

Из представленных данных следует, что число выполненных ТЭ в младшем школьном возрасте достоверно превышает число таковых в дошкольном и старшем школьном возрасте.

**Выводы**

1. За 6-летний период (с 2012 по 2017 гг.) отмечается рост общего количества операций и выполненных ТЭ в оториноларингологических отделениях для детей относительно начального (2012) года исследования как в УЗ «МОДКБ», так и в УЗ «3-я ГДКБ г. Минска». В 2017 г. впервые отмечается уменьшение доли выполненных ТЭ относительно общего количества операций в обоих исследуемых регионах: в г. Минске — до 6,4 % (в 2016 г. — 7 %), в Минской области до 5,8 % (в 2016 г. — 9,6 %).

2. В г. Минске на протяжении всего исследуемого периода ТЭ чаще выполнялась мальчикам: 57 %. В Минской области в целом выполнено ТЭ за 6 лет больше девочкам: 52 % (305 из 584).

3. Число выполненных ТЭ в младшем школьном возрасте достоверно превышает число таковых в дошкольном и старшем школьном возрасте в обоих исследуемых регионах.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Данилов, Л. А. Иммунологическая характеристика детей с хроническим тонзиллитом / Л. А. Данилов // Оториноларингология. Восточная Европа. — 2013. — № 3. — С. 51–56.
2. Белов, В. А. Распространенность хронического тонзиллита у детей по данным Всероссийской диспансеризации / В. А. Белов, Я. В. Воропаева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2012. — № 1. — С. 85–89.
3. Затолока, П. А. Распространенность патологии ЛОР-органов у студентов Белорусского государственного медицинского университета / П. А. Затолока // Военная медицина. — 2009. — № 3. — С. 57–60.

**УДК 616.212-089.844**

**ПАЦИЕНТ ВЫБИРАЕТ МАТЕРИАЛ  
ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ КАРКАСНЫХ СТРУКТУР НАРУЖНОГО НОСА**

*Иванова Е. С.*

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

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

**Введение**

Устранение приобретенных дефектов наружного носа (НН) представляет собой сложную проблему современной реконструктивной хирургии [1]. Это связано с исключительной косметической значимостью и сложностью строения этой части тела. НН состоит из трех слоев тканей. Современная концепция реконструкции НН предполагает необходимость замещения каждого из утраченных слоев ткани [1–3]. Формирование каркасных структур (КС) НН обычно осуществляется хрящевыми аутографтами из ребра, ушной раковины, перегородки носа; реже используют материал искусственного происхождения или хрящ от трупных доноров [1–3]. Каждый из материалов имеет свои достоинства и недостатки, показания и противопоказания к применению в конкретной клинической ситуации. Выбор способа реконструкции осуществляется в первую очередь с учетом медицинских критериев. В то же время, нередко пациент высказывает свои предпочтения или негативное отношение к тому или иному материалу [3, 4]. Законодательство Республики Беларусь требует ознакомить пациента с диагнозом, способах лечения и их возможных последствиях. Окончательное решение о выборе принимает пациент после получения адекватной информации в доступной форме, а врач как

бы «представляет» достоинства и недостатки имеющихся вариантов. Исследование предпочтений пациентов при выборе пластического материала (ПМ) для реконструкции КС НН позволяет принять конструктивное решение о лечебной тактике [4].

***Цель***

Изучить позицию пациентов о выборе ПМ для реконструкции КС НН.

***Материал и методы исследования***

Выполнен опрос 32 пациентов с приобретенными дефектами НН, которым проводилось лечение в 2017–2019 гг. В их числе — 13 мужчин, 19 женщин, средний возраст 62,7 лет. Этиология дефектов: удаление опухоли кожи — 28, осложнения лечения рака кожи — 2, травматическое повреждение — 2. Опрос проводился при поступлении пациента в стационар для лечения. Пациенту надо было сделать выбор из имеющихся вариантов, не учитывая имеющиеся медицинские аргументы. Предлагаемый материал: хрящ ушной раковины, хрящ носовой перегородки, реберный хрящ, хрящевой материал от трупного донора, искусственный материал. Необходимо было ранжировать варианты от наиболее до наименее приемлемого. Если пациент высказывал определенные предпочтения, ему предлагали аргументировать выбор. Учитывали частоту пассивной и активной позиции при выборе. Исследовали влияние пола и возраста пациента на выбор активной и пассивной позиции при решении вопроса о ПМ. Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета программ «Statistica» 8.0. Параметры, соответствующие нормальному распределению, представлены в виде среднего значения со стандартным отклонением ( $M \pm SD$ ). Сравнение непараметрических показателей выполнено с помощью точного двустороннего критерия  $\chi^2$  Фишера. Сравнение параметрических показателей выполнено с помощью критерия Манна Уитни для двух независимых групп. Критерий статистической значимости различия  $p < 0,05$ .

***Результаты исследования и их обсуждение***

Все респонденты заявили о доступности полученной от исследователя информации о ПМ для реконструкции КС НН. Изначально пассивную позицию (оставить выбор материала лечащему врачу) заняли 14 (43,8 %) пациентов. В том числе 2 (6,3 %) человека высказывали безразличие к проблеме. Конкретные уточняющие вопросы после характеристики основных вариантов реконструкции были заданы 7 (21,9 %) пациентами. Они все касались вопросов безопасности искусственных и донорских материалов. Половое распределение среди «пассивных» респондентов: 4 мужчины, 10 женщин. Можно отметить меньшую пропорцию мужчин в этой группе по сравнению со всем коллективом. Средний возраст «пассивных» респондентов составил  $63 \pm 12$  лет, что соответствует показателю всего коллектива. Активная позиция в выборе ПМ была проявлена большинством респондентов — 18 (56,3 %) человек. Можно отметить более значительную долю мужчин в этой группе (9:9) по сравнению со всем коллективом пациентов. Средний возраст «активных» респондентов составил  $62 \pm 12$  лет. Статистически значимого различия в возрасте и половом распределении между группами не выявлено,  $p = 0,759$  и  $p = 0,289$ , соответственно.

При выборе ПМ для КС получены следующие результаты. Собственный хрящ предпочли 16 (50 %) пациентов, аллогенный хрящ — 14 (43,8 %), искусственный материал — 2 (6,3 %). Не отмечено статистически значимого различия между избравшими аллохрящ и аутохрящ,  $p = 0,621$ . Доля избравших искусственный материал статистически значимо меньше, чем избравших аутохрящ и аллохрящ,  $p = 0,010$  для каждой пары сравнения. Отказ от аллохряща обосновали предубеждением в отношении «чужой» ткани, «энергетикой» и подобными аргументами 5 респондентов — почти треть от тех, кто предпочел этот вариант. Это свидетельствует о значительной, но не преобладающей, доле пациентов, которые негативно мотивированы в отношении донорского мате-

риала вне связи с объективными характеристиками. Остальные приверженцы аутологичного материала полагали, что собственный хрящ лучше приживается и не лизируется со временем. Когда им задавали вопрос в форме: «Будете ли Вы согласны на использование хряща от трупного донора, если отсутствует разница в заживлении и стабильности аутологичного и аллогенного хряща в структуре носа?», респонденты соглашались на использование донорского материала.

Предпочтение донорских зон для получения аутохряща распределилось следующим образом: ребро — 21 (65,6 %) пациентов, аурикула — 7 (21,9 %), носовая перегородка — 4 (12,5 %). Доля пациентов, которые предпочли ребро в качестве донорского материала, статистически значимо больше, чем избравших аурикулу,  $p = 0,001$ , и хрящ носовой перегородки  $p = 0,001$ . Не отмечено статистически значимого различия между избравшими аурикулярный хрящ и хрящ носовой перегородки,  $p = 0,328$ . Все респонденты обосновали свой выбор степенью ущерба для косметически значимых анатомических единиц.

#### **Выводы**

Число пациентов с активной и пассивной позицией при выборе ПМ разделилось примерно поровну (56,3 и 43,8 % соответственно). Не отмечено статистически значимого различия в возрасте и половом распределении респондентов этих групп. Аутологичный хрящ предпочли 50 % респондентов, аллогенный — 43,8 %, искусственный материал — 6,3 %. Статистически значимое различие среди избравших аутохрящ и аллохрящ отсутствует. Пациенты чаще предпочитали в качестве аутологичного донорского материала реберный хрящ, чем аурикулярный или септальный, различие статистически значимое.

#### **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. The role of cartilage and bone allografts in nasal reconstruction / A. Grosu-Bularda [et al.] // *Romanian Journal of Rhinology.* — 2016. — Vol. 6, № 22. — P. 75–82.
3. *Kline, R. M.* Aesthetic reconstruction of the nose following skin cancer / R. M. Kline // *Clin. Plast. Surg.* — 2004. — № 31. — P. 93–111.
4. *Иванов, С. А.* Выбор способа лечения рака кожи: позиция пациента / С. А. Иванов, Н. М. Тризна, Д. В. Угольник // *Проблемы здоровья и экологии.* — 2009. — № 4 (22). — С. 51–53.

**УДК 616.321-002.828:616.2-053.2**

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОСОБОВ ДИАГНОСТИКИ ОРОФАРИНГОМИКОЗА У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

*Межейникова М. О., Абель И. С., Гуцева Ю. Н.*

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Проблема орофарингомикоза на фоне патологии дыхательных путей среди детей в настоящее время весьма актуальна, интересна и значима как в научном, так и клиническом, социальном аспектах. Среди всех микотических поражений организма человека на втором месте после ониомикоза стоит кандидамикоз слизистых оболочек, до 40 % случаев которого, в свою очередь, составляет орофарингеальный микоз [1]. В то же время, патология органов дыхания является ведущей в структуре заболеваний детского возраста на сегодняшний день. Среди приоритетных направлений пульмонологии ведущая роль отводится рецидивирующей бронхолегочной патологии, как наиболее сложной в