

Наиболее распространенной локализацией меланомы являлась спина (29 %). При этом статистически значимых отличий выявлено не было ( $\chi^2 = 3,05$ ,  $p = 0,08$ ).

Среди пациентов 17 (41 %) находились на IA стадии заболевания, 11 (26 %) — на IB стадии, 5 (12 %) — на IIA стадии, 3 (7 %) — на IIB стадии, 4 (10 %) — на IIIA, 1 (2 %) — на IIIB стадии и 1 (2 %) пациент — на IV стадии. Таким образом, около трети пациентов были выявлены на второй и более поздних стадиях заболевания, что существенно ухудшает прогноз для этих пациентов при данном заболевании.

У 95 % пациентов проведено хирургическое лечение, у 2,5 % (IV стадия) было проведено симптоматическое лечение и у 2,5 % было проведено комбинированное лечение.

Проведен ретроспективный анализ 39 карт пациентов с новообразованиями кожи для сравнения их предварительных и патогистологических диагнозов. Среди них было 33,33 % карт мужчин и 66,67 % карт женщин. Средний возраст пациентов составил 60 лет.

В 82,5 % случаях предварительный диагноз соответствовал заключительному, а именно: у 21 пациента — с базальноклеточной карциномой, у 3 — с плоскоклеточным раком кожи, у 3 — с меланомой. При несоответствии клинического и патоморфологического диагноза наиболее часто базалиома (3 несоответствия) была диагностирована у пациентов с направительным диагнозом меланомы и невуса, при плоскоклеточном раке кожи (3 несоответствия) выставлялись такие клинические диагнозы, как атерома и дерматофиброма. Меланома была диагностирована правильно у всех пациентов.

Наибольшие затруднения вызывала диагностика плоскоклеточного рака кожи, и составляла 42,8 % (3 несоответствия из 7) от всех случаев несовпадения предварительного и заключительного диагнозов и 50 % (3 неправильных диагноза из 6 ПКР) от диагностики самого плоскоклеточного рака. Наиболее часто ПКР напоминал базалиому, атерому или дерматофибром.

#### **Выводы**

Новообразования кожи располагаются на видимых участках и доступны для ранней визуальной диагностики, поэтому они требуют глубоких знаний врачей всех специальностей для идентификации новообразований, особенно в условиях постоянной тенденции к росту заболеваемости. Наиболее частой локализацией базалиомы является голова, встречалась у 70 % пациентов, для плоскоклеточного рака более характерно лицо — у 75 %, а меланома чаще всего встречалась на спине — у 29 %. Большинство пациентов находились на I стадии заболевания, 83 % — при базальноклеточном раке, 82 % — при плоскоклеточном, и 67 % — на IA и B стадиях при наличии меланомы.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Злокачественные новообразования в России в 2009 году: (заболеваемость и смертность) / под ред. В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. М., 2011. 260 с.
2. Козловская, В. В. Новообразования кожи: патогенез, клиника, диагностика, лечение: учеб.-метод. пособие / В. В. Козловская, А. А. Порошина, Е. А. Хайкова. Гомель : ГомГМУ, 2011. 44 с.

**УДК 616.5-006.81-089.844**

### **РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ**

**Гаерилкина Д. С., Иванов В. С.**

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

По данным ВОЗ ежегодно в мире регистрируется около 132 тыс. новых случаев меланомы. За последние десять лет количество заболевания в Беларуси уве-

личилось в 1,5 раза. Излюбленной локализацией меланомы у женщин являются нижние конечности (голень), а у мужчин — туловище (спина). У пожилых людей опухоль несколько чаще локализуется на коже лица. Основным методом лечения МК — хирургический. Объем иссекаемых тканей выбирают с учетом толщины опухоли.

Это приводит к образованию дефектов, которые не всегда могут быть устранены простым ушиванием раны. В ходе реконструкции производится закрытие раны в соответствии с ее размером и глубиной.

Анализ частоты и успешности использования различных техник реконструкции позволяет оценить оптимальный способ для частного клинического случая.

### **Цель**

Проанализировать частоту и эффективность использования различных способов реконструкции после удаления меланомы кожи.

### **Материал и методы исследования**

В исследование включены 100 пациентов с морфологически подтвержденным диагнозом меланомы кожи, в их числе 37 мужчин и 62 женщины в возрасте от 46 до 61 лет, медианное значение 55 лет. Размер пострезекционного дефекта составлял 11 (7; 13) см<sup>2</sup>. Анализировали следующие показатели: распределение дефектов по локализации, частоту использования каждого из способов реконструкции в зависимости от локализации дефекта, частоту и структуру послеоперационных осложнений. Числовые данные представлены в виде медианы и межквартильного размаха Me (Q25; Q75). Статистическая обработка полученных результатов была проведена с использованием возможностей программы обработки электронных таблиц «Microsoft Excel 2007».

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

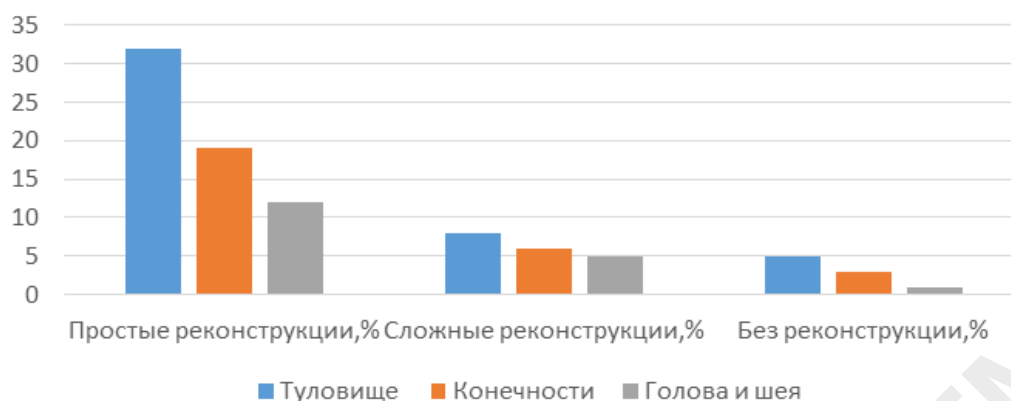
Всем пациентам в нашем материале было выполнено первичное устранение дефекта. Распределение способов представлено на рисунке 1.

Использование приемов реконструктивной хирургии потребовалось в 92 % наблюдениях. В большинстве случаев дефекты, не требующие реконструкции, локализовались в области туловища. Распределение способов пластического замещения показывает, что чаще всего для этой цели использовали кожно-жировые лоскуты (79 %), рисунок 2.



**Рисунок 1 — Распределение способов устранения дефекта**

Общее число лоскутов сложного дизайна и СРА в нашем материале составило 19 %.



**Рисунок 2 — Распределение частоты использования более сложных и менее сложных способов реконструкции в зависимости от локализации**

При попарном сравнении доли реконструкций в зависимости от локализации дефекта не выявлено статистически значимого различия. В каждой из пар уровень значимости  $p > 0,05$ .

Общее число осложнений в нашем материале составило 7 %. Все возникшие осложнения пришлось на долю конечностей — 57,1 % и туловища — 42,8 %. Осложнения в области головы и шеи отсутствовали.

Это может быть связано с возможностью формирования хорошо кровоснабжаемых лоскутов для устранения дефектов лица.

#### **Выводы**

Таким образом реконструктивные мероприятия чаще используются при устранении дефектов головы и конечностей, так как в этих анатомических структурах ограничены резервы тканей для формирования донорского материала. Устранение дефектов лица, свода черепа, дистальных отделов конечностей является более сложной задачей в косметическом и функциональном отношении. Вероятность развития осложнений в области головы и шеи низкая, на фоне раннего обнаружения меланом из-за доступности для осмотра и самообследования.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Всемирный день борьбы с меланомой // МЗ РФ [Электронный ресурс]. 2019. Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/sobytiya/vsemirnyy-den-borby-s-melanomoy%203/>. Дата доступа: 27.02.2022.
2. Дерматоонкология (злокачественные новообразования кожи, первичные лимфомы кожи): атлас / Н. П. Малишевская [и др.]; под общ. ред. проф. Н. В. Кунгурова. Екатеринбург: Макс-Инфо, 2016. 67 с.

**УДК 616.5-006**

### **ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК**

**Есипова Е. А.**

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация**

#### **Введение**

С целью предупреждения развития онкологических заболеваний кожи важная роль отводится профилактике и лечению так называемых предраковых заболеваний. Наличие предракового состояния, конечно, не указывает на неизбежность возникновения рака, но риск такого перехода достаточно высок. Малигнизация предраков кожи наблюдается всего у 0,5–1 % пациентов. Различ-