

Функциональный результат — 10 баллов по ВАШ. Особенность операции — выполнение реконструкции в два этапа несмотря на компрометированную микроциркуляцию, а также выполнение неанатомической трансплантации хрящевого графта. В результате удалось избежать третьего вмешательства у пациентки пожилого возраста и добиться стабильности крыла носа.

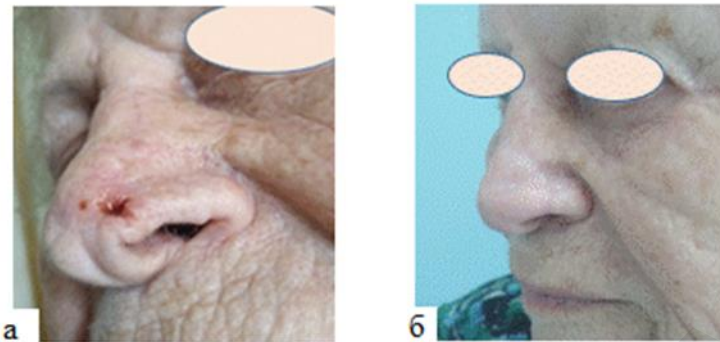


Рисунок 4 — Нос пациентки: а — до пластики; б — после пластики

### **Выводы**

Подводя итог, можно сказать, что описанные выше клинические случаи доказывают, что пластика носа парамедиальным лобным лоскутом позволяет добиться хороших результатов, как в функциональном, так и в косметическом отношении.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. The Forehead Flap for Nasal Reconstruction / Ch. M. Boyd [et al.] // Arch Dermatol. Vol 136. P. 1365–1370.
2. Байчаров, Э. Х. Реконструкция носа парамедиальным лобным лоскутом / Э. Х. Байчаров, И. А. Кунпан // Вестник экспериментальной и клинической хирургии // Воронежский государственный медицинский ун-т. им. Н. Н. Бурденко. Воронеж, 2013. № 19. С. 257–259.
3. Иванов, С. А. Реконструкция наружного носа лобным лоскутом — анализ эстетических результатов / С. А. Иванов, О. Г. Хоров // Пластическая хирургия и эстетическая медицина. М., 2020. № 3. С. 38–44.
5. Иванов, С. А. Устранение сквозных дефектов наружного носа пластическим материалом с использованием аллохряща / С. А. Иванов // Проблемы здоровья и экологии. 2016. № 2 (48). С. 99–104.

УДК 616.441-006.6

## **ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАПИЛЛЯРНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ I СТАДИИ**

**Денисенко А. В.**

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Рак щитовидной железы (РЩЖ) является наиболее распространенным злокачественным новообразованием эндокринной системы. В последнее время заболеваемость растет быстрее по сравнению с другими злокачественными новообразованиями [1]. Папиллярная аденокарцинома является наиболее частым гистологическим типом и составляет 60–70 % всех РЩЖ. Для этой опухоли типично лимфогенное метастазирование, которое мало зависит от размеров первичной опухоли [2].

У больных с РЩЖ нередко развиваются первично-множественные злокачественные опухоли (ПМЗО). [3] Чаще всего РЩЖ развивается со злокачествен-

ными новообразованиями молочной железы, кожи, легкого, толстой кишки и эндометрия [4]. Исходя из этого исследование частоты ПМЗО у пациентов с РЦЖ представляет интерес, что позволит планировать необходимый объем исследования у этих пациентов для своевременного выявления второй опухоли.

### **Цель**

Анализ данных пациентов Гомеля и Гомельской области с ПМЗО, одним из которых является папиллярный РЦЖ I стадии.

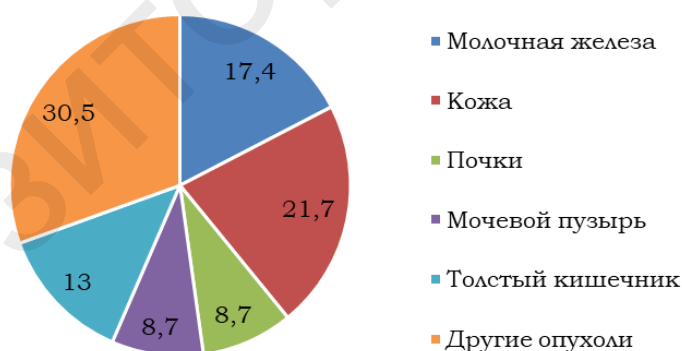
### **Материал и методы исследования**

Были рассмотрены случаи развития ПМЗО у пациентов Гомеля и Гомельской области, которым диагностировали РЦЖ I стадии в 2011–2013 гг. При анализе были исследованы следующие параметры: возраст пациентов, у которых развились ПМЗО, половая принадлежность, частота встречаемости отдельных опухолей, их локализация и время возникновения, смертность. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения «Microsoft Excel».

### **Результаты исследования и их обсуждение**

На протяжении 2011–2013 гг. диагноз РЦЖ I стадии был установлен 368 жителям г. Гомеля и Гомельской области. Число пациентов мужского пола — 54 (14,7 %), женского пола — 314 (85,3 %). Отношение мужчин и женщин 1:6. Средний возраст пациентов — 43,5 лет (медиана 43 (42; 45)). Второй рак возникает в среднем в 53,2 года, а третий — 65,2 года. Общее число вторичных опухолей пациентов со вторичной опухолью — 23 (6,3 %), у 4 (1,1 %) пациентов было три ПМЗО.

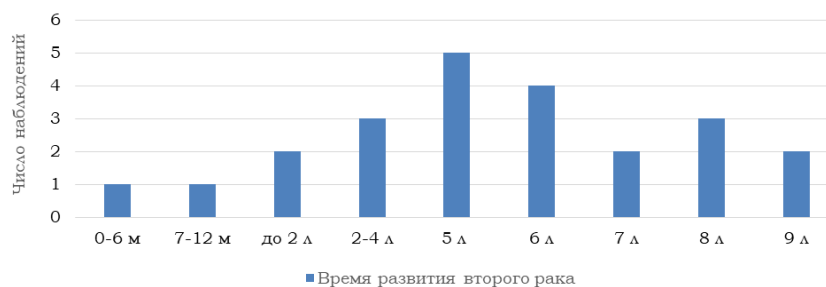
Установлено, что вторая опухоль после РЦЖ развивалась в: молочной железе — 4 (17,4 %), коже — 5 (21,7 %), толстой кишке — 3 (13 %), мочевом пузыре — 2 (8,7 %), почках — 2 (8,7 %) и других органах (рисунок 1), а третья — кожа — 2 (50 %), поджелудочная железа — 1 (25 %), молочная железа — 25 %). Все пациенты с ПМЗО были женщинами. При раке молочной железы средний возраст составил 52,8 лет; кожи — 50,2 года; почки — 54,5 лет; толстого кишечника — 54,3 года; мочевого пузыря — 66 лет.



**Рисунок 1 — Наиболее часто встречающиеся вторичные опухоли**

Время развития второго рака колеблется от 4 месяцев до 9 лет (рисунок 2). У пациентов с РЦЖ второй рак развивается в среднем: молочной железы — через 6 лет, кожи — через 4 года, мочевого пузыря — через 5,5 лет, колоректальный рак — через 6,5 лет, почек — через 5 лет, а третий: кожи — через 6 лет, молочной железы — через 3 года, поджелудочной железы — через 7 лет.

Из всего списка пациентов от РЦЖ I стадии смертей выявлено не было. Всего умерло 2 пациента: от второго рака — рака желудка, спустя 7 лет после диагностирования РЦЖ I стадии, от третьего рака — поджелудочной железы, спустя 3 года.



**Рисунок 2 — Время развития второго рака**

### **Выводы**

1. Частота развития ПМЗО у пациентов с папиллярным РЩЖ I стадии составила 6,3 % — второй рак; 1,1 % — третий рак.
2. Все ПМЗО развились у пациентов женского пола.
3. Наиболее частые вторичные опухоли: рак кожи (21,7 %), рак молочной железы (17,4 %), колоректальный рак (13 %).
4. Среднее время от установления РЩЖ до развития второго рака составило 5,5 лет.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Cabanillas, M. E. Thyroid cancer / M. E. Cabanillas, D. G. McFadden, C. Durante // Lanced. 2016. Vol. 388. P. 2783.
2. Валдина, Е. А. Заболевания щитовидной железы: рук-во / Е. А. Валдина. 3-е изд. СПб.: Питер, 2006. 368 с.
3. Вторые опухоли: частота развития, особенности биологии, прогноз / А. В. Островская [и др.] // Современная онкология. 2002. Т. 4, № 2. С. 48–50.
4. Second primary cancer in thyroid cancer patients: a multinational record linkage study / T. C. Sandeep [et al.] // Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 2006. Vol. 233. P. 1819.

**УДК 618.146-084:316.774]-057.875**

## **ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ 1 И 5 КУРСА О ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

**Дешкович Е. В.**

**Научный руководитель: д.м.н., профессор В. Н. Беляковский**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Рак шейки матки (РШМ) — широко распространенное во всем мире заболевание, которое, согласно последним данным, занимает 3-е место среди всех злокачественных новообразований, поражающих женщин репродуктивного возраста [1].

Установлено, что необходимое условие для возникновения предраковых изменений в шейке матки — это наличие определенных штаммов вирусов папилломы человека (ВПЧ), последующая интеграция которых может привести к развитию рака. Приблизительно от 9 до 15 % населения всего мира (около 630 млн человек) — носители ВПЧ-инфекции, причем оценка степени инфицирования варьирует в зависимости от географического положения [2].

К настоящему времени идентифицировано более 100 штаммов ВПЧ, из которых 30–40 типов могут быть отнесены к категории аногенитальных. Из них 15–20 типов характеризуются высоким онкогенным риском [9, 10]. Это 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52 и 59-й типы [2]. Среди больных РШМ наиболее распространены ВПЧ 16-го (54 %) и 18-го (13 %) типов [3].