

УДК 616.212-089.844:616.5-006.6

**РЕКОНСТРУКЦИЯ КРЫЛА НОСА
ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КАРЦИНОМЫ КОЖИ — РАБОЧИЙ АЛГОРИТМ**

Иванов С. А.¹, Хоров О. Г.³, Богомаз С. Н.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь,

³Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Хирургический метод является одним из основных при лечении рака кожи. Дефект крыла носа после резекции, как правило, требует пластического замещения. Существуют различные способы восстановления крыла носа (КН) [1, 2]. Наиболее часто используют аурикулярные графты, лоскуты из щеки различного дизайна и лобный лоскут [2, 3]. Каждый из способов имеет свои достоинства и недостатки. Алгоритмизация выбора позволяет более надежно определить оптимальный метод для конкретного пациента [2, 3].

Цель

Разработать алгоритм устранения дефектов КН, учитывающий максимальное число актуальных факторов.

Материал и методы исследования

Исследованы результаты 87 реконструкций КН, выполненных в 2013–2021 гг. в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере. Включены пациенты с гистологически подтвержденным диагнозом рака кожи. В их числе 35 мужчин и 48 женщин в возрасте 36–87 лет. Пациенты разделены на 2 группы. Группа 1 — выбор способа реконструкции выполнен с учетом разработанного алгоритма (49 пациентов), группа 2 — выбор способа реконструкции выполнен с отклонением положений алгоритма (38 пациентов). Выполнено сравнение частоты послеоперационных осложнений (ПО), оценок косметического и функционального результата в группах. Группы стратифицированы по демографическим и клиническим критериям: возраст, пол, доля лиц с факторами риска, размер и глубина дефекта. Результаты оценивали по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Статистическая обработка данных — пакет программ «Statistica 8.0». Для сравнения использован точный двусторонний критерий Фишера и критерий Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний диаметр дефекта составил $2,3 \pm 0,9$ см. У 28 пациентов в дефект были вовлечены все слои тканей. Факторы риска (ФР) осложнений (облучение, длительный стаж курения, сахарный диабет, заболевания крови) были представлены в 26 (30 %) наблюдениях. Были использованы следующие способы реконструкции КН: полнослойный аурикулярный графт (11), носогубный лоскут (39), пазл-лоскут (28), лоскут из спинки носа (6), лобный лоскут (3) [2, 3]. Трансплантация хрящевого графта (ХГ) выполнена 27 пациентам. Внутренняя выстилка была восстановлена складкой кожного лоскута у 23 пациентов.

Предлагаемый алгоритм составлен с учетом следующих факторов: клинические параметры дефекта и пограничных структур, факторы риска осложнений, резервные возможности донорской зоны, готовность пациента к ограничениям на этапах реконструкции, вероятность рецидива карциномы. Алгоритм предпо-

лагает использование типовых способов реконструкции КН, описанных в тематической литературе [1–3].

В дополнение к описанным ранее описанным рекомендациям включен модифицированный пазл-лоскут [2], использование свежесзамороженного реберного хряща от трупного донора, одномоментное восстановление наружной границы КН, опыт хирургической команды.

В группе 1 зарегистрировано 3 ПО (6 %, парциальный некроз лоскута — 2, парциальный некроз аурикулярного графта — 1), в группе 2 — 7 ПО (18 %, парциальный некроз лоскута — 6, отторжение ХГ — 1). Некроз лоскута развился у пациентов с ФР в 8 наблюдениях из 10. Частота осложнений была статистически значимо выше у пациентов группы 2, чем группы 1, $p < 0,05$. Средняя оценка косметического результата по ВАШ в группе 1 составила $8,4 \pm 1,4$ балла, в группе 2 — $7,6 \pm 1,7$ балла. Средняя оценка функционального результата по ВАШ в группе 1 составила $9,5 \pm 0,4$ балла, в группе 2 — $8,4 \pm 1,3$ балла. Различия в обеих парах сравнения не является статистически значимым, $p > 0,05$. При этом число оценок менее 7 баллов в группе 1 составило 1 (2 %) для косметического результата и 0 — для функционального. Соответствующие показатели в группе 2 — 6 (15 %) и 3 (8 %). Доля неудовлетворительных косметических результатов в группе с использованием предлагаемого алгоритма была ниже со статистической значимостью, $p < 0,05$.

Выводы

Использование рабочего алгоритма позволило снизить частоту ПО и улучшить косметические и функциональные результаты реконструкции КН в нашем материале.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Goldman, D. G.* Reconstruction of the nasal infratip, columella, and soft triangle / D. G. Goldman // *Dermatol Surg.* 2014. Vol. 40. P. 53–61.
2. *Cosmetic results of reconstruction of full thickness nasal alar defects using cheek skin flaps / S. A. Ivanov [и др.] // Problems of Health and Ecology.* 2020. № 64(2). P. 70–77.
3. *Chen, C.* Comprehensive Algorithm for Nasal Ala Reconstruction: Utility of the Auricular Composite Graft / C. Chen, R. Patel, J. Chi // *Surg J.* 2018. Vol. 4. P. 55–61.

УДК 613.86:616-006-051

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-ОНКОЛОГОВ, РАБОТАЮЩИХ В ПОЛИКЛИНИКЕ И СТАЦИОНАРЕ

Корсакова В. И., Марковский В. О.

Научный руководитель: старший преподаватель М. А. Чайковская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последнее время синдрому эмоционального выгорания (СЭВ) в медицинской среде уделяется особое внимание: непосредственная связь со всеми аспектами жизни специалиста приводит к полному выключению из экономической и социальной сфер жизни. Так по результатам исследований G. Sonneck (1994) суицид встречается у австрийских врачей-мужчин на 50 % чаще, чем у австрийских врачей-женщин, и в 2,5 раза чаще, чем в среднем у населения на фоне развития синдрома [1, 2, 3].

Одно из первых мест среди специальностей, подверженных высокому риску возникновения СЭВ — врач-онколог. С одной стороны тесный контакт с пациентом (значительная психоэмоциональная нагрузка приводит к быстрому ис-