

На 23.03.2023 состояние пациента удовлетворительное. Активных жалоб нет. По результатам обследования у пациента сохраняется частичный ответ на проводимое лечение, продолжает прием препарата в прежней дозе. Пациент параллельно наблюдается у онкоуролога, без данных за прогрессирование опухоли предстательной железы.

Выводы

По результатам проведенной дифференциальной диагностики, метастатическая этиология новообразования печени не подтвердилась. Было выявлено, что гепатоонкопатология первична. Благодаря своевременному выявлению онкологии и начатому лечению, удалось добиться стабилизации состояния пациента.

На фоне таргетной терапии сорафенибом восстановлена трудоспособность, возможность заниматься повседневной деятельностью сохранена. Профиль переносимости лечения удовлетворительный, нежелательные явления краткосрочные. С учетом отсутствия воздействия канцерогенных веществ и вирусного повреждения печени, положительной динамикой на фоне лечения, прогноз пациента относительно благоприятный.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кузнецов, О. Е. Вирус-ассоциированный гепатоцеллюлярный рак печени / О. Е. Кузнецов, В. М. Цыркунов // Гепатология и гастроэнтерология. Гродно. – 2021. – Т. 5, № 1. – С. 17–24.
2. Шантаревич, М. Ю. Применение текстурного анализа КТ и МР-изображений для определения степени дифференцировки гепатоцеллюлярного рака и его дифференциальной диагностики: обзор литературы / М. Ю. Шантаревич, Г. Г. Кармазановский // Исследования и практика в медицине. – 2022. – Т. 9, № 3. – С. 129–144.
3. Гепатоцеллюлярный рак и трансплантация печени: от хаоса к порядку / Я. Лерут [и др.] // Альманах клинической медицины. – 2018. – № 6 (46). – С. 552–559.

УДК 616.211-089.844

Е. В. Чумакова

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ В ДОНОРСКОЙ ЗОНЕ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ НАРУЖНОГО НОСА ЛОСКУТАМИ ИЗ КОЖИ ЛИЦА

Введение

Реконструкция наружного носа (НН) у пациентов с приобретенными дефектами направлена на восстановление внешнего вида и обеспечение нормальной функции. Устранение дефектов наружной кожи чаще всего выполняют с помощью кожных лоскутов из щеки и лба [1, 2]. Вариант пересадки свободной кожи для закрытия дефекта, который невозможно исправить простым ушиванием краев раны. Кожный лоскут забирается с любой части тела и пересаживается в зону дефекта. Донорская зона выбирается таким образом, чтобы лоскут был максимально близок по цвету и фактуре к реципиентной зоне [3, 4].

Цель

Оценить изменения в донорской зоне при реконструкции наружного носа лоскутами из кожи лица.

Материал и методы исследования

Исследованы результаты 149 реконструкций носа лоскутами лица. Статистическую обработку осуществляли с помощью пакета программ Statistica 8.0. Сравнение групп выполняли с помощью критериев Фишера, Краскела – Уоллиса, критерия Хи-квадрат Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 149 пациентов 61 являлись лицами мужского пола, что составило 40,9 %, 88 – лицами женского пола (59,1 %). Средний возраст пациентов составил 65,4. Группу пациентов с диагнозом злокачественная опухоль составили 130 пациентов (87,3 %), 12 пациентов имели диагноз вторичный дефект после лечения злокачественной опухоли, что составило 8,1 %. 5 пациентов имели диагноз травмы, это составило (3,3 %). У 2 пациентов отмечался диагноз ринофима, что составило 1,3 %.

Распределение дефектов по размеру: утрата одной анатомической части – 44 человека (29,5 %), дефект двух анатомических частей – 77 пациентов (51,7 %), размером дефекта более двух анатомических частей – 28 пациентов, (18,8 %).

Распределение по глубине: утрата только кожи – 21 пациент (14,1 %), утрата кожи и субдермальных структур – 72 пациента (48,3 %), сквозной дефект – 56 пациентов (37,6 %).

В зависимости от типа лоскута были выделены 4 группы: (1) носогубный лоскут, (2) пазл-лоскут, (3) лоскуты из кожи носа, (4) лобный лоскут. Группы стратифицированы по основным демографическим и клиническим параметрам. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Группы по основным демографическим и клиническим параметрам

	Группа 1, n = 33	Группа 2, n = 40	Группа 3, n = 23	Группа 4, n = 53	Значимость, p
Возраст, лет	64,5	69,6	65,2	63,6	P = 0,07
Мужчины : Женщины, число наблюдений	17: 16	13: 27	10: 13	21:32	P = 0,42
Размер дефекта, число утраченных частей	1–17 2–15 3–1	1–20 2–19 3–1	1–7 2–14 3–2	1– 2–29 3–24	P < 0,005
Глубина дефекта, число утраченных слоев	1–2 2–19 3–12	1–8 2–17 3–15	1–2 2–18 3–3	1–9 2–19 3–25	P = 0,01

Не отмечено статистически значимого различия между группами пациентов по демографическим критериям. При этом у пациентов группы 4 статистически значимо чаще, чем в остальных группах, встречались дефекты большего размера. У пациентов группы 3 статистически значимо чаще, чем в остальных группах, встречались дефекты большей глубины.

Всего осложнений среди всех групп отмечалось в 11 случаях. Среди всех осложнений наблюдались раневая инфекция, кровотечение и некроз кожного лоскута. В группе носогубного лоскута наблюдалось 2 осложнения (18,2 %), из них одно осложнение в виде нагноения, а другое осложнение в виде кровотечения. В группе пазл-лоскут осложнений не было выявлено. В группе лоскутов из носа отмечалось 3 осложнения (27,3 %), из них два осложнения в виде нагноения и одно в виде некроза. В группе лобного лоскута было выявлено 6 осложнений (54,5 %), из них четыре кровотечения, одно нагноение и один некроз. При сравнении частоты осложнений в группах статистически значимое различие отсутствовало ($p = 0,07$). Медиана (Me) оценок донорской зоны в первой, третьей и четвертой группах составила 4 [4; 5]. Медиана оценок донорской зоны второй группы составила 5 [5; 5]. Сравнение оценок донорской зоны второй группы с первой, третьей и четвертой группами показало значимое различие ($p < 0,005$). Это не может быть объяснено глубиной дефекта. Возможно, более высокие оценки в группе 2 были выше, чем в группе 4 из-за более благоприятного распределения размера дефектов. Однако, это не подтверждается соответствующим различием группы 4 с группой 1 и 3. К тому же, в группе 2 и в группе 1 в качестве донорской зоны использовали более доступную для визуализации медиальную часть щеки, а в груп-

пе 4 – кожу лба. Таким образом, дизайн пазл-лоскута показал более высокие оценки вида донорской зоны, чем носогубный лоскут. Сравнение оценок донорской зоны остальных групп значимых различий не показало ($p > 0,05$).

Выводы

Было выявлено, что при сравнении частоты осложнений в группах статистически значимое различие отсутствовало. Установлено, что группа пазл-лоскут при сравнении оценок донорской зоны с другими группами имела статистически значимо более высокие оценки. В группе с использованием пазл-лоскут при оценке донорской зоны по пятибалльной шкале преобладала оценка 5.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васильев, С. А. Алгоритм выбора метода реконструкции носа / С. А. Васильев, И. А. Карпов, М. А. Кученкова // Российская ринология. – 2005. – № 3. – 39 с.
2. Иванов, С. А. Реконструкция наружного носа с использованием лобного лоскута – анализ эстетических результатов / С. А. Иванов, О. Г. Хоров // Пластическая хирургия и эстетическая медицина. – 2020. – № 3. – С. 38–44.
3. Иванов, С. А. Косметические результаты при устранении сквозных дефектов крыла носа лоскутами из щеки / С. А. Иванов [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. – 2020. – № 2 (64).
4. Austin GK, Shockley WW. Reconstruction of nasal defects: contemporary approaches. // Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. – 2016. – Oct, № 24(5). – P. 453–60.

УДК 616.348-006.6-08

М. А. Шедко, А. М. Шедко

Научный руководитель: к.м.н, доцент А. В. Каравай

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО II И III СТАДИЕЙ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Введение

Рак – одна из ведущих причин смерти в мире, которая в 2020 году унесла жизни почти 10 млн человек и прогнозы не утешительные так как наблюдается неуклонная тенденция к увеличению заболеваемости и смертности. Рак толстой и прямой кишки в 2020 году занял 2-е место по причине смертности от онкологических заболеваний, из-за данной патологии скончалось 916 тысяч человек [1].

Цель

Основной целью нашего научного исследования является изучение результатов лечения пациентов с II и III стадией рака ободочной кишки.

Материал и методы исследования

В ходе проведенной работы было проанализировано 144 историй болезни пациентов, которые проходили лечение в Гродненской университетской клинике, среди которых 58 пациентов с II стадией опухолевого процесса и 85 человек с III стадией соответственно. После по интересующим нас данным была создана выборка пациентов, после чего данные были перенесены в таблицу, в которой после и проводилась работа. Среди пациентов с II стадией было 25 (43,10 %) мужчин и 33 (56,89 %) женщины, а среди пациентов с III стадией опухолевого заболевания 39 (45,88 %) мужчин и 46 (54,11 %) женщин соответственно. Средний возраст пациентов, взятых на учет, составлял при II стадии 64,7 лет у женщин и 64,4 у мужчин, а при III стадии 65,2 года у женщин и 65,1 у мужчин. Также, мы проанализировали место жительства данных пациентов, непосредственно в городе