

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007–2016) / А. Е. Океанов [и др.]. М.: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2017. 286 с.
2. Колядич, Ж. В. Динамика заболеваемости раком гортани в Республике Беларусь в 2000–2019 гг. / Ж. В. Колядич // Оториноларингология. 2019. С. 245–257.
3. Иванов, С. А. Злокачественные опухоли ЛОР-органов в Гомельской области: характеристика контингента заболевших в 1998–2012 гг. / С. А. Иванов, И. Д. Шляга, Г. А. Грабарева // Проблемы здоровья и экологии. 2016. С. 85–91.
4. Одинцова, И. Н. Эпидемиология злокачественных новообразований в мире / И. Н. Одинцова, А. Ф. Писарева, А. В. Хряпенов // Сибирский онкологический журнал. 2015. № 5. С. 95–101.
5. CONCORD Working Group. Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25, 676, 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2) / C. Allemani [et al.] // The Lancet. 2015. Vol. 385 (9972). P. 977–1010.

УДК 616.307-006.6-071/-074

КЛИНИКО-ЛОБАРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРОТОКОВОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ И НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бегалиев А. Т.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак головки поджелудочной железы характеризуется поздней диагностикой и крайне неблагоприятным клиническим течением. По данным Белорусского канцер-регистра, в 2018 г. удельный вес пациентов, которым данная патология была диагностирована в IV стадии, составил около 50 %, отношение смертности к заболеваемости составило 85,3 % [1]. В связи с этим актуально изучение клинических проявлений рака головки поджелудочной железы, особенно на этапе, когда еще возможно проведение радикального хирургического лечения. Наряду с протоковой аденокарциномой, в головке поджелудочной железы иногда выявляются нейроэндокринные опухоли, частота которых значительно повысилась за последние 30–35 лет, что связано с улучшением диагностических возможностей, применением иммуногистохимических исследований и развитием методов визуализации [2]. На их долю приходится примерно 2–7 % от общего числа опухолей поджелудочной железы (ПЖ) [3, 4], а частота развития составляет менее 1 случая на 100 тыс. населения в год [4].

Цель

Изучить клинические проявления, способы диагностики и лечения резектабельных опухолей головки поджелудочной железы с учетом их гистологической формы.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 93 архивных историй болезни пациентов УЗ «ГОКОД», перенесших панкреатодуоденальную резекцию по поводу рака поджелудочной железы. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладной программы «Microsoft Excel» и «Statistica» 8.0. Использовались непараметрические методы описательной статистики, статистическую значимость различий оценивали с помощью критерия χ^2 и точного критерия Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемой группе преобладали пациенты мужского пола — 55 (59,2 %), пациентов женского пола было 38 (40,8 %). Медиана возраста мужчин составила 58 (50; 62) лет, женщин — 61 (54; 67).

В ходе проведенного анализа клинико-морфологических характеристик и результатов лабораторных исследований были выявлены следующие особенности.

Опухоль локализовалась в головке поджелудочной железы у 90 (96,8 %) пациентов, а у 3 (3,2 %) пациентов — в головке с переходом на тело поджелудочной железы. Протоковая аденокарцинома была выявлена при послеоперационном гистологическом исследовании удаленного препарата у 86 (92,4 %), нейроэндокринные опухоли — у 7 (7,6 %) пациентов.

Наиболее частым клиническим проявлением рака головки поджелудочной железы было механическая желтуха, наблюдающейся у 78 (83,9 %) пациентов. Следующим по частоте симптомом являлась боль, чаще локализующаяся в эпигастрии, она отмечается у 43 (46,2 %) пациентов. При этом болевой синдром чаще был умеренным или слабым (у 40 (93 %) пациентов из 43) и, как правило, не является поводом для обращения к врачу. Относительную редкость болевого синдрома при резектабельном раке поджелудочной железы необходимо учитывать в диагностике, так как частота данного симптома, приводимая в литературе для всех пациентов с данной патологией, без учета степени распространенности, значительно выше [5]. Еще реже наблюдались нарушения общего состояния и диспептические проявления. Анемия наблюдалась у 22 (23,6 %) пациентов. Частота клинико-лабораторных проявлений в зависимости от гистологической формы опухоли приведена в таблице. Наиболее частым проявлением протоковой аденокарциномы головки поджелудочной железы было механическая желтуха, в то время как при нейроэндокринных опухолях чаще других наблюдался болевой синдром.

Таблица 2 — Клинико-лабораторные проявления опухолей головки поджелудочной железы в зависимости от гистологической формы

Клинико-лабораторные проявления	Гистологические формы		Р
	протоковая (n = 86)	нейроэндокринная (n = 7)	
Желтуха	74 (86 %)	4 (57,1 %)	0,046
Боль	37 (43 %)	6 (85,7 %)	0,036
Кожный зуд	17 (19,7 %)	—	>0,05
Метеоризм	5 (5,8 %)	—	>0,05
Неустойчивый стул (диарея)	5 (5,8 %)	—	>0,05
Отсутствие аппетита	4 (4,6 %)	—	>0,05
Различные проявления желудочной диспепсии	11 (12,8 %)	—	>0,05
— тошнота, рвота	5 (5,8 %)	—	>0,05
— тошнота	2 (2,3 %)	—	>0,05
— изжога	4 (4,6 %)	—	>0,05
— отрыжка воздухом	2 (2,3 %)	—	>0,05
Общая слабость	23 (26,7 %)	1 (14,2 %)	>0,42
Черный кал	1 (1,1 %)	—	>0,08
Похудание	20 (23,2 %)	3 (42,8 %)	>0,05
Повышение температуры тела	1 (1,1 %)	—	>0,05
Анемия	21 (24,4 %)	1 (14,2 %)	>0,05
Бессонница	—	1 (14,2 %)	>0,05

Выводы

Наиболее частым клиническим проявлением рака головки поджелудочной железы было механическая желтуха, наблюдающейся у 83,9 % пациентов. Болевой синдром (слабой или умеренной интенсивности) наблюдался лишь у 46,2% пациентов исследуемой группы, что необходимо учитывать в диагностике. Анемия наблюдалась у 23,6% пациентов.

При анализе клинических проявлений в зависимости от гистологической формы опухоли наиболее частым симптомом протоковой аденокарциномы го-

ловки поджелудочной железы было механическая желтуха, что может быть связана с более характерным для нее инфильтративным ростом, в то время как при нейроэндокринных опухолях чаще других наблюдался болевой синдром.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцер-регистра за 2009–2018 гг. / А. Е. Океанов [и др.]; под ред. О. Г. Суконко. Минск: Национальная библиотека Беларуси, 2019. 422 с. eLIBRARY ID: 42621895
2. Neuroendocrine tumors of the pancreas: current concepts and controversies / M. D. Reid // Endocr Pathol. 2014. 25(1). P. 65–79. doi: 10.1007/s12022-013-9295-2.
3. Динамика результатов лечения резектабельного рака головки поджелудочной железы за 30-летний период / И. В. Михайлов [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. 2019. № 61(3). С. 50–55. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dinamika-rezultatov-lecheniya-rezektabelnogo-raka-golovki-podzheludochnoy-zhelezy-za-30-letniy-period> (дата обращения: 15.03.2022).
4. Делекторская, В. В. Нейроэндокринные новообразования поджелудочной железы: новые аспекты морфологической классификации (Всемирная организация здравоохранения, 2017) / В. В. Делекторская // Успехи молекулярной онкологии. 2017. Т. 4, № 3. С. 104–108. [Delek torskaya VV. Pancreatic neuroendocrine tumors: new aspects of morphological classification (World Health Organization, 2017). Uspekhi molekulyarnoy onkologii. 2017. № 4(3). P. 104–108. (In Russ.)]. doi: 10.17650/2313-805X-2017-4-3-104-108.
5. Алиева, С. Б. Рак поджелудочной железы / С. Б. Алиева, О. А. Гладков, В. Е. Загайнов; под ред. М. И. Давыдова, А. В. Петровского. 2-е изд. // Онкология. Клинические рекомендации. 2018. С. 240–260.

УДК 616.212-089.28

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКОНСТРУКЦИИ КРЫЛА НОСА МОДИФИЦИРОВАННЫМ ПАЗА-ЛОСКУТОМ И НОСОГУБНЫМ ЛОСКУТОМ

Беланова Ю. В., Иванов В. С.

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

Учреждение образования

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

Введение

Причиной возникновения обширных комбинированных (кожно-слизисто-хрящевой отдел) дефектов концевого отдела носа чаще всего являются злокачественные новообразования. При хирургическом лечении даже небольших опухолей носа, требуется реконструктивное замещение дефекта, образовавшегося после иссечения новообразования. Устранение дефектов крыла носа (КН) является сложной задачей реконструктивной хирургии [1]. Ввиду того что наружный нос имеет важное функциональное и социальное значение, при планировании реконструктивных операций особое внимание должно быть уделено не только восстановлению формы носа, но и обеспечению адекватного носового дыхания [2, 3]. Для устранения дефектов крыла носа используют лоскуты из медиальной части щеки. Наиболее востребованные способы кроя — носогубный лоскут (НГЛ) и пазл-лоскут в модификации (МПА) [4, 5]. Объективным показателем для сравнения разных способов является частота послеоперационных осложнений, косметический и функциональный результат.

Цель

Провести сравнительный анализ результатов реконструкции дефектов крыла носа МПА и НГЛ.

Материал и методы исследования

Нами были изучены исходы реконструктивных операций носа 63 пациентов за период 2013–2021 гг. Из них 22 мужчины и 41 женщина. Удаление карциномы кожи было причиной образования дефекта во всех наблюдениях. Площадь утраченных тканей составляла более половины субъединицы. У данных пациентов были использованы два альтернативных способа устранения дефекта крыла носа — МПА и НГЛ. Реконструкция МПА выполнена 32 пациентам