

торых ХЛТ не применялась, — 12 (5; 17) мес. Медиана выживаемости без прогрессирования для всех пациентов составила 5 (2; 8) мес., для пациентов, получавших ХЛТ — 7 (5; 13) мес., для пациентов, в лечении которых ХЛТ не применялась, — 4 (1; 7) мес.

По критерию ответа опухоли на ХТ наблюдалась следующая картина: прогрессирование на фоне проводимого лечения было выявлено у 5 (11,3 %) пациентов, стабилизация — у 26 (59,1 %) пациентов, положительная динамика — у 13 (29,6 %) пациентов. При отсутствии ответа опухоли на ХТ все пациенты умерли в течение 8 месяцев, при стабилизации — в течение 20 месяцев. Среди пациентов, у которых была зафиксирована положительная динамика, 3 пациента пережили 3-летний рубеж (28,8 % ± 13,8 %), 2 пациента — 5-летний рубеж (28,8 ± 13,8 %).

Медиана общей выживаемости при прогрессировании опухолевого процесса составила 1 (1; 5) месяцев, при стабилизации — 10,5 (7; 13) мес., при положительной динамике — 21 (17; 37) мес. Медиана без рецидивной выживаемости при стабилизации опухолевого процесса составила 4,5 (2; 7) мес., при положительной динамике — 8 (5; 11) мес.

ЛИТЕРАТУРА

1. American Cancer Society [Electronic resource]. — Mode of access: <https://cancerstatisticscenter.cancer.org/#!/cancer-site/Pancreas>. Date of access: 08.03.2022.

2. Одноэтапные операции при раке головки поджелудочной железы, осложненном механической желтухой / И. В. Михайлов [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. 2019. № 61 (3). С. 33–38.

3. Japan Pancreatic Cancer Registry; 30th year anniversary: Japan Pancreas Society / S. Egawa [et al.] // Pancreas. 2012. Vol. 41, Iss. 7. P. 985–992.

3. Global Cancer Observatory [Electronic resource]. — Mode of access: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/112-belarus-fact-sheets>. Date of access: 08.03.2022.

УДК 616.211-089.844-035.7

НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ НОСА: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И СВЯЗИ С ПАРАМЕТРАМИ ДЕФЕКТА

Евдокимова А. В., Жижкевич А. Е.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Доля рака кожи (РК) составляет 16–20 % от всех злокачественных новообразований в популяции. Из всех карцином кожи до 20 % локализуется на носу. Нос имеет сложное анатомическое строение, что обуславливает технические трудности, с которыми сталкиваются хирурги во время проведения резекции тканей носа и их замещения [1].

Отношение смертности и заболеваемости при РК составляет не более 0,02. Это определяет высокие требования к качеству жизни пациентов после проведенного лечения. Косметические дефекты и стойкое нарушение функции носа неизбежно становятся сложной проблемой независимо от пола и возраста пациента [2].

Основными методами лечения РК на носу — хирургический и лучевой. Неудовлетворительный результат (НУР) реконструкций может быть связан с внешним видом и (или) функцией носа [3].

Ринопластика является актуальной проблемой вмешательств после удаления РК. Цель реконструкции — восстановление внешнего вида носа и обеспечение естественной функции. Для этого используют лоскуты из кожных покровов ли-

ца, кожные трансплантаты, а также хрящевые graftы для формирования каркасных структур [4].

Риск неудовлетворительного исхода реконструкции увеличивается у пациентов с нарушениями микроциркуляции, длительным стажем курения, проведенной ранее лучевой терапией [5].

Цель

Проанализировать частоту и структуру НУР реконструкции наружного носа после удаления карциномы кожи.

Материал и методы исследования

Проведён ретроспективный анализ медицинских карт 74 пациентов, которым было выполнено удаление РК носа с одномоментной реконструкцией. Операции выполнены в 2013–2021 гг. Средний возраст пациентов составил 62 ± 12 лет, группа включает 36 (48,7 %) женщин и 38 (51,4 %) мужчин. Косметический и функциональный результат оценивали по 10-балльной визуальной аналоговой шкале через 6 и более месяцев после реконструкции. Оценки 6 баллов и менее определяли, как выраженное нарушение, оценки 7–8 баллов — как умеренное нарушение. Анализировали частоту неудовлетворительных косметических результатов и функциональных результатов, распределение НУР по показателям внешнего вида и дыхания, их частоту при дефектах различной локализации, размера и глубины, у пациентов с наличием и отсутствием факторов риска. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи программы «Microsoft Excel». При сравнении использовался точный двусторонний критерий Фишера. Статистический уровень значимости различий $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Общее число пациентов с НУР составило 40 (54,1 %), в том числе умеренное нарушение внешнего вида имели 37 (71,2 %), выраженное нарушение внешнего вида — 6 (11,5 %), умеренное нарушение дыхания — 7 (13,5 %), выраженное нарушение дыхания — 2 (3,8 %). Распределение вариантов НУР и их выраженность представлена на рисунке 1.



Рисунок 1 — Неудовлетворительные результаты после проведенной реконструкции

Среди всех НУР, чаще всего встречались асимметрия, она связана с высокой долей боковых дефектов и сложностью рельефа боковых субъединиц крыла носа. Выпуклость и нарушение дыхания можно объяснить избыточной толщиной кожных лоскутов. Реже встречаются вторичные дефекты, который образуются при некрозе лоскута из-за недостаточного кровоснабжения, западение носа и нарушение рельефа.

Для устранения дефекта были использованы следующие способы: лоскут из кожи лба — 45 (60,8 %), лоскут из кожи носа — 17 (23 %), лоскут из щеки — 12 (16,2 %). Трансплантация хрящевого graftа выполнена 43 пациентам. Факторы

риска зарегистрированы у 34 (45,95 %) пациентов. Осложнения послеоперационного периода зарегистрированы у 9 (12,16 %) пациентов.

Распределение НУР в зависимости от способа реконструкции представлено на рисунке 2.

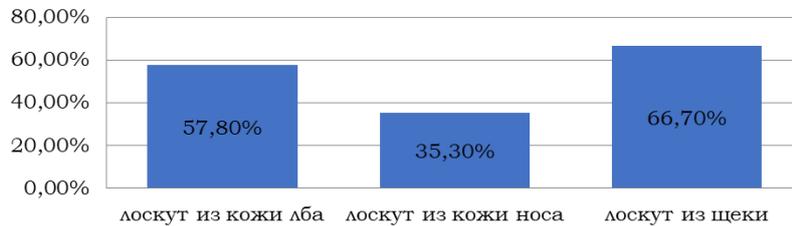


Рисунок 2 — Неудовлетворительные результаты в зависимости от способа реконструкции

Из всех представленных способов реконструкции частота НУР при использовании лоскута из кожи лба составила 57,8 %, при применении лоскута из кожи носа — 35,3 %, из щеки — 66,7 %. Это можно объяснить различным размером и глубиной дефекта, а также различным типом кровоснабжения в лоскуте. Использование лоскута из кожи лба практически всегда является сложной двухэтапной операцией, но в свою очередь кровоснабжение значительно лучше, чем лоскута из щеки.

Наличие НУР у пациентов, имеющих боковые дефекты отмечалось у 20 (62,5 %) пациентов. Дефекты срединной части носа наблюдались у 9 (37,5 %). При сравнении по критерию Фишера различия значимы ($p = 0,0253$).

Количество НУР после реконструкции дефектов малых размеров отмечалось у 23 (47,9 %) пациентов, больших дефектов — 15 (57,7 %) человек. Сравнения по критерию Фишера показали, что различия не значимы ($p = 0,1406$).

НУР при поражении дистальных частей носа зарегистрированы у 31 (49,2 %), проксимальные части — 9 (81,8 %), различия значимы ($p = 0,0301$).

Из анализируемых 34 пациентов, у которых отсутствовали факторы риска доля НУР зарегистрированы у 21 (61,8 %). При сравнении по критерию Фишера различия не значимы ($p = 0,127$).

Число пациентов с НУР составило 40 (54,1 %). НУР, связанные с умеренными нарушениями внешнего вида, наблюдались у 37 (92,5 %) пациентов, с нарушениями функции дыхания — 7 (17,5 %). У большинства пациентов НУР носа были представлены как косметическими, так и функциональными нарушениями.

Выраженные нарушения отмечались у 8 (20 %) пациентов. Среди всех НУР встречались — асимметрия (37,5 %), вторичные дефекты (37,5 %) и нарушение дыхания (25 %).

Пациенты, имеющие боковые дефекты составили 2 человека, дефекты срединной части носа — 2, НУР носа выраженной степени при поражении дистальных частей носа зарегистрированы у 5 пациентов, проксимальных частей — 1.

Количество НУР после реконструкции дефектов малых размеров отмечалось у 2 (25 %) пациентов, больших — у 6 (75 %).

Выводы

1. Наиболее частыми причинами НУР в нашем материале были курение и лучевая терапия.

2. Частота НУР была выше при устранении дефектов проксимальной локализации по сравнению с дистальными, соответственно, 81,8 и 49,2 %, различие значимое. Частота НУР при боковых дефектах носа была выше по сравнению со срединными дефектами, соответственно, 62,5 и 37,5%. Различия которых значимы.

3. Частота НУР при устранении дефектов большого размера выше, чем при малых дефектах, соответственно, 57,7 и 47,9%, различие незначимое.

4. Частота НУР при отсутствии факторов риска выше, чем при их наличии, соответственно, 61,8 и 50 %, различие незначимое.

ЛИТЕРАТУРА

1. *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.
2. *Иванов, С. А.* Реконструкция наружного носа с использованием лобного лоскута — анализ эстетических результатов / С. А. Иванов, О. Г. Хоров // Пластическая хирургия и эстетическая медицина. 2020. № 3. С. 38–44.
3. Distribution of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma by facial aesthetic unit / J. H. Choi [et al.] // Arch PlastSurg. 2013. Jul. Vol. 40(4). P. 387–391.
4. Effects of carving plane, level of harvest, and oppositional suturing techniques on costal cartilage warping / J. P. Farkas [et al.] // PlastReconstrSurg. 2013. Aug. Vol. 132(2). P. 319–325.
5. *Moolenburgh, S. E.* Psychological, Functional and Aesthetic Outcome after Nasal Reconstruction / S. E. Moolenburgh // Rotterdam: IpskampDrukkers BV. 2009.

УДК 616.447-008.64-071/-078-089

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

Жандарова В. Г., Гертман В. Д.

Научные руководители: к.м.н., доцент В. В. Похожай;

к.м.н., доцент А. В. Величко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

Государственное учреждение

**«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»**

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Первичный гиперпаратиреоз — заболевание, развивающееся в результате первичного поражения паращитовидных желез (ПЩЖ) (аденома, гиперплазия, рак), обусловленное гиперпродукцией паратиреоидного гормона (ПТГ) и проявляющееся нарушением обмена кальция и фосфора, поражением костной системы и (или) внутренних органов (в первую очередь, почек и ЖКТ) [1, 2, 3].

Единственным радикальным методом лечения ПГПТ является хирургическое удаление гиперфункционирующей ткани ПЩЖ [4].

На данный момент применяются различные виды оперативных вмешательств. Широко используется классический поперечный доступ к щитовидной железе по Кохеру. Все большее внимание уделяется операциям из мини-доступа либо с использованием эндоскопических и видеоассистированных методик. При этом боковой мини-доступ считается одним из наиболее эффективных, что доказано снижает время оперативного вмешательства [5].

Применение мини-инвазивных методов является не столько косметологически выгодным (доступ около 2,5–3 см), сколько менее травматичным. Снижается интраоперационная травма тканей, а у врача появляется прямой доступ к ОЩЖ [6].

Цель

Изучить результаты хирургического лечения первичного гиперпаратиреоза.

Материал и методы исследования

Участниками исследования являлись 50 пациентов с первичным гиперпаратиреозом, находившихся на лечении в хирургическом отделении (трансплантации, эндокринной и реконструктивной хирургии) ГУ «Республиканский науч-