

что само по себе ведет к деструкции соединительной ткани [1, 3]. Важным в метаболическом отношении является достаточное поступление в организм витаминов групп: А, В, С, являющихся кофакторами в синтезе протеогликанов [2].

Согласно клиническим протоколам диагностики и лечения пациентов с ревматическими заболеваниями от 10.05.2012, основу терапии клинических форм ОА составляют нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) (ацеклофенак, диклофенак ибупрофен и т. д.) и симптоматические медленнодействующие препараты (СМП) (хондроитин сульфат и глюкозамина сульфат) при рентген-подтвержденном остеоартрозе 1 и 2 степеней, также симптоматически рекомендованы к применению глюкокортикостероиды для однократного внутрисуставного введения, миорелаксанты и антиагреганты [1].

На данном этапе научных исследований относительно проблемы терапии ОА подход в использовании НПВС в качестве средств первой линии, а СМП в качестве вспомогательной терапии не был оправдан. Так, согласно заключению международного комитета Европейского общества по клиническим и экономическим аспектам остеопороза, остеоартрита и костно-мышечных заболеваний (ESCEO), основываясь на последнем метаанализе 2016 г., рекомендовано использование СМП в качестве базовой терапии, а применение НПВС допускается использовать коротким курсом в качестве дополнительной аналгезии (если требуется). К настоящему времени среди СМП в лечении ОА наибольшая доказательная база имеется для хондроитин сульфата с уровнем доказательности 1А.

По современным представлениям, фармакологическое действие СМП связано с подавлением активации цитокинового каскада, сопровождающего развитие хронического воспаления и деструкцию хрящевой ткани, отмечено значимое уменьшение апоптоза хондроцитов, что приводит к увеличению продукции протеогликанов хондроцитами, оказывая протективное влияние на хрящ [2, 3].

Выводы

Таким образом, вместе с изменением понимания проблемы развития ОА за последнее десятилетие изменились и подходы к симптоматической терапии ОА, в связи с чем на первый план вышли симптоматические медленнодействующие препараты, доказуемость клинического эффекта которых долгое время была под сомнением. Одновременно с этим необходимо проведение дальнейших научных исследований относительно понимания самого механизма развития ОА, поскольку только выявление всех аспектов начальных изменений структуры суставного хряща является ключом к проведению эффективных лечебных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Окорочков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Т. 2: Диагностика ревматических и системных заболеваний соединительной ткани / А. Н. Окорочков. — Витебск: Медицинская литература, 2013. — 512 с.
2. Чичасова, Н. В. Хондроитин сульфат (Структурм) в лечении остеоартроза: патогенетическое действие и клиническая эффективность / Н. В. Чичасова // РМЖ. — 2009. — № 17(3).
3. Малаева, Е. Г. Внутренние болезни: учеб. пособие / Е. Г. Малаева, И. И. Мистюкевич. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 198 с.

УДК 616.211-006.6-089.844

АНАТОМИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ НОСА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Головач В. М., Козак Д. Н., Романюк А. А.

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

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

Введение

Актуальность проблемы устранения дефектов обусловлена ростом заболеваемости злокачественными опухолями кожи, которые часто локализуются в области носа, а также

случаями криминальных и бытовых травм. Использование только искусственных материалов для протезирования является на сегодняшний день достаточно дорогостоящим и недоступным большинству населения методом [1].

Стратегия реконструкции имеет цель сформировать неонос с естественным внешним видом, трехслойной структурой, полноценной функцией при минимальном ущербе для донорской зоны. Большинство методов основано на использовании местных тканей, реже применяется трансплантация аутологичных или трупных тканей, искусственный материал, их комбинация. Наибольшие сложности вызывает устранение дефектов нижней трети носа: даже при отсутствии одной субъединицы могут потребоваться неоднократные оперативные вмешательства [3].

Наиболее актуальные проблемы при устранении дефектов носа: сложность формирования многослойного пластического материала, длительность процедуры и риск осложнений ишемического характера при использовании комбинированного материала лоскут + трансплантат, многоступенчатость и травматичность операций у пожилых пациентов онкологического профиля. Качество жизни пациентов после оперативного вмешательства определяется субъективными ощущениями в сравнении с таковыми до реконструкции [3].

Цель

Провести оценку анатомических и функциональных результатов реконструктивных операций в области носа у пациентов онкологического профиля.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе Учреждения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер». Проанализированы результаты субъективной оценки анатомических и функциональных параметров 37 пациентами в возрасте от 47 до 85 лет (среднее значение — 65 лет), которым были выполнены реконструктивные операции на наружном носе в период 2014–2017 гг.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1 года до 3 лет. Оценка эффективности реконструктивной операции проводилась по опросникам NAFEQ (Nasal Appearance and Function Evaluation Questionnaire) через год после реконструкции. NAFEQ используется в качестве стандартизированного опросника, который включает в себя ряд вопросов оценивающего характера о носовом дыхании, храпе, обонянии, наличии корок в носу, кровотечениях из носа, качестве речи и функций носа в целом. Вторая группа вопросов касается формы носа в целом и отдельных субъединиц, размеров ноздрей и цвета кожи. Оценка критериев проводилась по пятибалльной шкале [2]. Дополнительно проводилась оценка по 100-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Реконструктивные операции выполнены с применением кожного лоскута в комбинации хрящевым аллогraftом (ХАГ) и расщепленным аутодермотрансплантантом (РАДТ).

Результаты исследования и их обсуждения

Группу наблюдения пациентов составили 14 (37,84 %) мужчин и 23 (62,16 %) женщин, которым были проведены реконструктивные операции на наружном носе. Верифицированный диагноз базальноклеточного рака кожи был выставлен 22 (59,45 %) пациентам, плоскоклеточного рака кожи — 10 (27 %), меланомы и меланоза Дюбрея — 3 (8,1 %), железистый рак — 2 (5,45 %). При этом у 6 (16,21 %) пациентов отмечен рецидив после лучевой терапии, и у 4 (10,81 %) — сформировался послеоперационный дефект, что потребовало проведения реконструктивных операций.

Распределение опухолей по стадиям: T₁ — 11 (29,73 %) пациентов, T₂ — 20 (54,05 %), T₃ — 6 (16,22 %).

Локализация дефекта в верхней трети носа выявлена у 20 (54,05 %) пациентов, в нижней трети — у 17 (45,95 %), при этом глубина дефекта, оцениваемая как сквозной дефект, выявлена у 22 (59,45 %), а несквозной дефект — у 15 (40,55 %) пациентов. Размер дефекта, оцениваемый как число субъединиц: пациентов с 1 субъединицей отмечено 17 (45,95 %), с 2 субъединицами — 16 (43,24 %), более 2 субъединиц — 4 (10,81 %).

Способы реконструкции: 16 (43,24 %) пациентов оперированы способом «лоскут из щеки + ХАГ», 14 (37,84 %) — «кожный лоскут + ХАГ + РАДТ», 5 (13,51 %) — «дубликата кожного лоскута + ХАГ», 2 (5,40 %) — «кожный лоскут + слизистый лоскут + ХАГ».

Все пациенты (100 %), оценивая храп, запахи и речь в отдаленные сроки после реконструкции, отметили вышеописанные показатели как оптимальные. 34 (91,90 %) пациента отметили такие показатели как носовое дыхания и наличие/отсутствие кровотечения из носа как оптимальные. Вид крыла носа и спинки носа охарактеризован как неудовлетворительный в 4 (10,81 %) наблюдениях, что соответствует диапазону в 1–2 балла, 14 (37,80 %) пациентов оценили размер ноздрей и цвет кожи как субоптимальный результат (3–4 балла). Общий вид носа полностью удовлетворяет 20 (54,10 %) пациентов (5 баллов), общий вид носа оценен как субоптимальный (3–4 балла) в 17 (45,90 %) наблюдениях.

Внешний вид носа в целом расценивался как оптимальный 28 (75,68 %) пациентами, что соответствует диапазону 65 баллов и выше по ВАШ, 7 (18,92 %) пациентов отметили результат в субоптимальной зоне (51–64 баллов), 2 (5,40 %) пациента расценили внешний вид носа как неудовлетворительный (менее 50 баллов).

Выводы

Анализ отдаленных результатов показывает, что реконструкция наружного носа с использованием ХАГ позволила добиться оптимальных и субоптимальных функциональных результатов у всех 37 (100 %) пациентов, анатомических результатов у 27 (72,97 %) пациентов. Это свидетельствует о возможности применения ХАГ в качестве альтернативы искусственным материалам и аутологичным тканям.

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, № 4. — P. 453–460.
2. Validation of a questionnaire assessing patient's aesthetic and functional outcome after nasal reconstruction: the patient NAFEQ-score / S. E. Moolenburgh [et al.] // *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery.* — 2009. — Vol. 62, № 5. — P. 656–662.
3. *Иванов, С. А.* Реконструкция наружного носа аутологичными тканями и пластическим материалом с включением аллогенного хряща / С. А. Иванов, И. В. Залуцкий // *Доклады национальной академии наук Беларуси.* — 2016. — Т. 60, № 6. — С. 103–110.

УДК 616.36-004-092.9:[546.214+602.9]

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОЗОНОТЕРАПИЕЙ В КОМБИНАЦИИ С МЕЗЕНХИМАЛЬНЫМИ СТВОЛОВЫМИ КЛЕТКАМИ

Головач В. М., Козак Д. Н., Романюк А. А.

Научный руководитель: ассистент Б. Б. Осипов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В Республике Беларусь 1,5 тыс. человек ежегодно заболевают циррозом печени, смертность от цирроза печени составляет около 35 случаев на 100 тыс. населения [1].

Цель

Оценка эффективности лечения экспериментального цирроза печени путем трансплантации мезенхимальных стволовых клеток в качестве монотерапии, а также в комбинации с озонотерапией.

Материал и методы исследования

Экспериментальные исследования проводились на самцах белых крыс линии Вистар (n = 45) в соответствии с утвержденными нормативными документами и международными этическими правилами работы с лабораторными животными. Для развития цирроза печени у крыс использовали предложенную токсико-алиментарную модель цирроза печени. Суть модели заключается во введении крысам в течение 8 недель внутривентриально 50 % рас-