

электромагнитными волнами терагерцевого диапазона на частоте атмосферного кислорода 129,0 ГГц позволяет положительным образом влиять на течение послеоперационного периода, также положительно влиять на темпы и качество остеорегенерации в зоне костного дефекта. Предложенный алгоритм лечения может быть рекомендован для клинического применения в ходе реконструктивных стоматологических вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акияши, Ф. Томохиро И. 4D-имплантологическое лечение: эстетические аспекты работы с мягкими тканями : пер. с англ. / Львов : ГалДент. - 2015. – 212 с.
2. Булкина Н.В. , Зюлькина Л.А., Иванов П.В., Ведяева А.П. Экспериментальное обоснование применения новых ксеногенных биоматериалов при реконструктивных стоматологических вмешательствах в условиях хронического воспаления / Пародонтология. – 2017. – № 3 (84). – С. 69–72.
3. Ведяева А.П. , Булкина Н.В., Иванов П.В., Зюлькина Л.А., Зудина И.В. Исследование молекулярных механизмов репаративнорегенеративных процессов в ране при стимуляции хитозаном / Пародонтология. – 2017. – № 4 (85). – С. 35–39.
4. Грудянов А. И., Фоменко Е.В. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта / М.: Медицинское информационное агентство. - 2010. – 96 с.
5. Bulkina N.V., Vedyayeva A.P. Investigation of molecular mechanisms of reparative-regenerative processes in the wound with chitosan membrane stimulation // Journal of Clinical Periodontology. – 2018. – Vol. 45. – Suppl. 19. – June 2018. – p. 268.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ КРЫЛА НОСА – АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ

Иванов С. А., Ранкович А. Л., Артемчик К. С.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Актуальность. Крыло носа (КН) имеет многослойную структуру, включающую наружную кожу, внутреннюю выстилку и хрящевой каркас, который не занимает всю площадь субъединицы. Устранение дефектов КН является сложной проблемой. Необходимо восстановить не только анатомическую структуру, но функциональные показатели. Нарушение функции наружного носа (НН) до лечения может быть вызвано как основным заболеванием (опухоль, травма), так и другими причинами. Реконструктивные вмешательства, включающие перемещение кожных лоскутов (КЛ) и хрящевых графтов (ХГ), тоже могут вызвать нарушение функции [1]. Нередко это обусловлено нестабильным положением КН и его пролапсом [2]. Некоторые авторы предлагают выполнять неанатомическую трансплантацию ХГ в область свободного края КН для обеспечения свободного дыхания [1, 3, 4]. При этом исследований преимуществ этой процедуры в доступной литературе не обнаружено.

Цель. Цель работы – сравнить функциональные результаты при реконструкции КН с неанатомической трансплантацией ХГ и с без трансплантации.

Методы исследования. Исследованы результаты 77 реконструкций КН у пациентов с приобретенными дефектами. Исследуемый коллектив включает 35 мужчин и 42 женщины в возрасте 29-86 лет. Этиология дефекта: удаление карциномы кожи – 52 случая, осложнения лучевого или хирургического лечения рака кожи – 7, травма – 4, ринофима – 3, склерома – 1. Размер и глубина дефекта: изолированный дефект КН – 43, дефект двух и более субъединиц – 34; дефект без утраты хрящевых структур – 48, с утратой хрящевых структур 29.

Дефект наружной кожи носа устраняли КЛ. Использованы следующие варианты: лобный лоскут – 23, носогубный лоскут – 32, пазл-лоскут – 22 [5]. Внутреннюю выстилку восстанавливали дубликатурой КЛ или слизистым лоскутом, хрящевой каркас замещали ХГ. У части пациентов была выполнена неанатомическая трансплантация ХГ размером 4,0-4,5×0,1×0,3-0,4 см между внутренней выстилкой и наружной кожей в проекции свободного края КН.

Сформированы две группы пациентов: первая – пациенты, у которых устранение дефекта КН не включало неанатомическую трансплантацию ХГ (40 наблюдений), вторая – пациенты, которым была выполнена неанатомическая трансплантация ХГ (37 наблюдений). Группы стратифицированы по демографическим и клиническим критериям (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение демографических характеристик и клинических параметров в группах пациентов

Показатель	Группа 1, n=40	Группа 2, n=37	Значимость различия
Половое отношение, мужчины/женщины число наблюдений	19:21	16:21	p = 0,708
Средний возраст, M ± SD, лет	64 ± 9	63 ± 9	p = 0,938
Глубина дефекта, без утраты хряща/с утратой хряща, число наблюдений	24:16	24:13	p = 0,660
Размер дефекта, только КН/более 1 субъединицы, число наблюдений	23:17	20:17	p = 0,761
Пациенты с факторами риска осложнений, число наблюдений	5 (12,5%)	3 (8%)	p = 0,529

Статистически значимых различий по стратификационным признакам между группами не выявлено.

Функциональные параметры исследовали по 5-балльной шкале опросника Nasal Appearance and Function Evaluation Questionnaire (Moolenburgh, S.E., 2009). Оценивали следующие показатели: нарушение носового дыхания, нарушение обоняния, храп, выделение крови, образование корок, нарушение произношения

звуков, функция носа в целом. Опрос производили перед операцией и через 6 месяцев после нее. Градация оценок для 1-6 критериев: 5 баллов – никогда, 4 – редко, 3 – периодически, 2 – часто, 1 – всегда; функция носа в целом: 5 – отличная, 4 – хорошая, 3 – посредственная, 2 – плохая, 1 – очень плохая. При анализе данных оценки в 4 и 5 баллов объединены как «приемлемые результаты» (ПР), оценки в 1, 2 и 3 балла – как «неприемлемые результаты» (НР). Сравнивали следующие показатели: частоту ПР и НР в группах 1 и 2 до реконструкции и после реконструкции, частоту улучшения и ухудшения показателей в группе 1 и 2. Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета Statistica 8.0. Сравнение: критерий Стьюдента для количественных показателей, критерий Фишера для качественных показателей в несвязанных группах, критерий Мак-Немара для связанных групп. Критический уровень значимости различия (р) принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. Предоперационный опрос показал отсутствие функциональных нарушений у 36 (46,7%) пациентов. Еще 16 (20,8%) человек сообщили о наличии храпа и/или редкого образования слизистых корок до травмы или развития карциномы. У 25 пациентов (32,5%) выявленные нарушения могли быть объяснены ростом опухоли или травмой. В большинстве наблюдений это было затруднение носового дыхания (18), образование слизистых корок (22), выделение крови из носа (15). Нарушение функции, обусловленное основным заболеванием, отмечено у 23 из 42 пациентов (54,7%), с дефектами всех слоев ткани или размером более одной субъединицы. В случаях, когда имела место утрата только наружной кожи в пределах одной субъединицы, только 2 пациента из 35 испытывали редкое нарушение носового дыхания (5,7%).

Распределение результатов по каждому из критериев до начала лечения и после реконструкции представлено в таблице.

Таблица 2 – Распределение результатов по показателям функции НН

Критерий	Оценки до операции, число наблюдений					Оценки после операции, число наблюдений					Уровень значимости, р
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
Нарушение дыхания	59	12	5	1	0	60	10	5	2	0	0,820
Храп	59	11	5	2	0	57	13	5	2	0	0,108
Нарушение обоняния	68	7	2	0	0	69	6	2	0	0	0,824
Образование корок	43	26	8	0	0	45	27	5	0	0	0,601
Выделение крови	62	11	4	0	0	68	8	1	0	0	0,130
Произношение звуков	71	6	0	0	0	73	4	0	0	0	0,361
Функция НН в целом	47	19	11	0	0	47	23	5	2	0	0,803

По всем позициям статистически значимого различия в распределении дооперационных и послеоперационных оценок не отмечено. Улучшение функции носа в целом отмечено у 16 пациентов, ухудшение функции наступило у 13 пациентов. Изменения после реконструкции НН чаще всего регистрировались для таких показателей, как носовое дыхание: улучшение – 9, ухудшение – 12, образование корок: 9 и 7, соответственно, выделение крови из носа: 7 и 9, соответственно.

У пациентов группы 1 увеличение оценки хотя бы на 1 балл по критерию 7 зарегистрировано в 5 наблюдениях, у пациентов группы 2 – в 11 наблюдениях, различие является статистически значимым, $p=0,010$. Это свидетельствует о том, что выполнение неанатомической трансплантации ХГ позволяет с большей надежностью добиться коррекции при изначально имеющемся нарушении функции НН. По критерию общей функции носа зарегистрировано снижение оценки хотя бы на 1 балл в 10 наблюдениях у пациентов группы 1 и в 3 наблюдениях – у пациентов группы 2, различие является статистически значимым, $p=0,049$. Это позволяет заключить, что реконструкция КН только КЛ без формирования каркасных структур чаще приводит к снижению функциональных результатов.

Среди 25 пациентов, у которых общая функция НН изначально была нарушена в связи с основным заболеванием, частота изменения оценки с приемлемой на неприемлемую (с 4-5 баллов до 2-3 баллов) составила 4, среди 52 пациентов, не имевших нарушений функции, обусловленных основным заболеванием, аналогичное изменение выявлено в 1 наблюдении. Различие по этому признаку достоверно, $p=0,019$. Более высокая частота ухудшения результатов после реконструкции КН среди пациентов, у которых патологический процесс является причиной нарушения функции НН, может быть объяснен менее благоприятными клиническими параметрами дефекта (размер и глубина). В нашем материале этот фактор приводил к повышению риска неудачного исхода реконструктивных мероприятий.

Выводы. В нашем материале улучшение функции НН отмечено более часто при реконструкции КН с неанатомической трансплантацией ХГ, нежели без трансплантации. Ухудшение функции чаще регистрировалось у пациентов, которым трансплантация ХГ не была выполнена, чем после трансплантации. Различие в обеих парах сравнения является статистически значимым. Это позволяет рекомендовать выполнение неанатомической трансплантации ХГ в КН при устранении приобретенных дефектов, особенно у пациентов с изменением функции в связи с основным заболеванием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Singh, D. J. Nasal Reconstruction: Aesthetic and Functional Considerations for Alar Defects / D. J. Singh, S. P. Bartlett // Facial Plastic Surgery. – 2003. – Vol. 19 (1). – Pp. 19-27.
2. Alexander, A. J. Alar retraction: etiology, treatment, and prevention / A. J. Alexander, A. R. Shah, M. S. Constantinides // JAMA Facial Plast Surg. – 2013. – Vol. 15 (4). – Pp. 268-274.

3. Ortins-Pina, A. Nasal ala reconstruction: Surgical conundrum / A. Ortins-Pina, A. I. Teixeira, M. Sanches, A. I. Gouveia, P. L. Filipe, J. M. Silva // J Cutan Aesthet Surg. – 2017. – Vol. 10. – Pp. 55–58.

4. Ezzat, W. H. Comparative Study of Functional Nasal Reconstruction Using Structural Reinforcement / W. H. Ezzat, S. W. Liu // JAMA Facial Plast Surg. – 2017. – Vol. 19 (4). Pp. 318-322.

5. Иванов, С. А. Реконструкция крыла носа пластическим материалом на основе модифицированного пазл-лоскута / С. А. Иванов, Ю. Н. Савенко // Российская ринология. – 2017. – № 25 (4). – С. 30-34.

АФЛИБЕРЦЕПТ В ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗОВ ВЕН СЕТЧАТКИ

**Ильина С. Н.¹, Кринец Ж. М.¹, Кухарчик И. В.¹, Семянович Т. В.²,
Каленик Р. П.²**

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь¹,
Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь²*

Актуальность. Острое нарушение кровообращения в сосудах сетчатки – одна из тяжелых форм патологии органа зрения, которая приводит к быстрой и часто необратимой потере зрительных функций и является одной из основных причин слепоты. Тромбоз вен сетчатки – это распространенное сосудистое заболевание, сопровождающееся нарушением кровоснабжения сетчатки глаза и высоким риском последующей потери зрения из-за отека сетчатки в макулярной области, массивных ретинальных геморрагий и развития неоваскулярных осложнений на фоне ишемии. Распространенность тромбозов вен сетчатки варьирует по данным различных авторов от 0,7% до 1,6% [2,3]. Вторичная неоваскулярная глаукома и стойкий макулярный отек – главные осложнения тромбоза вен сетчатки, приводящие к инвалидизации не только пожилых людей, но и молодого, трудоспособного населения. По данным авторов, от 5 до 41% острых нарушений кровообращения в ветви центральной вены сетчатки приводят к формированию макулярного отека, который в 15% случаев сохраняется до 1 года и более [1]. Несмотря на существующие в настоящее время методы лечения тромбоза вен сетчатки не всегда удается добиться полной ремиссии заболевания с сохранением зрительных функций и избежать посттромботических осложнений.

В связи с ведущей ролью гиперпродукции VEGF в развитии отечной макулопатии и неоваскуляризации при постокклюзионной ретинопатии, антиангиогенная терапия в настоящее время является патогенетически направленным и широко распространенным методом лечения [1].

Одним из многообещающих направлений в лечении макулярного отека вследствие тромбоза вен сетчатки является использование анти- VEGF препаратов, одним из которых является Афлиберцепт. На фоне нарушения кровообра-