

Более длительный период ремиссии (до 8 месяцев) установлен у детей 3 группы. У девочек (Д) 2 и 3 группы период ремиссии не превышал 4 месяцев.

Стартовые дозы ИТ при манифестации заболевания составили: 1-я группа Д  $0,78 \pm 0,06$  Ед/кг/сутки, мальчики (М)  $0,65 \pm 0,05$  Ед/кг/сутки; 2-я Д  $0,83 \pm 0,08$  Ед/кг/сутки, М  $0,56 \pm 0,04$  Ед/кг/сутки; 3-я Д  $0,89 \pm 0,1$  Ед/кг/сутки, М  $0,57 \pm 0,07$  Ед/кг/сутки.

У детей с низкими уровнями С-пептида (менее 110 пмоль/л) при манифестации СД1 выявлены более высокие стартовые дозы ИТ: 1-я группа (72 %) —  $0,8 \pm 0,06$  Ед/кг/сутки, 2-я (38 %) —  $0,73 \pm 0,05$  Ед/кг/сут, по сравнению со сверстниками, имевшими нормальные показатели С-пептида.

#### **Выводы**

1. Чаще манифестация СД1 выявлена у детей допубертатного возраста (65 %) и приходилась на зимне-весенний период.

2. В 50 % случаев дебют СД1 сопровождался развитием ДКА и был характерен для дошкольного возраста

3. Отмечена зависимость стартовой дозы ИТ от возраста, пола, уровней С-пептида и наличия ДКА в дебюте СД1.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Brown, R. Effects of beta-cell rest on beta-cell function: a review of clinical and preclinical data / R. Brown, K. Rother // Pediatric Diabetes. — 2008. — № 9. — P. 14–22.

2. Antigen expression of the pancreatic beta-cells is dependent on their functional state, as shown by a specific, BB rat monoclonal autoantibody IC2 / K. Buschard [et al.] // APMIS. — 1988. — Vol. 96. — P. 342–346.

3. Fridlyand, L. Does the glucosedependent insulin secretion mechanism itself cause oxidative stress in pancreatic beta-cells? / L. Fridlyand, L. Philipson // Diabetes. — 2004. — Vol. 53. — P. 1942–1948.

4. Астамирова, Х. Большая энциклопедия диабетика / Х. Астамирова, М. Ахманов. — М.: Эксмо, 2003. — С. 209.

**УДК 616.212:616.5-006.63-08**

### **ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ КОЖИ НОСА T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>**

**Коваль М. В., Абламейко А. И., Гутяр Е. С.**

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Рак кожи (РК) локализуется в области наружного носа в 13–15 % наблюдений [1, 2]. Базальноклеточный рак (БКР) составляет 70–80 % новообразований. Различают поверхностную, экзофитную, инфильтративно-язвенную формы роста РК. Более 90 % пациентов имеют стадию опухоли T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> [1–3]. Основные методы лечения первичной опухоли: хирургическое лечение (ХЛ), лучевая терапия (ЛТ), фотокоагуляция (ФК). Рана после удаления опухоли может быть закрыта простым сведением краев или пластическим замещением дефекта (ПЗД). Используются также криодеструкция, фотодинамическая терапия, локальная химиотерапия, но эти методы пока не получили широкого распространения. Выбор метода лечения РК носа определяется с учетом эффективности метода, косметических последствий и степени перикуративных ограничений [3, 4]. С точки зрения эстетических характеристик выделяют несколько анатомических субъединиц (АС): корень, спинка, скат, крыло, кончик носа.

#### **Цель**

Исследовать частоту применения разных методов лечения БКР кожи носа стадии T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> в зависимости от локализации.

#### **Материал и методы исследования**

В материал исследования включены 349 пациентов с первичным БКР носа T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, взятые на учет в Гомельской области в 2014–2016 гг. Демографические характеристики

коллектива: мужчины — 91, женщины — 258, средний возраст 67,2 лет (максимальный — 94 года, минимальный — 35 лет). Распределение по локализации: корень носа — 8 наблюдений, спинка — 109, скат — 111, кончик — 53, крыло — 68. Распределение РК по формам роста: поверхностная — 216, экзофитная — 25, инфильтративно-язвенная — 108. Выполнено сравнение частоты применения различных методов при РК отдельных АС и частота первично неэффективного лечения. Статистическая обработка: расчет средней величины и ошибки средней, сравнение параметрических показателей — критерий Стьюдента, сравнение непараметрических показателей —  $\chi^2$ , значимость различия при  $p < 0,05$ .

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

Характеристика демографических и клинических параметров в группах пациентов с различной локализацией РК носа представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Характеристика пациентов и опухоли с РК различных АС носа

АС носа	М:Ж	Средний возраст, лет	Форма роста опухоли, число наблюдений		
			поверхностная	экзофитная	инфильтративно-язвенная
Скат, n = 111	30:81	67,9 ± 9,8	67 (60,3 %)	6 (5,4 %)	38 (34,3 %)
Спинка, n = 109	27:82	66,1 ± 9,7	72 (60,6 %)	8 (7,3 %)	29 (26,6 %)
Крыло, n = 68	18:50	66,4 ± 10,4	38 (54,4 %)	5 (7,4 %)	25 (36,8 %)
Кончик, n = 53	13:40	68,7 ± 9,5	35 (58,5 %)	5 (9,4 %)	13 (24,5 %)
Корень, n = 8	3:5	68,5 ± 11,4	4 (50 %)	1 (12,5 %)	3 (37,5 %)
Всего, n = 349	91:258	67,8 ± 9,9	216 (57,9 %)	25 (9,7 %)	108 (32,4 %)

Половое отношение, средний возраст не имели статистически значимого различия в зависимости от локализации при сравнении всех пар АС,  $p > 0,05$ . Поверхностная и экзофитная формы РК регистрировались примерно с одинаковой частотой на АС носа, статистически значимое различие отсутствует,  $p > 0,05$ . Инфильтративно-язвенный РК реже локализовался в области спинки и кончика носа. Это может быть связано с ранним обращением пациентов при опухолях эстетически более значимых срединных АС. При этом статистически значимое во всех парах локализаций отсутствует,  $p > 0,05$ .

Применялись следующие методы лечения РК: ХЛ — 108, в том числе закрытие раны простым сведением краев — 67, ПЗД — 41, КЛТ — 62, ФК — 179. Выбор метода зависел от формы роста опухоли. ФК использовано у 168 из 216 пациентов с поверхностной формой (77,8 %). При инфильтративно-язвенной форме роста чаще использовали хирургический метод — 68 из 108 (62,9 %). У 25 пациентов с экзофитным РК разные методы использованы примерно с равной частотой: хирургический — 8 (32 %), ЛТ — 10 (40 %), ФК — 7 (28 %). Распределение методов лечения в зависимости от локализации представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Методы лечения РК различных АС носа, число наблюдений

АС носа	ФК	ЛТ	Хирургический метод	
			без ПЗД	ПЗД
Скат, n = 111	56 (50,5 %)	15 (13,5 %)	30 (27 %)	10 (9 %)
Спинка, n = 109	63 (57,8 %)	19 (17,4 %)	22 (20,2 %)	5 (4,6 %)
Крыло, n = 68	28 (41,1 %)	17 (25 %)	6 (8,8 %)	15 (22 %)
Кончик, n = 53	28 (52,8 %)	8 (15,1 %)	9 (17 %)	8 (15,1 %)
Корень, n = 8	4 (50 %)	3 (37,5 %)	—	1 (12,5 %)
Всего, n = 349	179 (51,3 %)	62 (17,8 %)	67 (19,2 %)	41 (11,8 %)

ФК использовалась более часто при опухолях спинки и кончика, реже — при РК крыла носа. Частота использования ФК в паре крыло vs спинка носа является статистически значимой,  $p < 0,05$ . Это может быть связано с большей долей поверхностных форм в области спинки носа. ЛТ более часто применялась в отношении РК корня и крыла носа, реже — при локализации в области ската и кончика носа. Статистически значимое различие имеет только в паре крыло vs скат носа,  $p < 0,05$ . Это может быть объяснено выпуклым релье-

фом крыла носа, что создает более благоприятные условия для ЛТ. ХЛ использовалось примерно у трети пациентов с каждой из локализаций РК носа. Сравнение частоты ХЛ во всех парах АС не выявило статистически значимого различия,  $p > 0,05$ . Отмечено значительно более частое выполнение ПЗД после иссечения опухолей крыла и кончика носа, чем спинки, ската и корня. Имеется статистически значимое различие в парах крыло vsскат, крыло vsспинка, кончик vsспинка,  $p < 0,05$ . Это связано с риском деформации АС нижней трети носа при простом ушивании даже небольшой раны.

#### **Выводы**

Частота использования ХЛ, ЛТ И ФК в нашем материале отличалась при РК разных АС носа. ФК чаще применялось при опухолях спинки и кончика носа, ЛТ — при опухолях крыла носа, ХЛ — при опухолях ската носа. ПЗД после удаления новообразования чаще выполнялось при РК кончика и крыла носа.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Жуковец, А. Г. Рак кожи: рук-во по онкологии: в 2 т. Т. II. В 2 кн. Кн. 1 / А. Г. Жуковец. — Минск: Беларус. энцыкл. імя П. Броўкі, 2016. — Гл. 11. — С. 447–464.
2. Madan, V. Nonmelanoma skin cancer / V. Madan, J. T. Lear, R. M. Szeimies // Lancet. — Vol. 375. — P. 673–685.
3. Иванов, С. А. Устранение дефектов после хирургического лечения немеланомного рака кожи носа — анализ результатов 166 операций / С. А. Иванов, И. Д. Шляга, М. Н. Рухля // Оториноларингология. Восточная Европа. — 2016. — Т. 6, № 4. — С. 536–543.
4. Kline, R. M. Aesthetic reconstruction of the nose following skin cancer / R. M. Kline // Clin. Plast. Surg. — 2004. — № 31. — P. 93–111.

УДК 616.12-07

### **ОРТОТОПИЧЕСКАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ СЕРДЦА: СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ У РЕЦИПИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ИЛИ МЕХАНИЧЕСКОГО МОСТА К ТРАНСПЛАНТАЦИИ**

**Коваль С. В.**

**Научный руководитель: к.м.н. В. В. Шумовец**

**Учреждение образования**

**«Белорусский государственный медицинский университет»,  
«Республиканский научно-практический центр “Кардиология”»  
г. Минск, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Трансплантация сердца — эффективный метод лечения терминальной стадии хронической сердечной недостаточности. Первая пересадка сердца человеку от шимпанзе выполнена в 1964 г. J. Hardy. 3 декабря 1967 г. С. Barnard выполнил первую пересадку сердца от человека к человеку [1]. В мире 50,7 % трансплантаций проводят после операций на сердце, направленных на хирургическое лечение терминальной стадии СН, из них 42,9 % после различных системных механических поддержек. В 2009 г. в Республике Беларусь была проведена первая ортотопическая трансплантация сердца. За 8 лет в РНПЦ «Кардиология» пересадили 268 донорских сердец, реципиентам, которые находились в терминальной стадии сердечной недостаточности.

#### **Цель**

Сравнить результаты у реципиентов с первичной трансплантацией и после «хирургического или механического моста к трансплантации».

#### **Материал и методы исследования**

Статистические данные по трансплантациям за 2009–2017 гг. в Республике Беларусь. Было проведено 191 (71,3 %) первичных трансплантаций и 77 (28,7 %) после «хирургического или механического моста к трансплантации».