

các biến thể nặng, mất đoạn lớn của CYP21A2 hay gặp nhất (11,1%), tiếp đến là biến thể p.I172N (6,9%) (3).

4.3. Tương quan kiểu hình kiểu gen. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về giá trị dự báo dương tính của kiểu gen với kiểu hình ở các nhóm kiểu gen "null", "A" và "B" tương ứng là 100%; 100% và 44,4% (bảng 3.4). Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả của Vũ Chí Dũng (1) về tỷ lệ dự báo dương tính ở nhóm "null" và nhóm "A" nhưng thấp hơn về tỷ lệ dự báo dương tính ở nhóm "B". Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ, số lượng trẻ ở thể NHĐT còn ít. Như vậy có thể dựa vào kiểu gen để dự báo mức độ nặng của bệnh đối với thể MM. Điều này đặc biệt quan trọng trong việc quyết định liệu pháp hormone thay thế đối với các trường hợp được chẩn đoán nhờ SLSS, hoặc được chẩn đoán sớm khi chưa có triệu chứng lâm sàng của mất muối.

V. KẾT LUẬN

Giá trị dự báo dương tính kiểu hình dựa trên kết quả kiểu gen đều cao ở tất cả các nhóm kiểu gen: nhóm kiểu gen "null" (100%); nhóm kiểu gen A (100%); nhóm kiểu gen B (44,4%). Việc sàng lọc sơ sinh đối với TSTTBS có ý nghĩa trong chẩn đoán sớm những trường hợp thể nặng của bệnh TSTTBS là thể mất muối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Chí Dũng, Trần Văn Khánh, Khánh, Ôn Quang Phóng, Phóng, Lê Thị Phương. Đột

2. biến gen CYP21A1 và mối tương quan giữa kiểu gen - kiểu hình của bệnh nhân tăng sản thượng thận bẩm sinh do thiếu 21-hydroxylase. Tạp chí nghiên cứu y học. 2012;80(3C):1-8.
2. Balsamo A, Cacciari E, Baldazzi L, et al. CYP21 analysis and phenotype/genotype relationship in the screened population of the Italian Emilia-Romagna region. Clin Endocrinol (Oxf). 2000;53(1):117-125. doi:10.1046/J.1365-2265.2000.01048.X
3. Dörr HG, Schulze N, Bettendorf M, et al. Genotype-phenotype correlations in children and adolescents with nonclassical congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. Molecular and Cellular Pediatrics 2020 7:1. 2020;7(1):1-7. doi:10.1186/S40348-020-00100-W
4. Krone N, Braun A, Roscher AA et al. Predicting phenotype in steroid 21-hydroxylase deficiency? Comprehensive genotyping in 155 unrelated, well defined patients from southern Germany. J Clin Endocrinol Metab. 2000; 85(3):1059-1065. doi:10.1210/JCEM.85.3.6441
5. Loidi L, Quinteiro C, Parajes S, et al. High variability in CYP21A2 mutated alleles in Spanish 21-hydroxylase deficiency patients, six novel mutations and a founder effect. Clin Endocrinol (Oxf). 2006;64(3):330-336. doi:10.1111/J.1365-2265.2006.02465.X
6. Skordis N, Kyriakou A, Tardy V, et al. Molecular defects of the CYP21A2 gene in Greek-Cypriot patients with congenital adrenal hyperplasia. Horm Res Paediatr. 2011;75(3):180-186. doi:10.1159/000320040
7. Wang X, Wang Y, Ma D, et al. Neonatal Screening and Genotype-Phenotype Correlation of 21-Hydroxylase Deficiency in the Chinese Population. Front Genet. 2021;11:623125. doi:10.3389/FGENE.2020.623125/FULL

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐƯỜNG MIỆNG BỆNH NHÂN VI UNG THƯ THỰC TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2}, Tiêu Văn Lực¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đường miệng bệnh nhân vi ung thư thực tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 288 bệnh nhân vi ung thư thực tuyến giáp được phẫu thuật nội soi đường miệng từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 6 năm 2021 tại Khoa Ung Bướu và Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại

học Y Hà Nội. **Kết quả:** Trong số 288 bệnh nhân, tuổi trung bình là 37,01±8,84 (17 – 67) tuổi. Nữ chiếm 276 bệnh nhân (chiếm 95,8%). Độ tuổi trung bình là 37,01±8,84 tuổi (17 đến 67 tuổi). Cắt tuyến giáp toàn bộ tuyến giáp, vét hạch cổ trung tâm: 40 trường hợp (13,9%), cắt thùy và eo tuyến giáp, vét hạch trung tâm: 243 trường hợp (84,8%), cắt thùy và eo, lấy u, vét hạch cổ trung tâm: 5 trường hợp (1,7%), không có trường hợp nào chuyển sang phẫu thuật mở. Thời gian phẫu thuật trung bình theo phương pháp phẫu thuật lần lượt là 119,87±27,78 phút; 92,1±21,9 phút, 92,00±22,8 phút. Suy tuyến cận giáp tạm thời xảy ra ở 1 trường hợp (0,3%). Tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược tạm thời ở 7 trường hợp (2,4%), tê bì vùng cằm 8 trường hợp (2,8%). Không ghi nhận trường hợp nào tổn thương tuyến cận giáp, nói khàn và tê bì vùng cằm kéo dài hơn 6 tháng. Không có trường hợp nào nhiễm trùng sau mổ. **Kết luận:** Phẫu

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyensexuanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023

thuật nội soi đường miệng điều trị vi ung thư tuyến giáp thể nhú an toàn, hiệu quả cao.

Từ khóa: Vi ung thư tuyến giáp thể nhú, phẫu thuật nội soi tuyến giáp đường miệng

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY TREATED MICROPAPILLARY THYROID CARCINOMA

Objective: To evaluate the surgical results of TOETVA treated papillary thyroid microcarcinoma at Hanoi medical university Hospital. **Subject and methods:** A descriptive study on 288 patients were diagnosed with papillary thyroid microcarcinoma, operated at Hanoi medical university Hospital from 01/2020 to 06/2021. **Results:** Female: 276 patients (95,8%). Mean age $37,01 \pm 8,84$ age (17 to 67). Total thyroidectomy and central lymph node dissection: 40 cases (13,9%); lobectomy and isthmusectomy and ipsilateral central lymph node dissection: 243 cases (84,8%); lobectomy and isthmusectomy and excision of tumor and ipsilateral central lymph node dissection: 5 cases (1,7%). No case required a conversion to an open procedure. Mean time operation: $119,87 \pm 27,78$ min; $92,09 \pm 21,92$ min; $92,00 \pm 22,80$ min, respectively. Transient hypoparathyroidism: 1 case (0,3%); transient vocal cord palsy: 7 cases (2,4%); numb chin: 8 patients (2,8%). There were no cases of permanent hypoparathyroidism, permanent vocal cord palsy and numb chin. Infection complications did not occur in our patients. **Conclusion:** The treatment of papillary thyroid microcarcinoma by TOETVA are safe, high effect.

Keywords: transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA), papillary thyroid microcarcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTT) là ung thư hay gặp nhất của hệ nội tiết với tỷ lệ xấp xỉ 9/100.000 mỗi năm. Năm 2020, GLOBOCAN công bố 586.202 ca mắc mới và UTT đứng thứ 9 trong các ung thư nói chung. Việt Nam nằm trong số các nước có tỷ lệ mắc UTT cao, đứng hàng thứ 10 với 5471 ca mắc mới, 642 ca tử vong mỗi năm [1]. Về mô bệnh học, UTT thể nhú thuộc nhóm UTT biệt hoá, là thể ung thư hay gặp nhất, chiếm khoảng 85%. Vi UTT thể nhú là một dưới nhóm đặc biệt của UTT thể nhú, được định nghĩa là các khối u có kích thước không vượt quá 10mm. Ngày nay, nhờ vào tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh tỷ lệ chẩn đoán vi ung thư tuyến giáp thể nhú ngày càng tăng. Về điều trị, phẫu thuật là phương pháp cơ bản trong vi UTT thể nhú. Các phương pháp phẫu thuật trong UTT bao gồm: phẫu thuật mổ mở, phẫu thuật nội soi, phẫu thuật bằng robot. Trong đó, phẫu thuật nội soi đường miệng (TOETVA) ngày càng phổ biến trên toàn thế giới, bởi ưu điểm như dễ dàng tiếp cận cả 2 thùy tuyến giáp qua

một đường phẫu thuật, đảm bảo thẩm mỹ tối ưu do không có đường rạch da, giá thành hợp lý [2]; tỷ lệ biến chứng tương đương với các phương pháp khác và đảm bảo về mặt ung thư học do dễ dàng trong việc vét hạch cổ trung tâm. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đường miệng bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 288 bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp được phẫu thuật từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 6 năm 2021 tại Khoa Ung Bướu và Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Siêu âm trước mổ có 1 hoặc nhiều khối u, kích thước u lớn nhất không vượt quá 10mm.
- Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể nhú.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trên

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành trên 288 bệnh nhân. Nữ chiếm 276 bệnh nhân (chiếm 95,8%). Độ tuổi trung bình là $37,01 \pm 8,84$ (17-67 tuổi). Kích thước trung bình của u lớn nhất là $6,29 \pm 1,85$ cm (2,6-10mm), trong đó có 224 trường hợp (77,78%) có u ≥ 5 mm, 64 trường hợp (22,22%) có u < 5 mm.

Cắt tuyến giáp toàn bộ và vét hạch cổ trung tâm: 40 trường hợp (13,9%), cắt thùy và eo tuyến giáp, vét hạch trung tâm: 243 trường hợp (84,4%), cắt thùy tuyến giáp và eo + vét hạch cổ + lấy nhân tuyến giáp đối bên: 5 trường hợp (1,7%), không có trường hợp nào chuyển sang phẫu thuật mở. Thời gian phẫu thuật trung bình theo phương pháp phẫu thuật lần lượt là $119,87 \pm 27,78$, $92,09 \pm 21,92$, $92,00 \pm 22,80$ phút.

Số trường hợp có u xâm nhập vỏ xơ là 72 (25%). Số lượng hạch vét được trung bình là $5,92 \pm 3,94$ hạch. Số bệnh nhân không có di căn hạch cổ trung tâm là 183 (63,5%), có di căn hạch cổ trung tâm là 105 (36,5%), trong đó có 7 bệnh nhân có > 5 hạch vi di căn.

Bảng 1: Biến số phương pháp phẫu thuật

Quy trình phẫu thuật	n (%)
Cắt tuyến giáp toàn bộ, vét hạch cổ trung tâm	40 (13,9)
Cắt thùy và eo tuyến giáp, vét hạch trung tâm	243 (84,4)
Cắt thùy và eo, lấy u, vét hạch cổ trung tâm	5 (1,7)

Thời gian phẫu thuật (phút) (TB±SD)	
Cắt tuyến giáp toàn bộ, vét hạch cổ trung tâm	119,87±27,78
Cắt thùy và eo tuyến giáp, vét hạch trung tâm	92,09±21,92
Cắt thùy và eo, lấy u, vét hạch cổ trung tâm	92,00±22,80
	5,92±3,94
	1,1±1,7
Hạch cổ di căn (TB±SD)	
Số lượng hạch vét được (hạch)	5,92 ± 3,94
Số hạch di căn (hạch)	1,1±1,7
Hạch di căn	
Có	105 (36,5)
Không	183 (63,5)

Suy tuyến cận giáp tạm thời xảy ra ở 1 trường hợp (0,3%). Tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược tạm thời ở 7 bệnh nhân (2,4%), tê bì vùng cằm 8 trường hợp (2,8%). Không ghi nhận trường hợp nào tổn thương tuyến cận giáp, nói khàn và tê bì vùng cằm kéo dài hơn 6 tháng. Không có trường hợp nào nhiễm trùng sau mổ. Sau phẫu thuật, tất cả bệnh nhân đều ăn uống qua đường miệng ngay sau phẫu thuật. Thời gian điều trị nội trú sau phẫu thuật trung bình là 5,4 ± 1,3 (2 – 7).

Bảng 2: Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	n (%)
Suy tuyến cận giáp	
Tạm thời	1 (0,3)
Vĩnh viễn	0 (0)
Tổn thương TKTQQN	
Tạm thời	7 (2,4)
Vĩnh viễn	0 (0,0)
Tổn thương thần kinh cằm	
Tạm thời	8 (2,8)
Vĩnh viễn	0 (0,0)
Nhiễm trùng vết mổ	0 (0)
Thời gian nằm viện (ngày)	5,4 ± 1,3 (2 – 7)

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật là phương pháp điều trị ưu tiên trong vi UTTG thể nhú. Bởi ngoài điều trị triệt để khối u và đánh giá giai đoạn hạch, phẫu thuật giúp xác định các yếu tố nguy cơ tái phát cao dựa vào giải phẫu bệnh sau mổ như: ung thư đa ổ, vi xâm lấn ngoài vỏ tuyến giáp, di căn hạch [3], [4]. Tại Việt Nam, tỷ lệ phát hiện vi ung thư tuyến giáp ngày càng gia tăng. Chính vì đó, phẫu thuật nội soi đường miệng cho vi UTTG thể nhú ngày trở nên phổ biến.

Độ tuổi trung bình chẩn đoán vi UTTG thể nhú là 41,9 – 55 tuổi tùy theo từng nghiên cứu [5]. Trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình là 37,01±8,84, cho thấy vi UTTG ngày càng trẻ hóa. Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm đại đa số

(95,8%) là do cách lựa chọn bệnh nhân phù hợp với phẫu thuật nội soi. Tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm là 36,5 %, tương tự với kết quả của Yasuhiro Ito [6]. Kích thước u >5mm có tỉ lệ di căn hạch cổ trung tâm là 42,5%, trong khi u ≤ 5mm có tỉ lệ di căn hạch cổ là 25,5%, cho thấy với vi UTTG thể nhú, kích thước u càng lớn thì tỷ lệ vi di căn hạch cổ trung tâm càng cao, phù hợp với các nghiên cứu khác [7],[8]. Số hạch vét được trung bình là 5,92 ± 3,94 hạch. Thời gian phẫu thuật TOETVA ngày càng giảm so với nhưng nghiên cứu trước, do phẫu thuật viên ngày càng có kinh nghiệm. Phần lớn các trường hợp được phẫu thuật cắt thùy và eo tuyến giáp, vét hạch cổ trung tâm.

Chỉ có 7 trường hợp (2,4%) bị tổn thương tạm thời dây TKTQQN, 1 trường hợp (0,3%) bị suy tuyến cận giáp tạm thời sau phẫu thuật đã chứng minh độ an toàn của TOETVA so với phẫu thuật mở. Mặc dù TOETVA được coi là phẫu thuật sạch – gây nhiễm, nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả không ghi nhận bất kì trường hợp nhiễm trùng nào trong các bài báo cáo, điều này có thể là do sự chuẩn bị cẩn thận vùng miệng và sử dụng kháng sinh dự phòng. Có 8 trường hợp bị tổn thương dây thần kinh cằm tạm thời (2,8%), thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây do thay đổi vị trí của trocar 5mm sang phía bên và ra trước hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian nằm viện trung bình là 5,4 ± 1,3 (2 – 7) ngày. Thời gian này dài hơn so với các nghiên cứu khác của phương Tây bởi lẽ khả năng chăm sóc y tế tại nhà của các quốc gia khác nhau. Tuy nhiên, so với nhóm mổ mở tại trung tâm của chúng tôi không có sự khác biệt.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đường miệng cho vi UTTG thể nhú trong nghiên cứu chứng minh được tính an toàn, đảm bảo về mặt thẩm mỹ, thời gian phẫu thuật không quá dài, và ngày càng được áp dụng rộng rãi tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **704-viet-nam-fact-sheets.pdf**. <<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>>, accessed: 10/07/2022.
2. **Nguyen H.X., Nguyen H.X., Nguyen H.V. và cộng sự.** (2021). Transoral Endoscopic Thyroidectomy by Vestibular Approach with Central Lymph Node Dissection for Thyroid Microcarcinoma. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 31(4), 410–415.
3. **Frangos S., Iakovou I.P., Marlowe R.J. và cộng sự.** (2015). Difficulties in deciding whether

- to ablate patients with putatively "low-intermediate-risk" differentiated thyroid carcinoma: do guidelines mainly apply in the centres that produce them? Results of a retrospective, two-centre quality assurance study. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*, 42(13), 2045–2055.
4. **Dhir M., McCoy K.L., Ohori N.P. và cộng sự.** (2018). Correct extent of thyroidectomy is poorly predicted preoperatively by the guidelines of the American Thyroid Association for low and intermediate risk thyroid cancers. *Surgery*, 163(1), 81–87.
 5. **Roti E., Uberti E.C. degli, Bondanelli M. và cộng sự.** (2008). Thyroid papillary microcarcinoma: a descriptive and meta-analysis study. *European Journal of Endocrinology*, 159(6), 659–673.
 6. **Ito Y., Higashiyama T., Takamura Y. và cộng sự.** (2007). Risk Factors for Recurrence to the Lymph Node in Papillary Thyroid Carcinoma Patients without Preoperatively Detectable Lateral Node Metastasis: Validity of Prophylactic Modified Radical Neck Dissection. *World J Surg*, 31(11), 2085–2091.
 7. **Wada N., Duh Q.-Y., Sugino K. và cộng sự.** (2003). Lymph Node Metastasis From 259 Papillary Thyroid Microcarcinomas. *Ann Surg*, 237(3), 399–407.
 8. **Machens A., Holzhausen H.-J., và Dralle H.** (2005). The prognostic value of primary tumor size in papillary and follicular thyroid carcinoma. *Cancer*, 103(11), 2269–2273.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI NHIỄM COVID-19 ĐƯỢC QUẢN LÝ SỨC KHỎE TẠI NHÀ QUA ỨNG DỤNG MY HMUH

Lê Ngọc Hà¹, Nguyễn Minh Hà², Hồ Thị Kim Thanh¹

TÓM TẮT

Trong hoàn cảnh đại dịch COVID-19, nhiều mô hình quản lý điều trị người nhiễm (F0) tại nhà đã được xây dựng, trong đó có ứng dụng của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội My HMUH của Viettel. Nghiên cứu cắt ngang nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng của toàn bộ 3342 F0 được quản lý điều trị tại nhà qua ứng dụng My HMUH năm 2021. Độ tuổi trung bình của người bệnh là 32,1±18,5 tuổi với 70,9% trong nhóm tuổi từ 18 đến 60. Hà Nội là địa phương có nhiều F0 tham gia quản lý tại nhà nhất, chiếm tỷ lệ 87,3%. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở người bệnh là sốt (72%), đau họng (59,1%), ho khan (58,3%) và mất vị giác, khứu giác (53,1%). Có 29,5% người bệnh được phân loại nguy cơ ở mức cao trở lên. Đa phần F0 được quản lý điều trị tại nhà qua ứng dụng có các triệu chứng hô hấp trên thường gặp của COVID-19. Ứng dụng có thể áp dụng cho cả F0 được phân tầng nguy cơ cao và rất cao. Phần lớn F0 được quản lý tại nhà an toàn (99,2%), chỉ có 0,8% F0 được nâng tầng điều trị kịp thời.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, COVID-19, quản lý sức khỏe, App My HMUH

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENT WITH COVID-19 HEALTH MANAGEMENT AT HOME BY MY HMUH APP

The COVID-19 pandemic has caused enormous impacts on the population's health and the healthcare systems of governments around the world. F0

management models were formed and developed to facilitate F0 patient to have comprehensive healthcare and safety management at home. This is a retrospective cross-sectional study using descriptive method with all COVID-19 infected cases managed at home via App My HMUH. The average age was 32.1±18.5 years, in which the major age group is from 18 to 60 years old, accounting for 70.9%. Hanoi had the highest proportion of F0 patients participating in home management through the My HMUH App, accounting for 87.3%. The most common clinical symptoms of F0 patients who are managed at home through the app are fever (72%), symptoms of the upper respiratory tract. The risk classification of severe progress according to the medical history and clinical symptoms of the Ministry of Health is automatically assessed by the app for the average risk, accounting for the highest rate of 62.8%.

Keywords: Clinical symptoms, COVID-19, health management, My HMUH App

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam đã và đang đối mặt với sự hoành hành của đại dịch COVID-19 với tác nhân gây bệnh là virus SARS-CoV-2 và các biến chủng của virus. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tính đến ngày 08/06/2022 trên thế giới ghi nhận trên 500 triệu người nhiễm SARS-COV-2 trong đó có hơn 6,2 triệu người tử vong vì COVID-19¹. Tại Việt Nam theo báo cáo của Bộ Y tế đã có hơn 10,2 triệu người nhiễm bệnh và gần 43 nghìn người tử vong vì COVID-19². Những ngày đỉnh điểm nước ta có hơn 100 nghìn ca mắc mới/ngày đặt ra thách thức lớn cho việc chăm sóc và quản lý sức khỏe cho người F0. Tình hình thực tiễn của Việt Nam trong các đợt dịch lần 4-5, số lượng người nhiễm trong ngày cao, tuy nhiên nhờ việc được

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Hà

Email: lengocha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 30.3.2023