

Существует большое количество различных методик реконструктивной отоластики, однако общепризнанными считаются две: по R.C.Tanzer - B.Brent и по S.Nagata. Мы использовали технику R.C.Tanzer - B.Brent, включающую:

- создание каркаса ушной раковины и ее размещение;
- поворот мочки в нужную позицию;
- приподнятие реконструированной ушной раковины и создание позадиушной борозды;
- углубление раковины и создание козелка.

Результаты и их обсуждение. Совместно с бригадой детских хирургов или торакальных хирургов первым этапом мы выполняли забор хрящевого трансплантата реберной дуги, противоположной отсутствующему уху. Далее из хрящевого фрагмента формировали каркас ушной раковины по макету нормально сформированного уха и имплантировали его подкожно в область, где должна была быть сформирована ушная раковина. Через 2,5-3 месяца выполняли пересадку свободного кожного лоскута для формирования задней поверхности ушной раковины. И заключительным этапом было формирование анатомического элемента наружного уха.

Нами выполнена трехэтапная отоластика по Брэнту 14 пациентам. Все пациенты перенесли оперативное вмешательство хорошо. В послеоперационном периоде ушная раковина была сформирована правильно и находилась в соответствии к другим анатомическим ориентирам.

Выводы:

1. У пациентов, которым выполнялась трехэтапная реконструктивная отоластика, удалось сформировать отсутствующую ушную раковину и различные ее анатомические структуры (козелок, противозавиток, мочка).
2. Использование различных модификаций методов Brent и Nagata для реконструкции ушной раковины при пороках ее развития позволяет получить положительный психоэмоциональный результат у пациента.
3. Прогнозирование конечного результата должно быть оценено с учетом анатомических нарушений и данных компьютерной томографии.
4. Пациенты должны быть информированы о возможных альтернативных методах перед выбором тактики лечения.

Литература:

1. Балясинская, Г. Л. Хирургическое лечение врожденных пороков развития наружного и среднего уха / Г. Л. Балясинская, М. Р. Богомилский, Ю. М. Овчинников. – Москва, 1999. – 126 с.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ЛИМФОМЫ БЕРКИТТА С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Равданович А. Ю., Толочко В.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Алешик И.Ч.

Актуальность. Лимфомы - неоднородная группа злокачественных опухолей, включающая лимфому Ходжкина и неходжкинские лимфомы (НХЛ). Лимфомы составляют около 4% от всех злокачественных опухолей и занимают 6-е место по смертности от онкологических заболеваний [1]. Лимфома Беркитта – одна из разновидностей В-клеточных НХЛ с высокой фракцией пролиферирующих клеток (Ki-67 80-100%). Среди всех вариантов НХЛ этот тип опухоли составляет 2%. Характерными клиническими особенностями sporadicческой лимфомы Беркитта являются преимущественное поражение органов брюшной полости (печень, желудок, тонкий и толстый кишечник, селезенка), центральной нервной системы, костного мозга, лимфатических узлов, чаще встречается у мужчин в возрасте 35-40 лет. У детей составляет 30-50% всех лимфом, средний возраст пациентов 8-12 лет [2]. Поражение опухолью костей лицевого черепа – редкость. Описаны единичные случаи поражения костей ниж-

ней и верхней челюсти, глазницы, полости носа и околоносовых пазух. Из описанных случаев чаще поражаются верхнечелюстные пазухи, а решетчатые и клиновидные - реже [3].

Цель: представить редкий случай заболевания лимфомой Беркитта с поражением челюстно-лицевой области у женщины пожилого возраста.

Материал и методы. Нами наблюдалась пациентка в возрасте 73 лет с 09.06.2014. Пациентку беспокоила несколько лет заложенность носа слева. В левом носовом ходе обнаружено новообразование, исходящее из носовых раковин и распространяющееся на крыло преддверия носа до носовой кости. Носовое дыхание слева отсутствует. По данным КТ ППН обнаружено распространенное поражение лицевого черепа слева - полости носа, левых верхнечелюстной, лобной, основной пазух, передних ячеек решетчатого лабиринта слева, перегородки носа, внутренней стенки левой орбиты, мягкие ткани лица. Выполнено удаление опухоли из носа, вскрыта левая верхнечелюстная пазуха, в ней слизь. Проведено иммуногистохимическое исследование: Cytokeratin (-), EMA(-), NSE(-), CD3(-), CD8(-), CD20(+), CD21(-), CD79alpha(+), Bcl2(+), Ki-67(80%). Выставлен диагноз: Лимфома Беркитта, 2 стадия.

Результаты. В результате проведенного комбинированного лечения (хирургическое и 3 курса ПХТ) получен положительный результат. Местные признаки опухоли значительно уменьшились (по данным повторного МРТ), лимфатические узлы не визуализируются (по данным УЗИ). Срок наблюдения 2 года. Специфическое лечение и наблюдение продолжается.

Выводы. Лимфома Беркитта с поражением челюстно-лицевой области у женщины в возрасте старше 70 лет является очень редким заболеванием. Правильно проведенная терапия дала положительный результат при длительном наблюдении.

Литература:

1. Онкология: учебное пособие / Н. Н. Антоненков. Под общ ред. И. В. Залуцкого. – Минск: Выш. Шк., 2007. – 703 с. 659с.
2. – Минск: Выш. Шк., 2007. – 703 с. 659с.
3. Primary Burkitt's Lymphoma in the Nasal Cavity and Paranasal Sinuses/ Lee DH, Yu MS, Lee BJ // Clin Exp Otorhinolaryngol. – 2013, Sep; 6(3). – P. 184-186.
4. Эволюция взглядов на диагностику и лечение лимфомы Беркитта / Т. Т. Валиев, Е. А. Барях // Клиническая онкогематология. - Т.7, № 1. – 2014. - С 46-56.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Ротько Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Шейбак В. М.

Актуальность. Острый аппендицит (ОА) – это острое неспецифическое воспаление червеобразного отростка. Занимает первое место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у детей.

Цель: проанализировать результаты лечения острого аппендицита у детей, особенности диагностики, различных методов лечения, наличие осложнений в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: На базе ГОДКБ за 2015 год на стационарном лечении с острым аппендицитом находились 163 ребенка. Проанализировано 117 историй болезни. Из них мальчиков 73 (62%), а девочек 4 (38%). Возрастные группы выглядели следующим образом: 3-6 лет – 10 детей (8,5%), 7-11 лет – 51 ребенок (43,6%), 12-17 лет – 56 детей (47,9%).

Результаты. Нами проанализирована зависимость обострения острого аппендицита от времени года у 163 детей: весной 46 человек (28,2%), летом 41 человек (25,2%), осенью 46 человек (28,2%), зимой 30 человек (18,4%). Время поступления в стационар было следующим: 0-6 часов – 26 детей (22,2%), 6-12 часов – 38 детей (32,5%), 12-18 часов – 17 детей (14,5%), 18-24 часа – 18 детей (15,4%), более 24 часов – 18 детей (15,4%). В общем анализе крови при поступлении нормальное количество лейкоцитов наблюдалось у 2 детей (2,6%), умеренный лейкоцитоз у 47 детей (39,8%) и гиперлейкоцитоз у 68 детей (57,6%). 24 пациен-