

В большинстве случаев методом первичного лечения РКН I стадии были избраны лазерная вапоризация или электрокоагуляция — 378 (40,9 %), далее — хирургический (286, 30,9 %), лучевой (100, 10,8 %). Активное использование парахирургических способов свидетельствует о высокой доле поверхностных новообразований размером менее 1 см. Кроме того, может сказываться значительное число заболевших пожилого возраста и проживающих вне областного центра, которые не готовы к лечению в стационаре. Высокая доля хирургических вмешательств в структуре методов лечения является традиционной для Гомельской области ввиду наличия специализированного отделения хирургии опухолей головы и шеи. Обращает на себя внимание значительное количество операций с пластическим закрытием дефекта даже после иссечения опухолей I стадии — 81 из 286, 28,3 %. Общее число рецидивов в течение 3 лет после лечения в нашем материале составило 41 (5,4 % от пациентов, которым проводилось лечение). Анализ частоты рецидивов не показал статистически значимого различия для сравниваемых методов лечения,  $p > 0,05$  во всех парах сравнения. Средний срок рецидива также не имел статистически значимого различия при попарном сравнении разных методов лечения,  $p > 0,05$  во всех парах сравнения.

#### **Выводы**

Наружный нос является самой частой локализацией рака кожи в Гомельской области. Более 98 % опухолей выявляют в I–II стадии. Методы локального лечения позволяют добиться сопоставимых результатов контроля опухоли при правильном определении показаний к каждому из них.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007–2016) / А. Е. Океанов [и др.]. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2017. — 286 с.
2. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований: сб. науч. ст. / Минск: РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова; под ред.: О. Г. Суконко [и др.]; Вып. 2, профессиональные издания. — Минск, 2012. — 506 с.
3. Madan, V. Non-melanoma skin cancer / V. Madan, J. T. Lear, R. M. Szeimies // Lancet. — 2010. — Vol. 375. — P. 673–685.
4. Strom, T. J. Management of BCC and SCC of the head and neck / T. J. Strom, J. J. Caudell, L. B. Harrison // Cancer Control. — 2016. — Vol. 23, № 3. — P. 220–227.

**УДК 618.211-085.843**

### **РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ КРЫЛА НОСА МОДИФИЦИРОВАННЫМ ПАЗЛ-ЛОСКУТОМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ НАРУЖНОГО НОСА**

**Волчек В. С., Бондаренко С. В.**

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

**Учреждение образования**

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

#### **Введение**

Приобретенные дефекты кожи носа в Беларуси в большинстве случаев обусловлены удалением злокачественных новообразований, реже — механическими травмами [1]. Следует учитывать, что выполнение реконструкции в несколько этапов существенно снижает периоперативное качество жизни и нежелательно у пожилых пациентов. Для восстановления кожного покрова КН традиционно используют лоскуты различного дизайна из медиальной части щеки.

Довольно сложной задачей реконструктивной хирургии на данный момент времени является устранение дефектов крыла носа (КН), т. к. необходимо не только восстановить целостность наружной кожи, но и обеспечить естественный цвет и текстуру кожи, а также добиться симметрии нижней трети носа, сохранить физиологические функции носа [1, 2]. Известно, что на большей части площади данной субъединицы носа отсутствует хрящевой слой, но несмотря на это многие авторы рекомендуют выполнять так называемую «неанатомическую» трансплантацию хряща в структуру восстановленного КН, для того, чтобы придать естественную выпуклую форму и во избежание пролапсов и ретракций [4].

#### **Цель**

Исследование результатов реконструкции крыла носа модифицированным пазл-лоскутом после удаления опухоли наружного носа.

#### **Материал и методы исследования**

Проанализированы данные исследования 35 пациентов, которым выполнена реконструкция КН в связи с наличием приобретенного дефекта. Мужчины — 14, женщины — 21. Средний возраст пациентов в момент операции — 65,9 лет (минимальный — 39, максимальный — 88). Показания к выполнению реконструкции — наличие дефекта после удаления злокачественной опухоли. Изъяны во всех наблюдениях составляли более половины КН, у 4 пациентов были вовлечены части соседних структур: скат носа и мягкотканый треугольник. Дефект только наружной кожи имел место в 22 наблюдениях, сквозной дефект — в 13 наблюдениях. Все операции выполнены в одном учреждении.

Для выполнения анализа сформирована группа из 17 пациентов, которым выполнено устранение дефекта крыла носа МПЛ. Группы стратифицированы по демографическим и клиническим критериям, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение демографических характеристик и клинических параметров в группе пациентов, которым выполнено устранение дефекта крыла носа МПЛ

Показатель	Группа с НГЛ, n = 18
Половое отношение, мужчины/женщины, число наблюдений	6:11
Средний возраст, $M \pm SD$ , лет	$68 \pm 8$
Глубина дефекта, однослойный/сквозной, число наблюдений	10:7
Средний линейный размер дефекта, $M \pm SD$ , мм	$23 \pm 6$
Пациенты с факторами риска осложнений, число наблюдений	4 (23,5 %)

Сравнение частоты осложнений раннего послеоперационного периода выполнено по данным клинического наблюдения. Учитывались нагноение раны, расхождение краев раны, некроз лоскута. Для исследования косметического результата реконструкции использована 100-балльная визуальная аналоговая шкала (ВАШ) и шкала оценки рубца для исследователей и пациентов (Patient and Observer Scar Assessment Scale, POSAS). Пациенты оценивали вид рубца в области крыла носа по ВАШ и по POSAS, а также вид рубца в донорской зоне по ВАШ. Рубец в донорской зоне был дополнительно оценен по POSAS тремя экспертами, не принимавшими участия в реконструкции. Исследование рубцов выполнено через 12 и более месяцев после операции. Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета программ «Statistica» 8.0. Соответствие закону нормального распределения определяли с помощью W-критерия Shapiro-Wilk. Параметры, соответствующие нормальному распределению, представлены в виде среднего значения со стандартным отклонением. Параметры, имеющие отличное от нормального, представлены в виде медианы и интерквартильного размаха. 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**

Во всех наблюдениях удалось получить достаточную площадь донорской кожи для замещения дефектов КН. Рана на коже щеки у всех пациентов была беспрепятственно закрыта простым сведением краев или за счет мобилизации кожно-жирового слоя в дорсальном направлении.

Показатель оценки рубца в области КН по ВАШ в группе с МПЛ составил 88 баллов (82; 95), не зафиксировано оценок ниже 70 баллов и 8 оценки более 90 баллов. Исследование результатов при помощи ВАШ является в значительной мере субъективным. У пациентов, оперированных по поводу злокачественного новообразования, оценка может быть завышенной с учетом того, что полученный результат реконструкции невольно сопоставляется с видом носа с новообразованием перед операцией, а не с интактной анатомической единицей. С другой стороны, именно пациент является окончательным «потребителем качества» выполненной операции.

Показатель оценки рубца в донорском месте по ВАШ в группе с НГЛ составил 98 баллов (94; 99), в группе с МПЛ все оценки были выше 80 баллов, 13 из них — выше 90 баллов. Сопоставление результатов показало, что большинство пациентов группы с НГЛ не испытывали болевых ощущений и зуда в области рубца (все, кроме одной, оценки — 1–2 балла). Общий вид рубца оценили высшими баллами 13 пациентов группы с МПЛ. Большинство показателей находились в интервале 1–3 балла, лишь в 5 наблюдениях результат отмечен 4 баллами. Наибольшее различие отмечено в оценках консистенции, толщины и цвета рубца. Вид наружного носа после реконструкции у пациентов с МПЛ представлен на рисунке 1.



**Рисунок 1 — Вид КН, 1 год после реконструкции НГЛ и коррекции ножки лоскута, оценка КН по ВАШ — 88, оценка донорской зоны по ВАШ — 69**

#### **Выводы**

Анализ результатов реконструкции крыла носа в нашем материале свидетельствует, что при использовании модифицированного пазл-лоскута удалось получить более приемлемого вида восстановленной субъединицы и рубца в донорской зоне, меньшей нуждемости в корригирующих вмешательствах по сравнению с использованием носогубного лоскута. Модифицированный пазл-лоскут может быть методом выбора при устранении однослойных и сквозных дефектов крыла носа.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Иванов, С. А.* Особенности приобретенных дефектов наружного носа различной этиологии / С. А. Иванов // Российская оториноларингология. — 2017. — № 4 (91). — С. 66–71.
2. *Thornton, J. F.* Nasal Reconstruction: An Overview and Nuances / J. F. Thornton, J. R. Griffin, F. C. Constantine // Semin Plast Surg. — 2008. — Vol. 22. — P. 257–268.
3. *Singh, D. J.* Nasal Reconstruction: Aesthetic and Functional Considerations for Alar Defects / D. J. Singh, S. P. Bartlett // Facial Plastic Surgery. — 2003. — Vol. 19, № 1. — P. 19–27.
4. *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.

УДК 616.345 – 006 – 089.168.1 – 06 – 089.163.

**ВЛИЯНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ  
НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ  
С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ**

*Гнедько К. А.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Михайлов**

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

***Введение***

Механическая предоперационная подготовка толстой кишки представляет собой совокупность методов, цель которых — очищение кишечника от содержимого. До недавнего времени механическая подготовка кишечника (МПК) считалась стандартной процедурой и включала использование клизм или слабительных препаратов. По мнению ряда авторов, МПК играет важную роль при проведении плановых операций по поводу колоректального рака и другой патологии толстой кишки, снижает риск развития гнойно-септических осложнений и частоту развития несостоятельности толстокишечного анастомоза [1, 2, 3, 5]. Однако некоторые проведенные в последние годы исследования ставят данную точку зрения под сомнение. По данным ряда авторов, использование МПК не улучшает результатов хирургического лечения и даже увеличивает количество послеоперационных осложнений [4, 6, 7].

***Цель***

Изучить влияние механической подготовки толстой кишки на развитие послеоперационных осложнений у пациентов с колоректальным раком.

***Материал и методы исследования***

Поиск литературных источников осуществлялся с помощью поисковой системы Google Scholar, а также научной электронной библиотеки eLibrary, по ключевым словам, механическая подготовка кишечника, колоректальный рак, несостоятельность анастомоза, хирургическая раневая инфекция.

***Результаты исследования и их обсуждение***

В настоящее время к основным методам стандартной предоперационной подготовки толстой кишки относят использование очистительных клизм и слабительных препаратов, среди которых предпочтение отдают осмотическим слабительным, действующим веществом которых является раствор полиэтиленгликоля (ПЭГ) [1, 2, 4, 5, 6]. В большинстве исследований МПК включала использование раствора ПЭГ (2–4 л), а также фосфатную либо глицериновую клизму (120 мл — 1 л) [1, 2, 4–7]. Остальные авторы использовали для МПК только раствор ПЭГ [7], или очистительную клизму [6], или сочетали МПК с пероральными антибиотиками [3, 2]. В одном из исследований, помимо