

Выводы

Исходя из данных регистра по раку желудка в Республике Беларусь, удельный вес РЖ в структуре онкологических заболеваний снизился на 30,13 % и составил в 2019 г. среди всего населения 13,1 %, для мужчин — 7 %, для женщин — 5,1 %.

Удельный вес пациентов с I и II стадиями рака желудка за период с 2014 по 2019 гг. снизился на 10 %, пациентов с III стадией — на 7,6 %. Удельный вес пациентов с IV стадией рака желудка снизился на 3,8 % за период с 2010 по 2014 гг.

В сравнении с 2010 г., в 2019 г. показатель жизни менее года с момента установления диагноза из числа заболевших в предыдущем году снизился на 9,4 %.

Пятилетняя скорректированная выживаемость у пациентов с I и II стадиями рака желудка увеличилась на 27,8 %, у пациентов с III стадией — на 9,2 %. У пациентов с IV стадией пятилетняя скорректированная выживаемость уменьшилась на 3,8 %. Пятилетняя скорректированная выживаемость (все стадии) увеличилась на 20,7 %.

Проанализировав все данные, можно утверждать, что заболеваемость раком желудка уменьшилась в период с 2010 по 2019 гг. Количество пациентов, получающих специальное лечение по радикальной программе, выросло, и при этом отказ от лечения снизился. Так же стоит отметить, что пятилетняя скорректированная выживаемость пациентов с I, II и III стадиями рака желудка увеличилась, в то время как пятилетняя скорректированная выживаемость пациентов с IV стадией — уменьшилась.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирная организация здравоохранения: [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
2. География раковых заболеваний [Электронный ресурс] // МЕДПортал. URL: <https://medportal.ru/enc/oncology/reading/3/>.
3. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007–2016): аналитический обзор по данным Белорусского канцер-регистра / А. Е. Океанов [и др.]. Минск: РНПЦ ОМР, 2017. 286 с.

УДК 616.21-089.844

ВАРИАНТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛОБНОГО ЛОСКУТА ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ НОСА: ОБЗОР КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Дашкевич В. Д., Свидрицкая К. А., Богомаз С. Н., Лазарева Н. Ф.

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

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

Введение

Лечение приобретенных дефектов наружного носа представляет собой одну из самых сложных проблем. Они образуются при удалении опухолей, травмах и некоторых других заболеваниях (ринофима, склерома, лепра и др.). В настоящее время для данной цели широко применяется пластика лобным лоскутом (ΛΛ) [3].

Пластика носа кожным лоскутом может выполняться в два или три этапа. Для пластики используется парамедианный лобный лоскут. На первом этапе дефект очищается от нежизнеспособной ткани, края очищаются и расширяются. Затем выкраивают лоскут на лбу в субфасциальной плоскости. Далее лоскут переносится в область дефекта, формируются внутренняя выстилка и каркасные структуры. Второй этап выполняется через 3 недели. В ходе этого этапа пересекается питающая ножка. Между первым и вторым этапом возможно выполнение промежуточного этапа пластики, целью которого является истончение кожного лоскута и моделирование рельефа наружного носа [1–5].

К преимуществам данного метода можно отнести наличие осевого кровотока, внешнее сходство кожи лба и носа, достаточный запас площади кожи. Осевой кровоток позволяет полностью удалять подкожную клетчатку и перегибать лоскут, чтобы восстановить часть утраченной внутренней выстилки. ЛЛ может быть успешно использован у пациентов с повышенным риском ишемических осложнений [3].

Цель

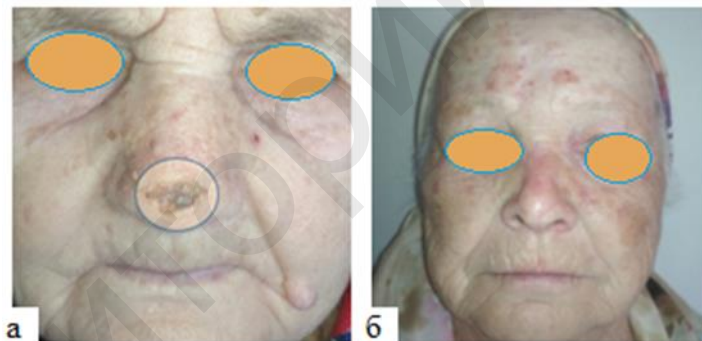
Провести анализ клинических случаев применения пластики наружного носа лобным лоскутом.

Материал и методы исследования

В ходе выполнения работы были проанализированы истории болезни 4 пациентов, которым была выполнена пластика наружного носа лобным лоскутом в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере.

Результаты исследования и их обсуждение

Случай 1. Пациентка 60 лет, без факторов риска, карцинома кожи кончика носа T1N0M0. После резекции образовался дефект кожи кончика носа 2 см (рисунок 1а). Выполнено устранение дефекта парамедианным лобным лоскутом в два этапа. Второй этап выполнен через 20 сут (рисунок 1б). Осложнений не было. Косметический результат 10 баллов по 10-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Функциональный результат — 10 баллов по ВАШ. Особенность операции — пациентка имела дефект только кончика носа. Для предотвращения поперечного рубца в средней части носа между кончиком и спинкой дополнительно удалена кожа спинки носа. В результате удалось достичь визуального единства срединных структур носа.



**Рисунок 1 — Состояние наружного носа пациентки:
а — до выполнения пластики; б — после выполнения пластики**

Случай 2. Пациентка 40 лет, без факторов риска, укушенная рана с образованием сквозного дефекта кончика и крыла носа. После резекции рубца образовался сквозной дефект кончика и крыла носа 4×3 см (рисунок 2а). Выполнено устранение дефекта парамедианным лобным лоскутом в три этапа. Для восстановления каркаса использован аллогенный хрящевой графт от трупного донора. Второй этап выполнен через 22 дня, третий этап — через 18 дней. Осложнений не было. Косметический результат 10 баллов по 10-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Функциональный результат — 9 баллов по ВАШ (затруднена гигиена носовой полости из-за сужения носового отверстия) (рисунок 2б). Особенность операции — трехэтапная реконструкция из-за исключительной мотивации пациентки к косметическому результату. На втором этапе было выполнено истончение лобного лоскута, но сохранена питающая ножка. На третьем этапе пересекли ножку и сформировали рельеф нижней трети носа, в частности — надкрыльное углубление и носощечную борозду. В результате удалось достичь визуального единства срединных структур носа.

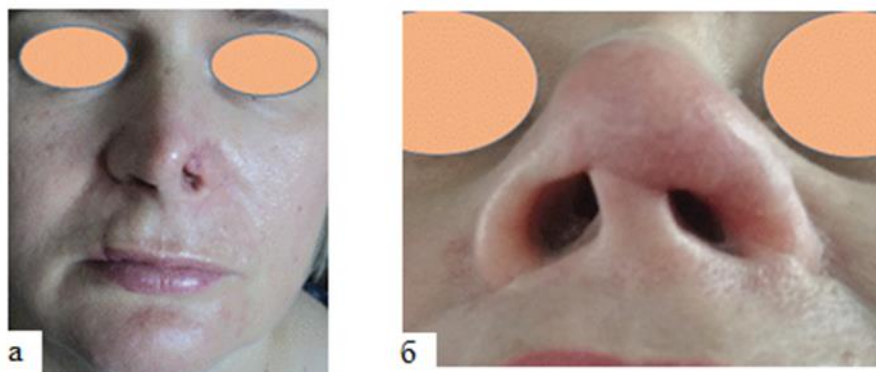


Рисунок 2 — Состояние наружного носа пациентки:
а — до выполнения пластики; б — после выполнения пластики

Случай 3. Мужчина, 57 лет. Поздняя постлучевая язва через 12 лет после близкофокусной терапии рака кожи спинки носа. После резекции патологических тканей образовался сквозной дефект спинки и ската носа 3×3,5 см (рисунок 3а). Выполнено устранение дефекта парамедианным лобным лоскутом в два этапа. Для восстановления каркаса использован аллогенный хрящевой графт от трупного донора. Внутренняя выстилка восстановлена фасциальным слоем лобного лоскута. Второй этап выполнен через 25 сут. Осложнений не было. Косметический результат 8 баллов по ВАШ (избыточное выпячивание кожной площадки лоскута). Функциональный результат — 10 баллов по ВАШ. Особенность операции — отказ от использования слизистого лоскута для восстановления внутренней выстилки дефекта из-за проведенного ранее облучения. Хрящевой графт был помещен в туннель между кожей и фасцией лоскута. В результате удалось избежать дополнительной травмы и восстановить внутреннюю выстилку.



Рисунок 3 — Состояние носа пациента:
а — до выполнения операции; б — после операции

Случай 4. Женщина, 81 год. Рецидив рака кожи кончика носа после хирургического и лучевого лечения. Сахарный диабет 2 типа, субкомпенсация. После резекции патологических тканей образовался дефект крыла и кончика носа 4×3,5 см с включением свободного края ноздри (рисунок 4а). Выполнено устранение дефекта парамедианным лобным лоскутом в два этапа. Для обеспечения стабильности носового клапана использован аллогенный хрящевой графт от трупного донора. Внутренняя выстилка восстановлена складыванием концевой части лобного лоскута. Второй этап выполнен через 23 дня. Для оценки ретроградного кровотока в лобном лоскуте выполнено сонографическое исследование лоскута в условиях компрессии. С учетом достаточного ретроградного кровотока принято решение о возможности пересечения ножки на втором этапе (рисунок 4б). Осложнений не было. Косметический результат 10 баллов по ВАШ.

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.

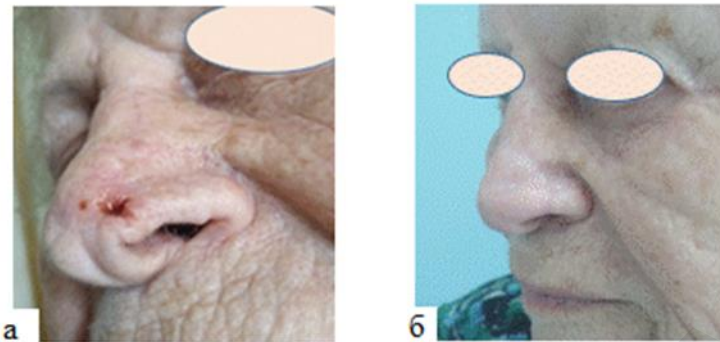


Рисунок 4 — Нос пациентки: а — до пластики; б — после пластики

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-