абсцесс — 1, отторжение ХГ — 1. Таким образом, частота осложнений, ассоциированных с ХГ, составила 2,7 % (2 из 73). Все осложнения, кроме кровотечения, развились у пациентов с факторами риска.

Средняя оценка ЭР реконструкции составила $8,1 \pm 1,3$ балла. Неприемлемый ЭР отмечен в 6 наблюдениях, оптимальный ЭР (9–10 баллов) — 34, субоптимальный ЭР (7–8 баллов) — 33. Причины неприемлемого результата: выраженная деформация НН (2), образование вторичного дефекта из-за некроза лоскута, расхождения краев раны или абсцесса (4).

Средняя оценка ФР составила $8,8 \pm 1,2$ балла. Неприемлемый ФР отмечен в 3 наблюдениях, оптимальный — 14, субоптимальный — 56. Причины неприемлемого результата: затруднение носового дыхания из-за сужения носового отверстия (2), массивное образование слизистых корок (1). Все пациенты оценили функцию НН непосредственно перед реконструкцией. Изначальное снижение показателя менее 9 баллов в связи с основным заболеванием было отмечено в 34 наблюдениях. Дооперационные оценки были сравнены с ФР. Улучшение оценки отмечено в 26 случаях, ухудшение — в 6. Снижение ФР по сравнению с дооперационным показателем наблюдали только у пациентов, которые имели исходные функциональные нарушения. В 4 случаях снижение результата было обусловлено пролапсом крыла носа.

Дополнительные (незапланированные) корригирующие вмешательства для улучшения ЭР были выполнены в 5 наблюдениях, для улучшения ФР — в 2 наблюдениях. Отсроченная коррекция была успешной в 6 случаях из 7. У одного пациента не удалось устранить сужение носовых отверстий.

Средний срок наблюдения составил 20 месяцев, в том числе более 12 месяцев — у 46 пациентов. Ни в одном из наблюдений не было отмечено деформации, дислокации и резорбции ХГ в отдаленном периоде. 4 пациента были оперированы повторно в связи с рецидивом карциномы кожи носа.

Выводы

Реконструкция наружного носа с использованием аллогенного реберного хряща позволила добиться приемлемых эстетических результатов у 92 % пациентов, приемлемых функциональных результатов — у 96 % пациентов. Использование аллогенного материала позволяет сократить время операции, уменьшить хирургическую травму и не приводит к повышению частоты послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Austin, G. K. Reconstruction of nasal defects: contemporary approaches / G. K. Austin, W. W. Shockley // Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2016. Vol. 24. P. 453–460.
2. Sajjadian, A. Current status of grafts and implants in rhinoplasty: part I. Autologous grafts / A. Sajjadian, N. Naghshineh, R. Rubinstein // Plast Reconstr Surg. 2010. Vol. 125(3). P. 99–109.
3. Иванов, С. А. Устранение сквозных дефектов наружного носа пластическим материалом с использованием аллохряща / С. А. Иванов, И. Д. Шляга // Проблемы здоровья и экологии. 2016. № 2(48). С. 99–104.

УДК 616.212-089.844

НАШ ОПЫТ РЕКОНСТРУКЦИИ НАРУЖНОГО НОСА ЛОБНЫМ ЛОСКУТОМ

Иванов С. А.¹, Хоров О. Г.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь,

²Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Лобный лоскут (ЛЛ) — стандартный пластический материал для устранения объемных дефектов наружного носа (НН) [1]. Анализ тематических публикаций свидетельствует о том, что данный способ нельзя считать часто выполняемым вмешательством [2]. Исследование результатов реконструкции с использованием ЛЛ имеет практическую значимость для обмена опытом и оценки возможностей способа.

Цель

Проанализировать результаты реконструкции носа с использованием ЛЛ.

Материал и методы исследования

Исследованы результаты 41 реконструкции НН. Этиология дефекта: удаление карциномы кожи — 26, вторичный дефект после лечения карциномы — 8, травма — 4, ринофима — 3. Площадь утраченных тканей: 2 субъединицы — 14, 2 и более субъединиц — 25. Глубина дефекта: наружная кожа — 6, кожа и хрящ — 11, все слои — 24. Исследовали частоту послеоперационных осложнений (ПО), косметический результат (КР) и состояние функции носа по 5-балльной шкале NAFEQ [3]. Оценка внешнего вида НН выполнена тремя независимыми экспертами и самими пациентами через 6 и более месяцев после реконструкции.

Оценка функции носа (ФН) выполнена перед реконструкцией и через 6 и более месяцев после нее. Сравнивали распределение оценок КР экспертами и пациентами, распределение оценок ФН до и после операции. Статистическая обработка: пакет программ «Statistica 8.0», критерий Wilcoxon Test для связанных групп, критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы $p = 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Во всех наблюдениях выкраивали парамедианный ЛЛ с кровотоком из надблоковой артерии. Лоскут был использован для замещения дефекта наружной кожи в 39 случаях, причем в 11 из них формировали дубликатуру для свободного края крыла носа. В 2 случаях при помощи ЛЛ устраняли дефект слизистой оболочки носа. Реконструкция выполнена в 1 этап у 2 пациентов, в 2 этапа — у 29, в 3 этапа — у 10.

ПО зарегистрированы в 3 (7 %) случаях, в том числе: кровотечение — 2, парциальный некроз кожной площадки — 1. Все эти пациенты имели факторы риска осложнений.

У всех лиц исследуемой группы удалось восстановить утраченные анатомические части. Средняя оценка КР (общий вид НН) по данным опроса пациентов составила $4,5 \pm 0,8$ баллов, по данным экспертов — $4,1 \pm 0,9$ баллов. Различия в распределении оценок экспертов и пациентов не является статистически значимым, $p = 0,159$. Самые низкие оценки как пациентов, так и экспертов получены по критериям «вид крыла носа», «вид спинки носа», «размер носовых отверстий», самые высокие — по критериям «цвет кожи носа» и «положение носа». Приемлемый результат (оценки 4 и 5 балла) общего вида НН достигнут в 36 (88 %) случаях по мнению пациентов и в 33 (80 %) — по мнению экспертов. Низкие оценки были обусловлены несоответствием размера, формы и положения крыла носа, выраженной асимметрией и искажением рельефа НН.

Дооперационное снижение оценки ФН у 17 (41 %) пациентов было обусловлено основным заболеванием. В большинстве наблюдений это было затруднение носового дыхания (14 случаев), образование слизистых корок (16), выделение крови из носа (7). Средняя оценка ФН до операции составила $4,3 \pm 0,9$ балла, после операции — $4,6 \pm 0,7$ балла. Как до операции, так и после нее более низкие результаты отмечены по показателям образования слизистых корок, носового дыхания, выделения крови и функции носа в целом. Распределение оценок после реконструкции по сравнению с исходными значениями по остальным показателям изменилось в сторону увеличения доли более высоких оценок, различия являются статистически значимым, $p = 0,004$. Выявлено статистически значимое улучшение результатов по позициям «нарушение дыхания», «выделение крови», «образование корок», «функция носа в целом», $p < 0,05$ во всех парах сравнения. Общее число оценок 4 и 5 балла для ФН во всем коллективе — 37 (90 %). Улучшение оценок после реконструкции наступило у 11 пациентов, ухудшение — у 5.

Выводы

Частота ПО при реконструкции НН с использованием ЛЛ составила 7 %. Приемлемый КР достигнут в 80 % наблюдений (оценка экспертов) и в 88 % наблюдений (оценка пациентов). Приемлемый результат ФН после реконструкции отмечен в 90 % случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Jellinek, N.J. Paramedian forehead flap: advances, procedural nuances, and variation in technique / N. J. Jellinek, T. H. Nguyen, J. G. Albertini // *Dermatol Surg*. 2014. Vol. 40. P. 30–32.
2. Иванов, С. А. Реконструкция наружного носа лобным лоскутом — анализ эстетических результатов / С. А. Иванов, О. Г. Хоров // *Пластическая хирургия и эстетическая медицина*. 2020. № 3. С. 38–44.
3. Menick, F. J. Nasal reconstruction with a forehead flap / F. J. Menick // *Clin Plast Surg*. 2009. Vol. 36(3). — P. 443–449.

УДК 616.212-089.844:616.5-006.6

**РЕКОНСТРУКЦИЯ КРЫЛА НОСА
ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КАРЦИНОМЫ КОЖИ — РАБОЧИЙ АЛГОРИТМ**

Иванов С. А.¹, Хоров О. Г.³, Богомаз С. Н.²

¹**Учреждение образования**

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²**Учреждение**

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь,

³**Учреждение образования**

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Хирургический метод является одним из основных при лечении рака кожи. Дефект крыла носа после резекции, как правило, требует пластического замещения. Существуют различные способы восстановления крыла носа (КН) [1, 2]. Наиболее часто используют аурикулярные графты, лоскуты из щеки различного дизайна и лобный лоскут [2, 3]. Каждый из способов имеет свои достоинства и недостатки. Алгоритмизация выбора позволяет более надежно определить оптимальный метод для конкретного пациента [2, 3].

Цель

Разработать алгоритм устранения дефектов КН, учитывающий максимальное число актуальных факторов.

Материал и методы исследования

Исследованы результаты 87 реконструкций КН, выполненных в 2013–2021 гг. в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере. Включены пациенты с гистологически подтвержденным диагнозом рака кожи. В их числе 35 мужчин и 48 женщин в возрасте 36–87 лет. Пациенты разделены на 2 группы. Группа 1 — выбор способа реконструкции выполнен с учетом разработанного алгоритма (49 пациентов), группа 2 — выбор способа реконструкции выполнен с отклонением положений алгоритма (38 пациентов). Выполнено сравнение частоты послеоперационных осложнений (ПО), оценок косметического и функционального результата в группах. Группы стратифицированы по демографическим и клиническим критериям: возраст, пол, доля лиц с факторами риска, размер и глубина дефекта. Результаты оценивали по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Статистическая обработка данных — пакет программ «Statistica 8.0». Для сравнения использован точный двусторонний критерий Фишера и критерий Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний диаметр дефекта составил $2,3 \pm 0,9$ см. У 28 пациентов в дефект были вовлечены все слои тканей. Факторы риска (ФР) осложнений (облучение, длительный стаж курения, сахарный диабет, заболевания крови) были представлены в 26 (30 %) наблюдениях. Были использованы следующие способы реконструкции КН: полнослойный аурикулярный графт (11), носогубный лоскут (39), пазл-лоскут (28), лоскут из спинки носа (6), лобный лоскут (3) [2, 3]. Трансплантация хрящевого графта (ХГ) выполнена 27 пациентам. Внутренняя выстилка была восстановлена складкой кожного лоскута у 23 пациентов.

Предлагаемый алгоритм составлен с учетом следующих факторов: клинические параметры дефекта и пограничных структур, факторы риска осложнений, резервные возможности донорской зоны, готовность пациента к ограничениям на этапах реконструкции, вероятность рецидива карциномы. Алгоритм предпо-

лагает использование типовых способов реконструкции КН, описанных в тематической литературе [1–3].

В дополнение к описанным ранее описанным рекомендациям включен модифицированный пазл-лоскут [2], использование свежесзамороженного реберного хряща от трупного донора, одномоментное восстановление наружной границы КН, опыт хирургической команды.

В группе 1 зарегистрировано 3 ПО (6 %, парциальный некроз лоскута — 2, парциальный некроз аурикулярного графта — 1), в группе 2 — 7 ПО (18 %, парциальный некроз лоскута — 6, отторжение ХГ — 1). Некроз лоскута развился у пациентов с ФР в 8 наблюдениях из 10. Частота осложнений была статистически значимо выше у пациентов группы 2, чем группы 1, $p < 0,05$. Средняя оценка косметического результата по ВАШ в группе 1 составила $8,4 \pm 1,4$ балла, в группе 2 — $7,6 \pm 1,7$ балла. Средняя оценка функционального результата по ВАШ в группе 1 составила $9,5 \pm 0,4$ балла, в группе 2 — $8,4 \pm 1,3$ балла. Различия в обеих парах сравнения не является статистически значимым, $p > 0,05$. При этом число оценок менее 7 баллов в группе 1 составило 1 (2 %) для косметического результата и 0 — для функционального. Соответствующие показатели в группе 2 — 6 (15 %) и 3 (8 %). Доля неудовлетворительных косметических результатов в группе с использованием предлагаемого алгоритма была ниже со статистической значимостью, $p < 0,05$.

Выводы

Использование рабочего алгоритма позволило снизить частоту ПО и улучшить косметические и функциональные результаты реконструкции КН в нашем материале.

ЛИТЕРАТУРА

1. Goldman, D. G. Reconstruction of the nasal infratip, columella, and soft triangle / D. G. Goldman // Dermatol Surg. 2014. Vol. 40. P. 53–61.
2. Cosmetic results of reconstruction of full thickness nasal alar defects using cheek skin flaps / S. A. Ivanov [и др.] // Problems of Health and Ecology. 2020. № 64(2). P. 70–77.
3. Chen, C. Comprehensive Algorithm for Nasal Ala Reconstruction: Utility of the Auricular Composite Graft / C. Chen, R. Patel, J. Chi // Surg J. 2018. Vol. 4. P. 55–61.

УДК 613.86:616-006-051

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-ОНКОЛОГОВ, РАБОТАЮЩИХ В ПОЛИКЛИНИКЕ И СТАЦИОНАРЕ

Корсакова В. И., Марковский В. О.

Научный руководитель: старший преподаватель М. А. Чайковская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последнее время синдрому эмоционального выгорания (СЭВ) в медицинской среде уделяется особое внимание: непосредственная связь со всеми аспектами жизни специалиста приводит к полному выключению из экономической и социальной сфер жизни. Так по результатам исследований G. Sonneck (1994) суицид встречается у австрийских врачей-мужчин на 50 % чаще, чем у австрийских врачей-женщин, и в 2,5 раза чаще, чем в среднем у населения на фоне развития синдрома [1, 2, 3].

Одно из первых мест среди специальностей, подверженных высокому риску возникновения СЭВ — врач-онколог. С одной стороны тесный контакт с пациентом (значительная психоэмоциональная нагрузка приводит к быстрому ис-

тощению и развитию третьей фазы СЭВ), с другой эмоциональная отстраненность (как защитная реакция), в некоторых случаях агрессивное поведение, связанное с эмоциональной незрелостью специалиста. Донозологическая диагностика с последующей коррекцией возможных факторов риска развития СЭВ является актуальной проблемой в Республике Беларусь. Сохранение здоровья кадрового ресурса системы здравоохранения первостепенная задача нашего времени [2, 3].

Цель

Изучить выраженность симптомов синдрома эмоционального выгорания у врачей-онкологов г. Могилева для последующей разработки профилактических рекомендаций развития синдрома эмоционального выгорания и их применения в области психогигиены труда и отдыха медицинского персонала.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 50 врачей-онкологов. Возраст обследованных составил от 23 до 59 лет (средний возраст — $35,3 \pm 1,8$ года), стаж работы по профилю от 1 года до 30 лет (средний стаж — $9,8 \pm 1,6$ года). Были выделены следующие группы сотрудников: 1-я — врачи-онкологи поликлинического звена ($n = 25$), 2-я — стационара ($n = 25$).

Исследование выполнено на основе системного подхода к изучаемой проблеме с применением следующих методов: гигиенический, наблюдение, описательно-оценочный метод, математико-статистический анализ («Statistica, 13.0» (Trial version)), психологическое тестирование, социологическое анкетирование, метод теоретического познания (анализ, синтез, факторный анализ).

Проведенное исследование синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников включало следующие методики: опросник и шкалы МВІ (Maslach Burnout Inventory); диагностики акцентуаций характера Леонгарда — Шмишека; ретроспективного анализа состояния здоровья врачей.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе групповых факторов риска выявлены три группы отличий. *Первая из них касается профессиональных особенностей: учитывая профиль отделения, эмоциональное выгорание достоверно более выражено у врачей стационарного профиля ($p = 0,003$).*

Вторая группа определяется особенностями социального функционирования. В частности, установлено, что: атеистическое мировоззрение усиливает эмоциональное истощение и влияет на выраженность деперсонализации, профессиональную редукцию; у лиц православного вероисповедания уровень эмоционального истощения достоверно ниже, чем у атеистов и представителей других религий.

Третья группа определяется особенностями соматических заболеваний врачей-онкологов: при изучении медицинской документации установлена общая заболеваемость врачей и ее структура. Соматическими заболеваниями страдают 80 % врачей и 20 % из них не имеют соматической патологии. В структуре общей заболеваемости врачей 24 % составляют болезни органов дыхания, 28 % — болезни органов пищеварения, 36 % — сердечно-сосудистые заболевания, 4 % — болезни костно-мышечной системы, 4 % — 3 эндокринные заболевания, и 4 % — болезни крови.

На третьем этапе исследования был проведен анализ полученных данных. Было проведено исследование качественных и количественных показателей СЭВ.

Результаты исследования:

• Показатели фаз СЭВ у врачей-онкологов в зависимости от профиля отделения (поликлиническое отделение/стационар).

I фаза эмоционального истощения во 2 группе составила 26,3 [23,4; 28,7] баллов, что статистически значимо выше ($p < 0,05$) в сравнении с 1-й группой — 22,1 [24; 30,2] балла. При изучении деперсонализации (II фаза) 2-й группы — 17,4 [14,4;

15,9] баллов и 1-й группы — 13,3 [11,4; 15,7] баллов ($p < 0,05$). Показатели III фазы во 2-й группе 27,9 [28,7; 33,8] и 21,8 [22,7; 29,1] 1-й группы соответственно ($p < 0,05$).

• **Показатели диагностики акцентуаций характера, склонных к СЭВ у врачей-онкологов в зависимости от профиля отделения (поликлиническое отделение/стационар).**

Данные свидетельствуют о том, что такие показатели, как демонстративность — 17,7 [9,7; 23,1], эмотивность — 18,9 [11,4; 22,9], педантичность — 17,6 [9,5; 22,9] у врачей-онкологов поликлинического отделения и стационара (демонстративность — 17 [9,5; 22,1], эмотивность — 18,1 [11; 21,7], педантичность — 16,1 [9,3; 22,1]) были статистически не значимы ($p > 0,005$).

• **Качественный анализ фаз СЭВ с использованием двухстороннего критерия Фишера.**

Эмоциональное истощение (I фаза) в 1-й и 2-й группах составило 48 и 80 % соответственно ($p = 0,005$). Аналогичные результаты мы наблюдали во II фазе — 48 и 80 % соответственно ($p = 0,005$). В III фазе статистически значимо выше уровень редукции личных достижений был выражен во 2-й группе — 72 и 28 % соответственно ($p = 0,003$).

Выводы

В структуре заболеваемости врачей-онкологов преобладает патология сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. Самый высокий средний показатель I, II и III фазы зарегистрирован у врачей-онкологов стационара. Врачам-онкологам свойственны черты характера с нарушенным настроением: педантичность, эмотивность, демонстративность. Проявления эмоционального выгорания в III фазе были выявлены у 50 % обследуемых врачей-онкологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Job Satisfaction, and Medical Malpractice among Physicians / K. Y. Chen [at al.] // International Journal of Medical Sciences. 2013. № 10 (11). P. 1471–1478.
2. Maslach, C. Maslach Burnout Inventory Manual / C. Maslach, S. E. Jackson // Leiter 3rd ed. California: CPP, Inc; 1996. P. 112.
3. Марковский, В. О. Синдром эмоционального выгорания у фельдшеров скорой медицинской помощи в зависимости от стажа работы / В. О. Марковский, В.И. Корсакова // Проблемы и перспективы развития современной медицины: сб. науч. ст. XIII Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием студентов и молодых ученых. Гомель: ГомГМУ, 2021. С. 45–47.

УДК 616-006.6-084:616.5-073

ФОРМИРОВАНИЕ ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МЕТОДОМ ДЕРМАТОСКОПИИ

Лобан Д. С.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Т. М. Шаршакова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Меланома встречается примерно в 10 раз реже, чем рак кожи и составляет 1–4 % в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями человека. Заболеваемость населения Гомельской области меланомой кожи в 2008, 2012 и 2017 гг. составила 9,2; 7,8; 11,8 случаев в расчете на 100 тыс. населения, соответственно. Большинство случаев выявленной меланомы обнаружены у женского населения.

За 2021 г. в Беларуси выявлено 846 новых случаев меланомы. Процент запущенности меланомы в Гомельской области в 2018 г. составил 8,6 %, в 2019 г. —

13,3 %, в 2021 г. — 11,6 %, однако прослеживается положительная динамика по увеличению количества лиц с выживаемостью в течение пяти лет и более. Гомельская область по числу вновь выявленных случаев заболевания меланомой занимает 4 место (116 случаев). При профосмотрах по стране были диагностированы 67,6 % выявленных меланом, в Гомельской области — 82,8 %.

Негативную динамику 2019 г. можно связать с внедрением дерматоскопии и большим числом онконастороженных лиц, проходящих профилактические осмотры с целью исключения рака кожи и меланомы. Значительное сокращение плановой диспансеризации населения вследствие противоэпидемических мероприятий по борьбе с COVID-19 в 2020 г. отмечается снижение числа впервые установленных случаев меланомы, а также рост частоты запущенных случаев на фоне предыдущего снижения.

На практике последних лет эффекты наиболее перспективного влияния по снижению числа запущенных форм рака показали внедрения программ скрининга различных новообразований и программ активизации онкологической подготовки врачей первичного медицинского звена. Неинвазивность и доступность дерматоскопии сделали ее незаменимой в современной диагностике. Самой значимой задачей дерматоскопии является возможность выявления меланомы на самых ранних стадиях.

Пилотный проект по раннему выявлению новообразований кожи в Гомельской области методом дерматоскопии с более широким применением в клинической практике, позволил увеличить выявление запущенных форм меланомы относительно числа всех вновь зарегистрированных случаев.

Цель

Оценить эффективность формирования онконастороженности населения Гомельской области методом дерматоскопии.

Материал и методы исследования

Исследованы 120 карт-опросников пациентов, обратившихся в У «Гомельский областной клинический дермато-венерологический диспансер» в ходе проведения акции «День профилактики меланомы» в 2018, 2019 гг. и 317 карт-опросников жителей Гомельской области, обследованных в 2021 г. Проведен анализ литературных данных, медицинской документации, применены аналитический, социологический, статистический методы. Использованы официальные статистические данные белорусского канцер-регистра по состоянию онкологической заболеваемости в Республике Беларусь.

Результаты исследования и их обсуждение

Пилотный проект по анализу уровня онконастороженности населения Гомельской области, осведомленности о клинических проявлениях меланомы кожи, профилактике новообразований кожи был начат в 2017 г. в рамках проведения акции «День профилактики меланомы» среди пациентов, обратившихся в У «Гомельский областной клинический дермато-венерологический диспансер».

Проводимая ежегодная работа начала шире внедряться в программе реализации акции Белорусского союза женщин «Вместе за здоровое будущее».

В 2021 г. проект был реализован в Петриковском, Ветковском, Кормянском, Лоевском, Лельчицком районах Гомельской области.

В 2018 и 2019 гг. в рамках акции были опрошены по 60 респондентов. Средний возраст респондентов составил $53,6 \pm 1,8$ лет. Значимо преобладали женщины — 49 (81,7 %) и 45 (75 %) — в 2018 и 2019 гг.

В 2021 г. в районах Гомельской области в акции приняли участие 317 человек, большинство из которых женщины — 263 (82,97 %) человека.

Осведомлены о меланоме как об одной из злокачественных опухолей кожи 51 (85 %) 2018 г. и 50 (83,3 %) 2019 г. населения г. Гомеля и 242 (76,34 %) 2021 г. — населения районов.

Однако полное обследование кожи проходили лишь 11,36 % из опрошенных жителей районов и 16,7 % жителей г. Гомеля, что подтверждает недостаточную настороженность.

Число обращений с целью исключения меланомы после самостоятельного обнаружения новообразований кожи, достаточно высоко — 93,3 % случаев 2018 г., 88,3 % случая 2019 г. и 82,08 % в 2021 г. в районах области.

В ходе осмотра в регионах за 2021 г. обнаружены: меланома — 5 (1,58 %), диспластические невусы — 27, базально-клеточный рак — 2, плоскоклеточный рак — 1, другие новообразования кожи — 58. Среди обследованных пациентов 2019 г. диагностировано 2 (3,3 %) случая клинических признаков меланомы и отсутствие таковых в 2018 г.

Выводы

Внедрение плановой ежегодной дерматоскопии, как основного метода неинвазивного скрининга различных новообразований кожи, является клинически обоснованным, высокоспецифичным, экономичным и доступным.

Внедрение программ онкоподготовки врачей первичного медицинского звена является наиболее перспективным по влиянию на снижение числа запущенных форм рака.

Раннее выявление меланомы возможно при клиническом обследовании пациента с полным осмотром всего кожного покрова.

В ходе исследования определена основа первичной профилактики меланомы кожи, составляют: информированность населения и последующее увеличение доли самостоятельного обращения пациентов за диагностикой и лечением новообразований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2008–2017) / А. Е. Океанов [и др.]; под ред. О. Г. Суконко. Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2018. С. 286.
2. Александрович, А. С. Анализ заболеваемости раком кожи у населения Республики Беларусь в постчернобыльский период / А. С. Александрович Т. И. Зиматкина // Современные проблемы радиационной медицины: от науки к практике. Гомель, 2019, № 5. С. 53–58.

УДК 616.36/.61-089.843-06:616.5-006

НЕОПЛАЗИИ КОЖИ У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТОВ СОЛИДНЫХ ОРГАНОВ

Музыченко А. П.

**Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Активно развивающаяся трансплантация донорских печени и почки направлена не только на увеличение продолжительности жизни пациентов с острым или хроническим нарушением их функции, но и на возвращение утраченной социализации реципиентов. Пациенты, пожизненно принимающие системные иммунодепрессанты, представляют особую группу риска по развитию неоплазий и дисплазий кожи. В течение первых 5 лет иммуносупрессивной терапии у 40 % пациентов развиваются предраковые опухоли кожи, а у 5–25 % — злокачественные неоплазии [1].

Факторами риска развития злокачественных новообразований кожи у пациентов после трансплантации органов являются: I–III тип кожи по Фитцпатрику; мужской пол; более поздний возраст у пациента при трансплантации; продолжительность и интенсивность иммуносупрессии; трансплантируемый орган

(сердце/легкое > почка> печень); трансплантации в анамнезе (ретрансплантация, трансплантация другого органа/ткани); наличие плоскоклеточного рака кожи до трансплантации; наличие лимфомы до/после трансплантации; наличие в анамнезе заболеваний, сопровождающихся полиорганной недостаточностью. Частота развития плоскоклеточного рака у пациентов, находящихся на долгосрочной иммуносупрессивной терапии, в 65 раз выше, чем в общей популяции. Метастазирование опухолей кожи наблюдается у 8 % реципиентов, по сравнению с 0,5–5 % иммунокомпетентных пациентов [2, 3].

Цель

Повышение качества диагностики и оценка вероятности развития новообразований кожи у реципиентов почечного и печеночного трансплантата.

Материал и методы исследования

Объектом исследования явились 103 пациента (56 мужчин и 47 женщин) в возрасте 18–66 лет, перенесших трансплантацию печени или почки.

Критерии включения пациентов в исследование: пациенты в возрасте старше 18 лет, перенесшие трансплантацию печени или почки; приверженные к лечению; подписавшие информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования: пациенты моложе 18, перенесшие трансплантацию печени или почки; не имеющие возможности соблюдения графика визитов в течение всего исследования; пациенты, участвующие в другом исследовании; отказавшиеся принять участие в исследовании и подписать информированное добровольное согласие.

Группу контроля составили 60 здоровых пациентов, сопоставимых по возрасту, полу, фототипу кожи, анамнезу в отношении солнечных ожогов, использованию солнцезащитных средств.

Дерматоскопические признаки в очагах поражения оценивались в баллах путем наблюдения за 3 группами параметров: размер, симметричное или асимметричное изменение структуры или цвета, характерными для меланомы критериями:

- 1 балл (отсутствие изменений) — отсутствие любого из оцениваемых параметров;
- 2 балла (незначительное изменение) — незначительное изменение (симметричные изменения структуры / цвета без изменения размера или с максимальным ростом на 2 мм);
- 3 балла (умеренное изменение) — умеренные изменения (симметричные изменения структуры / цвета с ростом более 2 мм или асимметричные изменения структуры / цвета без изменения размера или с максимальным ростом на 2 мм);
- 4 балла (значительное изменение) — значительные изменения (асимметричные изменения структуры / цвета при росте более 2 мм или появление специфических для меланомы критериев, независимо от изменений размеров).

Результаты интерпретировались следующим образом: 0–9 баллов — низкий риск; 10–18 — умеренный риск; 19–27 — высокий риск; 28–36 — очень высокий риск.

Группу реципиентов оценивали на предмет влияния продолжительности иммуносупрессии и дозы иммунодепрессанта на изменения дерматоскопических признаков. Также сравнению подлежали: диаметр и количество невусов и дерматоскопическая оценка при первичном осмотре, при последующих посещениях, которые проводились с интервалом в 3 месяца, и при последнем посещении через 12 месяцев.

У 103 реципиентов трансплантатов было выявлено 266 меланоцитарных новообразований. У 60 здоровых пациентов группы контроля было выявлено 180 меланоцитарных новообразований.

Спустя 12 месяцев наблюдения в группе реципиентов трансплантатов печени и почки общее количество невусов увеличилось по сравнению с исходным уровнем при всех режимах иммуносупрессивной терапии ($p < 0,001$). Также статистически значимые различия в отношении увеличения количества невусов через 12 месяцев по сравнению с исходным уровнем наблюдались между группой сравнения и группой контроля ($p = 0,001$). Статистически значимых различий в отношении увеличения количества невусов в зависимости от протокола иммуносупрессивной терапии не было. В течение 12-месячного мониторинга наблюдалось статистически значимое увеличение размера невусов, по сравнению с исходным уровнем, в группе реципиентов при любом из вариантов иммуносупрессивной терапии ($p = 0,046$). Также наблюдались статистически значимые различия между группой реципиентов и группой контроля в отношении изменения дерматоскопических признаков по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,001$). В группе контроля за 12 месяцев наблюдения дерматоскопических изменений невусов выявлено не было. Дерматоскопические изменения, наблюдающиеся на фоне иммуносупрессивной терапии, были статистически значимыми для любой из применяемых схем в сравнении со здоровыми лицами группы контроля без динамики дерматоскопической картины меланоцитарных образований в результате 12-месячного наблюдения.

Таким образом, количество невусов значительно увеличилось у реципиентов трансплантатов печени и почки, получающих иммуносупрессивную терапию, при этом наблюдались статистически значимые дерматоскопические изменения новообразований без каких-либо изменений дерматоскопической картины в контрольной группе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Long-term change in the risk of skin cancer after organ transplantation: a population-based nationwide cohort study / S. M. H. Rizvi [et. al.] // JAMA. Dermatol. 2017. Vol. 153. P. 1270–1277.
2. Prevalence of skin cancer and related skin tumors in high-risk kidney and liver transplant recipients in Queensland, Australia / M. R. Iannacone [et. al.] // J. Investig. Dermatol. 2016. Vol. 136. P. 1382–1386.
3. The natural history of actinic keratoses in organ transplant recipients / Z. Jiyad [et. al.] // J. Am. Acad. Dermatol. 2017. Vol. 76. P. 162–164.

УДК 616.5-006.41-07-08

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЛИМФОМЫ КОЖИ

Порошина А. А., Янко Н. Б., Рублевская Е. И., Курожко О. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Раннее выявление онкологических заболеваний имеет высокую социальную значимость, являясь одной из приоритетных задач в сфере охраны здоровья населения. Дерматологам в своей работе нередко приходится сталкиваться с новообразованиями кожи, дифференцировать их с различной дерматологической патологией. Одним из заболеваний, где большинством авторов указывается на сложность клинической дифференциальной диагностики на ранних стадиях, является первичная лимфома кожи, которая имеет схожие клинические проявления с широким спектром хронических дерматозов. Это обуславливает возможность первичной постановки клинического диагноза лимфомы кожи не более чем у 20–50 % пациентов [10, 20].

Цель

Описать клинические случаи Т-клеточной лимфомы кожи, которые вызвали сложности диагностики на начальном этапе.

Материал и методы исследования

Приводим клиническое наблюдение двух случаев Т-клеточной лимфомы кожи. В обоих случаях лимфома проявлялась полиморфизмом клинической картины и имитировали различные дерматозы.

Результаты исследования и их обсуждение

Наблюдение 1. Пациентка Г., 45 лет, поступила в Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер в декабре 2021 г. с жалобами на распространенные высыпания на коже лица, туловища, верхних конечностей с незначительным зудом. Впервые пятнистые высыпания появились без видимой причины на коже голени в 2019 г. и сопровождалась незначительным зудом и болезненностью. В течение последующих 2 лет высыпания рецидивировали на различных участках кожи: лице, туловище, конечностях. При обращении к дерматологу ставились диагнозы: аллергический контактный дерматит, узловатая эритема. После перенесенной коронавирусной инфекции в октябре 2021 г. высыпания стали приобретать стойкий распространенный характер, локализовались на голени, лице, шее, приобретая синюшный узловатый характер.



Рисунок 1 — Высыпания на коже голени у пациентки Г.

На момент осмотра: высыпания распространенные, представлены синюшно-гиперемированными узлами 0,5–1,5 см, плотноэластической консистенции, сгруппированными в нижней трети голени. При диаскопии в области отдельных узлов достигался положительный феномен «пылинок» (рисунок 1). При гистологическом исследовании в дерме периваскулярно по ходу придатков кожи определялась инфильтрация из мonomорфных лимфоцитоподобных клеток с признаками атипии, картина подозрительная на лимфому. Проведенная иммуногистохимия подтвердила диагноз Т-клеточной лимфомы кожи.

Наблюдение 2. Пациент К., 76 лет обратился к дерматологу в октябре 2021 г. с жалобами на образование язв в области спины, сопровождавшихся выраженной болезненностью. Пациенту был выставлен диагноз карбункул, назначено лечение. Через неделю при повторном осмотре в межлопаточной области определялись две язвы 3×3 см с гнойно-некротическими корками с перифокальным воспалением шириной 1,5 см. Клинически была диагностирована гангренозная пиодермия, назначены антибиотики, системные глюкокортикоиды, местное лечение. В течение двух недель корки частично отторглись с образованием язвенного дефекта с некротическим содержимым, явления перифокального воспаления и размеры язв значительно уменьшились. В последующем на фоне постепенного снижения системных глюкокортикоидов отмечалось вялое течение кожного процесса с периодами ослабления и усиления эритемы и отека вокруг очагов, без выраженной эпителизации. Была проведена биопсия кожи из очагов поражения. В образце определялась некротическая ткань и корка. В январе 2022 г. после перенесенной COVID-19 инфекции у пациента появились диссеминированные высыпания на коже спины, груди, живота, верхних конечностях в виде полиморфной сыпи, представленной в виде эритематозных пятен, бляшек, которые прогрессировали в

инфильтрированные узлы, некоторые из них приобретали полушаровидную форму и разрешались в центре с образованием язв (рисунок 2).



Рисунок 2 — Инфильтрированные бляшки и узлы у пациента К.

Из анамнеза — в течение 6 лет периодически возникали высыпания на коже, которые расценивались как проявления псориаза и контактного раздражительного дерматита. Пациент был госпитализирован, повторно проведена биопсия кожи широким лоскутом. При патогистологическом исследовании выявлялись диффузно-очаговая плотная инфильтрация дермы и подкожно-жировой клетчатки лимфоцитоподобными клетками с признаками полиморфизма, с гиперхромией ядер, с высокой митотической активностью, гранулемы саркоидного типа с гигантскими многоядерными клетками. В эпидермисе — единичные лимфоциты, очаговые фибриноидные изменения, изъязвления. Морфологическая картина соответствовала лимфопролиферативному заболеванию кожи (гранулематозный вариант грибвидного микоза).

Выводы

Диагностика лимфомы кожи нередко чрезвычайно сложна, так как клиническая картина часто имитирует самые разнообразные кожные заболевания, и до постановки окончательного диагноза может проходить несколько лет. Динамическое наблюдение за пациентом, повторная биопсия кожи необходима при нетипичной клинике дерматозов, неэффективности проводимого лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические аспекты и алгоритм диагностики эритродермий различных дерматозов / О. Ю. Олисова [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2008. № 21(2). С. 72–80.
2. Козловская, В. В. Новообразования кожи: патогенез, клиника, диагностика, лечение: учеб.-метод. пособие / В. В. Козловская, А. А. Порошина, Е. А. Хайкова. Гомель: ГомГМУ, 2011. 44 с.

УДК 616.5-006.6-07-052:614.253

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ: РОЛЬ ВРАЧА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Рублевская Е. И.

Учреждение

**«Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Дерматоонкология возникла из насущной потребности дерматологов и онкологов в дифференцированном подходе к новообразованиям кожи, что пред-

полагает обязательное применение дерматоскопии. Глобальное старение населения, более подверженного злокачественным заболеваниям, требует внедрения дерматоскопии в рутинную врачебную практику для обеспечения всеобъемлющего охвата нарастающего потока пациентов со сложной дерматоонкологической патологией [1].

В структуре злокачественных новообразований меланома составляет 1–4 %, однако по темпам прироста за последние 10 лет занимает второе место (+51,4 %). В 2000 г. в Республике Беларусь впервые выявлено 420 случаев, 2019 г. — 1049, 2021 г. — 846. Средний возраст заболевших 55 лет, на 10 лет моложе других онкологических пациентов.

ВОЗ рекомендует мероприятия, направленные на раннее выявление злокачественных новообразований и меланомы кожи, путем масштабного внедрения в первичное звено здравоохранения программ ранней диагностики [2].

В странах, активно проводящих скрининговые обследования на наличие злокачественных новообразований кожи, на фоне быстрого роста заболеваемости смертность от меланомы не увеличивается, что свидетельствует о необходимости интенсификации скрининговых обследований населения с целью раннего выявления меланомы кожи, наиболее агрессивной опухоли кожи [3].

Цель

Определить тактику популяризации дерматоскопии, проводимой врачами дерматовенерологами, как эффективного скринингового метода ранней диагностики меланомы и рака кожи.

Материал и методы исследования

За период 2018, 2019, 2021, 2022 гг. методом дерматоскопии в рамках проведения ежегодной акции «День профилактики меланомы», выездов врачей дерматовенерологов на 28 предприятий г. Гомеля и в 5 районов Гомельской области (Ветковский, Кормянский, Лоевский, Петриковский, Лельчицкий) осмотрено 3021 человек.

Проведен анализ литературных данных, медицинской документации, применены аналитический, социологический, статистический методы. Использованы официальные статистические данные белорусского канцер-регистра.

Результаты исследования и их обсуждение

С 2017 года в рамках развития внебюджетной деятельности в У «ГОККВД» внедрен новый метод диагностики заболеваний кожи и волос — дерматоскопия (трихоскопия). За текущий период подготовлено 11 специалистов, из них 4 врача-косметолога, непосредственно занимающихся удалением доброкачественных новообразований кожи. Приобретено 5 портативных дерматоскопических систем, подключенных к телефонам с видеокамерами высокого разрешения с доступом к интернету, что позволяет проводить дистанционное консультирование в сложных клинических случаях, а также архивирование дерматоскопических изображений и передача их пациенту.

С 2018 г. с целью предупреждения развития поздних форм меланомы и рака кожи, совместно с У «ГОКОД» была разработана маршрутизация пациента, в соответствии с которой врач дерматовенеролог, на основании полученных дерматоскопических данных с подозрением на злокачественное новообразование кожи, направляет пациента на консультацию к врачу онкологу минуя районную поликлинику, что позволяет в максимально короткие сроки установить диагноз и получить лечение. С целью популяризации метода дерматоскопии и приближенности его к населению внедрена выездная форма работы на предприятия. В рамках скрининга осмотрено 3021 человек, из которых 1,2 % (на отдельных предприятиях 6 %) направлены к онкологу-хирургу. Организован прием на внебюджетной основе под возникающую потребность населения. При опросе в 2022 г. 96 % врачей дерматовенерологов Гомельской области хотят использовать дерматоскопию в рутинной врачебной практике, что повысит качество оказания дерматовенерологической помощи и популярность службы в целом.

С 2022 г. организована ежедневная двухчасовая работа кабинета профилактики злокачественных новообразований кожи на бюджетной основе.

Отмечено, что рекомендациям врачей следуют не все пациенты. Имеется проблема низкой личной ответственности за собственное здоровье пациентов с выявленными дерматоскопическими признаками злокачественных новообразований кожи, что проявляется в затягивании сроков обращения к врачам хирургам и онкологам для своевременного проведения хирургического вмешательства. Этот факт делает актуальной задачу воспитания личной заинтересованности к собственному здоровью и выработки приверженности к лечению.

Основные тактические направления: формирование заинтересованности врачей дерматовенерологов в освоении метода дерматоскопии; обучение врачей данному методу; внедрение в программы подготовки раздела онкологической грамотности; информирование населения и популяризации дерматоскопии. Повышение грамотности населения проводится через разработанные нами информационные материалы, СМИ, наружную рекламу и через методику проведения практического дерматоскопического осмотра населения. Так называемый метод «выхода в люди», который оказался наиболее эффективным, с последующим масштабным информированием населения по принципу «равный информирует равного» и как следствие увеличение доли самостоятельного обращения пациентов за диагностикой и лечением.

Выводы

Дерматоскопия на практике позволяет на дооперационном этапе дифференцировать природу пигментного новообразования. Непрерывное качественное обучение врача-дерматоскописта, как залог проведения своевременного хирургического вмешательства с последующим гистологическим исследованием. Рост осведомленности населения с последующим увеличением онконастороженности и обращаемости пациентов.

Решение проблемы ранней диагностики меланомы и других заболеваний кожи лежит в организации всеобщего популяционного скрининга в виде плановой ежегодной дерматоскопии, клинически обоснованного, высокоспецифичного, экономически доступного основного метода скрининга различных новообразований кожи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дерматоскопические критерии пигментной формы базальноклеточного рака кожи у представителей азиатской расы в Ташкенте / М. Н. Солметова [и др.] // Дерматовенерология. Косметология. 2021. Т. 7, № 4. С. 325–334.
2. Технология диагностики и скрининга в раннем выявлении злокачественных новообразований / А. Д. Каприн [и др.] // Онкология. Журнал им. П. А. Герцена. 2018. Т. 7, № 1. С. 34–40.
3. Опыт ГБУЗ города Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» по созданию и реализации программы «Ранняя диагностика и профилактика меланомы кожи в городе Москве» / Н. Н. Потеев [и др.] // Клиническая дерматология и венерология. 2020. Т. 19, № 1. С. 53–63.

УДК 616.5-006.6

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ В ДЕРМООНКОЛОГИИ

Фенченко Г. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. С. Косторев

**Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
г. Донецк, Донецкая Народная Республика**

Введение

На данный момент в мире весомое место занимают вопросы, касающиеся выявления и лечения рака на ранних стадиях с целью повышения шанса на

исцеление у пациентов. Согласно статистике Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), онкологические заболевания занимают 2 место в ряду самых распространенных заболеваний среди населения Земли (15–20 %). Одним из самых ведущих онкологических заболеваний является рак кожи, который, согласно статистике МНИОИ имени П. А. Герцена занимает 1 место и составляет 12,6 % (при учете обоих полов).

Цель

Показать эффективность методов лучевой терапии при борьбе с онкологическими заболеваниями кожи и ее производными.

Материал и методы исследования

В качестве материалов для проведения ретроспективных анализов были взяты 20 историй болезней пациентов с диагнозом рак кожи в период с 2010 г. по 2020 г. Среди них было 11 (55 %) женщин и 9 (45 %) мужчин. Медиана возраста составила 54 года (52–65). Исследование проводилось при помощи программ «Excel» и «Statistica 6.0». С целью обработать данные применялись методы описательной статистики. В группе женщин наиболее частым оказался плоскоклеточный рак у 6 (30 %) пациенток, а в мужской группе превалировал базальноклеточный рак кожи 5 (25 %) пациентов. Подробнее все данные о заболеваемости приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение заболеваемости основными видами рака среди мужчин и женщин в группе исследования

Группы	Всего	Плоскоклеточный рак кожи	Базальноклеточный рак кожи	Меланома
Мужчины	9 (45 %)	3 (15 %)	5 (25 %)	1 (5 %)
Женщины	11 (55 %)	6 (30 %)	3 (15 %)	2 (10 %)

Результаты исследования и их обсуждение

По итогам курса лучевой терапии, которую назначил врач радиотерапевт своим пациентам, были получены следующие результаты. Группа женщин в отличие от мужской проявила более положительные показатели в борьбе с онкологией у которых средний показатель уменьшения опухоли за один сеанс облучения составил 19 % (если считать размер опухоль до облучения 100 %), тогда как в мужской группе этот показатель был чуть больше 15 %. Данные показатели показаны на рисунке 1. В отличие от хирургического вмешательства, которое предусматривает полное удаление ткани с подлежащими структурами, лучевая терапия является в этом плане более щадящей по отношению к анатомическим структурам, а также более выигрышной в плане времени проведения данной манипуляции. Также хотелось бы обратить внимание на тот факт, что после лучевой терапии наблюдается зарастание сосудов, питающих опухоли, что крайне существенно для обеспечения наилучшего результата при излечении больного.

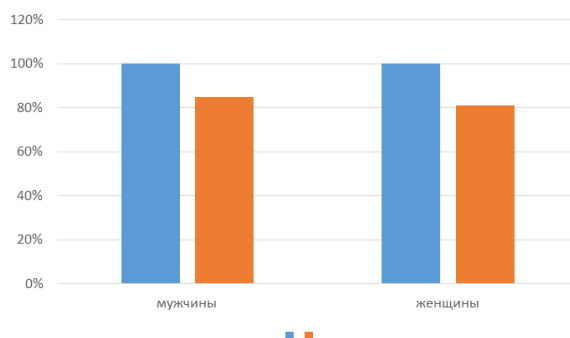


Рисунок 1 — Тенденция уменьшения опухоли после применения лучевой терапии, синим цветом обозначены показатели до терапии, оранжевым после

Выводы

Таким образом, при рассмотрении ретроспективных анализов историй болезни пациентов, принимающих в качестве лечения лучевую терапию, была обнаружена тенденция к уменьшению размеров опухоли, что доказывает эффективность данного метода при лечении онкологических заболеваний кожи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галил-Оглы, Г. А., Молочков В. А., Сергеев Ю. В. // Дерматоонкология. 2005. 872 с.
2. Елькин, В. Д., Митрюковский А. С., Седова Т. Г. // Частная дерматоонкология. Часть 2. Сосудистые опухоли и мальформации. 2018. 478 с.
3. Злокачественные опухоли кожи: учеб.-метод. пособие / А. Е. Мойсейчик [и др.]. Минск: БГМУ, 2011.

УДК 616.5-006.6-07

КЛИНИКО-ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ «TRIAGE AMALGAMATED DERMOSCOPIC ALGORITHM» И BLINCK В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

**Хвостовой В. В., Липатов В. А., Силина А. В.,
Цнобиладзе Э. Д., Овсяников В. В.**

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

Злокачественные новообразования кожи занимают лидирующие позиции в структуре онкологических заболеваний в России, что указывает на важность их ранней диагностики. Наиболее доступным и информативным неинвазивным методом прижизненной диагностики кожи в повседневной клинической практике является дерматоскопия (эпилюминесцентная микроскопия). Особенно ценную информацию это исследование позволяет получить в ситуациях, когда картина образования неоднозначна или клинические проявления невыразительны, а вероятность врачебной ошибки в выборе метода лечения очень велика.

Цель

Сравнительный анализ применения дерматоскопической методики BLINCK и дерматоскопического алгоритма «Triage amalgamated dermoscopic algorithm» в диагностике меланомы кожи и других злокачественных кожных новообразований.

Материал и методы исследования

Наблюдение производилось за 47 пациентами с 47 новообразованиями кожи, обратившиеся в поликлинику ОБУЗ «Курский областной клинический онкологический диспансер» в 2017–2018 гг. Среди них женщин — 32 (68,1 %), мужчин — 15 (31,9 %); городские жители — 24 (51,1 %); сельские жители — 23 (48,9 %). Средний возраст пациентов, обратившихся на прием, составил 54,8 лет (максимальное и минимальное значения равняются 89 и 20 лет соответственно).

Дерматоскопическое исследование проводилось с помощью неполяризованного дерматоскопа HEINE mini 3000, фотодокументирование осуществлялось фотоаппаратом Panasonic DMC-FS14. В качестве иммерсионной среды использовался 70 % этиловый спирт. Все пациенты подверглись тщательному клиническому исследованию. Была оценена клиническая и дерматоскопическая картина всех новообразований, а также выполнено их морфологическое исследование. Материал для гистологического исследования был представлен путем выполнения инцизионной и эксцизионной биопсии.

В исследовании всех кожных новообразований были использованы следующие дерматоскопические алгоритмы: алгоритм «Triage amalgamated dermoscopic algorithm»; методика BLINCK.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования дерматоскопической картины, клинического статуса больных, а также после проведения морфологического исследования мы сталкивались со следующими образованиями кожи: базально-клеточная карцинома — 11 образований у 11 пациентов; метатипический рак — 1 образование у 1 пациента; меланома (узловая, поверхностно-распространяющаяся) — 4 образований у 4 пациентов; болезнь Боуэна — 1 образование у 1 пациента; плоскоклеточный рак — 1 образование у 1 пациента; папиллома — 4 образований у 4 пациентов; гемангиома — 1 образование у 1 пациента; невус (сально-волосяной, интрадермальный, пигментный, голубой) — 13 образований у 13 пациентов; фиброма — 2 образования у 2 пациентов; эпидермальная киста — 1 образование у 1 пациента; себорейный кератоз — 8 образований у 8 пациентов.

Дерматоскопические заключения, установленные с помощью всех вышеуказанных алгоритмов, были сопоставлены с морфологическими заключениями.

Результаты исследования: при использовании методики BLINCK чувствительность метода составила 94,5 %; специфичность — 66,3 %; алгоритма «Triage amalgamated dermoscopic algorithm» чувствительность 100 %; специфичность — 72,4 %. Методика BLINCK (чувствительность — 94,5 %; специфичность — 66,3 %) и «Triage amalgamated dermoscopic algorithm» (чувствительность — 100 %; специфичность — 72,4 %).

Выводы

Полученные результаты позволяют рекомендовать применение методики BLINCK и алгоритма «Triage amalgamated dermoscopic algorithm», с приоритетом использования «Triage amalgamated dermoscopic algorithm», в лечебных учреждениях онкологической, дерматологической службы, лечебно-профилактических учреждениях общего профиля (кабинеты онкологов, дерматологов в детских поликлиниках, центральных районных больницах).

УДК 616-006.81-08

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОЙ МЕЛАНОМЫ

*Хвостовой В. В., Станоевич У. С., Цнобиладзе Э. Д.,
Клементьева А. И., Быканова А. М.*

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Областное бюджетное учреждение здравоохранения
«Курский онкологический научно-клинический
центр имени Г. Е. Островерхова»
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

В последние годы в России приобрела большую значимость проблема роста заболеваемости меланомой кожи. По официальным данным Минздрава РФ в 2019 г. было зарегистрировано пациентов с впервые выявленным ЗНО 624700 случаев, среди них 92455 — заболеваний кожи (14,8 %): меланома 12405 (13,4 %), помимо меланомы — 80050 (86,6 %). В Курской области в 2019 г. было зарегистри-

стрировано с впервые выявленным ЗНО 5576 случаев, среди них 948 (17 %) — заболеваний кожи: меланома 91 (9,6 %), помимо меланомы — 857 (90,4 %). Высоким показателем в Курской области сохраняется уровень запущенности меланом, диагностированных впервые: 17,6 % меланом, диагностированных в 2019 г., относились к IIIA стадии и выше. И это несмотря на то, что меланома кожи является опухолью наружной локализации. В связи с этим в соответствии с Указом Президента РФ В. В. Путина от 07 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 г.» среди приоритетных направлений развития страны на ближайшие годы выделяют вопросы медицины, в частности — национальная программа борьбы с онкологическими заболеваниями. При этом одним из актуальных вопросов является точная, ранняя диагностика и лечение меланомы [1, 2].

Цель

Сравнительный анализ эффективности лечения в группах пациентов BRAF+ с применением комбинированной терапии (Дабрафениб + Траметиниб) и иммунотерапии препаратом интерферон альфа-2b с запущенными формами меланомы кожи.

Материал и методы исследования

Проанализировано 40 историй болезни пациентов с диссеминированными формами меланомой. Все пациенты были поделены на две группы: опытную и контрольную. Пациенты I (опытной) группы получали Дабрафениб 150 мг × 2 раза в сутки внутрь + Траметиниб — 2 мг 1 раз в сутки внутрь. Пациенты II (контрольной) группы — интерферон альфа-2b 3 млн ЕД × 1 раз в день п/к в течение 10 дней, интервал 21 день [2, 3]. Медиана наблюдений составила 12 месяцев.

В исследование включались пациенты с запущенными формами меланомы кожи (ст. IIIA и выше), которым 1 этапом лечения было проведено оперативное пособие не более чем за 12 недель до начала терапии. Пациенты без предшествующей лекарственной терапии. Также всем больным проводилось молекулярно-генетическое исследование на наличие мутации BRAF. В исследование включались пациенты с наличием мутации BRAF.

Критерием исключения были пациенты, у которых ранее проводилось лекарственное лечение по поводу меланомы, тяжелая депрессия, цирроз печени любой этиологии, аутоиммунные заболевания, выраженная органная недостаточность (сердечная, печеночная, почечная и др.).

Результаты исследования и их обсуждение

В опытную группу (n = 20), средний возраст, которых $54,3 \pm 1,3$ лет вошли 15 (75 %) женщин и 5 (25 %) мужчин. На фоне проведенного лечения побочное явление (в виде аллергического дерматита) наблюдалось у 1 (5 %) пациента, стабилизация процесса наблюдалась у 16 (80 %) пациентов, у 2 (10 %) больных — прогрессирование заболевания, и 1 (5 %) пациент прекратил лечение в связи со смертью.

В контрольную группу (n = 20), средний возраст, которых $59,8 \pm 1,5$ лет вошли 14 (70 %) женщин и 6 (30 %) мужчин. На фоне проведенного лечения побочное явление (в виде аллергического дерматита у одного больного и повышения температуры тела до субфебрильных цифр у второго пациента) наблюдалось у 2 (10 %) больных, стабилизация процесса наблюдалась у 9 (45 %) пациентов, у 6 (30 %) больных — прогрессирование заболевания, и 3 (15 %) пациента прекратили лечение в связи со смертью.

Выводы

Однолетняя безрецидивная выживаемость составила 80 % в группе с Дабрафениб + Траметиниб и 39 % в группе с Интерфероном альфа-2b соответственно, что свидетельствует о достоверном снижении относительного риска прогрессирования в группе комбинации препаратов по сравнению с группой Интерферона альфа-2b на 48,7 % ($p < 0,01$).

Таким образом, адъювантная терапия комбинацией Дабрафениб + Траметиниб в течение 12 месяцев позволяет обеспечить долгосрочный эффект у пациентов с наличием мутации BRAF.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов, М. И. Статистика злокачественных новообразований в 2014 г. Данные по России / М. И. Давыдов, Е. М. Аксель // Евразийский онкологический журнал. 2016. № 4(4). С. 824–861.
2. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний / под ред. Н. И. Переводчиковой, В. А. Горбуновой. 4-е изд., расш. и перераб. М.: Практическая медицина, 2018. 686 с.
3. Практические рекомендации по лекарственному лечению меланомы кожи RUSSCO, 2021. 244 с.

УДК 616-006-085.831/.849.1

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ

Церковский Д. А., Мазуренко А. Н.

Государственное учреждение

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

аг. Лесной, Республика Беларусь

Введение

Фотодинамическая терапия (ФДТ) — метод лечения предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований (ЗН), основанный на комбинированном применении лекарственных средств и веществ природного/искусственного происхождения — фотосенсибилизаторов (ФС) и лазерного излучения с определенной длиной волны (λ) [1, 2, 3].

В клинической онкологии при ФДТ применяются десятки ФС, подразделяемых на 3 семейства: производные порфиринов («Фотофрин II», «Гематопорфирин», «Фотогем»), производные хлоринов («Фоскан», «Хлорин еб», «Этиопурпурин олова»), синтетические производные красителей («Фотосенс»). Официально одобренными FDA в США для клинического применения при ФДТ у пациентов с пищеводом Баретта, раком легкого и пищевода является «Фотофрин II», в странах Европы ЕМА для ФДТ у пациентов со ЗН головы и шеи разрешен «Фоскан» [1]. В странах СНГ в онкологических учреждениях активно применяется метод ФДТ с ФС хлоринового ряда («Фотодитазин», «Радохлорин»). В Республике Беларусь в 2001 г. зарегистрирован и разрешен для клинического применения Министерством здравоохранения ФС «Фотолон» (РУП «Белмедпрепараты»). Эффективность многих ФС исследуется в рамках рандомизированных клинических исследований.

Для эффективного применения ФС в онкологии, они должны соответствовать следующим требованиям: обладать постоянным составом с высоким процентным содержанием основного действующего вещества, обладать химической чистотой и стабильностью в течение всего срока хранения, быстро и селективно аккумулироваться в патологических тканях, иметь высокий квантовый выход синглетного кислорода и интенсивный максимум поглощения в красном и инфракрасном диапазонах спектра, обладать низкой фототоксичностью и минимальным риском развития серьезных нежелательных реакций.

Оптимальным оборудованием для успешной реализации ФДТ являются полупроводниковые лазеры, которым присущи относительная дешевизна и длительный срок активной эксплуатации, составляющий несколько тысяч часов. Среди серийно выпускаемых в настоящее время диодных лазеров можно найти устройство с λ , соответствующей максимуму поглощения практически любого из существующих на сегодняшний день ФС и с достаточной для применения в клинике мощностью. В Республике Беларусь для проведения сеансов у пациентов онкологического профиля активно применяются полупроводниковые лазе-

ры ($\lambda = 660 \pm 5$ нм): «PDT diode laser» (Институт физики им. Б. И. Степанова НАН Беларуси) и «УПЛ ФДТ лазер» (УП «НТЦ ЛЭМТ БелОМО»).

В основе реализации противоопухолевого ответа ФДТ лежат фотохимические реакции I и II типов, протекающие на молекулярном, клеточном и тканевых уровнях. Введенный в организм пациента ФС селективно аккумулируется на мембранах опухолевых клеток, в митохондриях и лизосомах. Максимальная его концентрация в тканях достигается через 3–48 ч (в зависимости от ФС). При фотооблучении сенсibilизированной опухоли лазерным излучением происходит переход нетоксичного триплетного кислорода в синглетный кислород и другие активные формы кислорода, обладающие выраженным цитотоксичным действием, что приводит к летальным повреждениям опухолевых клеток вследствие окислительного стресс-синдрома. При этом цитотоксический эффект зависит от концентрации ФС, параметров излучения, глубины проникновения света в ткани опухоли и ряда других факторов. Немаловажно знать, что пути гибели опухолевой клетки при ФДТ напрямую зависят от локализации ФС: так, ФС, которые аккумулируются в митохондриях, индуцируют апоптоз, в то время как локализация ФС в плазматической мембране способствует развитию некроза. Дополнительно, противоопухолевые эффекты ФДТ развиваются при повреждении сосудистого русла опухоли (ишемический некроз) и вследствие опосредованной активации системы иммунитета [1, 2, 3].

В клинической онкологии ФДТ применяется по радикальной программе при лечении предопухолевых заболеваний (лейкоплакии, дисплазии) и начальных стадий ЗН кожных покровов и слизистых оболочек; по паллиативным программам, основной целью которых является эффективное включение ФДТ в схемы комбинированного и комплексного лечения поздних стадий ЗН (реканализация при раке пищевода, трахеи, бронхов) и по паллиативным программам, направленным на уменьшение объема опухолевого поражения и гемостаз при риске распада при далеко зашедших процессах (опухоли кожных покровов и слизистых оболочек) [1].

На основании анализа полученных в крупных научных центрах/клиниках результатов можно прийти к выводу, что эффективность ФДТ доказана при локализации патологического процесса в практически каждой системе органов. Актуальными направлениями исследований в США, Южной Корее, Японии, Китае, Германии, Австрии, Российской Федерации является ФДТ рака легкого, пищевода, желудка, поджелудочной железы, злокачественных глиом и др. В Республике Беларусь метод ФДТ внедрен и активно применяется при базальноклеточном раке кожи, внутрикожных метастазах меланомы, рака гортани, молочной железы и при ЗН головного мозга. В рамках НИР доказана высокая эффективность ФДТ при лечении предопухолевых заболеваний слизистых оболочек (лейкоплакии слизистых оболочек вульвы и полости рта, цервикальные интраэпителиальные неоплазии) и при лечении меланомы хориоидеи.

Возможность проведения ФДТ для каждого пациента оценивается в индивидуальном порядке на основании оценки локального статуса, анамнеза заболевания и предшествующего лечения. Основными противопоказаниями является индивидуальная непереносимость ФС и его компонентов, отягощенный аллергоанамнез, сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, заболевания печени и почек в стадии декомпенсации, системная красная волчанка, кахексия и детский возраст.

Лечение пациентов с помощью метода ФДТ начинается с внутривенной инфузии раствора ФС либо аппликации гелей и кремов ФС в дозах, согласно существующих инструкций. Для ФС «Фотолон» длительность инфузии составляет 30 минут. После чего в зависимости от степени злокачественности процесса либо нозологической формы заболевания ФС в течение 2–4 ч накапливается в па-

тологически измененных тканях. Далее, по достижении максимальной концентрации, осуществляется фотооблучение с различными параметрами лазерного излучения. Как правило, обезболивание при проведении сеансов ФДТ осуществляется за счет применения ненаркотических и наркотических анальгетиков. В дальнейшем, в течение 2–5 суток после ФДТ в области облучения развиваются реакции, приводящие к повреждению патологических тканей и их, в течение 3–7 недель, отторжению. Сформировавшаяся раневая поверхность полностью эпителизируется либо замещается соединительно-тканым рубцом.

В определенном количестве наблюдений, при ФДТ и в раннем постпроцедурном периоде, возможно развитие умеренно-выраженных нежелательных реакций, которые легко купируются и не влияют на сроки лечения и госпитализации: кожная фототоксичность (зуд, гиперемия, конъюнктивиты), которая возникает в течение 3–5 суток после введения ФС в случае нарушения светового режима; повышение температуры тела до +37–37,8 °С (редко), умеренный отек мягких тканей в зоне фотооблучения, временная гипо- или гиперпигментация (редко) и аллергические реакции: кожная сыпь, зуд, крапивница (крайне редко). Все нежелательные реакции, связанные с системным введением ФС указаны в инструкции по применению лекарственного средства.

Выводы

Таким образом, ФДТ — это эффективный, хорошо переносимый и относительно недорогой метод лечения предопухолевых заболеваний и ЗН, позволяющий обеспечить органосохраняющий характер лечения; обладающий невысокой токсичностью для нормальных тканей; характеризующийся минимальным риском возникновения выраженного болевого синдрома и отсутствием механизмов первичной и приобретенной резистентности, а также возможностью амбулаторного лечения и комбинации с другими методами лечения и, конечно же, позволяющий достигнуть хороших косметических результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Photodynamic therapy review: principles, photosensitizers, applications, and future directions / J. H. Correia [et al.] // *Pharmaceutics*. 2021. Vol. 13(9). P. 1332.
2. Photodynamic therapy: a compendium of latest reviews / J. F. Algorri [et al.] // *Cancers (Basel)*. 2021. Vol. 13(17). P. 4447.
3. Gunaydin, G. Photodynamic therapy — current limitations and novel approaches / G. Gunaydin, M. E. Gedik, S. Ayan // *Front Chem*. 2021. Vol. 9. P. 691–697.

УДК 616.5-006.6-085.831

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ С ОТЕЧЕСТВЕННЫМ ФОТОСЕНСИЛИЗАТОРОМ «ФОТОЛОН»

Церковский Д. А., Мазуренко А. Н.

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр онкологии
и медицинской радиологии имени Н. Н. Александрова»
аг. Лесной, Республика Беларусь**

Введение

Фотодинамическая терапия (ФДТ) представляет собой актуальное направление в современной онкодерматологии и является методом лечения, основанном на комбинированном применении специальных лекарственных средств — фотосенсибилизаторов (ФС) и лазерного излучения с определенными параметрами [1]. В результате фотооблучения в патологически измененных клетках запускается каскад сложных фотохимических реакций, протекающих с образованием большого количества высокотоксичных активных форм кислорода (син-

глетный кислород, супероксид анион, гидроксильный радикал и др.), оказывающих прямое цитотоксическое действие [2]. Дополнительными эффектами ФДТ являются развитие ишемического некроза вследствие фотоповреждения сосудистой сети опухоли, а также активация иммунного ответа [1, 2, 3]. Учеными из различных стран представлен значительный опыт применения ФДТ в лечении базальноклеточного рака кожи (БКРК) с такими ФС и ЛС, обладающими фотосенсибилизирующей активностью, как 5-аминолевулиновая кислота [4], фотогем [5], фотодитазин [6], радохлорин [6], фотолон [7] и др. Авторы сообщают, что ФДТ представляет собой хорошо переносимую с минимальным риском развития серьезных нежелательных явлений и обладающую высокой противоопухолевой эффективностью опцию лечения пациентов с данной патологией [4–7].

Цель

Изучить непосредственные и отдаленные результаты применения ФДТ с отечественным ФС хлоринового ряда у пациентов с БКРК.

Материал и методы исследования

Объектом исследования послужили 140 пациентов с морфологически верифицированным БКРК (клинически: I стадия, T1N0M0), получавших лечение на базе отделения гипертермии и фотодинамической терапии в период с 2006 по 2021 гг. Возраст пациентов варьировал от 25 до 86 лет ($58,4 \pm 8,6$ лет). Среди них 64 (45,7 %) пациента составляли мужчины и 76 (54,3 %) — женщины. Преобладающей локализацией первичного очага была область лица (щека, параорбитальная область, нос) — 80,7 %; волосистая часть головы — 7,2 %; ушная раковина — 5 %; шея — 1,4 % и туловище — 5,7 %. У 128 (91,4 %) пациентов была первичная форма, у 12 (8,6 %) — рецидивная. Все пациенты были проинформированы о методе ФДТ, возможных побочных реакциях, необходимости соблюдения светового режима, и дали письменное согласие на использование данного метода лечения, которое проводили как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. ФС «Фотолон» (РУП «Белмедпрепараты», Республика Беларусь), представляющий собой комплекс тринатриевой соли хлорина еб с повидоном-17, растворяли в 200 мл физиологического раствора и вводили внутривенно капельно в дозах 2–2,5 мг/кг массы тела, в условиях затемненного помещения. Сеансы ФДТ осуществляли через 2,5–3 ч после введения ФС с использованием полупроводниковых лазеров «УПА ФДТ лазер» («Lemt», Беларусь, $\lambda = 665 \pm 5$ нм) и «ФДТ лазер» (Институт физики им. Б.И. Степанова, Беларусь, $\lambda = 660 \pm 5$ нм). Подведение излучения осуществляли с помощью прямого световодов с микролинзой (ЗАО «Биоспек», Российская Федерация), обладающего однородным распределением энергии облучения по световому пятну. Контроль мощности излучения до и во время сеанса проводили с помощью измерителей мощности «МИМ-01» (ЗАО «Солар», Беларусь). Размер полей облучения варьировал от 0,5 до 2 см в диаметре, число полей — от 1 до 5, плотность мощности излучения — от 0,1 до 0,52 Вт/см², экспозиционная доза — от 50 до 300 Дж/см². Продолжительность облучения одного очага зависела от размеров и локализации опухоли и составляла от 3 до 30 мин. С целью профилактики локального рецидива в зону облучения включали участок нормальной ткани, отступая от края опухоли до 5 мм. Переносимость и безопасность лечения оценивали на основании анализа частоты и степени выраженности нежелательных реакций. Оценку непосредственных результатов осуществляли по критериям ВОЗ (полная регрессия — ПР, частичная регрессия — ЧР; стабилизация — СТАБ и прогрессирование — ПРОГР), основываясь на данных клинического и морфологического исследований через 1–3 мес. после проведенного лечения. Объективный эффект включал ПР и ЧР (в %). Оценку отдаленных результатов проводили, основываясь на частоте выявления локальных рецидивов в сроки от 1 до 5 лет после сеансов ФДТ.

Результаты исследования и их обсуждение

Аллергических реакций при внутривенной инфузии ФС зарегистрировано не было. Оценивая кожную фототоксичность, следует отметить, что у подавляющего числа пациентов, которые соблюдали световой режим в течение 3–5 сут после сеанса ФДТ, избегая воздействия прямого солнечного света, нежелательных реакций в виде возникновения ожогов кожи различной степени и развития гиперпигментации не наблюдалось. В случаях ($n = 10$; 7,1 % пациентов) несоблюдения рекомендаций наблюдались легкая гиперемия, зуд и жжение подвергшихся воздействию солнечным светом участков кожи, самостоятельно либо при медикаментозной помощи, проходящие через несколько часов. У пациентов с первичной формой БКРК ($n = 128$) частота ПР составила 90,6 %, ЧР — 6,3 %, СТАБ — 2,3 % и ПРОГР — 0,8 %. Объективный ответ был достигнут в 96,9 % наблюдений. У пациентов с рецидивной формой БКРК ($n = 12$) частота ПР составила 83,3 %, ЧР — 16,7 %, СТАБ — 0 % и ПРОГР — 0 %. Объективный ответ был достигнут в 100 % наблюдений. Срок наблюдения за пациентами составил от 3 до 76 мес. Локальный рецидив опухоли выявлен у 9 (6,9 %) пациентов. В сроки 1, 2, 3, 4 и 5 лет после проведенного лечения частота локальных рецидивов составила 3,1; 3,1; 4,6; 4,6 и 6,9 % соответственно. Полученные данные в лечении БКРК с помощью ФДТ с ФС «Фотолон» по исследуемым критериям эффективности полностью соответствуют мировым аналогам, позволяя ставить метод в один ряд с традиционными подходами в лечении пациентов с данной патологией.

Выводы

Метод ФДТ является безопасной, хорошо переносимой и высокоэффективной опцией в лечении пациентов с БКРК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Photodynamic therapy review: principles, photosensitizers, applications, and future directions / J. H. Correia [et al.] // *Pharmaceutics*. 2021. Vol. 13(9). P. 1332.
2. Photodynamic therapy: a compendium of latest reviews / J. F. Algorri [et al.] // *Cancers (Basel)*. 2021. Vol. 13(17). P. 4447.
3. Gunaydin, G. Photodynamic therapy — current limitations and novel approaches / G. Gunaydin, M. E. Gedik, S. Ayan // *Front Chem*. 2021. Vol. 9. P. 691–697.
4. Treatment of cutaneous basal cell carcinoma with combined laser extirpation and methyl aminolevulinic acid: five years success rates / E. A. Azzopardi [et al.] // *Ann R Coll Surg Engl*. 2021. Vol. 103(4). P. 263–271.
5. Efficacy of photodynamic therapy for basal cell carcinoma using photosensitizers of different classes / Yu. S. Romanko [et al.] // *Vopr. Onkol*. 2016. Vol. 62(3). P. 447–450.
6. Sukhova, T. E. Comparative assessment of the efficacy of photodynamic therapy of basal cell skin cancer with the intralesional administration of radachlorin and fotoditazin / T. E. Sukhova // *Almanac of Clinical Medicine*. 2016. Vol. 44(1). P. 78–87.
7. Sukhova, T. E. Intralesional injection of Fotolon for photodynamic therapy of basal cell carcinoma / T. E. Sukhova // *Biomedical Photonics*. 2016. Vol. 5(1). P. 15–21.

УДК 616.5-006.6-08(476.2)

ОПЫТ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ В ГОМЕЛЬСКОМ ОБЛАСТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

Яковенко А. С., Федоркевич И. В., Ганусевич О. Н.

Учреждение

**«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Фотодинамическая терапия (ФДТ) — метод лечения, основанный на использовании эффекта избирательной лазерной фотодеструкции предварительно sensibilizированной ткани. Метод активно применяется в онкологии, дерматологии, нейрохирургии, офтальмологии. Показанием для применения в онко-

дерматологии являются поверхностные опухоли с глубиной инвазии не более 1 см. Метод особенно актуален у возрастных, ослабленных пациентов с выраженной сопутствующей патологией. В условиях сложной локализации опухоли (кончик носа, красная кайма губ, передняя поверхность голени, проекция позвоночника, паравертебрально, область голеностопного сустава, фаланги пальцев), когда хирургическое лечение будет сопровождаться косметическим дефектом, высоким натяжением краев раны, риском развития некрозов или диастаза, фотодинамическая терапия может стать методом выбора.

Цель

Проанализировать результаты лечения опухолей кожи методом фотодинамической терапии в Гомельском клиническом онкологическом диспансере за период 07.2020 – 02.2022 гг.

Материал и методы исследования

Были проанализированы 67 амбулаторных карт, а также медицинские карты стационарного пациента.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 67 пациентов 61 (91 %) были пролечены методом ФДТ по радикальной программе и 6 (9 %) — в составе комбинированной и комплексной терапии (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение пациентов, пролеченных методом ФДТ по локализациям и нозологиям

Локализация	Базалиома		Меланома		Плоскоклеточный рак		Саркома Капоши		Итого	
	абс. значение	%	абс. значение	%	абс. значение	%	абс. значение	%	абс. значение	%
Голова и шея	13	19,4	—	—	—	—	—	—	13	19,4
Туловище	40	59,7	1	1,4	—	—	—	—	41	61,1
Верхняя конечность	1	1,5	—	—	2	2,9	—	—	3	4,4
Нижняя конечность	5	7,4	1	1,5	3	4,4	1	1,5	10	14,9
Всего	59	88	2	2,9	5	7,4	1	1,5	67	100

Возврат болезни в виде прогрессирования или местного рецидива наблюдался в 3 (4,5 %) случаях. В 6 (9 %) случаях для достижения результата потребовалось несколько сеансов лазерного лечения.

ФДТ выполнялась интраоперационно 6 (9 %) пациентам. По имеющимся литературным сведениям, данная методика стимулирует местный противоопухолевый иммунитет, уничтожает оставшиеся опухолевые клетки в ране, тем самым значительно увеличивая антибластику в ходе операции. В процессе операции облучению подвергались ложа удаленных опухолей либо метастазов. В 1 случае (16 % от проведенных сеансов интраоперационной ФДТ) наблюдался возврат болезни в виде внутрикожного метастаза меланомы (таблица 2).

Таблица 2 — Интраоперационная ФДТ, распределение по локализациям и нозологиям

Локализация	Базалиома	Меланома	Плоскоклеточный рак	Итого
Голова и шея	—	—	—	—
Туловище	1	1	—	2
Верхняя конечность	—	—	1	1
Нижняя конечность	1	1	1	3
Всего	2	2	2	6

Дальнейшие перспективы и направления исследования: в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере планируется дальнейшее совершенствование методики проведения ФДТ. Одним из приоритетных направлений является интраоперационная ФДТ, оценка ее эффективности и влияния на общую и безрецидивную выживаемость пациентов. Кроме этого, ведется изучение индивидуальных защитных экранов, соответствующих форме опухоли с целью максимальной защиты окружающих тканей. После проведения соответствующих исследований, планируется наладить их выпуск при помощи технологии 3D-печати.

Выводы

1. ФДТ — перспективный метод лечения злокачественных опухолей кожи.
2. Интраоперационная ФДТ — новая и перспективная методика в составе комплексного и комбинированного лечения опухолей, требующая дополнительного изучения и совершенствования техники проведения.
3. ФДТ не призвана заменить собой хирургический метод лечения опухолей кожи, но может быть эффективно использована в тех случаях, когда оперативное лечение сопряжено с риском развития осложнений и косметических дефектов или как альтернатива сложным методам кожных пластик.
4. В сравнении со стандартной операцией радикального иссечения опухоли кожи, даже при гладком послеоперационном периоде, ФДТ является экономически более целесообразным методом. Это достигается за счет уменьшения сроков временной нетрудоспособности, реабилитации, минимальным количеством расходных материалов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фотодинамическая терапия эпителиальных злокачественных новообразований кожи / М. А. Каплан [и др.] // Фотодинамическая терапия и фотодиагностика. 2014. № 3. С. 9.
2. Филоненко, Е. В. Фотодинамическая терапия и фотодинамическая диагностика — обоснование применения и возможности в онкологии / Е. В. Филоненко // Фотодинамическая терапия и фотодиагностика. 2014. № 1. С. 3.
3. Церковский, Д. А. Фотодинамическая терапия базальноклеточного рака кожи с фотосенсибилизатором фотолон / Д. А. Церковский, А. Н. Мазуренко, Н. А. Петровская // Biomedical Photonics. 2017. Т. 6, № 1. С. 17.
4. Пак, Д. Д. ФДТ больных местнораспространенным раком молочной железы IIIB и IIIC стадий / Д. Д. Пак, Е. В. Филоненко, Э. К. Сарибекян // Фотодинамическая терапия и фотодиагностика. 2013. № 1.

UDC 616.212:616.5]-006.6-08-036.8

RADIOTHERAPY AND SURGERY OF NASAL SKIN CARCINOMA: COMPARATIVE ANALYSIS OF THE TREATMENT RESULTS

Ivanov S. A., Rankovich A. L., Ivanova O. V.

**Educational Establishment
«Gomel State Medical University»
Gomel, Republic of Belarus**

Introduction

Surgery and radiotherapy (RT) are used with comparable frequency in the treatment of nasal skin carcinoma (NSC) in post-Soviet countries [1, 2]. The effectiveness of treatment is determined by local tumor control and cosmetic and functional outcomes [1, 2]. Choice of the treatment option is in the question especially in locally advanced tumors.

Goal

To compare the local relapse rate and cosmetic and functional results following RT and surgical treatment (ST) of NSC of T₂₋₃N₀M₀ stages.

Material and Methods of research

This cohort study consisted of 65 patients. There were 26 men and 35 women among them. The mean (range) age was 64.8 years (36–85). All cases were morphologically verified. There were 45 cases of T₂N₀M₀ and 20 cases of T₂₋₃N₀M₀. ST was performed on 34 patients. The operation included removal of the tumor and subsequent reconstruction. RT was performed on 31 patients. Irradiation was carried out as orthovoltage X-rays. The distribution by sex, age and stage of NSC didn't significantly differ in the groups of patients underwent RT and ST. The next data were compared: the rate of local relapses within 3 years after treatment, overall cosmetic result (CR) and nasal function (NF) by 10-pointed visual analogue scale (VAS). CR and NF were evaluated at least 6 months after the completed treatment. Unacceptable result was determined in VAS score ≤ 6 . Statistical analysis was performed using «Statistica 8.0 Software». A Fisher exact test was used to compare the rate of relapses and the rate of unacceptable CR or NF. Any findings with a 2-sided $P \leq 0.05$ were considered statistically significant.

The results of the research and their discussion

Local recurrence of NSC developed in 10 of the 65 patients (15.4 %) within 7 to 34 months. Relapses were noted in 2 patients after ST and in 8 patients after RT. The rate of tumor relapse was higher in patients underwent irradiation than in them underwent surgery. The difference is statistically significant as the exact two-sided Fisher test is 0.038, $P < 0.05$. Tumor progression occurred in 3 patients with stage T₂N₀M₀ and in 7 patients with stage T₃N₀M₀. There weren't neck recurrences registered.

The mean (range) of CR score was 8.2 (4–10) points after ST and 8.6 (5–10) points after RT. An unacceptable result was registered in 3 cases after RT due to the development of ulcer and nasal alar through defect. After ST, an unacceptable result was noted in 4 patients with the expressed deformity of the nasal lower third. The rate of unacceptable CR doesn't show statistically significant difference as the exact two-sided Fisher test is 1.000, $P > 0.05$.

The mean (range) of NF score was 8.1 (2–10) points after ST and 8.4 (4–10) points after RT. After RT, in 3 patients an unacceptable result was registered caused by disturbed air passage or nasal bleeding. After ST, an unacceptable result was noted in 5 patients with disturbed air passage and/or crust forming. The rate of unacceptable NF doesn't show statistically significant difference as the exact two-sided Fisher test is 0.711, $P > 0.05$.

Delayed reconstructive surgery was needed in 3 patients after RT and in 3 patients after surgery to improve CR or NF.

Conclusions

The recurrence rate after ST of NSC in our material is significantly lower than after RT. Therefore, the CR and NF after surgery and radiation treatment isn't significantly differ.

LITERATURE

1. Mendez, B. M. Current basal and squamous cell cancer management / B. M. Mendez, J. F. Thornton // *Plast Reconstr Surg*. 2018. Vol. 142. P. 373–387.
2. Fu, T. Management of high risk squamous cell carcinoma of the skin / T. Fu, S. Z. Aasi, S. T. Hollmig // *Curr Treat Options Oncol*. 2016. Vol. 17. P. 34.
3. Иванов, С. А. Реконструкция наружного носа лобным лоскутом — анализ эстетических результатов / С. А. Иванов, О. Г. Хоров // *Пластическая хирургия и эстетическая медицина*. 2020. № 3. С. 38–44.

СОДЕРЖАНИЕ

Акулич А. М., Пугачёва А. В.

Осведомленность населения о возможном факторе риска развития меланомы подногтевой локализации при проведении маникюра с использованием гель-лака 3

Бондарчук В. М.

Новообразования кожи: анализ заболеваемости и особенностей клинических проявлений 5

Гаврилкина Д. С., Иванов В. С.

Реконструктивные операции после удаления меланомы кожи 6

Есипова Е. А.

Предраковые заболевания кожи и слизистых оболочек 8

Зайцева Е. Д., Меньшаков Я. Н.

Влияние метаболического синдрома на развитие различных видов рака 11

Иванов С. А., Лазарева Н. Ф., Войтюк М. А.

Опыт использования аллогенного реберного хряща для реконструкции наружного носа 13

Иванов С. А., Хоров О. Г.

Наш опыт реконструкции наружного носа лобным лоскутом 15

Иванов С. А., Хоров О. Г., Богомаз С. Н.

Реконструкция крыла носа после удаления карциномы кожи — рабочий алгоритм 17

Корсакова В. И., Марковский В. О.

Синдром эмоционального выгорания у врачей-онкологов, работающих в поликлинике и стационаре 18

Лобан Д. С.

Формирование онконастороженности населения методом дерматоскопии 20

Музыченко А. П.

Неоплазии кожи у реципиентов трансплантатов солидных органов 22

Порошина Л. А., Янко Н. Б., Рублевская Е. И., Курожко О. В.

Сложности диагностики лимфомы кожи 24

Рублевская Е. И.

Ранняя диагностика новообразований кожи: роль врача дерматовенеролога 26

Фенченко Г. В.

Эффективность лучевой терапии при лечении опухолей в дермоонкологии 28

Хвостовой В. В., Липатов В. А., Сирина Л. В.,

Цнобиладзе Э. Д., Овсяников В. В.

Клинико-дерматоскопические алгоритмы «Triage amalgamated dermoscopic algorithm» и BLINCK в диагностике новообразований кожи 30

Хвостовой В. В., Станоевич У. С., Цнобиладзе Э. Д., Клементьева А. И., Быканова А. М. Региональный опыт современного лечения распространенной меланомы.....	31
Церковский Д. А., Мазуренко А. Н. Фотодинамическая терапия в клинической онкологии.....	33
Церковский Д. А., Мазуренко А. Н. Фотодинамическая терапия базальноклеточного рака кожи с отечественным фотосенсилизатором «Фотолон».....	35
Яковенко А. С., Федоркевич И. В., Ганусевич О. Н. Опыт фотодинамической терапии опухолей кожи в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере.....	37
Ivanov S. A., Rankovich A. L., Ivanova O. V. Radiotherapy and surgery of nasal skin carcinoma: comparative analysis of the treatment results	39

Научное издание

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ОНКОДЕРМАТОЛОГИИ**

**Сборник научных статей
I Республиканской научно-практической
конференции с международным участием
(г. Гомель, 8 апреля 2022 года)**

В авторской редакции

Компьютерная верстка *С. Н. Курт*

Подписано в работу 05.09.2022.
Тираж 13 экз. Заказ № 361.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.